

SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ DEL SIGLO XX

Paradigmas, discursos y políticas

Jorge Lossio
Eduardo Barriga
Editores



100 años
PUCP

Salud pública en el Perú del siglo XX:
paradigmas, discursos y políticas

SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ DEL SIGLO XX

Paradigmas, discursos y políticas

Jorge Lossio

Eduardo Barriga

Editores



INSTITUTO
RIVA-AGÜERO



100 años
PUCP

Salud pública en el Perú del siglo XX: paradigmas, discursos y políticas
Jorge Lossio y Eduardo Barriga (Editores)

© 2017 PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
INSTITUTO RIVA-AGÜERO
Jirón Camaná 459, Lima 1 – Perú
Teléfono: (511) 626-6600
Fax: (511) 626-6618
Correo electrónico: ira@pucp.edu.pe
Página Web: <http://ira.pucp.edu.pe/>

Carátula:

Diseño de afiche para la Dirección de Enseñanza Indígena del Ministerio de Instrucción
Camilo Blas (Alfonso Sánchez Urteaga), 1930
Témpera sobre papel, 97 x 75.4 cm
Museo de Arte de Lima. Donación Colección Petrus y Verónica Fernandini
Fotógrafo: Daniel Giannoni

Diseño y diagramación:

Gisella Scheuch

Primera edición digital, febrero 2017

Publicación electrónica disponible en:

<http://ira.pucp.edu.pe/biblioteca/publicaciones/salud-publica-en-el-peru-del-siglo-xx-paradigmas-discursos-y-politicas/>

ISBN: 978-9972-832-89-5

Publicación del Instituto Riva-Agüero N° 324

El contenido de los textos publicados es responsabilidad exclusiva del autor. Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta obra, por cualquier medio físico o electrónico, sin autorización escrita del autor.

Contenido

Introducción	9
Agradecimientos	17
Crecimiento urbano, salud pública y saneamiento en Iquitos (c. 1860-1980)	
ADRIÁN LERNER	19
La higiene como experiencia moderna y placentera: la difusión de concepciones y prácticas asociadas a la salubridad en la revista <i>Variedades</i> (Perú, 1908-1920)	
JUAN MIGUEL ESPINOZA	46
Aventuras y desventuras del Pathfinder Fund en la planificación familiar peruana (1958-1965)	
RAÚL NECOCHEA	78
Acciones estatales antes y durante la epidemia de cólera de 1991	
MILAGROS VALDIVIA.....	111
Bibliografía	121

Introducción

La ciencia, la tecnología y la medicina occidental son cada vez más determinantes en la vida de las personas. Las explicaciones científicas han ido imponiéndose sobre otras formas de entender los fenómenos naturales, los médicos han ido desplazando a otros practicantes de la salud y la tecnología se hace imprescindible en ámbitos cada vez mayores de la vida de las personas. Los avances médicos, la extensión de la higiene, la escolaridad y el acceso a la salud pública han transformado la realidad demográfica y las condiciones de vida de miles de millones de personas. Aunque las personas siguen recurriendo a la religión y a los saberes tradicionales para dar sentido a sus problemas y realidades, en el siglo XXI, las explicaciones, lógicas y soluciones de la ciencia occidental se imponen cada vez con más fuerza.

Esta creciente hegemonía de los discursos y prácticas de la ciencia occidental, y la mayor dependencia de las personas a la tecnología han generado beneficios, pero también sistemas y condiciones problemáticas que requieren de reflexión y análisis. Muchas de las realidades que damos por sentadas son producto de procesos históricos que pueden contextualizarse y cuestionarse. Para ello, resulta importante estudiar y entender las lógicas y los supuestos de la ciencia y de la medicina occidental desde una perspectiva histórica.

El presente libro reúne investigaciones que analizan discursos médicos y políticas de salud pública en el Perú del siglo XX utilizando aproximaciones

históricas. Son textos que buscan despertar interés por problemas vigentes en el sistema de salud que no tienen por qué ser aceptados pasivamente: la inequidad en el acceso a la salud, la discriminación contra formas alternativas de entender y tratar las enfermedades, los discursos diferenciados y estereotipados de género, o la culpabilización de las víctimas.

En tal sentido, estas investigaciones se enmarcan dentro de lo que se conoce como la “historia social de la salud”. La historia de la salud en el Perú, como disciplina, se remonta a inicios del siglo XX, cuando se empezó a desarrollar una literatura dedicada a reflexionar sobre el pasado de las instituciones científicas, los descubrimientos médicos y las innovaciones tecnológicas en salud. Fue una literatura producida por científicos con curiosidad histórica, interesados en el pasado de sus disciplinas, y en rescatar la figura de sus padres fundadores y los orígenes de las instituciones donde trabajaban. Fue un esfuerzo que, políticamente, buscaba destacar las virtudes de la ciencia occidental frente a otras formas de entender el mundo natural, oponiendo la racionalidad, neutralidad y superioridad moral de la ciencia a los dogmas y mitos en los que estaban basados los saberes tradicionales. Es decir, aquella era una historia que no problematizaba los fundamentos de la ciencia ni cuestionaba su superioridad, y que asumía un avance progresivo y lineal en la historia de la medicina y la salud pública.

En el ámbito mundial, se empezó a escribir una historia de la medicina y de la salud distinta en algunos aspectos importantes hacia la década de los setenta. Las marchas anti-*establishment*, los movimientos feministas y ambientalistas de los sesenta, así como la lucha por los derechos civiles generaron preguntas más críticas sobre el rol de la ciencia y de la medicina occidental: ¿en qué medida la ciencia había contribuido a perpetuar prejuicios hacia las mujeres?, ¿las nuevas tecnologías médicas generaban solo soluciones o nuevos problemas también?, ¿no había sido usado el conocimiento científico y médico para justificar políticas de segregación racial? Especialmente en Estados Unidos y Europa, empezaron a surgir escuelas, cursos y revistas dedicados a una nueva historia de la ciencia y la medicina que no buscaba hacer loas ni describir avances lineales. Encontraron a partir de ejemplos bien documentados que gran parte del conocimiento científico médico había perpetuado prejuicios de género y raciales, que la occidentalización de la salud había generado beneficios,

pero también problemas de inequidad y de acceso a la salud, y que la hegemonía del discurso médico occidental se había impuesto, muchas veces, de forma coercitiva como parte de procesos de colonización y a costa de ir desapareciendo saberes tradicionales locales. En América Latina, actores informales y practicantes tradicionales de salud habían sido desplazados por Estados nacionales convencidos de la superioridad de la medicina occidental. Herbolarios, curanderos y parteras fueron perseguidos, y aquellos que no ostentaran un título universitario fueron impedidos de ejercer prácticas de salud, al margen de los intereses o preferencias de las poblaciones.

Quienes hacían historia de la salud en los setentas y ochentas empezaron a cuestionar la idea de que la ciencia conllevaba de manera intrínseca valores de libertad y progreso. Se empezó a plantear que la ciencia y la salud pública podían servir también como instrumentos de control social. Los hospitales y la definición de locura podían usarse para encerrar personas, las políticas de vacunación podían justificar políticas de colonización económica y se empezó a hablar más en términos de construcción social, bajo la premisa de que los científicos, antes que traducir las realidades de la naturaleza, lo que hacían era llevar sus prejuicios sociales y esquemas culturales al mundo natural.

Parte del esfuerzo de la historia más reciente de la salud ha estado centrado en vulgarizar la ciencia: no ver a los científicos ni sus prácticas como una realidad ahistórica o asocial. Aunque existen elementos técnicos que se deben entender, el mundo de la ciencia y de la medicina (sus teorías, prácticas y supuestos) no están aislados de lo social y, por ende, son interpretables y cuestionables. En el Perú, el principal impulsor de esta disciplina ha sido Marcos Cueto, cuyas obras han servido de inspiración a muchos de los textos aquí presentes. En particular, entre las obras que despertaron interés por hacer historia social de la medicina y de la salud, se pueden destacar *Excelencia científica en la periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950* (1989) y *El regreso de las epidemias* (1997). En sus obras, Cueto mostró cómo las teorías médicas, las explicaciones sobre las enfermedades y las epidemias, o las políticas de salud, lejos de ser cuestiones puramente biomédicas, se construyen, viven y confrontan a partir de sus contextos sociales y políticos más amplios.

Las realidades económicas, e imaginarios y temores colectivos influyen en la forma en la que las enfermedades y epidemias son explicadas, confrontadas y superadas.

Los trabajos más modernos de esta disciplina cuestionan presupuestos de la medicina occidental, explican el rechazo de las poblaciones no occidentales a ciertas intervenciones médicas sin usar el argumento de la ignorancia o desarrollan los temores y prejuicios que suelen aparecer al momento de buscar culpables de las enfermedades. En los últimos años, se están explorando nuevos temas. Se pone énfasis en entender la visión de los pacientes, cómo explican las causas de las enfermedades y los cambios que estas pueden generar en sus cuerpos (muchas veces, con un discurso paralelo al científico). En el tema de género, al replantearse los conceptos de género, feminismos e identidades múltiples y cambiantes, se hacen necesarios nuevos estudios sobre el rol de la ciencia y de la salud pública en el proceso actual de reconceptualización de identidades de género. Las tecnologías genéticas y la biomedicina requieren que repensemos temas como el racismo y la discriminación justificada en términos de políticas poblacionales o planificación familiar. Asimismo, se entiende que procesos como la medicalización no necesariamente tienen que verse desde un enfoque negativo.

El choque entre la ciencia occidental y los saberes locales, o la medicalización (patologización) de distintas condiciones humanas son asuntos que ameritan más estudios. En el caso peruano, por ejemplo, se debe estudiar con más profundidad el desplazamiento cada vez mayor de las parteras (casi desaparecidas en los últimos años por las obstetras) o la medicalización del parto. Así, discriminación, género, políticas públicas y planificación familiar aparecen como renovados espacios de discusión y problematización.

El presente libro reúne cuatro investigaciones que comparten el afán de entender la sociedad peruana contemporánea a partir de la historia de la salud. Buscan entender las carencias, los prejuicios sociales y las políticas que han guiado a la salud pública peruana en el siglo XX y sus efectos en la vida de las personas.

La investigación de Adrián Lerner, "Hacia una historia del crecimiento urbano y la salud pública en Iquitos, Perú (1860-1980)", analiza desde una perspectiva de largo plazo los limitados esfuerzos por desarrollar un

sistema de salud pública en Iquitos. Compara, además, lo sucedido en Iquitos con su contraparte brasilera, Manaus, y busca entender los distintos desarrollos entre una ciudad y la otra a partir de un elemento en común, el boom cauchero. Al abordar un caso doblemente invisibilizado —el de la historia urbana de Iquitos y el de la historia de la salud en la Amazonía—, aporta novedades en cuanto a información, fuentes primarias y enfoques metodológicos. Asimismo, muestra cómo el proceso de construcción de un aparato de salud pública fue parte de un esfuerzo mayor por “colonizar” y “modernizar” la Amazonía y un proceso de negociación y confrontación entre paradigmas y visiones distintas de la salud. En tal sentido, el artículo de Lerner fluye entre la historia de la salud y la historia ambiental. Cabe anotar que la historia ambiental trabaja básicamente las relaciones entre el ser humano y la naturaleza, y busca borrar la distinción artificial entre cultura y entorno natural. En el Perú, a pesar de algunos avances en esta materia, falta mucho por hacer y, por ello, el artículo de Lerner puede servir de guía a investigadores interesados en desarrollar esta disciplina.

Modernidad y género son dos conceptos que trabaja Juan Miguel Espinoza en el segundo capítulo, titulado “La higiene como experiencia moderna y placentera: la difusión de concepciones y prácticas asociadas a la salubridad en la revista *Variedades* (1908-1920)”. El autor desarrolla los mecanismos utilizados durante la República Aristocrática para divulgar los valores de la higiene y la salud pública como elementos centrales al proceso de modernización del país. Proveer salud no era considerado aún un deber del Estado pero sí un factor de modernización y progreso. En particular, le interesó desarrollar discursos sobre la mujer y la maternidad a partir de las imágenes y textos de la revista *Variedades*. El trabajo de Espinoza refuerza un conjunto de saberes previos sobre la República Aristocrática como un tiempo de cambio y modernización desde un enfoque, aunque parezca contradictorio, tradicionalista, jerárquico y eurocéntrico. Muestra, también, cómo estereotipos de género y raciales guiaron la salud pública peruana. En tal sentido, el artículo de Espinoza analiza la manera en la que los discursos médicos han tenido y siguen teniendo un papel importante en la construcción de nuestras ideas sobre las diferencias de género y los presupuestos sobre la sexualidad que determinan, de alguna manera, el rol de la mujer en la sociedad. Estos discursos e imaginarios construidos desde el discurso científico han servido de base para la aplicación de políticas

de salud que, muchas veces, no han hecho sino reforzar los supuestos y prejuicios ya existentes. Aunque en la literatura norteamericana y europea los temas de género y sexualidad han sido trabajados desde la historia de la salud, en el Perú, hay enormes vacíos que ameritan más trabajos. Esto es lamentable, porque género y sexualidad son temas de actualidad y materia de un debate público que podría beneficiarse al conocer mejor la historia y constante evolución de los discursos científicos que han conducido a nuestros imaginarios actuales.

El trabajo de Raúl Necochea, uno de los principales especialistas peruanos en la historia de la planificación familiar, se titula “Aventuras y desventuras del Pathfinder Fund en la planificación familiar peruana (1958-1965)”. La historia de la planificación familiar es un tema de enorme relevancia que ha sido poco trabajado por la historiografía peruana. En este caso, se estudia el esfuerzo de una institución filantrópica norteamericana, el Pathfinder Fund, por impulsar el uso de anticonceptivos y por implementar mecanismos que lograran frenar lo que entonces se entendía como el problema de la “explosión demográfica”. No todos los actores políticos compartían, sin embargo, la misma visión de los norteamericanos: la Iglesia católica, los militares y las familias tenían, cada uno, una visión propia sobre el llamado “problema del sobrepoblamiento”. El autor busca entender a los actores, resistencias, logros y limitaciones de las políticas de planificación familiar en el Perú de mediados del siglo XX en el marco de lo expuesto en el Concilio Vaticano II y del discurso occidental hegemónico de un Tercer Mundo condenado a la pobreza por la falta de control poblacional.

El artículo de Necochea, junto con su reciente libro, *Historia de la planificación familiar en el Perú del siglo XX* (2016), desarrolla temas como el parto, el aborto y la anticoncepción, asuntos que casi no han recibido atención de los historiadores en el Perú. La medicalización del parto, las cambiantes percepciones culturales sobre el aborto, o los debates en torno a las políticas de planificación y uso de anticonceptivos son temas que requieren de más estudios. Dentro de la línea de la planificación familiar, faltan más estudios sobre la influencia de la Iglesia en las políticas de control de natalidad, los presupuestos que han guiado las políticas estatales, los cambios y continuidades, la presencia de las farmacéuticas,

entre otros. Un tema puntual que amerita más estudios desde la historia de la ciencia y la salud es el de las esterilizaciones forzadas de los noventa.

Finalmente, el texto de Milagros Valdivia desarrolla la relación entre la crisis económica de los ochenta, la implementación de las reformas liberales de los noventa y la aparición de la epidemia de cólera en 1991, una enfermedad que se pensaba superada en el Primer Mundo. Asimismo, busca entender las lógicas y limitaciones de las respuestas gubernamentales del primer Gobierno de Alberto Fujimori y los estereotipos que, desde la prensa, se construyeron en torno a los responsables de la enfermedad. En tal línea, es un trabajo que busca visibilizar el problema de la culpabilización de las víctimas, realidad frecuente en el Perú contemporáneo. Ha sido común en la historia de las epidemias en el Perú, como lo ha mostrado Marcos Cueto en diversos casos, culpar a los inmigrantes, sectores menos favorecidos o sectores marginados por su género. Es decir, quienes más padecían de las epidemias terminaban siendo doblemente castigados, tanto por la enfermedad como por el estigma de ser responsables de la misma. Este problema no ha desaparecido del todo y requiere, como muchos otros aspectos de la salud pública peruana actual, una mirada crítica y con perspectiva histórica.

Agradecimientos

Este libro es fruto de un esfuerzo colaborativo y son muchas las personas involucradas en su elaboración. Queremos agradecer a todas ellas pero en particular a José de la Puente Brunke, Ricardo Gherzi y Erika Goya.

Crecimiento urbano, salud pública y saneamiento en Iquitos (c. 1860-1980)¹

ADRIÁN LERNER

Universidad de Yale

Este artículo es una introducción a la historia de la salud pública en Iquitos —la ciudad más grande e importante de la Amazonía peruana a partir del siglo XX— y a su relación con el crecimiento urbano. Ofrezco una lectura a largo plazo del tema, pero presto particular atención a dos períodos:

- 1) la llamada “Belle Époque” del *boom* del caucho amazónico, entre el último tercio del siglo XIX y la década de 1920, y
- 2) el que medió entre el fin del *boom* cauchero, y el surgimiento de la extracción y comercio del petróleo, entre 1920 y 1970.

El primero de dichos períodos ha sido generalmente representado como una opulenta edad de oro del desarrollo urbano de Iquitos, aunque fue, en realidad, un período caracterizado por grandes desigualdades y afectado por graves problemas de salud pública. Intento explicar, comparativamente, por qué Iquitos no desarrolló una reforma sanitaria de la misma magnitud que la observada en Manaus, su contraparte brasilera.

¹ Algunos fragmentos de este texto fueron traducidos por Fernando Contreras y Adrián Lerner. Parte de la investigación fue realizada gracias al apoyo de la International Dissertation Research Fellowship del Social Science Research Council, del International Dissertation Fellowship del MacMillan Center for International and Area Studies y del International and Security History Dissertation Research Grant, ambos de la Universidad de Yale.

Por su parte, el segundo período, usualmente considerado como una era de “estancamiento” y “decadencia”, ocurrido durante la década de 1940, fue lo que los sociólogos históricos llaman una “coyuntura crítica” para la historia de la salud pública en Iquitos: un momento de contingencia durante el cual se construyeron las estructuras que dieron forma a las décadas siguientes.² Este período se caracterizó por la aparición de dos paradigmas en competencia: por un lado, el de la llamada “medicina social” y, por otro, el de las campañas de salud pública verticales y autoritarias. Estos enfoques antagónicos surgieron no solo como parte de la reacción ante las condiciones reinantes tras el final del auge del caucho, sino también como parte del clima de oportunidades abiertas por un flujo renovado de capital durante la Segunda Guerra Mundial.

Estos contextos históricos fueron, en última instancia, parte de una larga historia de esfuerzos por “colonizar” y “modernizar” la Amazonía peruana. La compleja historia de las relaciones entre el principal centro urbano regional y su entorno de la selva amazónica ofrece perspectivas sobre las tensiones entre el determinismo ambiental y enfoques más centrados en lo cultural. Se ha escrito aún poco sobre la historia urbana de Iquitos y menos sobre la historia de la salud pública en dicha ciudad.³ Este trabajo pretende ser una contribución a este incipiente campo de estudio.

Desde la época colonial, una serie de proyectos fallidos intentaron establecer asentamientos de largo plazo en la Amazonía peruana. La historia de Iquitos es parte de ese patrón mayor. Una vez que las primeras ideas acerca de El Dorado y otras ciudades míticas de tesoros inacabables se desvanecieron, quedaron los intereses geopolíticos de la Corona española, ávida por detener la expansión portuguesa en la región. Estos intereses encontraron un complemento en el celo “civilizador” de los misioneros de las órdenes clericales (Walker 2009: 356); Iquitos fue el resultado de dichos esfuerzos. Solo 13 años antes de la independencia

² Las ideas de “coyuntura crítica” y de la trayectoria dependiente de ella resultan útiles para enmarcar esta historia, pero es importante recordar que se trata de un marco analítico entre muchos posibles. Véase una excelente introducción en Mahoney (2000). Para una discusión sobre la utilidad de este concepto para la salud pública urbana, véase Melosi (2005).

³ Algunos trabajos importantes son Barcia García (1983); García Sánchez (1987); Hedwig Haring (1986) (desafortunadamente está escrito en holandés y nunca fue traducido); Villarejo et. al. (2008); Odicio Egoavil (1992); y Rodríguez Achung (1994).

del Perú, en 1808, se trataba de una pequeña aldea de 81 habitantes, en su mayoría, pertenecientes a la etnia iquitos y un puñado de misioneros principalmente españoles. Exactamente 30 años después de la declaración de la Independencia, en 1851, Iquitos era aún un pueblo pequeño, con una población de 300 habitantes, dos tercios de los cuales pertenecían a tribus nativas (Rodríguez Achung 1994: 12). Este desarrollo inicial de Iquitos como una aldea indígena refleja un patrón bien conocido en América colonial y republicana temprana: los religiosos agrupaban a la población indígena de una región en pequeñas aldeas con fines evangelizadores y de explotación de la fuerza laboral. Fueron acontecimientos posteriores los que transformaron estos pueblos en ciudades.

Iquitos se encuentra en el noreste del Perú; durante décadas, se ubicó en la margen izquierda del río Amazonas hasta que, en la década de 1980, el río modificó su trayectoria y la ciudad quedó a algunas decenas de metros del río Itaya. La ciudad está rodeada por una espesa selva tropical, con lagos y pantanos causados por los cambios de curso de los ríos y por las precipitaciones características de la zona. Los ríos Itaya y Nanay, afluentes del Amazonas que constantemente redibujan su trayectoria, limitan su crecimiento hacia el sur y el norte. Aunque se sabe muy poco sobre la administración de la salud pública en la sociedad colonial y la república temprana, los europeos debieron de haber sido los más afectados por las enfermedades que prevalecieron en el ambiente amazónico, ya que las poblaciones nativas tenían cierto grado de resistencia genética o inmunidad a varias de ellas. Al igual que en los casos de pueblos coloniales situados en otros escenarios tropicales de todo el mundo a lo largo de la historia, los colonos blancos y los constructores del Estado, por largo tiempo, consideraron a los indígenas amazónicos como “tribus salvajes”. Así, la explotación como mano de obra y la marginación por parte de la élite política por largos períodos—tanto bajo el dominio colonial español como del Estado republicano peruano— fueron parte central de las relaciones entre indígenas y no indígenas, e incluso causa de conflictos armados. Los esfuerzos en el ámbito de la salud pública estuvieron enmarcados en este contexto; sin tomar en cuenta las prácticas tradicionales indígenas, estas iniciativas fueron, en gran medida, asumidas por misioneros, quienes tenían un especial interés en mejorar la situación sanitaria tanto para su

propio bien como porque consideraron que parte de su misión civilizadora era mejorar las condiciones de los pueblos nativos.⁴

Debido a que el río era navegable durante todo el año por embarcaciones de gran envergadura, y porque se ubicaba relativamente próximo a los límites del Perú con Brasil, Ecuador y Colombia, Iquitos adquirió cierta importancia estratégica. La década de 1860 fue clave en este sentido. El Gobierno del Perú había firmado un tratado de libre navegación con Brasil en 1851, a la vez que aumentaban las tensiones que derivarían en una larga serie de conflictos territoriales en la Amazonía con Ecuador. A la luz de estas situaciones, a inicios de 1860, Iquitos fue designado como estación naval y como sede regional de la Marina de Guerra del Perú. En 1864, se inició en Iquitos la creación de un apostadero fluvial con materiales traídos de fuera. Luego, en 1868, por presión de los Estados Unidos, el río Amazonas se abrió a la navegación internacional. Como consecuencia, Iquitos se convirtió rápidamente en un puerto importante. La aldea se convirtió abruptamente en una pequeña ciudad: un centro comercial que albergaba oficinas administrativas, logísticas, estatales, comerciales y relacionadas con la incipiente industria relativa a las actividades fluviales. Para 1876, la ciudad pasó a contar 1,475 habitantes, y, en 1890, con 3,023 habitantes. La mayoría de los nuevos habitantes fueron funcionarios públicos y de empresas llegados desde diferentes regiones para vivir en Iquitos temporalmente (Odicio Egoavil 1992: 58; Santos Granero y Barclay 2002: 37; Rodríguez Achung, 1994: 13-14).

Este proceso se acentuó a partir de la década siguiente con las campañas estatales de promoción de inmigración hacia la Amazonía, particularmente mediante incentivos fiscales y la designación de Iquitos como capital del departamento de Loreto. Aun más importante fue la integración de Iquitos al circuito cauchero, cuando el caucho comenzaba a convertirse en un producto de enorme valor en los mercados internacionales. Este período marcó, asimismo, el desplazamiento definitivo de las órdenes religiosas de la hegemonía de la ciudad (y, por extensión, de buena parte de la región amazónica peruana) y el inicio del predominio de las casas comerciales y financieras extranjeras. La fisonomía urbana de Iquitos se modernizó siguiendo parámetros occidentales: se construyeron nuevos edificios de

⁴ Para una comparación con África, véase Dziko (1994: 10).

estilo europeo desarrollados por las casas comerciales y se inició la incipiente instalación de alumbrado público, así como de un pequeño tranvía urbano en 1905. Si bien la tasa de crecimiento poblacional aumentó de forma marcada durante aquellos años, la ciudad siguió siendo pequeña: en 1903 contaba con apenas con 9,500 habitantes y un poco más de un centenar de hectáreas de extensión, mientras que en 1914 contaba con 14 mil habitantes (Rodríguez Achung 1994: 15; García Jordán 1998: 19; García Jordán 2001).

Las típicas características de las ciudades de crecimiento explosivo vinculadas con algún *boom* comercial estuvieron presentes en Iquitos. La mayor parte de las ganancias obtenidas del *boom* del caucho terminaron fuera de la ciudad. Peruanos y extranjeros gastaron fortunas en la importación de bienes de consumo y en artículos lujosos, desde azulejos portugueses hasta casas completas de diversas partes de Europa, pasando por vestidos parisinos y flujos constantes de cervezas alemanas y helados británicos. Famosos artistas europeos llegaron a presentarse en medio de la selva amazónica. El auge del caucho creó una verdadera Belle Époque para la élite de Iquitos, comparable (sin duda también por las enormes desigualdades sociales que la caracterizaron) a la que se vivió durante el mismo período en Manaos (Walker 2009: 367-368).⁵

No obstante, a diferencia de Manaos, donde una reforma sanitaria se llevó a cabo como parte de esta renovación de la Belle Époque (Schweickardt 2011; y Franco de Sá 2012), en Iquitos las mejoras sanitarias tardaron. Aunque en términos demográficos Iquitos probablemente seguía siendo una ciudad predominantemente indígena, en 1905, personas de 17 países vivían allí e inmigrantes de todo el Perú se habían asentado de forma permanente. Esto trajo serios problemas de salud pública, ya que una importante fracción de dicha población no tenía resistencia contra la malaria y la fiebre amarilla, las dos enfermedades endémicas más importantes de la Amazonía peruana, inexistentes en regiones templadas o del altiplano andino. Si bien es un lugar común en las ciencias sociales peruanas mencionar la ausencia histórica del Estado peruano en el territorio nacional, y particularmente en la Amazonía, investigaciones en

⁵ Sobre Manaos, véase especialmente Mascarenhas Dias (1999); Ugarte Pinheiro (1999); y Dos Santos (2007).

décadas recientes han mostrado que el Estado sí tuvo una importante presencia en la región durante el auge del caucho, en actividades, como la creación de aduanas o la administración de concesiones de tierras; un ejemplo de ello es el programa de colonización de las “tierras de montaña”. Esta actividad estatal estuvo siempre lejos de ser óptima, incluso bajo sus propios parámetros, pero aun así fue clave para que Iquitos se convirtiera en un centro principal de toda la región amazónica.⁶ El retraso en las mejoras sanitarias merece, entonces, una explicación más allá de la proverbial ausencia estatal.

No solo estuvieron presentes capital y Estado; hubo, además, una élite local importante —surgida durante la prosperidad de la época— suficientemente fuerte como para poner sobre la mesa demandas federalistas radicales a finales del siglo XIX (Barclay 2009). Estudios sobre la salud pública urbana en otras regiones han demostrado que la combinación y la interacción de tres factores desempeñó un papel central en el desarrollo de políticas sanitarias urbanas: el crecimiento económico, las negociaciones a nivel de la esfera política, y las diversas formas que tomaron los procesos científicos y sus aplicaciones locales. Así, por ejemplo, los *booms* económicos son usualmente una condición necesaria, pero no suficiente, para una reforma de salud pública urbana; las reformas más ambiciosas obedecieron, muchas veces, a complejas negociaciones políticas entre élites nacionales y locales, y entre diversas posturas científicas. A menudo, fueron las autoridades municipales —quienes generalmente pertenecían a élites regionales y contaban con diversos grados de integración con comunidades científicas— las que presionaron por reformas y mejoras en saneamiento urbano (Walzer Levitt 1982).⁷ Este esquema, sumado a las condiciones geográficas y ambientales de la Amazonía peruana, explica el lento proceso de reforma sanitaria urbana de Iquitos.

Si bien la medicina tropical no se estableció tan pronto ni con la misma intensidad como en Brasil, donde el trabajo pionero de la Escola Tropicalista Bahiana tuvo un impacto duradero desde inicios del siglo XIX, esta

⁶ Sobre la presencia del Estado, véase Santos Granero y Barclay (2002: capítulo 5). Véase también Walker (2009: 372).

⁷ Para el papel de los intereses económicos de la élite en los proyectos de renovación urbana, dos excelentes estudios sobre Río de Janeiro son Meade (1996); y Fischer (2009: capítulo 1).

rama de la medicina había ya llegado al Perú en la década de 1890. Para inicios del siglo XX, la Amazonía había generado un especial interés entre los especialistas en la materia en todo el mundo, incluidos médicos de las escuelas de medicina tropical de algunas de las principales universidades de Europa y los Estados Unidos. Una muestra de ello son las visitas al Perú de Richard P. Strong, fundador de la Escuela de Medicina de Tropical de la Universidad de Harvard y antes jefe médico del Ejército estadounidense afincado en las Filipinas.⁸ Diversas variantes de la teoría del germen habían estado presentes en el país desde finales del siglo XIX. Incluso, la medicina tropical se institucionalizó en el Perú en forma de una cátedra universitaria, diez años antes que en Brasil (Núñez 2009; De Almeida 2011). Iquitos tuvo, de hecho, su propia élite de científicos positivistas que, haciendo eco de los discursos patrióticos provenientes de Lima sobre la necesidad de integrar y ocupar el “espacio vacío” de la “incivilizada” Amazonía, publicó una revista que promocionaba la región como la “frontera” (inspirada en el sentido de Frederick Jackson Turner) que el Perú necesitaba desde los tiempos de la conquista española (Martínez Rianza 1998).

A pesar de ello, hasta la primera década del siglo XX, el Gobierno peruano no mostró especial interés en controlar la malaria, que se propaló junto con la fiebre amarilla y la anquilostomiasis, con las que formaba la clásica triada de las enfermedades tropicales de la región. Esto se debió a una combinación de racismo y resistencia diferencial a la enfermedad, que ayudaron a generar la creencia de que la malaria era un problema de adaptación de la población andina de las alturas a los valles tropicales cálidos, en lugar de una verdadera enfermedad. La imaginación de las identidades regionales y étnicas, en este sentido, dio forma a la manera en la cual fueron aplicadas las políticas de salud en la práctica, de un modo que no hubiese sido posible en una sociedad con otra constelación de diferencias sociales y étnicas (Bustíos Romani 2004: 283; Cueto 1997: 134). Esto también se relaciona con que las reformas en salud pública históricamente han tendido a responder a catástrofes visibles de salud pública, como brotes epidémicos explosivos. En Iquitos, tales epidemias probablemente existieron, pero no fueron reconocidas debido, en parte, a fuertes prejuicios ideológicos como

⁸ Sobre la medicina tropical en Brasil, véase Peard (2000). Sobre el desarrollo de la medicina tropical en el Perú y la figura de Richard P. Strong, véase Cueto (1996).

los mencionados arriba. Adicionalmente, dado que el Gobierno peruano había estado durante décadas intentando atraer población a la selva, es posible que se hicieran esfuerzos por ocultar la existencia de tales brotes epidémicos en la ciudad. Al menos aquella fue la impresión de un oficial de salud estadounidense que trabajó para la ciudad a mediados de la década de 1910. En un reporte sobre su experiencia en Iquitos, escribió: “esta actitud y sus resultados demuestran la falacia de la peculiar práctica de ciertas ciudades de negar a cualquier costo y durante el mayor tiempo posible la presencia en su seno de enfermedades epidémicas importantes” (Converse 1914: 3031).⁹

En realidad, los esfuerzos para llevar a cabo una reforma sanitaria urbana en Iquitos comenzaron bastante temprano; las grandes demoras fueron en la implementación. Ya en 1905 se ordenaron y se comenzaron a realizar estudios para la canalización de algunas calles de la ciudad en desagües y para desecar los pantanos que la rodeaban. El primero de estos informes que se conoce fue presentado en 1906 por el ingeniero sanitario Ramiro Ferradas, un peruano con vasta experiencia y contactos tanto en el Perú como en los Estados Unidos. Pronto, estos estudios iniciales indicaron que para resolver los problemas sanitarios de la ciudad era también urgente abastecer a Iquitos de agua potable y pavimentar sus calles.¹⁰ En los años siguientes, sin embargo, debido a la desconfianza de las autoridades de distintos niveles y a la falta de coordinación entre Iquitos y Lima, se ordenaron estudios adicionales, que, en muchos aspectos, contradecían a los anteriores. Fue el caso del informe de Ferradas, criticado en infinidad de ámbitos por el del ingeniero británico H. S. Osment por encargo presidencial, lo que desembocó en un amargo intercambio de informes y de correspondencia entre los científicos, y entre ellos y las autoridades. No es necesario ni sería posible en este panorama general reseñar con detalle estos debates, que se repitieron en años y décadas siguientes, con matices distintos y ya con otros actores, como, por ejemplo, el que se dio en la

⁹ Sobre trabajos de saneamiento como consecuencia de desastres véase, entre otros, Ellis (1992: 6); Wailoo (2001: 16).

¹⁰ Delfín Vidalón a Cámara de Diputados, 9 de agosto de 1907. Archivo del Ministerio de Transportes y Comunicaciones. Ministerio de Fomento y Obras Públicas. Serie Saneamiento. Caja 164. Expediente 670, Dirección de Salubridad Pública, “Varios Referentes a las obras de saneamiento de la ciudad de Iquitos”, p. 1.

década de 1910 entre los ingenieros Alejandro Guevara, Emiliano Buzzi, H. J. Bingham Powell y una variedad de personajes políticos.

Sí es importante, sin embargo, mencionar algunos de los principales temas tratados en los expedientes en los que estos proyectos se conservan: acusaciones mutuas de no considerar las condiciones geográficas de Iquitos, de ignorar los avances más recientes en la ingeniería sanitaria en los Estados Unidos e Inglaterra, de desconocer la disponibilidad, los precios y las condiciones en la Amazonía de ciertos materiales indispensables, y, quizás de forma especialmente importante, de calcular mal la población de la ciudad y de elegir soluciones antieconómicas.¹¹ Juntos, todos estos elementos entramparon durante buen tiempo los intentos por hacer mejoras sustanciales en la infraestructura sanitaria urbana de Iquitos. Por separado, muestran diversos aspectos relevantes: la importancia de las rivalidades que se generaban dentro de una comunidad científica precaria por obtener prestigio, comunidad en la que muchos criterios importantes estaban aún en formación; la especificidad de las condiciones de una ciudad como Iquitos, que imponía dificultades muy particulares para la realización de obras de infraestructura urbana; la falta de información esencial por parte del Estado peruano, como, por ejemplo, la cantidad de población de una ciudad considerada crucial para el desarrollo del país; por último, el carácter inestable del desarrollo de una ciudad basada en la economía de exportación durante la transición entre los siglos XIX y XX.

En efecto, por ejemplo, el intento de reforma urbana de 1912 coincidió con la crisis de la economía del caucho. A través de un famoso caso de “piratería biológica”, plantaciones británicas en la península malaya comenzaron a suministrar caucho a los mercados de Estados Unidos y Europa desde la década anterior. Sin embargo, a partir de 1914, su producción superó a la de la Amazonía, que también enfrentaba una severa carencia de mano de obra causada por la brutalidad de los empresarios caucheros con los trabadores (muchas veces, esclavos y semiesclavos) indígenas, además de conflictos sociales generados por dos problemas extremadamente recurrentes en la región y en la ciudad de Iquitos: los altos precios de los bienes urbanos

¹¹ Estos procesos pueden consultarse en la serie de expedientes contenidos en Archivo del Ministerio de Transportes y Comunicaciones. Ministerio de Fomento y Obras Públicas. Serie Saneamiento. Caja 164.

de consumo y el aumento de los impuestos a ciertos productos (Pennano 1988).¹² Buena parte del plan de renovación urbana fue abortado, si bien algunas mejoras llegaron a realizarse. La lucha en contra de *Anopheles* y *Aedes aegypti*, los mosquitos que difunden la malaria y la fiebre amarilla, respectivamente, se inició en este período. La malaria afectaba a la región particularmente durante la época de lluvias (entre noviembre y marzo); tendió a complicarse, además, por enfermedades intestinales, y por la ausencia o precariedad de servicios sanitarios. Debido a la existencia de condiciones urbano-ambientales como alcantarillas abiertas y a la cercanía de aguas empozadas en los alrededores de la ciudad, la fiebre amarilla fue también muy común.

La lucha contra estas enfermedades estuvo caracterizada, además del uso de la quinina en contra de la malaria, por esfuerzos para “romper la cadena de infección”. Esto llevó a intentos por reducir drásticamente el número de vectores de la enfermedad, lo que, en la práctica, significó destruir criaderos, como contenedores de agua y cloacas abiertas, en los que los mosquitos se reproducían. Se trataba de una política de saneamiento costosa y tediosa, que implicaba también esfuerzos por “educar” a la población local. A pesar de afrontar algunas resistencias, esta estrategia logró cierto éxito en la reducción de los índices de mortalidad en la ciudad. Incluso, antes del arribo de la primera misión de la Fundación Rockefeller al Perú, en 1918, estas campañas fueron fuertemente influenciadas por las experiencias de los funcionarios de salud y militares de los Estados Unidos en Panamá y Cuba durante los años previos (Cueto 1997: 86, 138; Bustíos Romaní 2004: 515-525; Converse 1914: 3031-3033).

Un hallazgo adicional e impactante de esta campaña de salud pública fue el grado en el que la anquilostomiasis se encontraba propagada entre la población local. De acuerdo con el estudio de Converse anteriormente citado, en 1914, la enfermedad fue directa e indirectamente responsable de la mitad de las muertes en Iquitos, pese a que era muy poco diagnosticada. Como en el caso de la fiebre amarilla, los funcionarios públicos tendieron a culpar a las condiciones urbano-ambientales reinantes. Las costumbres de la población local fueron también culpadas. Más del 66 % de las viviendas no contaba con baños, por lo que sus habitantes usaban

¹² Sobre la “piratería biológica”, véase Jackson (2008).

los huertos adyacentes, las calles y los lotes baldíos. Las altas temperaturas y la excesiva humedad generaron un caldo de cultivo para el *Necator americanus*. La mayoría de la población fue descrita como incapaz de costearse la compra de zapatos o de entender su importancia. Se estimaba que alrededor de 10 mil personas de todas las edades (de una población total de 13 mil) caminaban descalzas la mayor parte del tiempo. Muchos de quienes no andaban descalzos en las vías públicas, los hacían sus patios y jardines, también infectados. Las zanjas abiertas de las calles eran constantemente excavadas y removidas, de modo que la arena contaminada se esparcía por la ciudad. Además de la apertura de un hospital para los pobladores más pobres —la ciudad no contaba todavía con hospital de ninguna clase en 1914—, las únicas recomendaciones para contrarrestar la anquilostomiasis fueron las siguientes: “Correcta eliminación de los excrementos, un suministro de agua pura y usar zapatos” (Converse 1914: 2935, 2037).¹³ Ninguna de estas campañas fue finalmente exitosa; todas fueron interrumpidas por la crisis del comercio cauchero. Después de una breve recuperación durante la Primera Guerra Mundial, el caucho entró en una crisis definitiva en la década de 1920. La anquilostomiasis y la fiebre amarilla no dejaron de ser problemas de salud pública, y la malaria sobrevive, en focos específicos, hasta el presente.

A partir de finales de la década de 1930 e inicios de 1940, se hicieron nuevos esfuerzos por modernizar la salud pública en Iquitos. Estos estuvieron relacionados con un nuevo aumento de la demanda del caucho, principalmente desde los Estados Unidos, lo que generó un mini *boom*, que trajo una inyección fresca de capital y un renovado entusiasmo por el desarrollo de la Amazonía. Al describir un contexto similar en la amazonia brasileña durante el mismo período (aunque con más recursos y una coyuntura política diferente, en la que el bienestar social a menudo jugaba un rol importante en la actuación gubernamental), Seth Garfield ha mostrado recientemente que existió una tensión entre una colonización esencialmente extractiva en el corto plazo y objetivos de desarrollo a largo plazo, que incluían, precisamente, iniciativas de sanidad y salud pública (2013: 74). De hecho, esta dicotomía puede analizarse de modo

¹³ Para un diagnóstico similar en diferentes contextos tropicales, véase Anderson (2006).

aun más detallado, pues los proyectos que incorporaron políticas de salud pública eran a veces tributarias de tradiciones científicas y de paradigmas de desarrollo antagónicos.

En Iquitos, el proceso llegó en forma de dos vertientes distintas. La primera estuvo representada por los practicantes de la denominada “medicina social”, una corriente médica europea que había adquirido importancia y que incluso estuvo cerca de convertirse en la política gubernamental dominante en el Perú durante la década de 1940. Aunque no exenta completamente de algunos de los prejuicios ambientales típicos de la época, la medicina social promovió en la Amazonía peruana la noción de que la colonización de la región requería de la participación de la población local, y, por lo tanto, sería inalcanzable sin una reforma sanitaria importante, capaz de mejorar las condiciones y la productividad de una mano de obra que estaba lejos de ser abundante y que se encontraba en una situación precaria. En la jerga de ciertas ciencias sociales contemporáneas, se trataba de mejorar el “capital humano” de la región. Ello derivó en esfuerzos por lograr cambios culturales y económicos para establecer un sistema de salud pública centrado en aspectos preventivos (Cueto 2004).

El representante más importante de este enfoque fue Maxime Kuczynski-Godard (en adelante, Kuczynski), un médico peruano-alemán que tuvo el apoyo de miembros de la élite médica peruana, quienes, a su vez, ocupaban importantes cargos gubernamentales. Estos contactos, fruto ciertamente en gran medida de su propio prestigio profesional, permitieron a Kuczynski trabajar con financiación y libertad poco habituales en la salud pública peruana. Parte importante de la carrera de Kuczynski en el Perú se desarrolló en el oriente del país, en la selva amazónica, como líder de una ambiciosa campaña sanitaria, cuyo cuartel general estuvo ubicado en Iquitos. El aspecto mejor conocido de la campaña fue su combate contra la enfermedad de Hansen (la lepra), entonces poco menos que una metáfora de todos los problemas de la Amazonía, en la “colonia leprosoaria” de San Pablo, ubicada a poco más un día de viaje fluvial de Iquitos.¹⁴ Más allá de ello, Kuczynski llegó a desarrollar una “sociología médica” del Amazonas, basada en su extenso trabajo de campo en Iquitos y publicada a través

¹⁴ Sobre Kuczynski y lepra, véase Cueto (2004).

una serie de documentos más tarde recogidos en un volumen titulado *La vida en la Amazonía peruana* (1944).

Durante ese tiempo, en un intento por atraer empresarios potenciales e inmigrantes (los turistas adquirieron relevancia solo algunos años más tarde), diversos sectores empeñados en crear una imagen idealizada de la ciudad trataron de enfatizar la “modernidad” de Iquitos. Por ejemplo, una guía de la ciudad publicada a mediados de la década de 1930 contenía una crítica contra quienes “sin conocer Iquitos le atribuían un clima mortífero”. El documento incluía datos de los registros civiles que mostraban que Iquitos tenía una tasa de mortalidad de 4.28% de la población total en 1935. Estos números eran usados para argumentar que “sin ningún tipo de dudas, Iquitos era uno de los lugares más saludables del mundo” (autor desconocido 1936: 155). En realidad, sin embargo, la situación de la salud pública era bastante dramática. A finales de la década de 1940, Iquitos no contaba con agua potable ni electricidad, condiciones que las autoridades consideraban críticas. Se invirtieron fuertes sumas de dinero en la mejora del sistema de drenaje y en la canalización del agua en las calles más importantes del centro de la ciudad, pero estos eran esfuerzos claramente insuficientes, ya que la única agencia con los fondos necesarios para realizar dichas grandes inversiones era el Gobierno central, desde Lima (Sotomayor et al. 1949: 44). Los habitantes de Iquitos de todos los estratos sociales tenían que encontrar formas creativas para acceder y conservar agua fresca, desde imbricados sistemas de filtración hasta la compra de agua de manantiales ubicados en los alrededores de la ciudad.¹⁵

Las enfermedades estaban muy extendidas y, a menudo, eran endémicas. La tuberculosis y la enfermedad de Hansen se habían propagado y causaban temor en Iquitos, lo cual se sumaba a los clásicos problemas sanitarios de la ciudad: la malaria, la fiebre amarilla, la anquilostomiasis y todo tipo de parásitos intestinales. Los hospitales que estaban siendo construidos eran insuficientes y parte de ellos dependía para su funcionamiento de la beneficencia pública local. Por otro lado, de reptiles a aves exóticas, pasando por serpientes, ratas, murciélagos, perros y gatos callejeros, y todo tipo de insectos y arácnidos, los habitantes de Iquitos tenían que lidiar con una cantidad de fauna que no era común para una

¹⁵ Víctor M. Pineda, *Colonización y Geografía Médica Loretaña*. (Iquitos: El Oriente, 1940).

ciudad de ese tamaño a mediados del siglo XX. Las calles de Iquitos constituían pequeños ecosistemas en sí mismos. Una presencia animal particularmente notoria eran los cerdos, que comúnmente resultaban difíciles de controlar y trastornaban las actividades humanas y las áreas cultivables que caracterizaban las regiones limítrofes de la ciudad, que no eran ni completamente rurales ni urbanas. El cerdo, por otro lado, era parte importante de la dieta en Iquitos, al punto de convertirse en un elemento de las preparaciones que ahora son consideradas parte de la comida tradicional local (“platos regionales” en el habla local). Esto fue posible, en buena medida, gracias a que los cerdos se reprodujeron con mucho éxito en los alrededores de la ciudad. Sin embargo, su carne podía también ser particularmente peligrosa en climas tropicales, en los que es más probable contraer la triquinosis.¹⁶

Kuczynski estuvo de acuerdo con la noción básica de que la selva e Iquitos, específicamente, eran potencialmente saludables “para todas las razas”. Sin embargo, insistió en que mejorar la educación y la nutrición de los niños pequeños era condición indispensable para ello. Su particular sociología médica de Iquitos, apoyada en un trabajo médico de campo sin precedentes en la ciudad, concluyó que la pobreza y la ausencia de adaptaciones al entorno urbano —y no el medio ambiente como tal— fueron los principales problemas de salud pública en Iquitos. Kuczynski estudió enfermedades como la tuberculosis, la lepra (ambas tradicionalmente asociadas con la pobreza urbana) y diferentes formas de paludismo, y concluyó que las condiciones sociales reinantes eran su principal determinante. Al mismo tiempo, se inspiró directamente de la historia de las ciudades medievales (usualmente citaba a Henry Pirenne y la *Historia económica general* de Max Weber) para señalar que la Amazonía atravesaba un período característico en un continuo de su desarrollo histórico. Para Kuczynski, los cambios culturales producidos por la interacción entre indígenas y colonizadores no indígenas habían creado una cultura híbrida y específica, caracterizada en lo esencial por costumbres y condiciones vitales poco saludables. Para el médico, la situación de la vivienda y la vida cotidiana del proletariado urbano empobrecido eran las manifestaciones más impactantes de una

¹⁶ El pasaje sobre los cerdos está basado en las fascinantes descripciones de Kelly y Kelly (1950/2012: 60-71). Véase también Kuczynski (1944: 86).

“degeneración” peculiarmente amazónica. El estilo de vida de las mayorías de Iquitos y sus alrededores era considerado insalubre y mal adaptado a la vida en la Amazonía urbana. La ausencia de espacio y el hacinamiento en medio de temperaturas calurosas y condiciones húmedas permitieron, según esta visión, la proliferación de las enfermedades; la ausencia de una definición clara entre los estilos de vida rural y urbano, por su lado, opacaba los límites entre “ciencia” y “superstición”.

Aun así, y aunque en algunos puntos no rechazó completamente las ideas deterministas sobre las influencias psicológicas del entorno ni las generalizaciones prejuiciosas sobre algunos grupos étnicos y sociales, Kuczynski enfatizó las interrelaciones entre las condiciones de salud y los factores socioeconómicos, así como los impactos culturales de estos procesos ambientales, sanitarios y socioculturales en lugar de culpar a las condiciones ontológicas del lugar y los lugareños, como solía hacerlo la medicina tropical. No creía, por otro lado, que Iquitos fuese especialmente saludable *per se*, pero sí pensaba que era posible mejorar ostensiblemente sus condiciones con intervenciones que tendrían que ir más allá de la construcción de infraestructura. Como consecuencia de ello, las campañas que lideró estuvieron enfocadas en mejorar la educación a través de lo que llamó “alfabetización médica”, en mejoras sustanciales en nutrición y vivienda, y en la integración de la población local a posiciones dentro del sistema médico. Kuczynski se dirigió a los niños como los principales objetivos de sus reformas. En última instancia, el elemento crucial de estas campañas, al mismo tiempo una meta y una condición necesaria, era “liberar a los hombres del Amazonas de la pobreza”, entendida en términos de la capacidad para adaptarse a las condiciones ambientales y específicas de la ciudad, que estaban, a su vez, profundamente conectadas (Kuczynski 1944: 5).¹⁷

La confusión entre lo rural y lo urbano referida por Kuczynski es también, claramente, comparable a una falta de separación entre los mundos indígena y urbano. El mundo urbano estaba en realidad embebido de la cultura indígena en muchos aspectos. Durante la década de 1940, el cónsul

¹⁷ Sobre esto, Kuczynski y la medicina social fueron equiparables a la tradición de medicina tropical local trazada por Julyan Peard en el norte de Brasil desde el siglo XIX. Véase Peard (2000).

norteamericano en Iquitos, Hank Kelly, y su pareja, Dot Kelly, autores de una memoria acerca de su estadía en esa ciudad, relataban que tanto la población indígena como la no-indígena de la ciudad creía en fenómenos y en la presencia de criaturas sobrenaturales de las tradiciones nativas. Asimismo, dejaban entrever que estaban dispuestos a dejarse influir por esta cultura híbrida, en particular en el rubro de la medicina. Pese a que había campañas para erradicar técnicas y remedios tradicionales, la población de Iquitos usualmente optaba por tratamientos combinados. Hank Kelly recordaba haberse curado una inflamación recurrente en una pierna con un tratamiento indígena basado en plantas tradicionales combinado con remedios “occidentales” que le brindó un médico norteamericano (Kelly y Kelly 1950/2012: 149-155).

La segunda vertiente del proceso de reforma de la salud pública en Iquitos fue más ortodoxa. Este fue el enfoque vertical de los planes de salud, típicos de la Segunda Guerra Mundial y de los años de la Posguerra. Debido no solo a los cambios en el escenario político en el Perú, sino además a que era el método preferido por los Estados Unidos durante la guerra, esta aproximación, combinada con el énfasis en la infraestructura típico de los Gobiernos “modernizantes” peruanos en el poder durante las décadas de 1940 y 1950, se convirtió en dominante en Iquitos y en la Amazonía peruana en general. La implementación de obras de infraestructura era particularmente complicada en la Amazonía, debido a las dificultades que el clima y las condiciones del terreno entrañaban para su construcción y manutención. Esto era especialmente problemático debido a que el cemento era un bien escaso, caro y difícil de preservar en la humedad de la ciudad amazónica. Igualmente, no existió en Iquitos por muchos años una fábrica de ladrillos, al punto que en 1943 el Prefecto del Departamento de Loreto había iniciado tratos directos con el Presidente de la República, Manuel Prado, para que autorizase fondos especiales debido a lo urgente de contar con el material necesario para las obras de infraestructura de la ciudad.¹⁸ Casi diez años después, el ingeniero encargado de las obras sanitarias locales para el del Ministerio de Fomento, frustrado en su trabajo

¹⁸ Archivo General de la Nación, Comisión Pro-Desocupados 4.1.28. “Libro de Actas Junta Departamental Pro-Desocupados de Loreto. Sesión del 21 de setiembre de 1943”, p. 880.

por pavimentar las calles alrededor del Hotel de Turistas, escribía al director de Fomento y Obras Públicas en Lima quejándose de la escasez y de los altos precios del cemento y de los ladrillos. Señalaba que el cemento duraba poco en el clima húmedo y que las fábricas locales de ladrillos no lograban abastecer ni siquiera para el mercado local.¹⁹

Otro ejemplo que ilustra los problemas enfrentados en este período, una suerte de reflejo tétrico del descalabro del mercado del caucho, fue el derrumbe del edificio del mercado de la ciudad. Ubicado al borde del río, el edificio comenzó a deteriorarse debido a la falta de mantenimiento: ya en octubre de 1937, las autoridades locales urgían a Lima que se enviara fondos, debido a que algunas columnas habían comenzado a caer.²⁰ A fines de mayo del año siguiente, el Director General de la Sección de Fomento del Ministerio de Fomento y Obras Públicas recibía un telegrama desesperado, también en busca de fondos, del Prefecto de Loreto, Eduardo de Habich, en el que señalaba que “debido a fuertes y continuas lluvias como escasa mano de obra por falta de fondos, deslizóse terreno lateral no defendido aun arrastrando además tercera parte muros”.²¹

Pese a que fueron adjudicados fondos y a que se iniciaron algunas obras, el 7 de febrero de 1939, el alcalde de Iquitos escribía otro telegrama urgente, dirigido al Prefecto Habich y al presidente de la República, el General Oscar Benavides (de quien se consideraba que tenía una relación especial con la región por su actuación durante el conflicto entre Perú y Colombia de 1910-1911, en el que Iquitos fue un centro importante y marcó su consagración como “héroe”) en el que informaba que la noche anterior se había producido “un considerable desquiciamiento en el barranco [del] río Amazonas, que destruyó parte de las obras que se ejecutaban y pone en peligro inmediato el edificio, por lo que es urgente desarme, traslado a otro lugar y reedificación inmediata”. El alcalde se quejaba amargamente de

¹⁹ Oficio 23 HT 52, 18 de octubre de 1952 del Ing. Óscar Corpancho O'Donnell al director de Fomento y Obras Públicas, 18 de octubre de 1952. Archivo del Ministerio de Transportes y Comunicaciones. Ministerio de Fomento y Obras Públicas. Serie Saneamiento. Caja 164. Expediente 338, “Pavimentación Iquitos 1952-67”.

²⁰ Archivo General de la Nación, Comisión Pro-Desocupados 4.1.40. “Oficio 2424” de Carlos Alayza Roel al director general de Fomento, 7 de octubre de 1937.

²¹ Archivo General de la Nación, Comisión Pro-Desocupados 4.1.40. Director general de Fomento a presidente de la Comisión Distribuidora de Fondos Pro-Desocupados, 25 de mayo de 1938, que transcribe el telegrama de Habich, fechado 23 de mayo de 1938.

que no había fondos locales disponibles, pues estos, pese a una promesa anterior del presidente, se habían destinado a obras de saneamiento, y pedía a sus correspondientes que le dijeran claramente si es que le iban a brindar los fondos, “para saber a qué atenerse al respecto”, “pues el local que hoy sirve de Mercado Provisional es sumamente reducido para el gran movimiento diario que viene resultando además antihigiénico por lo estrecho que sufren los vendedores, situación que no puede prolongarse por más tiempo.” Al fin, el propio Benavides intercedió para que se asignase dinero a la obra: el mercado fue demolido y reconstruido, y otro mercado, que más adelante tendría sus propios problemas de higiene y salud pública, fue eventualmente construido en el “en el populoso Barrio de Belén, por reclamarlo así las conveniencias de ese sector de esta ciudad.”²²

En otro episodio revelador y típico de las dificultades de las obras de infraestructura sanitaria de la década de 1940, Emiliano Vela, ingeniero encargado una serie de obras de infraestructura en la ciudad, pedía fondos adicionales al Presidente de la Junta Distribuidora de Fondos Pro-Desocupados, entidad también centrada en Lima y encargada de decidir la financiación de obras de infraestructura en todo el país (inicialmente, con la creación de nuevos impuestos y con el objetivo de combatir el desempleo durante la crisis de la década de 1930) para aumentar el espesor de la capa de concreto en la obra de un colector para aguas servidas y de lluvia en la calle Napo, en pleno centro de la ciudad, debido a que “la naturaleza del terreno” ocasionaba filtraciones.²³ Mientras que el ingeniero Vela insistía en la importancia del colector de la calle Napo, el Prefecto de Loreto, Carlos Echeopar, insistía en que era más importante apresurar las obras en otro colector, ubicado en la calle Ricardo Palma, también en el centro pero más cerca de la zona inundable de Belén, donde, de acuerdo con el propio Vela, “el peligro era inminente para las propiedades por las

²² “Oficio 68” del Concejo Provincial del Amazonas a director de Gobierno, que copia el “Oficio 35” de Concejo, firmado por M. Saavedra Pinon, alcalde de Iquitos, al prefecto del departamento, 7 de febrero de 1939, dirigido al presidente de la República. En Archivo General de la Nación, Comisión Pro-Desocupados 4.1.40.

²³ Véase el “Informe mensual de las obras ejecutadas en el mes de setiembre 1942”, del 30 de setiembre de 1942, enviado por Emiliano Vela, ingeniero jefe de obras de la Junta Departamental Pro-Desocupados de Loreto, a la Junta Distribuidora de Fondos Pro-Desocupados, en Archivo General de la Nación, Comisión Pro-Desocupados 4.1.28.

filtraciones:²⁴ Igual que Vela, Eche copar se vio obligado a pedir que se aumentara su presupuesto, debido a que hubo que usar más concreto “en vista de la poca consistencia del terreno.”²⁵ Los presupuestos aumentaban constantemente por este tipo de motivos, lo que era fuente de interminables conflictos entre las autoridades locales y las de Lima.²⁶

Las autoridades de Lima e Iquitos buscaron soluciones distintas a estos problemas. Desde Lima, en 1937, el Gobierno del General Benavides promovió una “Ley de Saneamiento de Iquitos.” En ella, se creaba una serie de impuestos especiales, sobre la base de los cuales habrían de financiarse las obras para la infraestructura sanitaria en la ciudad, ciertos productos como las cervezas y la gasolina importadas, y la exportación del barbasco, de pieles y cueros, de algodón, y de madera, entre otros. Evidentemente, la medida no fue bien recibida por diversos sectores de la ciudad.²⁷ Bajo esa misma lógica, las autoridades de la ciudad en diversas ocasiones pretendieron cobrar tributos especiales a los vecinos que se verían beneficiados por las obras. En el caso del colector de la calle Ricardo Palma, por ejemplo, el Prefecto Eche copar explicó a las autoridades de Lima que “la Junta [Departamental Pro-Desocupados] acordó, en vista de que los propietarios eran pobres, cobrarles solamente el material, es decir, 12.00 por metro lineal de cañería.” Los vecinos habían de ser notificados, y luego pagar a la Tesorería de la Junta.²⁸

En ciertos casos, los vecinos simplemente se negaban a pagar. En abril de 1955, por ejemplo, el Alcalde de Iquitos, Salomón Joseph, escribía

²⁴ Archivo General de la Nación, Comisión Pro-Desocupados 4.1.28. “Libro de Actas Junta Departamental Pro-Desocupados de Loreto. Sesión del 21 de setiembre de 1943”, p. 879.

²⁵ Archivo General de la Nación, Comisión Pro-Desocupados 4.1.28. “Libro de Actas Junta Departamental Pro-Desocupados de Loreto. Sesión del 2 de diciembre de 1943”, pp. 877-888.

²⁶ Sobre el aumento constante de los presupuestos, véase el “Oficio 61” del prefecto y presidente de la Junta Pro-Desocupados de Loreto al presidente de la Comisión Distribuidora de Fondos, 4 de noviembre de 1943, en Archivo General de la Nación, Comisión Pro-Desocupados 4.1.28.

²⁷ Archivo del Ministerio de Transportes y Comunicaciones. Ministerio de Fomento y Obras Públicas. Serie Saneamiento. Caja 164. Expediente 681, “Anteproyecto Ley Saneamiento Iquitos”.

²⁸ Archivo General de la Nación, Comisión Pro-Desocupados 4.1.28. “Libro de Actas Junta Departamental Pro-Desocupados de Loreto. Sesión del 2 de diciembre de 1943”, pp. 877-888.

alarmado al Director general de Fomento y Obras Públicas que un grupo de vecinos de las dos primeras cuadras de la calle Fitzcarrald en el centro de la ciudad se negaba a pagar el 50% del costo de las obras de pavimentación de su calle. El oficio del Alcalde incluía la opinión jurídica y económica de los Síndicos de Rentas y de Gastos del Municipio de Maynas (nombre de la principal unidad administrativa municipal de la ciudad Iquitos), que expresaron buena parte de los problemas que el crecimiento urbano acarrearía a la ciudad:

“El Municipio de Maynas se debate en una angustiosa estrechez económica. Su principal fuente de ingresos la constituye una tarifa de arbitrios aprobada y promulgada en el año 1942. Desde esa fecha ha crecido considerablemente la población de Iquitos; ha aumentado enormemente el radio urbano; se han duplicado las necesidades públicas, y no han variado los arbitrios. Frente a esta sombría perspectiva de la economía municipal y las razones legales anotadas, desentona el pedido de insubsistencia de los propietarios del Jirón Fitzcarrald y su negativa a una contribución que va a tonificar la economía del pueblo y que, como una contradicción de hechos, representa el pago de un servicio recibido que, directa y particularmente, ha beneficiado a ellos.”²⁹

La argumentación de los vecinos, por su parte, fue contundente. La pavimentación de las calles estaba contemplada por leyes anteriores, como la que había elevado los impuestos a la exportación de ciertas maderas: “Existe, pues, renta propia con la cual debe cubrirse el gasto que demande la pavimentación de Iquitos.”³⁰

Más allá de estos casos, en Iquitos, buena parte de la atención de quienes participaron del paradigma vertical estuvo dirigida al combate contra la malaria. Fue, además, parte de una determinación renovada por desarrollar la Amazonía, al igual que en Brasil, con la intención inmediata de hacer posible un breve renacimiento de las exportaciones de caucho

²⁹ Archivo del Ministerio de Transportes y Comunicaciones. Ministerio de Fomento y Obras Públicas. Serie Saneamiento. Caja 164. Expediente “Pavimentación Iquitos 1952-1967”, pp. 130-137.

³⁰ Archivo del Ministerio de Transportes y Comunicaciones. Ministerio de Fomento y Obras Públicas. Serie Saneamiento. Caja 164. Expediente “Pavimentación Iquitos 1952-1967”, p. 138.

que demandaban los Aliados durante la Segunda Guerra Mundial. En este caso, el impulso se mezcló con la pretensión nacionalista de que la enfermedad había sido un elemento crucial durante los dos conflictos internacionales en los que el Perú estuvo involucrado en décadas cercanas, contra Colombia y Ecuador, en 1932 y 1941 respectivamente.

El paradigma promovía la completa erradicación de la enfermedad y de sus vectores. A inicios de 1946, el DDT comenzó a ser utilizado para ello. Aunque tuvo un éxito relativo en áreas rurales, causó numerosos problemas en regiones más densamente pobladas, como Iquitos, donde la población local era considerada un obstáculo en la lucha entre los trabajadores sanitarios y los mosquitos. En una ciudad en la que las costumbres locales usualmente desafiaban radicalmente el conocimiento médico hegemónico y sus procedimientos, esta situación era fuente de enorme conflicto. Después de casi tres décadas, a inicios de la década de 1970, el progreso logrado comenzó a revertirse, y el DDT pasó a ser asociado con el envenenamiento de la comida y la degradación del medio ambiente. Para entonces, Iquitos entró en otro proceso de crecimiento urbano que habría de convivir con la presencia endémica de la malaria.³¹

Este cambio en el modelo no fue irrelevante, ya que convivió con importantes cambios físicos y demográficos en la ciudad. Al igual que otras muchas ciudades de la Amazonía, desde la coyuntura del caucho, Iquitos se había convertido en una ciudad que dependía de los ciclos de auge y caída del boom cauchero para sus propios ciclos de expansión económica (Browder y Godfrey 1997: 41). A pesar del supuesto “estancamiento”, la caoba en la década de 1920, el propio colapso cauchero impulsó inicialmente un éxodo del campo hacia la ciudad (en 1928, la ciudad alcanzó los 23 mil habitantes, incremento debido parcialmente a la inmigración de ex-trabajadores caucheros); más adelante, el marfil vegetal y el barbasco en la década de 1930, la nuez de Brasil y el palo rosa en la de 1950, y el petróleo en la década de 1970 propiciaron el crecimiento de la ciudad. La aviación, que era además considerada un símbolo de la modernización de Iquitos, dio un impulso importante hacia la integración de la Amazonía a la economía nacional, lo cual sin duda también promovió su crecimiento

³¹ Marcos Cueto, *op. cit.*, 1997, pp. 157-170.

(Walker 2009: 383).³² La construcción de un aeropuerto moderno para la ciudad y de vías de comunicación adecuadas para conectarlo con las áreas más densas –obras también por lo general complicadas, retrasadas y encarecidas por las condiciones climáticas, en particular las lluvias– fue también una preocupación reiterada por las autoridades locales durante aquellos años.³³

Ya en 1943, en medio del miniboom cauchero, el Prefecto de Loreto, Carlos Echeopar, describía parte de ese crecimiento y de la falta de infraestructura que la acompañara: “Existe en Iquitos una escasez de casas, lo que ha producido un alza inmoderada de los alquileres. La gran demanda que hay tanto de locales de oficina como para habitación ha hecho que los propietarios busquen desahuciar a los inquilinos, con el deliberado propósito de arrendar sus propiedades a terceras personas por una merced conductiva mayor a la que venían percibiendo.” De acuerdo con el prefecto, los precios de la vivienda se habían triplicado.³⁴

Desde 1930 hasta 1970, siguiendo el desarrollo de las pequeñas economías del boom extractivo, sumado al incremento de las actividades comerciales y de servicios, la población continuó creciendo, básicamente como resultado de la inmigración de las áreas rurales del Amazonas y de otras regiones peruanas. En 1940, la ciudad contaba con 32 000 habitantes, lo que ya se sentía en las zonas centrales, pero no fue hasta la década de 1960 que el patrón de crecimiento se intensificó. La combinación del éxito relativo de la campaña de erradicación de la malaria (o la creencia en dicho suceso) y la promoción estatal renovada de la Amazonía incentivaron la inmigración, incluso desde las zonas andinas. La creación de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana en 1961, la única institución de educación superior en una vasta región que atrajo gente de todas partes del oriente peruano, y la declaración de secciones de Iquitos como zonas libres de impuestos en 1965 fueron responsables de un impresionante crecimiento

³² Sobre el barbasco, véase Archivo General de la Nación, Prefecturas 389, Loreto 1937, prefecto Eduardo de Habich a director de Gobierno, 31 de marzo de 1937.

³³ Véanse los telegramas y cartas enviados entre 1936 y 1940 por el prefecto Eduardo de Habich a la Junta Distribuidora de Fondos Pro-Desocupados, en Archivo General de la Nación, Comisión Pro-Desocupados 4.1.28, pp. 124, 318 y 408-409.

³⁴ Archivo General de la Nación, Prefecturas 439, 1943. Prefecto Echeopar a ministro de Gobierno, 3 de noviembre de 1943.

urbano. Durante este período, el casco urbano creció, de forma particularmente dramática mediante la proliferación de “barriadas”, “pueblos jóvenes” y zonas marginales en gran parte de la ciudad. En 1964, Iquitos contaba con la impresionante cifra de 76 000 habitantes. Alrededor de 40% (unas 31 000 personas) vivía en las llamadas “barriadas”. Un estudio acerca de la barriada paradigmática de la ciudad, Belén, mostraba que, en 1964, 76% de las casas estaban hechas de materiales precarios, como paredes de madera y techos de palma seca, y no contaban con ningún servicio básico (agua potable, desagüe, electricidad), y 75% de las familias vivía en condiciones que se consideraban de hacinamiento (Cisepa 1967: 32, 35).

Esta situación se acentuó en la década de 1970. El período de prospección atrajo a miles de familias de los alrededores de Iquitos; cuando terminó el boom, muchas se trasladaron hacia a los barrios marginales de la ciudad para enrolarse en trabajos independientes y a pequeña escala, a menudo en el comercio informal. Esta nueva ola de inmigración coincidió con la transición demográfica en el Perú (pese a las precarias condiciones sanitarias), ya que las tasas de mortalidad decrecieron mientras que las tasas de natalidad se mantuvieron altas. La consecuencia en Iquitos fue un enorme aumento de la población de los barrios pobres de la ciudad: en 1980, Iquitos tenía 157 000 habitantes, 87% de los cuales vivían en barrios marginales. El crecimiento de la ciudad no había sido en absoluto planificado y la difusión de los servicios urbanos fue particularmente lenta. En 1975, más de 20 000 personas en barrios marginales todavía no contaban con electricidad ni agua potable. Al igual que en los asentamientos urbanos informales en diferentes partes del mundo, los barrios pobres en Iquitos generaron sus propias luchas políticas, que a menudo involucraban demandas por los derechos de propiedad, agua, desagüe y electricidad. Todo ello repercutió en diferentes formas sobre las condiciones sanitarias locales (Barclay 1991: 62; Rodríguez Achung 2004: 17-19, 27, 30-32, 37, 40, 44, 47; Rodríguez Achung 1991: 131).

En este contexto, es importante tener en cuenta que el Sistema Nacional de Movilización Social (Sinamos) del Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas (1968-1980) cumplió un rol crucial en la historia de las relaciones entre el Estado peruano y los sectores populares. Esta institución dedicó en Loreto buena parte de sus esfuerzos a labores relacionadas con el saneamiento de los barrios pobres de Iquitos. Luego de

asegurar el estatus legal de “pueblos jóvenes” a una serie de comunidades urbanas y, en muchos casos, de brindarles facilidades para acceder a títulos de propiedad sobre los terrenos urbanos, los funcionarios de Sinamos emprendieron la tarea de “urbanizar” barrios como Belén, Bagazán, Bartolomé Clavero, San Martín de Porres y Punchana. Esto implicaba, por lo general, pavimentar las principales calles del barrio construir sistemas de drenaje y desagüe. Igual que en las décadas anteriores del siglo XX, fue frecuente que las obras tuvieran que ser retrasadas y encarecidas por problemas climáticos. En otras ocasiones, los beneficiarios rechazaban la intervención estatal y la etiqueta de “pueblos jóvenes” –en parte porque estaba implicaba un sistema de rendición de cuentas a nivel político para con Sinamos–.³⁵

El incremento de la población ocasionó el resurgimiento de problemas viejos, y el surgimiento de algunos nuevos y también de algunas oportunidades para la salud pública en la ciudad. Aunque se había creado un sistema de hospitalario durante estas décadas, Iquitos aún enfrentaba importantes problemas de salud en la segunda mitad del siglo XX. La ausencia o las malas condiciones de servicios urbanos, como el desagüe, originaban aún espacios propicios para la reproducción de los mosquitos y para la transmisión de enfermedades infecciosas. El problema, por lo general, se encontraba en las zonas más pobres de la ciudad, donde muchos inmigrantes tenían menores grados de resistencia a las enfermedades endémicas. Al mismo tiempo, sin embargo, como en otras ciudades, la interculturalidad, la flexibilidad y el rescate de formas locales de conocimiento coexistieron, lo que generó una interacción rica, si bien muchas veces estigmatizada y otras convertida en una atracción exótica, entre tradiciones médicas amazónicas, andinas y occidentales (Roumy 2007).

Observaciones finales

Importantes trabajos en historia de la ciencia y la medicina han demostrado la relatividad de etiquetas como “tropical” y el hecho de que las

³⁵ Numerosos ejemplos de estos procesos pueden consultarse en Archivo Regional de Loreto, Sinamos, especialmente cajas 6 y 12.

consecuencias de las condiciones ambientales, a menudo pensadas como determinantes, son creaciones culturales que cambiaron con el tiempo (Leys 2001; Hulme 2005; Carey 2011). La selva amazónica, uno de los ambientes más extremos del mundo, desafía estas visiones que enfatizan lo relativo de los aspectos ambientales y el carácter contingente de cuestiones como la salud pública. En una región relativamente aislada, cuyo crecimiento no planificado fue producto de auge extractivos y de políticas estatales que no fueron acompañadas por innovaciones en la infraestructura o por el apoyo a políticas estructurales que pudieran tener impacto a largo plazo, Iquitos nació como una ciudad con problemas de salud pública. Las enfermedades han sido parte de contexto desde sus inicios, y los esfuerzos para luchar contra ellas, y a veces contra sus habitantes, a menudo han estado lejos de alcanzar el éxito. En 1991, Iquitos fue uno entre los escenarios más importantes de una epidemia de cólera que azotó el país y de forma recurrente ha sufrido brotes de dengue. Aún hoy, Belén, que concentra aún una gran densidad de habitantes pobres en sus zonas bajas e inundables, es uno de los principales focos de malaria en toda la Amazonía (Quino et al. 2001). Los viejos problemas como la malaria, la anquilostomiasis y la fiebre amarilla, así como la tuberculosis y los parásitos estomacales no han desaparecido por completo. Si una combinación de varios factores representó un retraso temprano en las medidas de saneamiento, más adelante la dependencia en un sistema económico frágil y la falta de planificación han demostrado que parece haber una precariedad estructural, sin duda en gran medida condicionada por decisiones políticas asumidas en la salud pública de la ciudad.

Si bien las condiciones tendieron a mejorar durante las décadas centrales del siglo XX, sobre todo con el aumento de la infraestructura, el relativo éxito de las campañas de erradicación y la institucionalización de los hospitales y los servicios públicos en algunas partes de la ciudad, la sostenibilidad de la ciudad se ha visto desafiada y han surgido nuevos problemas por el crecimiento no planificado y el surgimiento de barrios marginales. Ello tiene un vínculo innegable con las decisiones tomadas en el ámbito de la política de salud pública durante la década de 1940, cuando el triunfo de los programas verticales privilegió la erradicación y la infraestructura sobre la medicina social.

En el fondo, estos paradigmas antagónicos ofrecen enfoques distintos de lo que parece ser un elemento crucial en la historia de la salud pública en Iquitos: la relación entre la ciudad, los paisajes ecológicos de la selva y sus habitantes. La medicina social, con todas sus deficiencias, propuso una teoría de la urbanización y ofreció algo más cercano a un enfoque capaz de tener en cuenta las peculiaridades sociales y ecológicas de la Amazonía sin necesariamente estigmatizarlas. Se centró en la cultura y en la economía, y puso de manifiesto que la situación sanitaria de Iquitos necesitaba ser entendida en términos de las relaciones entre sus habitantes y su entorno físico. Este fue un paso analítico importante, ya que era algo poco habitual para la época, pensar lo urbano y lo no urbano como la continuidad que era, un aspecto central en la vida cotidiana de los habitantes de Iquitos, muchos de los cuales ocuparon espacios liminales, que no eran ni propiamente “ciudad” ni del todo “campo”. En consecuencia, este enfoque parece particularmente apropiado para el estudio de las barriadas y de los asentamientos informales, y para barrios como Belén Bajo, que están en constante cambio debido a las fluctuaciones ambientales: son espacios que por su propia naturaleza opacan cualquier intento por dibujar una línea clara entre zonas urbanas y rurales, y entre los mundos indígenas y no indígenas. Por otra parte, este enfoque tendía a cosificar el medio ambiente como un factor estable. Sin embargo, cabe señalar que no solo estuvo en constante cambio, sino que la misma gente que un médico como Kuczynski creía que podía “adaptar”, en realidad, formaba parte constitutiva de dicho paisaje, tanto a través de sus mediaciones culturales como de su transformación física.³⁶

El enfoque vertical tuvo en cuenta la importancia de los entornos locales y de las poblaciones que las habitaban. Sin embargo, debido a una arrogancia modernista característica de mediados del siglo XX, que pareció haber desarrollado una imaginación especialmente fértil para la urbanización del que supuestamente era el gran “vacío” de la Amazonía,³⁷ esta fórmula médica y de desarrollo hizo hincapié en la capacidad de la

³⁶ Sobre continuidades urbano-rurales, los trabajos clásicos son Williams (1975), Williams (1980), y Cronon (1991). Sobre las continuidades entre la naturaleza y la cultura, véase Cronon (1995: 42-43); y Latour (1991).

³⁷ Sobre el Modernismo véase Scott (1998); sobre el Modernismo en la Amazonía, véase Peattie (1987) y Holston (1989).

ciencia, de la infraestructura y de la planificación racional para transformar naturalezas y poblaciones. Mientras que la medicina social, aún con sus limitaciones, pretendía que la gente se adaptase mediante la educación y la participación, las campañas de salud pública verticales pretendían que las personas se adaptasen a hechos consumados: un intento de colonizar a través de una “conquista de la naturaleza” (Blackbourn 2006). En la Amazonía, se trataba de una guerra que nunca podría ser ganada y el enfoque resultó particularmente problemático a la hora de lidiar con el crecimiento caótico de Iquitos durante el segundo tercio del siglo.

La higiene como experiencia moderna y placentera: la difusión de concepciones y prácticas asociadas a la salubridad en la revista *Variedades* (Perú, 1908-1920)

JUAN MIGUEL ESPINOZA

Pontificia Universidad Católica del Perú

La higiene pública es el fundamento sobre el cual se asienta la felicidad de un pueblo y la potencia del Estado.

BENJAMIN DISRAELI

Los discursos higienistas y su relación con los proyectos de modernización en el Perú han merecido la atención de la investigación histórica en el contexto del reformismo borbónico (Casalino 1999), del liberalismo decimonónico (Lossio 2003) y durante el siglo XX (Lossio 2012). En particular, para los inicios del siglo XX —período de crecimiento económico y estabilidad política bajo la hegemonía del Partido Civil— destaca el estudio de María Emma Mannarelli (1999) acerca de la construcción, por parte de médicos y mujeres intelectuales, de un discurso moderno sobre la maternidad, el cuerpo y la higiene femenina. Asimismo, se ha estudiado la articulación de campañas de higiene pública con la construcción de estereotipos y mecanismos de control social sobre minorías étnicas, como la población china (Rodríguez Pastor 2004; Muñoz 2001).

Sin embargo, un punto en el que la investigación histórica no ha ofrecido hipótesis satisfactorias es cómo estas nuevas concepciones sobre la maternidad, la higiene y el crecimiento poblacional se difundieron y lograron ser internalizadas por la población. Para llenar ese vacío, el presente artículo ofrece una mirada a este problema a partir de la revista

Variedades, importante publicación periódica del primer tercio del siglo XX, cuyo proyecto editorial tuvo como objetivo propagar conceptos y patrones de comportamiento modernos. El trabajo se centra en analizar cuáles fueron los mecanismos utilizados por los redactores de *Variedades* para presentar las nuevas prácticas higiénicas como experiencias placenteras y provechosas para el progreso individual y de la nación peruana.

Para ello, en primer lugar, se contextualiza el rol de la higiene en la construcción del Estado y en el pensamiento de las élites peruanas de inicios del siglo XX. En segundo lugar, se relaciona el problema anterior con la propagación de estas ideas a través de la prensa escrita. En particular, interesa destacar los rasgos característicos del discurso sobre la higiene presentes en la revista *Variedades*. Finalmente, se analizan los mecanismos utilizados por los redactores de esta publicación periódica para difundir y afianzar las prácticas higiénicas en sus lectores.

1. Estado, élites e higiene en el Perú de inicios del siglo XX

La historiografía peruana, desde la *Historia de la República del Perú*, del historiador Jorge Basadre, ha coincidido en calificar la transición entre los fines del siglo XIX y los inicios del siglo XX como un período de una transformación total del rostro del Perú urbano (Basadre 1963). Para Marcos Cueto y Carlos Contreras, los años de la Reconstrucción Nacional, luego de la Guerra del Pacífico (1879-1883), trajeron consigo un proceso de liquidación del pasado con el objetivo de definir un nuevo rumbo para el país tras el desastre bélico. La resolución de la cuantiosa deuda externa peruana a través del Contrato Grace permitió que las inversiones extranjeras volvieran al país y promovieran la modernización de los espacios productivos y de comunicaciones (puertos, ferrocarriles, instalaciones mineras y sistemas de riego). Ello generó la recuperación económica del Perú a través de un incremento de las exportaciones de materias primas y el fortalecimiento de la clase propietaria, que logró diversificar sus actividades productivas y asegurar el control del Estado por medio del recuperado Partido Civil durante las dos primeras décadas del siglo XX (Contreras y Cueto 2013).

Dentro de un régimen político cerrado controlado por grupos de poder político, económico e intelectual articulados en torno al Partido Civil,

las primeras dos décadas del siglo XX fueron denominadas por Basadre como la “República Aristocrática”. El carácter oligárquico, el monopolio del poder político, los vínculos de dependencia económica con el capital extranjero y la aparente incapacidad de formular un proyecto nacional de dicha agrupación social han sido objeto de incontables debates (Burga y Flores Galindo 1991). Sin embargo, la investigación histórica de las décadas de 1980 y 1990 ha revelado que la élite peruana de inicios del siglo XX no fue un cuerpo monolítico, sino que presentó una composición sumamente compleja y heterogénea (Franco y Neira 1986).

A partir del estudio de las bases económicas, la interacción social y espacial, y el acceso al ejercicio del poder, Osmar Gonzales tipifica tres sectores en dicha élite (2010: 103-138). En primer lugar, grupos tradicionales sin mayor innovación comercial, limitados a sectores agropecuarios y rentas urbanas. En segundo lugar, grupos de “avanzada” que diversificaron sus capitales al invertir en industrias y otras actividades no tradicionales, y que mostraron capacidad de adaptarse a la modernización y al desarrollo capitalista. En tercer lugar, intelectuales y funcionarios procedentes de élites provincianas que, por medio de la crítica política y del estilo de vida bohemio, colisionaron con los valores hegemónicos de la élite económica limeña.

En realidad, los distintos grupos que constituyeron la élite no solamente fueron heterogéneos, sino que compartieron el interés por modernizar el país, pero sin alterar el orden social (Portocarrero 1995). En pocas palabras, en medio de sus diferentes intereses y formas de ver al Perú, los variados sectores que conformaron la élite encontraron en la modernización nacional un tema común que les permitía entablar vías de comunicación. Por ejemplo, los postulados civilistas fueron acogidos por los intelectuales de la generación del novecientos, quienes compartieron la idea de que el progreso consistía en el crecimiento de la economía de exportación, una democracia representativa limitada y el desarrollo de una educación moral, técnica y científica (Contreras y Cueto 2013: 234-235).

Los proyectos de modernización de la élite peruana de inicios del siglo XX no liquidaron la supervivencia de elementos tradicionales; más bien, estos fueron recreados bajo nuevas formas. Uno de los más saltantes fue el racismo, que se encuentra implícito en el pensamiento de las élites peruanas y en los proyectos nacionales que estas construyeron durante la

historia republicana.¹ En la República Aristocrática, el racismo se constituyó en un fundamento invisible de la dominación política negado en la esfera pública, pero vigente en la práctica social y en los criterios simbólicos de distinción entre clases sociales (Portocarrero 1995; De la Cadena 2004).

Asimismo, Carmen Mc Evoy sostiene que, en los inicios del siglo XX, resurgió el republicanismo o liberalismo como discurso político, pero con una vena conservadora y autoritaria que se alejó de la prédica ciudadana y popular, y justificó una privatización de los espacios políticos por parte del civilismo (Mc Evoy 1997: 374-376). Este republicanismo conservador fue, directa o indirectamente, compartido por varios sectores de la élite. Por ejemplo, la autora detalla que, frente al golpe de estado que puso fin al gobierno populista del presidente Guillermo Billinghurst, los diversos sectores de la esfera política estuvieron de acuerdo en justificar este acto en salvaguarda del orden público y civilizado (Mc Evoy 1997: 410).

Todo lo expuesto permite cuestionar el carácter hegemónico y homogéneo de la élite de la "República Aristocrática". En realidad, la interpretación de Flores Galindo y Burga, que argumenta en favor de la *monotonía* oligárquica, resulta insuficiente para comprender los procesos de cambios económicos y socio-culturales producidos durante la modernización del Perú, y especialmente de Lima, a inicios del siglo XX. Como lo afirman Carlos Contreras y Marcos Cueto, "el apogeo del civilismo no estuvo relacionado con un estilo de vida señorial y cortesano, sino en cambio con hechos como la creación y desarrollo de instituciones profesionales y empresariales que alimentaron el crecimiento económico y la especialización profesional que se experimentaba en el país" (Contreras y Cueto 2013: 212-213).²

¹ Al respecto, ver el ensayo de Antonio Zapata y Rolando Rojas (2013), el cual brinda una mirada panorámica sobre los discursos racistas en la sociedad peruana entre los siglos XVI y XX. Con respecto a la segunda mitad del siglo XIX, Patricia Oliart (1995) sostiene que la producción de estereotipos sexuales y raciales sobre la población limeña estuvo ligada a la necesidad de la élite criolla republicana de construirse como racialmente superior al resto de la nación. Por otra parte, Paulo Drinot (2011) ha sostenido que la institucionalización de una política laboral en el Perú del primer tercio del siglo XX fue parte de un proyecto nacional de las élites que pretendió civilizar el país a través de una industrialización que transformase a la población indígena en obreros mestizos. De hecho, Drinot sostiene que la elaboración de la legislación laboral racializó el trabajo, pues no incluyó el componente indígena en la esfera de la política laboral.

² Entre 1895 y 1915, aparecieron la Sociedad Nacional de Industrias, la Sociedad Nacional de Minería, el Colegio de Abogados de Lima, la Sociedad de Ingenieros, la

De hecho, los diversos sectores que conformaron la élite de inicios del siglo XX reconocieron la importancia de temas comunes vinculados a la modernización del país: la tecnificación del aparato fiscal y administrativo del Estado; la promoción de una economía de exportación de materias primas y la atracción de capitales e inmigrantes extranjeros; la promoción de la integración nacional a través de la infraestructura, la educación y la salud pública (Contreras y Cueto 2013: 211-212). Los civilistas desde el Estado, los hombres de negocios desde la economía y los intelectuales desde la educación y la prensa, en medio de sus discrepancias y coincidencias, articularon iniciativas y esfuerzos que dieron forma a un proyecto de modernización del Perú.

Desde una mirada de larga duración, los procesos de modernización cultural en el Perú de inicios del siglo XX, tienen sus antecedentes en el proyecto del reformismo borbónico y en el de los liberales de mediados del siglo XIX.³ Sin negar lo anterior, interesa destacar la coyuntura que va desde el último tercio del siglo XIX hasta bien entrado el siglo XX, en la cual se asienta un paulatino y lento proceso de despatrimonialización del Estado. Es decir, surgió una preocupación para que este responda a asuntos de dominio público antes que a intereses particulares, de lo cual se deriva la promoción estatal de proyectos que lleven al Perú a la “era del progreso”. La idea central era reformar las costumbres para construir sujetos autocontrolados y productivos; para tal fin, era necesario intervenir en todas las esferas de la vida social.

En resumen, el proyecto modernizador de la élite tomó forma a partir de las transformaciones culturales, tanto materiales como subjetivas, que se promovieron en Lima a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX. La instalación de progresos tecnológicos, la preocupación por la salubridad pública, la promoción de la educación y el resguardo del orden interno, entre otros cambios, son sintomáticos de las intenciones de la élite modernizadora. Es decir, se trató de un proyecto de modernización con una

Sociedad Nacional Agraria, la Asociación de Ganaderos del Perú, el Instituto Histórico del Perú, entre otras asociaciones.

³ Para un panorama sobre el proyecto borbónico y sus reformas en el plano cultural se puede consultar Rosas Lauro (1999 y 2011); Estenssoro (1996); Casalino (1999); Ramón (1999). Para el caso de la modernización cultural del siglo XIX, véase Majluf (1994); Ruiz Zevallos (1994); Denegri (2004); Oliart (1995); Del Águila (2003).

vocación *civilizadora* que intentó “poner a cada quien en su lugar” y, de tal forma, garantizar el orden social y el consecuente progreso material.

¿Qué papel desempeñó la higiene y la salud pública dentro del proyecto modernizador de la élite de la “República Aristocrática”? Si bien es cierto hace falta mayor investigación sobre los desarrollos de estos temas en las primeras décadas del siglo XX, los trabajos existentes permiten corroborar la importancia del cuidado de la salubridad para los políticos y los intelectuales de la época. Por ejemplo, en su mensaje presidencial de 1905, el presidente José Pardo y Barreda afirmaba:

Cada día son más palpables las ventajas de la creación del Servicio Especial de Salubridad. Tiene la preferencia en todos los países cultos. En el Perú ejerce además otra misión: la de conservar la población para su crecimiento. Nuestra posición geográfica, la poca extensión irrigada de la Costa y la limitación de los recursos fiscales hacen difícil pensar en la inmigración en la escala suficiente para ser actor de crecimiento inmediato de población. La tarea tiene que concretarse, por ahora, a conservar la que existe para que se aumente por reproducción, y esta es la labor de la Dirección de Salubridad.⁴

Es claro que el cuidado de la salud pública era entendido como una garantía para el crecimiento poblacional, condición imprescindible para el progreso nacional. Por ello, a inicios del siglo XX, el Estado peruano empezó paulatinamente a convertirse en el principal agente del sistema de salud en el Perú. Esto respondió a la profesionalización de la medicina, herencia de mediados del siglo XIX, y su mayor presencia en la opinión pública como voces autorizadas. Los médicos fueron actores claves para presionar al Estado de cara a que asumiera como parte de su tarea el cuidado de la higiene pública. En ese sentido, se inscribe la creación de la Dirección de Salubridad en 1904 y la intervención de los profesionales de la salud en la prensa y en la administración pública.

Entre los trabajos sobre la materia destaca el de María Emma Manarelli, quien explora las implicancias de la higiene en los cambios sobre las concepciones del cuerpo femenino. La autora propone que, durante

⁴ Mensaje del presidente constitucional del Perú, José Pardo y Barreda, al Congreso Nacional, el 28 de julio de 1905, p. 27.

este período, los discursos modernizadores de médicos y escritoras vanguardistas redefinieron la representación social del cuerpo femenino al formular posiciones higienistas que situaban la maternidad como centro de la identidad de las mujeres y como tema de interés público.

Al respecto, Mannarelli enfatiza en que, a partir de los discursos modernizadores promovidos por el Estado, los burócratas y las élites, en las primeras décadas del siglo XX, la intimidad se interrelacionó con la dimensión privada de la vida, adquiriendo importancia en la opinión pública. La familia fue identificada como el espacio para experimentar la afectividad y la intimidad. En este marco, los inicios del siglo XX evidencian la modernización de la administración pública, la cual va incorporando en su gestión asuntos vinculados a la vida cotidiana y privada de las mujeres (Mannarelli 1999: 18).

El Estado, en su fuerte preocupación por incrementar la población, buscó reducir las inmensas tasas de mortalidad infantil. A partir de este interés, se comenzó a ver la maternidad como una preocupación académica y pública, en tanto estaba asociada al incremento de la población y a los controles de higiene que asegurasen lo primero. Estos intereses introdujeron nuevos enfoques sobre el sentido de la identidad femenina y su comportamiento sexual (Mannarelli 1999: 69-80). En particular, los controles higienistas redefinieron la identidad femenina sustentada en la maternidad, apoyándose en el enraizamiento de la familia nuclear como la institución responsable del control de los impulsos.⁵ En suma, a lo largo de las primeras décadas del siglo XX se observa que la maternidad se constituyó para mujeres escritoras, médicos y burócratas en un tema público con implicancias legales y que definía el centro de la identidad femenina.⁶

⁵ El énfasis puesto en la familia nuclear respondía a un contexto de baja proporción de matrimonios y una alta tasa de nacimiento de hijos ilegítimos que bordeaba el 50 %. Para mayor información, véase Miller (1987: 17).

⁶ La identificación de la maternidad como eje central de la identidad femenina es, sin duda, una construcción histórica de larga duración. El discurso ilustrado del siglo XVIII introdujo la idea, alegando que, en tanto la mujer era un ser dominado por sus pasiones, su papel en la sociedad estaba restringido a la procreación y a la crianza de los hijos (véase Rosas Lauro 2007). Con la Independencia de América Latina, esta concepción se consolidó. De acuerdo con Isabel Bermúdez (2008), el discurso liberal decimonónico en las repúblicas andinas, dentro de sus esfuerzos por modernizar sus países y crear conciencia nacional, dotó a las mujeres de una función social: la de ser “ángeles del hogar” y madres

En este contexto, la élite intelectual modernizadora cuestionó los hábitos de las mujeres de los grupos dominantes, porque impedían el curso civilizatorio, ya que ellas anteponían sus inquietudes estéticas y sus ambiciones sociales a su rol como madres y esposas. Recogiendo un estereotipo anterior,⁷ la mujer limeña fue vista como una persona frívola, ligera, inconstante y perezosa, un sujeto vencido por la moda, el lujo y la vanidad, y despreocupada de sus labores maternas y domésticas (Muñoz 2001: 227). Frente a esta situación, las mujeres educadas en el plano intelectual, moral y físico jugarían un papel central en el proceso de saneamiento social y en el engrandecimiento moral del país. A través del ejercicio de su maternidad, sobre ellas recaía la responsabilidad de forjar ciudadanos sanos y fuertes.

Pero no solamente era necesaria la educación, sino también el cuidado higiénico del cuerpo femenino para asegurar el éxito de los embarazos y de la ansiada alza demográfica. En esta última tarea, el discurso médico, de carácter masculino y normativo, intentó intervenir sobre el cuidado de los cuerpos femeninos a través de controles vinculados con la higiene y la gestación (Mannarelli 1999). En resumen, de acuerdo con Mannarelli, en las primeras décadas del siglo XX, la maternidad empezó a definir de manera explícita y prescriptiva la función de las mujeres en la sociedad. Asimismo, el cuerpo femenino tomó un lugar central en las preocupaciones del Estado, de los médicos y de las propias mujeres. Las prescripciones higienistas empezaron a ser parte de la vida cotidiana y a moldear la experiencia individual femenina.

En línea con lo anterior, debe decirse que el proyecto modernizador de la República Aristocrática otorgó un rol esencial al cuerpo tanto masculino como femenino. La percepción de que los hombres peruanos habían perdido la Guerra del Pacífico por ser “débiles, raquíuticos y enclenques”, así como por su ociosidad e irresponsabilidad, era un sentido común

educadas que, desde sus familias, debían formar la conciencia moral y patriótica de sus hijos, futuros ciudadanos.

⁷ Claudia Rosas afirma que los ilustrados peruanos del siglo XVIII criticaron el consumo de moda por parte de las mujeres no solo por significar un derroche para la economía familiar, sino porque se oponía al ideal de mujer laboriosa, recatada y dedicada de lleno al hogar. Frente a esto, plantearon un modelo de austeridad donde se promovía el gusto por la gracia y la simplicidad, las formas delgadas y el rostro natural sin maquillaje (2007: 385-389).

extendido que colocaba al desarrollo de la fortaleza del cuerpo masculino como una necesidad esencial para el progreso nacional (Mc Evoy 2000; Muñoz 2001: 228; Oliart 1995: 265-270). En ese sentido, entre finales del siglo XIX e inicios del XX, se promovieron la profesionalización del ejército y la extensión de la educación física en las escuelas. Las mujeres fueron incluidas en esta perspectiva, ya que el deporte era considerado como una fuente de moralidad. Por su función formadora del carácter y de la voluntad, se sostuvo que la práctica deportiva contribuía a la formación de la femineidad doméstica y maternal, una misión que implicaba innumerables sacrificios para la mujer y su cuerpo (Muñoz 2001: 228-232).

Otro tema central asociado a los controles higiénicos a inicios del siglo XX era la crítica a la presencia de la población china. Para el Estado, la élite modernizadora y otros sectores, la colonia asiática era la depositaria de todos los males que se habían identificado en los peruanos, aquellos males que impedían el desarrollo y progreso de la sociedad nacional. En efecto, los principales argumentos utilizados para explicar la condición inferior de la “raza amarilla” eran la falta de higiene, y la adicción al opio y a los juegos de azar (Muñoz 2001: 154-198; Rodríguez Pastor 2004: 404-426).

En líneas generales, aunque hace falta mayor investigación al respecto, el proyecto modernizador de inicios del siglo XX otorgó un papel central a la higiene y a la salud pública en su discurso y en sus acciones. En este contexto, dichos temas empezaron a ser asumidos como tareas del Estado, en tanto iban asociados al crecimiento poblacional y al desarrollo físico y moral de los peruanos y las peruanas, componentes claves para el progreso nacional. La difusión y aplicación de los discursos higienistas se gestó desde una lógica modernizadora, en la que interesaba reafirmar los controles sociales para generar sujetos autorregulados y productivos. Situados en este escenario, en la siguiente sección, se profundizará en estos temas desde el discurso de los editores y redactores de la revista *Variedades*, quienes comparten los ideales higienistas y colaboran con ellos.

2. El discurso sobre la higiene y el crecimiento poblacional en la revista *Variedades*

La prensa fue un espacio de acción de la élite modernizadora de inicios del siglo XX en un contexto marcado por la modernización de los espacios públicos y la profesionalización del periodismo. Por ello, este problema de investigación se aborda a partir del caso de la revista *Variedades*, importante publicación periódica —escasamente estudiada— de la época.⁸ Esta revista es reconocida como pionera del aprovechamiento del componente gráfico, que puede observarse en la publicación de caricaturas, grabados y fotografías. Sin embargo, adicionalmente, debe decirse que tuvo un alcance nacional y contó con estrategias para ejercer un impacto en sus lectores y en la opinión pública. Entre sus principales estrategias, destacan las editoriales del director, don Clemente Palma; la recepción y la respuesta de las cartas de los lectores; la organización de concursos; y la disposición a publicar los artículos y obras literarias de sus lectores (Espinoza 2013: 21-43).

La estructura de la revista respondía y se adaptaba a las demandas de un conjunto amplio de lectores. Al respecto, determinadas secciones y los avisos publicitarios permiten deducir que estaba dirigida a personas de clases media y alta. La mayor parte de la revista, evidentemente, estaba dirigida hacia un público masculino. Prueba de ello, son las secciones políticas y económicas, las caricaturas, y la mayoritaria representación de personajes masculinos. Esto se puede atribuir a que los redactores y los articulistas son, en su amplia mayoría, hombres, que dotan a la revista de una perspectiva eminentemente masculina. Sin embargo, hay un claro interés en que este producto resulte atractivo para un público mayor. En concreto, se ha podido identificar un especial interés por que la revista sea leída por las mujeres y los niños.

⁸ La investigación histórica ha utilizado esta revista principalmente como un repositorio de información, lo que ha llevado a perder de vista que *Variedades* es un producto cultural, en el cual se entrelazan un proyecto editorial y una red comunicativa. De hecho, el primer capítulo de la tesis de licenciatura de la cual nace este artículo es un estudio de la revista desde esta perspectiva propia de la historia cultural de Roger Chartier y Robert Darnton. Para mayor información, véase Espinoza (2013: 13-43).

Asimismo, los editores y los redactores estuvieron vinculados socialmente con la élite política, económica e intelectual de la República Aristocrática, lo que permite afirmar que *Variedades* fue interlocutora de un discurso de modernización compartido por la heterogénea élite peruana de inicios del siglo XX. En ese sentido, hay una clara sintonía con la preocupación por el crecimiento demográfico, y el discurso higienista del Estado y la élite de inicios del siglo XX como parte de la prédica modernizadora del proyecto editorial de esta revista. Como muestra de esta preocupación, se puede referir a la “enérgica” campaña realizada por *Variedades* y *La Crónica*, ambos publicados por la casa editorial Manuel Moral, contra la suciedad en Lima. En dicha campaña, “se hizo revelaciones sobre el espantoso estado de salubridad y sobre las malas condiciones higiénicas de la habitación en esta ciudad”.⁹ Como resultado, la Dirección de Salubridad, dependencia estatal, respondió a la campaña disponiendo el “practicar un saneamiento extraordinario en la ciudad de Lima, a la vez que disponía la vacunación obligatoria de todos los vecinos”.¹⁰

Otro caso semejante es la fotografía de un grupo de médicos vacunando contra el carbunco en Cajamarca, en clara manifestación a los esfuerzos del Estado por brindar condiciones para la salubridad en las regiones del interior del país y contribuir al progreso.¹¹ Asimismo, en el marco del paso por Lima de la Comisión Sanitaria Americana, se destaca que dicha visita contribuye al “saneamiento de Iquitos, población de montaña que, como sabemos, se ve azotada de cuando en cuando por los flajelos [sic] que asolan las cálidas regiones montañosas”.¹² En síntesis, los casos mencionados manifiestan que *Variedades* concibió la promoción de la higiene y la salubridad como componentes de su discurso modernizador. Por ello, como se desarrollará a continuación, hicieron eco de los esfuerzos gubernamentales en la materia, pero también fueron intermediarios y fuerza de

⁹ “El saneamiento de Lima”. *Variedades*, número 248 (30 de noviembre de 1912), p. 1420.

¹⁰ “El saneamiento de Lima”. *Variedades*, número 248 (30 de noviembre de 1912), p. 1420.

¹¹ “En Cajamarca-vacunando contra el carbunco”. *Variedades*, número 372, (17 de mayo de 1913), p. 2176.

¹² “Comisión Sanitaria Americana”. *Variedades*, número 437 (15 de julio de 1916), p. 902.

presión para que el Estado y la sociedad comprendiesen la importancia de la salud pública.

En *Varietades*, están representadas las preocupaciones demográficas de la época asociadas con la maternidad; como signo de ello aparecen notas sobre el alumbramiento de trillizos y cuatrillizos.¹³ Se trata de mujeres de sectores populares, quienes son elogiadas como ejemplos de fecundidad y por traer al mundo niños que “gozan de perfecta salud”.¹⁴ En particular, el caso de Albina Vallejos es preocupante, porque, como indica el editor, se trata de una mujer pobre que requiere trabajar para mantener a su familia y, “con esta nueva carga, sus fuerzas no le permitan una intensa labor, como para sostener siete hijos, tres de ellos lactantes”.¹⁵ Esta preocupación por proteger a la nueva madre desvalida con sus tres hijos hace alusión a que la maternidad y la protección de los niños es un asunto de interés público.

Un rasgo claro de este ímpetu higienista es la presencia de artículos y columnas de opinión sobre la materia. Es el caso de las advertencias en torno a los peligros del verano, en que la fiebre tifoidea, denominada una “epidemia doméstica”, se expande ampliamente en Lima. La razón de esto es, principalmente, la falta de saneamiento del agua en Lima, pero cuyos efectos podrían mitigarse si las familias asumieran cierta responsabilidad y buscarán asumir prácticas de higiene en el ámbito doméstico. Por ello, el redactor es claro en enfatizar que la mejor arma contra la propagación de esta enfermedad es la prevención a través de la purificación del agua en las casas. Por ello, es “útil y necesaria la difusión de estos principios”, pero especialmente entre la gente de los sectores populares “cuya ignorancia y falta de higiene la coloca en condiciones de ser fácil presa de la enfermedad”.¹⁶ Si bien detrás de este discurso hay una clara visión negativa de las prácticas higiénicas de la plebe, hay una clara visión de que puede ser educada para incorporar estas costumbres en su estilo de vida y, así,

¹³ *Varietades*, número 214, p. 420; número 382, p. 2277; número 402, p. 2844; número 417, p. 272.

¹⁴ “Curiosidades nacionales: un notable caso de fecundidad”, *Varietades*, número 417, p. 272.

¹⁵ “Un caso extraordinario de fecundidad”, *Varietades*, número 382, p. 2277.

¹⁶ “La propaganda higiénica: el peligro estival”, *Varietades*, número 35 (31 de octubre de 1908), p. 1142.

beneficiar al progreso nacional. En ese sentido, el redactor afirma que “no se diga que estas medidas están fuera de los recursos económicos de dicha clase, puesto que existen infinidad de conocidos medios para la purificación de las aguas usadas como bebida”¹⁷

Adicionalmente a esta preocupación por difundir los valores y las prácticas higienistas, existe una valoración positiva sobre los avances en infraestructura hospitalaria y de saneamiento. Por ejemplo, acerca de una nueva asistencia pública del Callao inaugurada en 1911, se presentan fotografías que destacan las modernas instalaciones del botiquín, las vidrieras de exhibición de cadáveres y la sala de autopsias.¹⁸ Asimismo, uno de los redactores califica como un “progreso simpático” la inauguración de un pozo de agua potable en Huanchaco, el cual ha sido donado por Víctor Larco Herrera, hacendado de Chicama. La noticia fue de “gran júbilo para el pueblo”, especialmente porque el agua extraída del pozo es “de la mejor calidad”.¹⁹

Al respecto de la infraestructura hospitalaria, en un artículo, se sostiene que “es grande y rápido el incremento que han tomado hoy los hospitales y sanatorios en el Perú, después de largo tiempo de haberse sentido la necesidad de tener esta clase de establecimientos donde los conocimientos médico-quirúrgicos triunfan”.²⁰ Este progreso en el ámbito de la modernización de los sanatorios peruanos es parte de una transformación mayor: la difusión del “verdadero valor de una clínica” que, “en todo el mundo civilizado”, ya no se restringe al aislamiento de enfermos o insanos.²¹

El elogio de esta infraestructura tiene el objetivo de presentar la experiencia hospitalaria como placentera, posiblemente con la intención de cuestionar temores e inseguridades en torno a la atención médica. Por ejemplo, al anunciarse la inauguración de una casa para convalecientes en Chosica, se enfatiza que “es un verdadero adelanto y una plausible

¹⁷ “La propaganda higiénica: el peligro estival”. *Variedades*, número 35 (31 de octubre de 1908), p. 1143.

¹⁸ “La asistencia pública del Callao”. *Variedades*, número 156 (25 de febrero de 1911), p. 228.

¹⁹ “Progresos simpáticos”. *Variedades*, número 107 (19 de marzo de 1910), p. 356.

²⁰ Una laudable empresa: un sanatorio modelo en Lima”. *Variedades*, número 137 (15 de octubre de 1910), p. 1289.

²¹ Una laudable empresa: un sanatorio modelo en Lima”. *Variedades*, número 137 (15 de octubre de 1910), p. 1289.

obra digna de ser conocida por todos;” pues para este “establecimiento de curaciones y reposo” se ha construido “un edificio especial y elegante.”²² Para reforzar esta idea, se presenta la siguiente descripción con la clara intención de mostrar las comodidades con las que cuentan los pacientes:

dividido en tres pabellones cercanos pero independientes, para asistencia y comodidad de los pensionistas, con jardines y senderos de paseo, salas de reunión y de lectura, de visita y de billares, comedores amplios, dormitorios escogidos, y en suma, cuanto puede hacer amables las casas de convalecencia y de descanso. Todo ello envuelto en el inestimable clima de Chosica que por sí solo es prenda de salud y bienestar.²³

Caso similar de un sanatorio moderno es el de la Casa de Salud Nacional fundada por el doctor José Pareja y Llosa, ubicado en la avenida Del Chirimoyo, “un sitio tranquilo distante del bullicio y actividad de la vida de la ciudad, lo que lo hace un lugar ideal de reposo tanto para convalecer de una operación quirúrgica, como para aquellos que dirigen sus pasos hacia allá, en busca de la tranquilidad necesarias para combatir la tensión nerviosa del cerebro.”²⁴ Este “sanatorio modelo” cuenta con habitaciones, patio y jardín, “un cuarto de operaciones, montado a la moderna”, “un departamento de desinfección, cuidadosamente arreglado con un aparato esterilizador autoclave, importado a todo costo de Francia”, “muchos instrumentos quirúrgicos [que] han sido encargados a los Estados Unidos”, “buenos baños de agua caliente y fría, y de lluvia, al mismo tiempo que tocadores para cada uno de los seis cuartos.”²⁵ En resumen, las condiciones de atención a los pacientes están “en perfecta armonía con el carácter distintivo de la institución en general, y es un lugar apetecible para aquellos que necesitan la combinación de la limpieza, buen servicio, dieta especial y cuidados.”²⁶ Lo más importante, su rasgo característico, es que “sus

²² “El higicomio de Chosica.” *Variedades*, número 99 (22 de enero de 1910), p. 98.

²³ “El higicomio de Chosica.” *Variedades*, número 99 (22 de enero de 1910), p. 98.

²⁴ “Una laudable empresa: un sanatorio modelo en Lima.” *Variedades*, número 137, (15 de octubre de 1910), p. 1290.

²⁵ “Una laudable empresa: un sanatorio modelo en Lima.” *Variedades*, número 137 (15 de octubre de 1910), p. 1290.

²⁶ “Una laudable empresa: un sanatorio modelo en Lima.” *Variedades*, número 137 (15 de octubre de 1910), p. 1292.

honorarios son tan bajos, como para obtener el acomodo de personas de cualquiera condición de la vida.”²⁷

Lo anterior va en línea con las características del proyecto modernizador de inicios del siglo XX que, influenciado por el positivismo, valoraba profundamente la productividad del trabajo como una de las condiciones fundamentales para el progreso nacional (Ortega 1986). *Variedades* comparte esta posición al informar insistentemente sobre proyectos de infraestructura en Lima y provincias, entre los que destacan los hospitales y sanatorios, como símbolos de la modernización que atravesaba el Perú.

Por tal razón, el profesional médico es caracterizado como “hombre viril”; en tanto es un actor que sirve al país generando mejores condiciones de vida para los peruanos. Los médicos tienen una fuerte presencia en los contenidos de la revista; se presentan como personajes que, al poseer un conocimiento especializado, son los responsables de dirigir los proyectos de modernización.²⁸ Son ellos quienes llevan a cabo las reformas de higiene y salubridad. En ese sentido, son caracterizados como “héroes del progreso”, quienes abren caminos de civilización tanto en las ciudades como en zonas de riesgo, donde el Estado no tiene presencia permanente.

Los médicos son elogiados por brindar un servicio eficiente y desinteresado al país a través de su inteligencia y buena voluntad, y de los conocimientos y las herramientas más sofisticadas y novedosas. Ellos destacan por su empeño en salvar vidas, aun en las operaciones más complejas y, en particular, de los más pobres.²⁹ El énfasis también está puesto en la familiaridad de los profesionales con los últimos avances de sus disciplinas, lo que se refleja en las diversas notas acerca de quienes han viajado al extranjero para realizar estudios especializados³⁰ o de aquellos extranjeros que han venido al Perú a ejercer su profesión.³¹ En suma, en la

²⁷ “Una laudable empresa: un sanatorio modelo en Lima”. *Variedades*, número 137 (15 de octubre de 1910), p. 1289.

²⁸ De 5 794 artículos fichados, 172 hicieron alusión al estereotipo del profesional.

²⁹ Ver como ejemplos *Variedades*, número 35, p. 1131; número 39, p. 1258; número 79, p. 641.

³⁰ Ver como ejemplos *Variedades*, número 146, p. 1566; número 147, p. 1596; número 215, p. 453; número 230, p. 908; número 232, p. 962; número 239, p. 1172A-1172B; número 240, p. 1205; número 347, p. 1367; número 351, p. 1474.

³¹ Ver como ejemplos *Variedades*, número 118, p. 688; número 156, p. 236; número 205, p. 136; número 362, sin página; número 530, p. 404.

revista *Variedades*, el indicador para medir a un buen profesional —como en el caso del dentista Baltasar Paz— es el poner voluntad e inteligencia al servicio de su clientela y de contar “con material excelente y de primer orden, modernísimo, con las últimas novedades en la materia” para darles un mejor servicio.³²

En el caso de la profesión médica, *Variedades* destaca las operaciones quirúrgicas sofisticadas como logros que revelan el avance de la modernización y de la salud pública. Por ejemplo, se reconoce la habilidad profesional del doctor Juvenal, cirujano del hospital de Santa Ana, por haber extirpado un tumor en el estómago de una “morena” de 45 años de edad “desahuciada por varios médicos”. Esta operación delicada, que implicaba la extirpación de parte del estómago, fue más complicada aún porque “se trataba de mujer de edad y postrada de una lesión antigua del corazón.”³³ De la misma manera, se presenta el caso del doctor Belisario Sosa Artola, quien efectuó una cesárea, “delicada operación quirúrgica” practicada por primera vez en el Perú.³⁴

Además de destacar la habilidad de los médicos, este tipo de notas pretenden mostrar los avances de la salud pública asociados al bienestar de los pacientes. Es el caso de las primeras inyecciones experimentales del “606”, “maravilloso remedio descubierto por el doctor Elhrich”, que han sido aplicadas en el hospital Dos de Mayo.³⁵ Lo interesante es observar cómo se exhibe a los pacientes, quienes presentan “resultados notables” luego de la aplicación de la inyección. Del primer paciente, quien padecía de accidentes sifilíticos secundarios, se afirma que “además que la inyección no le produjo trastornos locales ni generales, las lesiones específicas se han modificado notablemente y están en vías de desaparecer.”³⁶ Se acompaña la nota con una fotografía del primer enfermo tratado con este medicamento la cual muestra a un personaje recuperado.

Una situación similar es la del doctor Pareja y Llosa, quien realizó una operación quirúrgica a un niño de cinco años, la cual consistía en la extirpación de un quiste hidático desarrollado en el hígado. La noticia concluye

³² “Un profesional distinguido en Arequipa”. *Variedades*, número 597, sin página.

³³ “Operación quirúrgica”. *Variedades*, número 142 (19 de noviembre de 1930), p. 1435.

³⁴ “Notas varias”. *Variedades*, número 186 (23 de setiembre de 1911), p. 1177.

³⁵ “El «606» en Lima”. *Variedades*, número 145 (21 de enero de 1911), p. 69.

³⁶ “El «606» en Lima”. *Variedades*, número 145 (21 de enero de 1911), p. 69.

afirmando que “han transcurrido 15 días de la operación y el enfermito Miguel Verano, natural de Huacho, de donde vino por prescripción del Dr. Agustín Gamarra de esa localidad, se encuentra libre de su dolencia y con la herida completamente cerrada.”³⁷ Para reafirmar esta idea, se coloca la fotografía del niño en perfectas condiciones tras la operación (ver ilustración 1).

Otro elemento central en el discurso higienista de la revista *Variedades* es la representación de la población china asociada a la suciedad y a la propagación de enfermedades. Como fue explicado, si bien los discursos racistas explícitos son aislados y no una recurrencia en el discurso de la revista, tienden a dirigirse hacia la población china. De hecho, *Variedades* responsabiliza a la colonia china de los principales problemas de higiene y salubridad pública de la ciudad de Lima. Sus estilos de vida son los causantes de las epidemias de peste bubónica, porque venden carne de ratón haciéndola pasar por res.³⁸ Además, los chinos promueven “hábitos inmorales”, como el consumo de opio y los juegos de azar no solo en el Perú, sino en todo el mundo, tal y como lo corrobora el grabado de una fumería de opio y casa de juegos china en Londres (ver ilustración 2). Toda esta crítica explota con la intervención municipal en el callejón Otaiza en la calle Capón, el cual es calificado como “una escuela de inmoralidad y corrupción para los bajos fondos sociales” por la presencia de “turbias y asfixiantes fumerías de opio, posadas clandestinas, fonduchos abominables y casas de juego.”³⁹

Como fue resaltado, el discurso antichino de *Variedades* no es aislado, sino que es parte de la opinión pública de inicios del siglo XX. En referencia a lo anterior, Manuel A. Bedoya narra la historia del chino Fumká, quien murió al intentar violar a una mujer para la que trabajaba. El cronista califica a este personaje como una “bestia amarilla” que se distingue por su suciedad, un hombre de “uñas crecidas” y “dientes amarillos y largos”. Para la mujer empleadora, blanca y bella, la presencia del chino era como la de

³⁷ “Operación quirúrgica” *Variedades*, número 189 (14 de octubre de 1911), p. 1252.

³⁸ *Variedades*, número 60 (20 de abril de 1909), pp. 174-175; número 62 (8 de mayo de 1909), p. 227.

³⁹ “El Callejón Otaiza”, *Variedades*, número 63 (15 de mayo de 1909), pp. 254-256.

un “animal doméstico.”⁴⁰ Su miserable condición lo lleva a desear a la mujer blanca “con todo el rencor, con toda la ira de una monstruosa venganza”, y lo termina llevando a su perdición. Esta caracterización es refrendada por la descripción de los chinos que escaparon de la intervención del callejón Otaiza: “un verdadero éxodo de macacos” y “una madriguera de ratones ante una inundación.”⁴¹ Desde este discurso, el chino ha sido deshumanizado y privado de toda posibilidad de redención social.

El discurso racista antichino de la revista *Variedades* responde claramente a un enfoque eugenésico adscrito al positivismo y el racismo “científico”, que tuvo un impacto en el Perú hacia fines del siglo XIX e inicios del XX, y cuyo principal representante fue Clemente Palma con su obra *El porvenir de las razas en el Perú* (Zapata y Rojas 2013: 64-68). Desde esta lectura, la condición “racial” era entendida como un conjunto de disposiciones biológicas que determinaban el comportamiento de un sujeto social. Bajo esta premisa, las diferencias entre grupos raciales, demostradas bajo procedimientos aparentemente “científicos”, permitían sostener la superioridad de ciertas “razas” por encima de otras.

Es clara la influencia de estas concepciones en *Variedades* si tomamos en cuenta no solamente la caracterización de la población china, sino también la reproducción de noticias europeas que reproducen este esquema. Por ejemplo, se reseña el caso de la población húngara como una amenaza para la salubridad pública de las naciones europeas, pues “su suciedad” es causa de propagación de enfermedades, tal y como se explica en la siguiente cita:

Sabido es que en Ipswich (Inglaterra), hay un foco de ratas pestíferas, conocido desde hace bastantes años, y, sin duda alguna, en Londres también hay focos de este género. Los campamentos de los húngaros atraen a las ratas, de suerte que el bacilo puede transmitirse por las

⁴⁰ Bedoya, Manuel. “La bestia amarilla.” *Variedades*, número 35 (31 de octubre de 1908), pp. 1137-1139.

⁴¹ “El Callejón Otaiza,” *Variedades*, número 63, 15 de mayo de 1909, pp. 254-256. De hecho, tras el incidente del callejón Otaiza —la demolición de un ambiente habitado mayoritariamente por chinos— hubo un amplio consenso para prohibir la inmigración china al Perú, posición que fue defendida por el director Clemente Palma. Véase Palma, Clemente. “De jueves a jueves.” *Variedades*, número 64 (22 de mayo de 1909), pp. 269-271.

pulgas a los animales de los nómadas y estos, a su vez, pueden llevar consigo la infección.⁴²

Un componente adicional es la preocupación por la acción estatal en el ámbito del saneamiento, la cual tiende a ser calificada de “poco efectiva”. Los editores de *Variedades* se manifiestan particularmente críticos con la gestión de la Dirección de Salubridad de Lima. Por ejemplo, respecto a una intervención de limpieza de techos, se denuncia que tal medida no remedia en nada la situación de hacinamiento. Los encargados se pasan “tirando a la calle cacharros, zapatos curvados y tiesos, colchones antediluvianos, ropas venerables, vasos rotos, más vasos rotos que no fueron precisamente vasos, gatos difuntos y otras menudencias de las que fueran decoro y maravilla de nuestros tejados.”⁴³ En otras palabras, se trata de una mera “mudanza”, ya que los objetos se quedan en las calles “para solaz de los chiquillos que han descubierto una nueva carrera de obstáculos, para aliciente engañoso de los canes y como venero de riqueza para algunos.”⁴⁴

Por otra parte, se critica la política de desalojo y destrucción de callejones insalubres asumida por el doctor Lauro A. Curletti, director de Salubridad, por ser una medida autoritaria que no resuelve el tema de fondo. El redactor, al respecto, ironiza afirmando que

Sería curioso hacer una encuesta, preguntando a los propietarios y ocupantes de fincas su opinión sobre la labor saneadora, y el resultado sería originalísimo. ¡Hasta los gatos entrarían en la combinación!, y creemos —no sé porqué somos tan pesimistas— que la casi totalidad no tendría gran fe en el resultado, pues la mayor parte de los locales volverán en breve tiempo a ser madrigueras de infectos animales y bichos.⁴⁵

⁴² “Curiosidades y recortes: los húngaros y la peste.” *Variedades*, número 185 (16 de setiembre de 1911), p. 1151.

⁴³ “El saneamiento de Lima.” *Variedades*, número 193 (11 de noviembre de 1911), p. 1634.

⁴⁴ “El saneamiento de Lima.” *Variedades*, número 193 (11 de noviembre de 1911), p. 1634.

⁴⁵ “El saneamiento de Lima.” *Variedades*, número 195 (25 de noviembre de 1911), p. 1421.

Es decir, la reforma de sanidad no funcionará sobre la base de acciones de erradicación, sino únicamente a partir de “la educación higiénica de la población”. La razón es concreta: “los ocupantes sucios de una localidad, una vez que esta ha sido destruida, llevan sus hábitos antihigiénicos a cualquiera parte.”⁴⁶ Fue, de acuerdo con el redactor, el caso de los expulsados del callejón Otaiza, quienes “se mudaron con todos sus mugrientos objetos y repartieron por la ciudad el mal circunscrito en ciertas y determinadas regiones.”⁴⁷

En toda esta discusión, el saneamiento del agua es una preocupación central por motivos de higiene y de ornato de la ciudad, ambos signos de modernización. De acuerdo con un articulista, en las aguas de Lima, se puede encontrar que “alrededor de 2000 microbios contenidos en cada centímetro cúbico de agua nos enseña los peligros de usar como bebida semejante líquido.”⁴⁸ Al respecto de unas obras de canalización del río Rímac, se sostiene que “se hacía sentir la necesidad de tal obra, pues la miseria acuática de nuestro río se prestaba maravillosamente en los lugares obstruidos y susceptibles de filtraciones y sequedades, a crear miasmas dañinos, además de que el aspecto era tristísimo y ridículo.”⁴⁹ Por tal razón, *Varietades* hace eco de las denuncias formuladas por *La Crónica*, diario de la misma casa editorial, acerca de que la aparición de viruela en ciertas zonas de la ciudad guardaba relación “con el famoso descubrimiento de gusanos en el agua.”⁵⁰ En este caso, se reconoce la efectividad de la acción del Gobierno que ha combinado el saneamiento de la ciudad con la vacunación obligatoria de los vecinos. Asimismo, la fiebre tifoidea, enfermedad ampliamente extendida durante los veranos limeños, es atribuida al agua potable y a la pésima pavimentación de la ciudad.⁵¹

⁴⁶ “El saneamiento de Lima”. *Varietades*, número 195 (25 de noviembre de 1911), p. 1422.

⁴⁷ “El saneamiento de Lima”. *Varietades*, número 195 (25 de noviembre de 1911), p. 1422.

⁴⁸ “La propaganda higiénica: el peligro estival”. *Varietades*, número 35 (31 de octubre de 1908), p. 1142.

⁴⁹ “Canalización del Rímac”. *Varietades*, número 198 (16 de diciembre de 1911), p. 1506.

⁵⁰ “El saneamiento de Lima”. *Varietades*, número 248 (30 de noviembre de 1912), p. 1420.

⁵¹ “La propaganda higiénica: el peligro estival”. *Varietades*, número 35 (31 de octubre de 1908), pp. 1142-1143.

Haciendo un recuento de lo dicho, la higiene y la salubridad pública fueron componentes relevantes de la prédica modernizadora de *Variedades*. El equipo editorial de la revista compartió el discurso de la élite política, económica e intelectual del período según el cual una nación próspera debía contar con una población numerosa y saludable, y con acciones por parte del Estado que garantizaran el crecimiento demográfico a partir de la prevención de la mortalidad infantil y la propagación de epidemias. Por tal razón, *Variedades* reconoció a los médicos como modelos de ciudadanía, y a los avances de las instalaciones de la salud y de la higiene pública como signos de la modernización del país. Con todo, aún cabe preguntarse cómo fue comunicado este discurso y cómo pudo haber sido recibido por los lectores. A dicho problema está dedicada la siguiente sección.

3. Los mecanismos de difusión de los valores y las prácticas higiénicas

En el discurso de la revista *Variedades*, no solamente se identifica un apoyo explícito a las ideas higienistas de inicios del siglo XX, sino que, a través de los artículos, el contenido gráfico y otras estrategias editoriales, se busca propagar los valores y las prácticas asociados a la higiene pública. Como ha sido indicado, los editores son conscientes de los mecanismos que pueden generar impacto en sus lectores y los emplean para apoyar la causa de la salubridad.

Una primera estrategia empleada es el uso de un lenguaje llano y gráfico que permite la asimilación de la información por parte de un público no especializado. A través de artículos, se brindan recomendaciones higiénicas que pueden ser puestas en práctica fácilmente en la vida cotidiana. Por ejemplo, frente al “flagelo” de la fiebre tifoidea, es posible ejercer la “resistencia doméstica que tan buenos resultados ha dado en poblaciones de idénticas condiciones que Lima.”⁵² En ese sentido, los jefes de familia pueden instalar y emplear filtros de porcelana en sus casas como “medida que descarta de una manera casi definitiva los peligros

⁵² “La propaganda higiénica: el peligro estival!” *Variedades*, número 35 (31 de octubre de 1908), p. 1143.

de nuestra epidemia estival.⁵³ En la misma línea, se presenta el caso del doctor Serrano Surroca, director de la Real Policlínica de Socorro y profesor del Instituto de Terapéutica operatoria de Madrid, quien ha publicado un material con “unas instrucciones populares higiénicas para precaverse del cólera morbo asiático, muy útiles.”⁵⁴ Las recomendaciones frente a la epidemia son englobadas por una frase retórica que transmite de la idea de la lucha del cólera como una cruzada social: “ante el peligro del cólera, no se le debe temer, sino luchar con valentía contra él.”⁵⁵

En cuanto al lenguaje gráfico, *Variedades* es reconocida como una de las pioneras de la prensa peruana. Este aprovechamiento de la imagen se observa, también, en la promoción de la salud pública. Por ejemplo, se destaca el trabajo de la Lechería Higiénica El Cóndor, fábrica que “tiene por objeto *higienizar* la leche destinada al consumo público.”⁵⁶ Lo interesante del caso es que las distintas etapas del proceso productivo —caracterizado por el análisis químico de la leche, la limpieza de las botellas al vapor y la pasteurización— aparecen ilustradas con fotografías (ver ilustración 3). Un caso similar es el reportaje sobre la Exposición de Higiene en Lima, en el que ha destacado el pabellón de la Casa Juan V. Peral e Hijo, que exhibía una réplica de un molino en el que se reproducía el proceso de producción de “la harina blanca e inmaculada”. El editor valoró la muestra como convincente y atractiva, ya que “pudimos notar que la harina que sale es un producto verdaderamente higiénico, sin peligrosas materias extrañas.”⁵⁷ Una fotografía del interior del pabellón refuerza este discurso (ver ilustración 4). Es evidente que el uso de la imagen es un mecanismo para generar un mayor impacto en el lector y persuadirlo de la prédica higienista.

⁵³ “La propaganda higiénica: el peligro estival”. *Variedades*, número 35 (31 de octubre de 1908), p. 1143.

⁵⁴ “Curiosidades y recortes: la lucha contra el cólera”. *Variedades*, número 186 (23 de setiembre de 1911), p. 1182.

⁵⁵ “Curiosidades y recortes: la lucha contra el cólera”. *Variedades*, número 186 (23 de setiembre de 1911), p. 1182.

⁵⁶ “Lechería Higiénica «El Cóndor»”. *Variedades*, número 250 (14 de diciembre de 1912), p. 1478.

⁵⁷ “La Exposición de Higiene: el pabellón de la Casa Juan V. Peral e Hijo”. *Variedades*, número 302 (13 de diciembre de 1913), p. 6013.

El uso de la ficción es otro recurso empleado para la transmisión de la cultura higienista. Al respecto, se reproduce un artículo aparecido en París, en el que se presenta el ideal de una casa higiénica. De acuerdo con el cronista, la señora Therece Megard ha tomado la decisión de construir un hotel siguiendo las ideas del higienista doctor Metchnikoff del Instituto Pasteur, es decir, un diseño pensado para evitar la acumulación de basura y microbios en cualquier espacio de la casa.⁵⁸ Entre las aplicaciones de la teoría higienista de Metchnikoff al diseño de la casa, se encuentra la ausencia de rincones para evitar que el polvo y los microbios se depositen, el uso de tela metálica antiséptica para proteger las ventanas y la terraza, la supresión de alfombras y cortinas, y habitaciones herméticamente cerradas y ventiladas por medio de ventiladores. En este caso, además, resultan interesantes las propuestas de innovación tecnológica para evitar la propagación de suciedad, tales como el uso de lámparas eléctricas cerradas en globos hemisféricos y que difunden la luz por medio de prismas, calefacción obtenida por tubos de vapor de agua esterilizada, aparatos neumáticos que extraerán la menor partícula de polvo del cuerpo humano o de los objetos, y una despensa que conserva los alimentos por la exposición a rayos ultravioleta. Asimismo, las personas que ingresen a la casa deberán cumplir una estricta disciplina, y tendrán que dejar en la puerta el calzado y colocarse unas zapatillas desinfectadas. Los residentes, para salir a la calle, deberán colocarse un filtro esterilizado en la boca y las narices que impida el paso de los microbios al respirar el aire libre.

Una tercera estrategia consiste en la publicidad, en la cual se promocionan los beneficios de los usos de determinados medicamentos. Un argumento de peso que exhiben estos anuncios es su efectividad para curar las enfermedades. Para ello, se presentan testimonios de usuarios que los recomiendan. Este es el caso del sacerdote Francisco Rodríguez, quien recomienda las pastillas de Finelyptus, porque “bastó solo una pastilla para calmar los violentos accesos de tos, que me quitaban la respiración y me imposibilitaba para decir misa”.⁵⁹ Asimismo, la señora Rosa T. Danigno, residente de Miraflores, da fe, como “deber de gratitud”, de que sanó

⁵⁸ “Curiosidades y recortes: la casa higiénica ideal”. *Variedades*, número 116 (21 de mayo de 1910), pp. 644-645.

⁵⁹ “Hechos, no palabras”. *Variedades*, número 141 (12 de noviembre de 1910), p. 1410.

del padecimientos de cólicos frecuentes al consumir el MannitolGastrol. Según refiere, “el resultado me complazco en reconocerlo ha sido de lo más satisfactorio; no he vuelto a sentir las continuas asedias, dolores de vientre, náuseas y demás manifestaciones de una enfermedad perfectamente determinada.”⁶⁰

No obstante, la promoción de ciertos medicamentos o prácticas higiénicas no solamente se asocian a su efectividad. Otro elemento igual de importante es que, frente a los temores y prejuicios que rodean al mundo de la medicina, realmente pueden ser experiencias placenteras. El énfasis claramente expuesto en este componente guarda relación con la pretensión de regular y promover determinados patrones de comportamiento asociados a la salud y la higiene.⁶¹ Sin embargo, estos se enfrentan a resistencias propias del arraigo de una mentalidad tradicional, tema ampliamente estudiado para otros ámbitos de la vida política, social y cultural (Ruiz 1994; Rodríguez Pastor 2004; Mannarelli 1999; Muñoz 2001; Del Águila 2003). En ese sentido, la investigación histórica ha dado cuenta de que los sujetos sociales experimentan dinámicas complejas en el proceso de asimilar concepciones y prácticas modernas, las cuales suscitan reacciones diversas que fluctúan entre la resistencia, la asimilación y la negociación. En ese sentido, en el Perú, como en distintas partes del mundo, los avances de la medicina occidental se enfrentaron a la resistencia de los saberes populares y a los desencuentros culturales. Era necesario, por lo tanto, plantear estrategias que permitiesen la aceptación y el aprendizaje de los hábitos asociados a una higiene pública moderna.

Por lo dicho, es interesante ver cómo, en la revista *Variedades*, las concepciones y prácticas de higiene son representadas como una experiencia

⁶⁰ “Último triunfo en productos farmacéuticos”. *Variedades*, número 151 (21 de enero de 1911), p. 77.

⁶¹ Al respecto es importante insistir en la pretensión de *Variedades* por regular y promover determinados patrones de comportamiento femeninos y masculinos propios de la racionalidad moderna. Para entender esta realidad, es pertinente el concepto de “poder disciplinario” de Foucault, cuya función es, antes que reprimir al sujeto, “modelar conductas” o, mejor dicho, “fabricar individuos” regulando sus cuerpos y comportamientos dentro de los parámetros de lo considerado como “normal” (véase Foucault 2002). Esta forma de mirar el poder supone una visión dinámica y productiva, donde el sujeto participa de un sistema o red productiva que busca transformarlo en algo nuevo. En ese sentido, el ejercicio del poder disciplinario tiene como principal objetivo producir un nuevo sujeto moderno.

moderna y placentera. Para comprender esto es clave retomar un argumento de Norbert Elías. Para este autor, el poder y el encauzamiento de la conducta pueden canalizarse de manera sutil y regulada buscando persuadir a los sujetos de que ser moderno y civilizado les resulta beneficioso e, incluso, placentero (Elías 2009). Por ello, esta revista constituyó una institución y una red comunicativa que, al ejercer poder sobre su audiencia de lectores, pretendió su “disciplinamiento”, pero sin apelar a una coerción impositiva. En otros términos, los contenidos de esta revista modernizadora pueden leerse como un mecanismo sutil que buscaba persuadir al lector de comportarse como una persona decente y limpia bajo el argumento de que hacerlo le generaba prestigio social y comodidad. Sin duda, esta vocación normalizadora de la revista fue reforzada por su circulación a nivel nacional y su amplia acogida, sobre todo, entre las clases medias y altas de la sociedad limeña (Espinoza 2013: 114-115).

La publicidad del medicamento Mannitolgastrol —“infalible para la curación de las enfermedades del estómago”— es un buen ejemplo de la asociación entre higiene y placer. Sobre este, se dice que, además de curar “las acedías, gastralgias, catarrros y úlceras del estómago e intestinos, diarreas, vómitos y cuanto revela malas digestiones”, es “insuperable como aperitivo”; es decir, su consumo resulta placentero.⁶² En ese mismo sentido, la publicidad de la crema dental Colgate señala que “tiene un sabor delicioso” y que “los niños la usan con placer y regularidad debido a su agradable sabor.”⁶³

En otra publicidad, se resalta que “gozar de buena salud equivale a un funcionamiento normal y armonioso del complicado organismo humano.”⁶⁴ Desde esa lectura, las enfermedades, símbolo de “la fealdad de la vida”, hacen que las personas no estén contentas y que hagan desagradable su entorno social. Por ello, frente a una enfermedad, la “hermosura de la vida” se puede recuperar por medio del consumo de dos tabletas Bayer de aspirina y cafeína. Por otra parte, respecto a las pastillas de Pinelyptus, para los males de los pulmones, se afirma que “cantantes y oradores las

⁶² “Último triunfo en productos farmacéuticos”. *Varietades*, número- 151 (21 de enero de 1911), p. 77.

⁶³ “Crema dental de Colgate”. *Varietades*, número 351 (21 de noviembre de 1914), sin página.

⁶⁴ “La hermosura de la vida”. *Varietades*, número 594 (19 de julio de 1919), sin página.

usan para fortificar y recobrar la voz”.⁶⁵ Es decir, personajes destacados utilizan el medicamento en clara alusión no solo a que el medicamento es efectivo, sino también de que es un elemento que dota de prestigio social.

En la línea de lo dicho, se insiste con el caso del Bromural-knoll, remedio para tranquilizar los nervios y asegurar “un sueño tranquilo y sano”. De este, se destacan sus beneficios: “es absolutamente inocente y su efecto tiende únicamente a tranquilizar los nervios, y como es natural, sin narcótico, pues se experimenta un sueño natural y al despertar se siente gran frescura y losanidad [sic]”.⁶⁶ Asimismo, el consumo de Novo, medicamento para atender “debilidad nerviosa, falta de vigor, melancolía [...] timidez e incapacidad para presentarse naturalmente como otros hombres”, es promocionado como una medicina “que le hace en corto tiempo sentirse fuerte, sano y vigoroso, propio para los placeres de la vida”.⁶⁷ Es decir, estas medicinas son herramientas para poder disfrutar de un mejor estilo de vida, propio de una sociedad moderna.

La insistencia se pone no solo en el consumo de medicación para la cura de enfermedades, sino también en las prácticas de cuidado del cuerpo, elemento central dentro del discurso higienista de promoción de sujetos modernos y saludables. Por ejemplo, se presenta una rutina de “gimnasia casera”, donde la descripción de los ejercicios es acompañada por ilustraciones con modelos que los ponen en práctica. Como beneficio, se destaca que esta rutina “origina muchas caídas inofensivas que contribuyen a hacerlo divertido”.⁶⁸

En la misma línea, el cuidado de los dientes se presenta como un tema asociado al “placer” detrás de las prácticas higiénicas. De hecho, se afirma que “de todos los cuidados que el hombre moderno observa para la conservación de la salud de su cuerpo, el cuidado perfecto de sus dientes es casi el más importante”.⁶⁹ Por ejemplo, se reporta la realización de la “fiesta del cepillo”, iniciativa del doctor Lizardo Vega Encinas para promover

⁶⁵ “Último triunfo en productos farmacéuticos”. *Variedades*, número 151 (21 de enero de 1911), p. 77.

⁶⁶ “Bromural-knoll”. *Variedades*, número 167 (13 de mayo de 1911), p. 565.

⁶⁷ “Novo Company”. *Variedades*, número 233 (17 de agosto de 1912), sin página.

⁶⁸ “Curiosidades y recortes: gimnasia casera”. *Variedades*, número 162 (8 de abril de 1911), p. 434.

⁶⁹ *Variedades*, número 383 (03 de julio de 1915), p. 2308.

de manera lúdica y amena las prácticas de higiene bucal.⁷⁰ Asimismo, se promociona el uso del dentífrico Odol, no solo por su efectividad contra las caries y la seguridad que brinda a la boca, sino también porque brinda “una sensación de bienestar indecible” y “una frescura envidiable que produce una sensación de bienestar enteramente especial”.⁷¹

Desde la perspectiva femenina, se sostiene que “no hay mujer sensata que no preste mayor cuidado a la conservación de sus dientes;” pues “las mujeres saben muy bien que su encantadora sonrisa ejerce una influencia a la que nadie puede resistir”.⁷² Bajo ese argumento, se promociona el consumo de Odol como un medio para conservar “unos dientes hermosos deslumbrantes de blancura” y, por extensión, una herramienta para que las mujeres expresen plenamente su sonrisa y su belleza.

En resumen, en el discurso editorial de la revista *Variedades*, la asociación entre ser moderno, y practicar hábitos de higiene y de cuidado corporal es sinónimo de una experiencia placentera y que brinda una vida prestigiosa. Todo temor frente a la medicina occidental y las concepciones higienistas busca ser desterrado a través de este recurso argumentativo. Si bien las fuentes disponibles no permiten aproximarse a la manera cómo los lectores se apropiaron de estas ideas, queda clara la intención de la revista por difundirlas y arraigarlas entre su público lector a través de los mecanismos editoriales explicados previamente. *Variedades* pretendió construir ciudadanos modernos y limpios bajo mecanismos de “disciplinamiento” sutiles y persuasivos.

4. Conclusiones

La revista *Variedades* no solo compartió el discurso modernizador de la élite de la República Aristocrática, sino que utilizó su aparato editorial para promover su interiorización en las consciencias de sus lectores. Esto es posible de rastrear para el caso de las concepciones y las prácticas

⁷⁰ “La fiesta del cepillo en el Callao.” *Variedades*, número 612 (22 de noviembre de 1919), sin página (véase Iparraguirre 1965: 190).

⁷¹ *Variedades*, número 344 (3 de octubre de 1914), p. 1478.

⁷² *Variedades*, número 352 (28 de noviembre de 1914), sin página.

asociadas con la salud pública y la higiene. Como se ha podido desarrollar en este texto, *Variedades* defendió la prédica higienista de médicos y actores estatales a través de editoriales, artículos, fotografías, entre otros medios. Adicionalmente, generó algunos mecanismos para poder representar el ejercicio de las prácticas higiénicas y de salud como experiencias placenteras y dotadoras de estatus social. Entre ellas, destacan el uso de un lenguaje llano para no especialistas, el aprovechamiento del componente gráfico, la apelación a la ficción y el uso de la publicidad.

Las evidencias compartidas despiertan nuevas preguntas. En concreto, cabe indagar cuáles fueron las relaciones entre los editores de *Variedades*, y los médicos y agentes higienistas de la época. En función de ello, sería posible hipotetizar si, más allá de compartir ciertas creencias modernas, no se llegó a articular una alianza estratégica entre periodistas y médicos para promover la discusión de estos temas en la opinión pública. Sin duda, una afirmación de esta magnitud no puede ser demostrada con las fuentes disponibles hasta el momento, pero deja planteada una interrogante para la continuación de una futura investigación.

Ilustraciones publicadas en la revista *Variedades* sobre la higiene y salubridad (1911-1913)

Ilustración 1

Niño luego de operación quirúrgica (1911)

OPERACION QUIRURGICA

En estos últimos días se ha practicado en la Casa Nacional de Salud por el Dr. Pareja y Llosa, una brillante operación quirúrgica, en un niño que apenas cuenta 5 años de edad.

La intervención consistía en la extirpación de un quiste hidático desarrollado en el espesor del hígado y para llevarla á cabo fué necesario abrir el vientre, exponer y seccionar el hígado, extirpar la bolsa del quiste, recortar una gran porción del hígado, suturar esta víscera, dejando un drenaje ó abertura en el vientre.

Han trascurrido 15 días de la operación y el enfermito Miguel Verano, natural de Huacho, de donde vino por prescripción del Dr. Agustín Gamarra de esa localidad, se encuentra libre de su dolencia y con la herida completamente cerrada.

Presentamos una vista del niñito operado de tan audaz, radical y brillante operación.



Niño Miguel Verano

C. S. N.

Fuente: "Operación quirúrgica". *Variedades*, número 189, 14 de octubre de 1911, p. 1252.

Ilustración 2
Una pocilga china en Londres



Fuente: *Varietades*, número 55, pp. 63-64.

Ilustración 3 Lechería Higiénica "El Cóndor"

- 1478 -
Lechería Higiénica "El Cóndor"
PEDRECAL 898 - TELEFONO 1776



Laboratorio para los análisis químicos de la leche que recibe la oficina Aparatos para lavar las botellas al vapor



Pasteurizador en el que se calienta la leche a 80° centígrados

Esta fábrica tiene por objeto higienizar la leche destinada al consumo público. Para ello, se la somete á las operaciones siguientes: 1o., el *sterilización* (fig. 1), rechazándose todas las leches que no se encuentren en buenas condiciones; 2o., la *limpieza*, que se hace en una máquina centrífuga, por la que se le extrae todos los cuerpos extraños que siempre contiene, como son: tierra, guano,



Refrigerantes que enfrían la leche bruscamente de 80° á 40°



Motor á vapor de 20 caballos para el movimiento de todas las máquinas



Máquinas para hacer hielo y enfriar el agua que sirve para la refrigeración de la leche

Fuente: Variedades, número 250, 14 de diciembre de 1912, p. 1478.

Ilustración 4

“La Exposición de Higiene: el pabellón de la Casa Juan V. Peral e Hijo”



Fuente: *Variedades*, número 302, 13 de diciembre de 1913, pp. 6013-6014.

Aventuras y desventuras del Pathfinder Fund en la planificación familiar peruana (1958-1965)¹

RAÚL NECOCHEA

University of North Carolina at Chapel Hill

¿Cómo despertar interés por la planificación familiar en aquellos que desconocen el concepto? Mediante esa pregunta, Edith Gates planteó el problema mientras se preparaba para un viaje de Boston hacia Venezuela, Ecuador, Perú, Bolivia, Brasil y Colombia a fines de 1958. “Ser prácticamente la primera persona del Movimiento de Planificación Familiar en atreverse a viajar a Sudamérica me causaba un profundo sentimiento de responsabilidad,” contaba Gates, armándose de valor antes del viaje (Gates 1958).² Gates era una educadora en salud en el pequeño, pero eficiente personal de Clarence Gamble, el heredero de Procter & Gamble, que usó su fortuna para promover las causas de la eugenesia y los métodos anticonceptivos a nivel mundial desde los años veinte hasta su muerte en 1966. En 1957, Gamble había roto relaciones con sus aliados en la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés) por lo que él consideraba un enfoque excesivamente cauteloso sobre la difusión de la anticoncepción. Mientras la IPPF solo pretendía asistir a lugares donde fueran invitados por los Gobiernos nacionales, Gamble prefería “tener

¹ Traducido por Melisa Philips.

² Harvard University Medical School, Countway Library, Clarence Gamble Papers (en lo sucesivo, “CGP”), box 184, folder 2905, Edith Gates, “An Exploratory Tour into South America – Highlights and Observations Relating to Family Planning” (probablemente octubre de 1958).

a un trabajador de campo en el lugar para tener todo organizado y en funcionamiento”, ya fuera oficialmente invitado o no. Gamble consolidó el Pathfinder Fund precisamente para dedicarse a ese tipo de “trabajo de campo en planificación familiar a nivel mundial” (Williams y Williams 1978: 305). Este artículo trata de cómo esta estrategia se desarrolló en el Perú y, en particular, acerca del papel fundamental de los protestantes aliados de Gamble para despertar interés en la anticoncepción. En términos más generales, se analiza el estilo de intervención rápida que caracterizó a la ayuda humanitaria en planificación familiar en los países en vías de desarrollo entre mediados y finales del siglo XX.

Nuestro conocimiento sobre la dinámica de la población latinoamericana es más abundante ahora gracias al vínculo que la reciente historiografía ha logrado entre el desarrollo de los servicios de planificación familiar y la filantropía global, las ansiedades sobre los efectos del crecimiento demográfico en la pobreza e inestabilidad política, el incremento de la autonomía de las mujeres en el ámbito doméstico, la creación de nuevos anticonceptivos, la expansión de las infraestructuras de salud tanto públicas como privadas, y la introducción de las políticas de población (Rohden 2003; Pieper-Mooney 2009; Soto Laveaga 2009; Felitti 2012). Las incursiones de los grupos religiosos en este ámbito aún están escasamente documentadas, a pesar del importante papel de estos grupos como los primeros proveedores de atención médica a nivel mundial.³ Los pocos autores involucrados con América Latina han hecho hincapié en la supremacía de la Iglesia católica y su actitud receptiva hacia los métodos anticonceptivos hormonales o su aprobación tácita en los años sesenta tras las reformas del Concilio Vaticano II (Tobin 2002; Necochea López 2008). Sin embargo, como mostraré, las organizaciones protestantes de América Latina también participaron en el movimiento mundial de planificación familiar antes y de forma más receptiva que las católicas a través de su asociación con el Pathfinder Fund.

Historiadores contemporáneos han evitado narrativas que atribuyan el cambio en países en vías de desarrollo a imposiciones directas de los

³ Véase, como ejemplo, McCauley (2005) y Ferngren (2009). Las excepciones tratan de los Estados Unidos: Woodcock Tentler (2004) y Carlson (2012).

Gobiernos de países desarrollados.⁴ Matthew Connelly, Laura Briggs y Lara Marks, por ejemplo, han mostrado cómo los intereses e ideas de los activistas de la anticoncepción “del Norte”, y de expertos médicos y farmacéuticos se unieron, no sin conflicto y acuerdo, con sus homólogos “del Sur” (Marks 2001; Briggs 2002; Connelly 2008). Mi informe también indaga en la operación y los límites de estas colaboraciones Norte-Sur, las cuales pretendían normalizar el estándar de la familia nuclear pequeña como el camino a la prosperidad, la salud y la paz.

La alianza entre protestantes y el Pathfinder Fund revela un lado novedoso del movimiento mundial de planificación familiar, uno que tiene menos que ver con los políticos y expertos biomédicos que han interesado a estudiosos y estudiosas hasta la fecha, y más con las relaciones que los trabajadores de campo de bajo nivel establecieron con los médicos, la industria farmacéutica, las agencias gubernamentales y, especialmente, las organizaciones religiosas dentro y fuera de América Latina. Dichas relaciones no condujeron a leyes, tecnologías costosas o clínicas dotadas de muchos recursos, producto de negociaciones cuidadosamente realizadas entre las élites gubernamentales y médicas. En vez de eso, sus aliados protestantes tuvieron un papel fundamental al ayudar al Pathfinder Fund a organizar intervenciones rápidas, tales como la producción de panfletos, el contrabando de anticonceptivos a través de las fronteras nacionales y la inscripción de médicos como promotores de dispositivos intrauterinos.

La fundación de la IPPF en 1952 fue un antecedente importante para la creación del Pathfinder Fund. La IPPF fundó su Oficina de la Región del Hemisferio Occidental (IPPF/WHR, por sus siglas en inglés) en 1954 (IPPF/WHR 1994). Esta oficina instaló y dirigió clínicas de planificación familiar en diversos países de América Latina desde 1959. Sin embargo, Clarence Gamble creía que instalar clínicas era un proceso muy lento y complicado: demasiados expertos que involucrar y demasiado tiempo transcurrido antes de que los servicios pudieran ser brindados. Mientras otras organizaciones internacionales invertían en clínicas, asistencia técnica en planificación familiar, investigaciones demográficas y bocetos de

⁴ Dos caras de la misma moneda —una postura que condena la intervención extranjera y otra que la alienta— están ejemplificadas, respectivamente, por Mass (1976) y por Ehrlich (1969).

políticas de población, Gamble quería llegar inmediatamente a los lugares que estaban, en su opinión, necesitados de apoyo y empezar el suministro directo de servicios.

Debido a su filosofía de intervención rápida, el Pathfinder Fund empezó a trabajar en América Latina antes de que la mayoría lo hiciera, lo cual causó dificultades propias, lo que incluía, principalmente, encontrar aliados predispuestos a ayudar, en lugar de buscarlos y convencerlos gradualmente. Consciente de la aversión de la Iglesia católica de Estados Unidos hacia la planificación familiar, pero al tanto de la importancia de las instituciones religiosas en el suministro de servicios de asistencia social, el Pathfinder Fund contactó a los grupos protestantes en Estados Unidos que estuvieran de acuerdo con promover la planificación familiar.⁵ El Concilio Nacional de Iglesias (National Council of Churches), la Junta Presbiteriana de Misiones (Presbyterian Board of Missions), la Junta Metodista de Misiones (Methodist Board of Missions), el Concilio Mundial de Iglesias (World Council of Churches) y la Asociación Cristiana de Jóvenes (YMCA) respondieron favorablemente y ayudaron a preparar una lista de contactos en América Latina.⁶ Para 1961, la IPPF/WHR apenas había instalado dos clínicas en América Latina, una en Ciudad de México y una en Montevideo. Mientras tanto, el Pathfinder Fund estaba activo en Perú, Brasil, Honduras Británica, Argentina, Chile, Uruguay, Bolivia, República Dominicana, Granada, Haití, Jamaica, y en Islas Turcas y Caicos.⁷ Los aliados protestantes del Pathfinder Fund dirigían esas operaciones. Ello evidencia la efectividad de la red de contactos y las habilidades gerenciales de los protestantes en América Latina a mediados del siglo XX.

Al mismo tiempo, los protestantes eran una minoría en la abrumadoramente católica América Latina, lo cual limitó la expansión y la consolidación de los proyectos que apoyaban. En otras palabras, estas intervenciones

⁵ Organizaciones protestantes, especialmente los Anglican Bishops of Lambeth (1930), el General Synod of the Nederlandse Hervormde Kerk (1952) y el World Council of Churches (1959), habían emitido pronunciamientos en los que señalaban su actitud receptiva hacia la planificación familiar a través de otros métodos aparte de la abstinencia. Al respecto, véase Fagley (1960) y Davis (2005).

⁶ CGP, box 184, folder 2905, Edith Gates, "Preparation for South American Exploratory Trip, New York," (5 de octubre 1958).

⁷ CGP, box 113, folder 1906, "Field Representatives, Latin America and the Caribbean," (21 de setiembre 1962).

rápidas eran frágiles y efímeras. Es difícil juzgar el éxito o fracaso de dichas iniciativas, pues el suministro de anticonceptivos seguros y efectivos puede cambiar la vida de un individuo, aun si dichos servicios no estuvieran disponibles para la mayoría. Mi argumento está más dirigido a la intervención rápida como método de prestación de asistencia en planificación familiar a los países en vías de desarrollo. En el mejor de los casos, sirvió para la difusión rápida de información y de algunas tecnologías entre algunos pocos afortunados. En el peor de los casos, debilitó agencias estatales legítimas al infringir la ley, puso en peligro la salud del pueblo al no monitorear la seguridad de las drogas y materiales suministrados, y alienó a potenciales aliados con su arrogante superioridad moral.

Siendo relativamente fáciles de organizar, las intervenciones rápidas tuvieron suficiente éxito como para cegar a sus colaboradores sobre sus limitaciones. De hecho, no fue sino hasta después del fallecimiento de Gamble que el Pathfinder Fund dejó de lado las intervenciones rápidas a favor de las colaboraciones a largo plazo con los Gobiernos de América Latina y las ONG. El método de intervención rápida que caracterizó los primeros años de su historia es, sin embargo, un indicador de la preocupación que el crecimiento poblacional causó en los países desarrollados, las medidas que eran capaces de tomar empresarios audaces y pudientes para solucionar el problema, y las inesperadas asociaciones que se crearon a lo largo del camino con organizaciones religiosas.

Los protestantes estadounidenses y británicos empezaron a involucrarse cada vez más con las actividades misioneras en América Latina a finales del siglo XIX, y afirmaron, sin rodeos, la superioridad de las formas y los valores occidentales. Los misioneros no solo buscaban nuevos conversos, sino que también realizaban trabajos humanitarios en salud, educación y construcción de infraestructura, creyendo que esta estrategia podría rescatar a los pobres de la pobreza y también convertirlos al protestantismo (Nutt 1997; Bosch 2011).⁸ Las autoridades católicas de América Latina eran hostiles hacia estos esfuerzos, y tuvieron éxito usando su inmensa influencia política para caracterizar a los protestantes como ajenos y perjudiciales para la región (Mondragón 2005). Es difícil afirmar que esa oposición sola impidió que el protestantismo lograra importantes avances; sin embargo,

⁸ Sobre el protestantismo contemporáneo en América Latina, véase Andrade (2004).

lo cierto es que, a mediados del siglo XX, los protestantes seguían siendo una minoría en América Latina.

La presencia pública de los protestantes en el Perú data del siglo XIX. En 1845, el presidente Ramón Castilla permitió que los protestantes extranjeros en el país celebraran misa entre ellos, un privilegio extendido a los protestantes nativos en 1891. Los metodistas norteamericanos fueron los primeros en establecer una presencia significativa a partir de la década de 1890. Hacia 1930, tenían 2 500 seguidores, 19 iglesias, 3 escuelas y, al menos, 1 clínica. Sus 26 misioneros y 12 pastores estaban activos en Lima, Huancayo, Pasco e Ica. Los intelectuales peruanos simpatizaban con el énfasis de los metodistas en la tolerancia política y la ayuda benéfica, aunque no consideraban al protestantismo como una posible alternativa religiosa para el país en su conjunto. Hacia 1930, había 15 mil protestantes en el Perú, de una población de aproximadamente 7 millones, pero su número estaba en aumento, al igual que las denominaciones presentes. Hacia 1960, había 39 grupos protestantes distintos, de los cuales más de 20 provenían de Estados Unidos, pero también había algunos de origen británico y hasta 6 locales, lo que representaba casi 42 000 fieles entre 10 millones de peruanos.⁹

El incremento de las sectas protestantes incentivó los esfuerzos de cooperación, lo que resultó en la fundación del Consejo Nacional Evangélico en 1940.¹⁰ Este consejo se asoció con el Pathfinder Fund y se convirtió en la punta de lanza de Gamble en América del Sur. En coordinación con agentes del Pathfinder Fund, el Consejo se concentró en tres estrategias de intervención rápida, que se analizarán a continuación: la difusión de la información sobre planificación familiar a través de panfletos y películas, la venta y distribución de espermicidas, y la inscripción de médicos en un programa para promover el uso de dispositivos intrauterinos. Estas estrategias contrastaron enormemente con el cauteloso enfoque de organizaciones como la IPPF, el Consejo de Población (The Population Council) y la Fundación Ford (The Ford Foundation). Ello ilustra cómo el

⁹ Sobre el protestantismo en el Perú, véase Kessler (2001) y Fonseca Ariza (2002).

¹⁰ CGP, box 113, folder 1907, William Strong, "Report on the Prospects for a Social Service Program in Peru," (31 de agosto 1962).

movimiento mundial de planificación familiar incluyó diversas formas de intervención y movilizó distintos aliados.

Difusión de información sobre planificación familiar

En octubre de 1958, el reverendo metodista Elton Wattlington, presidente de la Comisión de Acción Social del Consejo Nacional Evangélico, agradeció a Clarence Gamble por contactarse con él, y se ofreció a apoyar a Edith Gates, del Pathfinder Fund, durante su viaje a pesar de “no estar seguro sobre qué tipo de respuesta podríamos obtener.”¹¹ Al final, resultó que los esfuerzos de Wattlington en el Perú tuvieron más éxito que los de cualquiera de los otros aliados protestantes del Pathfinder Fund en las paradas restantes de la gira sudamericana de Gates de 1958 (Sao Paulo, Caracas, La Paz y Quito). En Lima, ella y Wattlington fundaron el primer —y hasta 1961, único— comité de planificación familiar voluntaria en América Latina de Pathfinder Fund, encargado de difundir ampliamente un halagador retrato de lo que la planificación familiar era en sí. Gamble vio esto como un paso necesario y oportuno que conduciría al uso generalizado de anticonceptivos, siguiendo estudios piloto puertorriqueños que sugerían el rápido efecto de la información favorable para cambiar las actitudes populares hacia la planificación familiar (Hill, Stycos y Back 1959).

El comité constaba de doce profesionales de clase media, entre ellos, tres mujeres, tres médicos (todos hombres) y dos pastores metodistas (ambos hombres). Su primera tarea fue producir una serie de tres “panfletos cortos que explicaran de forma sencilla qué significaba la planificación familiar y los métodos simples que se podrían utilizar.” Todos los gastos de impresión serían cubiertos por Pathfinder.¹² El primer folleto explicaba lo necesaria que era la planificación familiar en general; el segundo describía un pesario hecho de espuma plástica o algodón, atado a un hilo y empapado en una solución de agua salada; y el tercero presentaba el método

¹¹ CGP, box 113, folder 1901, Elton Wattlington a Clarence Gamble (Lima, 5 de Noviembre 1958).

¹² CGP, box 113, folder 1901, Edith Gates a Dr. Lucas F. Molina Navia (Lima, 11 enero de 1959).

del ritmo.¹³ El primer tiraje fue de 5 mil ejemplares del primer folleto y 2 500 ejemplares de cada uno de los otros dos, que serían distribuidos principalmente entre los feligreses protestantes y los visitantes de los cuatro centros de atención médica primaria en Lima, donde los médicos del comité trabajaban.¹⁴

Este comité no solo estaba siguiendo las órdenes de Gamble. Cuidadosa, pero decididamente, enseñaba al personal del Pathfinder Fund acerca de la necesidad de presentar la planificación familiar como un medio para espaciar los hijos de la pareja con el fin de cuidar mejor a los ya nacidos, en lugar de verla como un conjunto de tecnologías y prácticas para reducir la fertilidad.¹⁵ Fue a través de los ojos del comité que Gates y Gamble comprendieron algunos de los problemas sociales del Perú, particularmente la mortalidad infantil causada por la desnutrición, el abandono de hogar de los hombres y la delincuencia juvenil.¹⁶ Esta lista tan selectiva nos dice mucho sobre las preocupaciones que los profesionales de clase media en Lima tenían en relación con las limitaciones de las políticas y las organizaciones encargadas de ayudar a las familias. Pragmáticamente, Clarence Gamble se sometió a la delimitación de los problemas sociales del Perú planteada por el comité y elogió la fundación de este como “evidencia de una total preocupación por la salud de las familias.”¹⁷

Impresionada por la calidad de dichos panfletos, Edith Gates pidió ejemplares para ser enviados a los nuevos comités voluntarios respaldados por el Pathfinder Fund en Santiago, Río de Janeiro, Montevideo y Buenos Aires en 1961.¹⁸ Sin embargo, a diferencia de Gamble y Gates, sus

¹³ CGP, box 113, folder 1901, Edith Gates al Family Planning Committee of Lima (Lima, 12 enero de 1959). Ver folletos en box 113, folder 1902, “Planee su familia para una mejor salud y felicidad”; “Un método simple de planeamiento familiar”; y “El método del ritmo en el planeamiento familiar.”

¹⁴ CGP, box 113, folder 1903, Elton Watlington, a Edith Gates y Clarence Gamble (Lima, 6 de agosto 1959).

¹⁵ CGP, box 113, folder 1901, Mabel Lorah a Edith Gates (Lima, 9 de febrero 1959).

¹⁶ CGP, box 113, folder 1902, Edith Gates, “Exploratory visit, Lima, Peru, Dec.-Jan. 1958-59.”

¹⁷ CGP, box 113, folder 1903, Clarence Gamble a Elton Watlington (Milton, 17 de enero 1959).

¹⁸ CGP, box 113, folder 1904, Edith Gates a Mabel Lorah (30 de octubre 1961); Edith Gates al Dr. Jorge Sarmiento (8 de diciembre 1961); y folder 1905, Edith Gates al Dr. Jorge Sarmiento (15 de febrero 1962).

aliados peruanos vieron la distribución de panfletos como algo más que un rápido ejercicio de calentamiento para el uso generalizado de anti-conceptivos en América del Sur. La vincularon, más bien, a la educación popular, una actividad que había caracterizado al trabajo misionero de los protestantes desde hacía ya décadas. William Strong, quien sucedió a Watlington como secretario de la Comisión de Acción Social del Consejo Nacional Evangélico, describió a la planificación familiar como una parte intrínseca de la educación para la salud, que estaba distribuida de forma insuficiente y desigual en el Perú. Además, consideró la distribución de panfletos como una forma de corregir una injusticia social que afianzaría nuevas actividades a futuro: “en un país como el Perú, donde no podemos instalar clínicas inmediatamente, la educación eficaz es la mejor alternativa. Eso significa información.”¹⁹

Entre 1962 y 1964, el comité voluntario que produjo los tres panfletos originales se deshizo. La Comisión de Acción Social, dirigida por William Strong, surgió como el primer centro de información sobre anticoncepción organizado en el país; esta nueva institución creó e imprimió decenas de miles de panfletos. Strong aprovechó esta oportunidad para avanzar con la agenda protestante. Su panfleto “La paternidad responsable y la conciencia cristiana” argumentaba que el protestantismo aceptaba el uso de anticonceptivos en las parejas heterosexuales casadas como expresión de una libertad ejercida responsablemente.²⁰ Debido a esta libertad, un regalo de la voluntad divina, las parejas podían justificadamente elegir no tener hijos para cumplir otros deberes conyugales, especialmente incrementando la intimidad en su vida de casados y respetando la dignidad de sus actuales hijos al proveerles de amor y recursos materiales. Strong acusó al catolicismo de poner demasiado énfasis en la función procreadora del matrimonio. Argumentó que, por el contrario, las parejas tenían el “privilegio y deber” de poder elegir tener o no tener hijos, especialmente teniendo en cuenta el contexto del rápido crecimiento poblacional, un problema más peligroso que “la muy temida bomba nuclear.” “Para nuestros

¹⁹ CGP, box 113, folder 1906, William Strong a Ruth Martin (13 de junio 1962).

²⁰ CGP, box 113, folder 1908, Rev. Elton Watlington a Edith Gates (Lima, 4 de febrero 1963); folder 1906, William Strong a Edith Gates (Lima, 14 de noviembre 1962). El último panfleto estuvo basado en un artículo de Irene Soehren, “Birth Control and the Christian,” que apareció en *The Christian Herald* en abril de 1959.

jóvenes,” concluyó Strong, “la moral debe estar basada en algo más que ignorancia y miedo, y el Protestantismo tiene algo mejor que ofrecerles.”²¹

A pesar de agradecer sus esfuerzos, a Gates le preocupaba que la crítica de Strong hacia el catolicismo “marginara a la planificación familiar como un asunto de Protestantes”, y, por lo tanto, no fuera merecedora de amplia atención.²² Strong se dio cuenta de cómo los católicos podrían reaccionar ante su panfleto, el cual no incluía créditos: “Si un ejemplar se pierde y cae en las manos de un fanático Católico, nos causaría más problemas de los que vale la pena,” reconoció.²³ Pero pasó casi un año antes de que modificara su panfleto para que reflejara la objeción de Gates. La nueva versión, llamada “Concepto cristiano de la paternidad responsable”, presentaba la anticoncepción simplemente como algo que ayudaba a las parejas casadas a cumplir su sagrado deber de proveer a sus hijos con todo lo necesario, y quitó toda referencia a las supuestas diferencias entre católicos y protestantes. Pero este nuevo panfleto no fue distribuido tan extensamente como el anterior.²⁴

Sin embargo, en la mayoría de los casos, los representantes de Pathfinder y sus aliados en el Perú estaban de acuerdo. Desconfiaban de los materiales promocionales creados fuera de los países donde serían finalmente distribuidos, particularmente de aquellos hechos por la IPPF, pues temían que los matices del lenguaje no se tradujeran bien.²⁵ Los trabajadores de campo de Pathfinder competían con el personal de la IPPF por el territorio de América Latina; criticaban no solo la redacción de sus panfletos, sino también la negativa de los representantes de la IPPF de trabajar en los niveles populares, una ventaja particular de los entusiastas misioneros protestantes. Se burlaron de una visita al Perú que Ofelia Mendoza, coordinadora de la IPPF, acertó en 1963. Strong comentó: “la reacción en el nivel en que ella trabaja —el funcionariado— aparentemente no fue lo suficientemente fuerte como para extender su estadía”. Por el contrario,

²¹ CGP, box 113, folder 1910, “La paternidad responsable y la conciencia cristiana” (abril de 1963).

²² CGP, box 113, folder 1909, Edith Gates a William Strong (11 de Setiembre 1963).

²³ CGP, box 113, folder 1909, William Strong a Edith Gates (Lima, 23 de Abril 1963).

²⁴ CGP, box 113, folder 1912, William Strong a Edith Gates (17 de Marzo 1964); folder 1914, “Concepto Cristiano de la Paternidad Responsable,” (1964).

²⁵ CGP, box 113, folder 1909, William Strong a Edith Gates (Lima, 28 de enero 1963).

los trabajadores de Pathfinder —afirmaba Strong— no tenían miedo de arremangarse y hablar claro sobre la anticoncepción con usuarios reales y potenciales, en lugar de negociar solamente con políticos y médicos acomodados.²⁶

Por supuesto, eso no significaba que el Pathfinder Fund no intentara persuadir a los últimos, aún cuando ello expusiera a sus trabajadores a las degradantes políticas jerárquicas que los médicos peruanos observaban. En 1962, por ejemplo, la organización había intentado ganarse el favor del doctor Mariano Bedoya, catedrático de ginecología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, enviándole panfletos, muestras de anticonceptivos, una suscripción al *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, un ejemplar del *Complete Book of Birth Control* de Allan Guttmacher y una película hecha por el Margaret Sanger Research Bureau, *The Biology of Conception and Technique of Contraception*.²⁷ Bedoya agradeció a Gates por esos regalos, pero no dijo nada sobre cómo estaba usando la película para enseñarles a sus alumnos sobre la planificación familiar, que era lo que más quería Gates.²⁸ La escueta respuesta no era inusual por parte de un médico de élite de la escuela de medicina más importante del país, especialmente considerando que Gates era una laica sin conexión directa con el trabajo diario de Bedoya.

Gates finalmente conoció a Bedoya algunos meses después, en octubre de 1963. Para ese entonces, él era el jefe del Departamento de Ginecología de San Marcos, y había aceptado un viaje con todos los gastos pagados a Nueva York para asistir al Seminario de Líderes Sudamericanos (Seminar for South American Leaders) organizado por la IPPF. Ahí le dijo a Gates, quien se había convertido en directora ejecutiva de Pathfinder, que esperaba empezar a usar la película después de su regreso al Perú. “Así que ¿aún no la ha usado? ¿¿O no debería todavía juzgarlo?!?” escribió la exasperada Gates.²⁹ El episodio dejó una mala impresión en Gates y Strong

²⁶ CGP, box 113, folder 1909, William Strong a Edith Gates (26 de setiembre 1963).

²⁷ CGP, box 113, folder 1905, Edith Gates al Dr. Mariano Bedoya Hevia (30 de junio 1962); folder 1908, Edith Gates al Dr. Mariano Bedoya Hevia (Milton, MA, 18 de enero 1963).

²⁸ CGP, box 113, folder 1908, Dr. Mariano Bedoya a Edith Gates (Lima, 23 de enero 1963).

²⁹ CGP, box 113, folder 1908, Edith Gates al Dr. Mariano Bedoya Hevia (23 de Octubre 1963).

sobre Bedoya como un hombre poderoso “que quiere sacar provecho de cada situación que pueda, y no por las razones correctas.”³⁰

Las actividades educativas populares organizadas por Pathfinder y sus aliados protestantes fueron mucho más satisfactorias para los colaboradores. Además de la distribución de panfletos entre feligreses y trabajadores de salud, el reverendo Watlington y William Strong tenían planeado incorporar el uso de películas como herramientas pedagógicas. Cuando descubrieron la película *Los tiempos cambian*, recientemente producida por la Asociación Pro-Bienestar Familiar de Puerto Rico, instaron al Pathfinder Fund a comprarles una copia, y Gamble cumplió con su pedido.³¹ En menos de un año, la película había sido proyectada 29 veces, a 2 191 personas, protestantes y católicas, en distintos lugares, incluyendo conferencias de liderazgo femenino, iglesias, escuelas, residencias privadas, clubes deportivos y oficinas principales de partidos políticos. El tamaño de las audiencias oscilaba entre 39 y 153 espectadores.³²

Bruce Carlson, quien sucedió a Strong como líder de la Comisión de Acción Social, ofreció un breve resumen del progreso respaldado por el Pathfinder Fund en planificación familiar en 1965: “A veces es un poco decepcionante pensar que estamos tratando en figuras tan pequeñas, pero después nos damos cuenta de que es un comienzo y las cosas están yendo tan bien y tan rápidamente como puede esperarse.”³³ A fines de 1965, la Comisión de Acción Social había distribuido más de 24 mil panfletos, especialmente “Planee su familia,” una recopilación de los tres primeros panfletos en uno, y “La conciencia cristiana,” el panfleto anti-católico. Además, el Perú se había convertido en el epicentro de distribución de panfletos de América Latina, con aproximadamente 7 mil nuevos panfletos impresos cada mes para ser distribuidos en Perú, Costa Rica, Venezuela, Bolivia, Brasil y Colombia. El Pathfinder Fund había gastado más de US\$

³⁰ CGP, box 113, folder 1912, William Strong a Edith Gates (22 de Mayo 1964); William Strong a Edith Gates (8 de Junio 1964).

³¹ CGP, box 113, folder 1908, Edith Gates al Rev. Elton Watlington (12 de Setiembre 1963); box 113, folder 1908, Rev. Elton Watlington a Edith Gates (Lima, 30 de Julio 1963).

³² CGP, box 113, folder 1912, Dr. Gilberto Cabello al Rev. Elton Watlington, “Informe sobre la proyección de la película ‘Los Tiempos Cambian’ relativo a la planificación de la familia,” (May 1964); folder 1911, Dr. Gilberto Cabello al Pathfinder Fund (27 de Enero 1964).

³³ CGP, box 113, folder 1917, Bruce Carlson a Edith Gates (Lima, 2 de Julio 1965).

4 mil en costos de impresión para apoyar este trabajo entre 1958 y 1965, además de proveer un honorario trimestral de US\$ 100 para la comisión, una pequeña inversión considerando el presupuesto de US\$ 50 mil de Pathfinder en 1957, el cual aumentó a US\$ 250 mil para 1965.³⁴

Los trabajadores individuales merecían mucho crédito por este crecimiento, especialmente William Strong. Sin embargo, a pesar del entusiasmo de la Comisión de Acción Social, Strong, Watlington y Carlson nunca pudieron persuadir a los altos mandos del Consejo Nacional Evangélico de brindar su apoyo total a este proyecto. Al principio, Strong abrigaba la esperanza de que el consejo designara a alguien para trabajar en este proyecto a tiempo completo (Strong trabajaba a medio tiempo), pero sus superiores sentían que "habían ya avanzado mucho al estar abiertos al tema."³⁵ Sincerándose, Watlington admitió que el programa no sería viable fuera de la Comisión de Acción Social o incluso de la Iglesia metodista.³⁶ Dicho eso, la respuesta popular a estas iniciativas educativas fue favorable. Tal como Carlson indicó, el apoyo de los directivos protestantes era deseable, pero "el apoyo más importante, tanto en el pasado como ahora, viene de la respuesta positiva del pueblo peruano."³⁷ Esta respuesta volvió a Carlson cada vez más osado. Mientras que dos años atrás Strong se había opuesto a atribuir públicamente los panfletos a la Comisión de Acción Social, para 1965, Carlson creía que habían llegado al punto "en el que podemos empezar a incluir las direcciones de nuestra oficina y, en algunos casos, también las de los médicos en los panfletos."³⁸ En otras

³⁴ Sobre la distribución de las cantidades, véase CGP, box 113, folder 1912, William Strong, "Lima, Peru, Report," (enero 1964). Sobre financiación, véase CGP, box 113, folder 1906, William Strong a Ruth Martin (Lima, 5 de diciembre 1962); Edith Gates a William Strong (Cambridge, MA, 22 de diciembre 1962); folder 1909, William Strong a Edith Gates (7 de mayo 1963); Edith Gates a William Strong (8 de octubre 1963); folder 1912, Edith Gates a William Strong (16 de marzo 1964); folder 1916, Edith Gates a Bruce Carlson (22 de enero 1965); Clarence Gamble a Bruce Carlson (18 de marzo 1965); Edith Gates a Bruce Carlson (10 de mayo 1965); folder 1917, Edith Gates a Bruce Carlson (30 de noviembre 1965). Sobre el presupuesto de Pathfinder Fund, véase Williams y Williams (1978: 310).

³⁵ CGP, box 113, folder 1909, William Strong a Edith Gates (2 de agosto 1963); William Strong a Edith Gates (26 de setiembre 1963).

³⁶ CGP, box 113, folder 1911, Elton Watlington a Edith Gates (17 de abril 1964).

³⁷ CGP, box 113, folder 1918, Bruce Carlson, "Comisión de Ayuda Social-Responsible Parenthood, diciembre 1965."

³⁸ CGP, box 113, folder 1917, Bruce Carlson a David Burleson (28 de diciembre 1965).

palabras, el atractivo de la intervención rápida eran los resultados casi inmediatos y la buena fe generada entre los afectados por esta.

Anticonceptivos “simples”

Las intervenciones rápidas también incluyeron algunos métodos anticonceptivos y generaron un nivel similar de entusiasmo popular. Los primeros planes del Pathfinder Fund de promover tipos específicos de anticonceptivos en el Perú le debían mucho a experiencias previas en Puerto Rico. En la década de 1950, los defensores de la planificación familiar en la isla, incluyendo a Clarence Gamble, empezaron a abogar por una menor dependencia en las clínicas como los principales proveedores de suministros anticonceptivos y, aunque no explícitamente, por una menor evaluación de la seguridad de dichos suministros. En su opinión, la información clara y breve, junto con anticonceptivos que no necesitaran supervisión médica, podían disminuir las tasas de natalidad y cambiar la actitud de las personas a favor de familias más pequeñas en un corto período de tiempo.

El uso de Emko, una espuma en aerosol intravaginal con propiedades espermicidas, fue representativo de esta convicción. Su fabricante era la Emko Company de Saint Louis, Missouri, propiedad de Joseph Sunnen. La Sunnen Foundation donó grandes cantidades de Emko a la Asociación Pro-Bienestar Familiar de Puerto Rico (APBF) entre 1959 y 1965. Alentada por la reportada efectividad de Emko en una pequeña muestra de usuarios, la APBF empezó a capacitar voluntarios para convertirse en distribuidores de Emko. Al inicio de la década de 1960, había reclutado más de 1 300 voluntarios, principalmente mujeres en zonas rurales (Paniagua, Vaillant y Gamble 1961; Anónimo 1963; Zalduondo 1963; Thimmesch 1968). Los trabajadores de campo de Pathfinder en el Perú soñaban con construir una estructura similar a la de Puerto Rico, con promotores leales y bien motivados para distribuir dichos anticonceptivos “simples”.³⁹ Sin embargo,

³⁹ CGP, box 113, folder 1901, Edith Gates al Dr. Lucas F. Molina Navia (11 de Enero 1959); folder 1904, Edith Gates al Dr. Abelardo Temoche (21 de Setiembre 1961); folder 1905: Edith Gates al Rev. Peter Savage (17 de Diciembre 1962); 113, folder 1909: Edith Gates a William Strong (18 de Abril 1963).

la experiencia peruana fue tumultuosa, y puso sobre el tapete lo complejo que era garantizar el suministro de materiales y encontrar el tipo correcto de recursos humanos para abordar el tema de los anticonceptivos en público.

Cuando Edith Gates estableció un comité de planificación familiar voluntaria en el Perú en 1958, rápidamente defirió el liderazgo a sus aliados protestantes, especialmente al doctor Jorge Sarmiento, ginecólogo y director del Centro de Medicina Preventiva del Rímac, dependencia del Ministerio de Salud. La perspectiva de Sarmiento influyó de forma crítica el primer intento de Pathfinder de proveer anticonceptivos. Gates había venido al Perú armada solo con las instrucciones para construir un pesario reutilizable hecho de espuma plástica o algodón empapada en una solución de agua salada y amarrada a un hilo, hecho para ser insertado vaginalmente antes del coito y retirado algunas horas después.⁴⁰ Sarmiento tradujo las instrucciones de Gates para un panfleto, aunque lo hizo más por cortesía que por convicción. Fue condescendiente al decir que “como médico, sólo puedo usar métodos clínicos.”⁴¹ Los diafragmas resaltaban entre dichos métodos. Sarmiento era consciente de que mujeres de nivel socioeconómico alto pedían diafragmas a medida en consultorios privados.⁴² Gates continuó promoviendo su pesario entre médicos, parteras y pastores protestantes, pero no hay evidencia de que fuera muy popular entre los promotores peruanos de la planificación familiar.⁴³

En su lugar, Sarmiento sugirió a Gates el uso de comprimidos vaginales espermicidas, el único tipo de anticonceptivo legal disponible en el país en ese entonces. Algunos meses antes, en agosto de 1958, el Ministerio de Salud había prohibido la importación y fabricación local de diafragmas. El régimen del presidente Manuel Prado y Ugarteche había tomado esa

⁴⁰ CGP, box 113, folder 1902, “Un método simple de planeamiento familiar,” leaflet (1959). Gamble creía que, para hacer el pesario aún más sencillo, hervir el agua para la solución salina era innecesario. Ver box 113, folder 1903, Clarence Gamble a Elton Wattlington (26 de agosto 1959).

⁴¹ CGP, box 113, folder 1907, “Report on visit to Lima, Peru, By Ruth M. Martin, March 26-April 22, 1962.”

⁴² CGP, box 113, folder 1902, Edith Gates, Exploratory visit – Lima, Peru – Dec.-Jan. 1958-59.

⁴³ CGP, box 113, folder 1901, Dr. Wilfredo Gonzáles a Edith Gates (Lima, 30 de abril 1959); folder 1904, Edith Gates al Dr. Felipe Ramos (6 de noviembre 1961); y folder 1905, Edith Gates a la Sra. Maria Emilia de Huby (12 de julio 1962).

decisión con el fin de “defender la natalidad, base del capital humano, así como velar por la moral y las buenas costumbres”, ya que estos anticonceptivos “no cumplen finalidad alguna de prevención de enfermedades o de defensa de la salud y, por el contrario, pueden ser factores que predispongan a procesos crónicos cancerígenos” (*El Peruano* 1958: 1). Gates estaba segura, a pesar de su conocimiento limitado del país, de que “en el Perú había en realidad mucho interés, ¡a pesar de los decretos!”⁴⁴ En su opinión, el problema principal era asegurar un abundante suministro de anticonceptivos, a bajo precio, para mantener el interés popular.

El uso moderno de preparaciones anticonceptivas vaginales, el tipo que el doctor Sarmiento prefería, data de 1880. Los supositorios de manteca de cacao y sulfato de quinina del farmacéutico inglés Walter Rendell estuvieron entre los primeros en ser vendidos. En la década de 1920, la industria farmacéutica alemana lideró una importante innovación: la combinación de una sustancia espermicida en un comprimido efervescente, que se volvía espuma al entrar en contacto con la humedad y se expandía, de modo que cubría gran parte de la vagina y colocaba eficientemente al agente espermicida en contacto con el semen (Baker 1929; Anónimo 1979; Soloway 1995). Solo un tipo de comprimido efervescente había estado disponible en las farmacias de Lima por un tiempo, Semori (sulfato de hidroxiquinolina), producido por Luitpold-Werk Pharmaceuticals de Múnich.

Las empresas farmacéuticas peruanas comprendieron rápidamente el potencial de ventas de los comprimidos vaginales. Laboratorios Maldonado, por ejemplo, fundado por el doctor Ángel Maldonado, decano de la Escuela de Farmacia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, le pidió a Gates que lo pusiera en contacto con W. J. Rendell Ltd., de Inglaterra, para negociar la importación de su comprimido efervescente Santronex al por mayor para ser empaquetado en el Perú.⁴⁵ Cormedical S.A., un competidor, contactó directamente a Gamble para obtener información sobre Durafoam, producido por Durex Products en Estados Unidos, y convertirse en el distribuidor exclusivo de dicha sustancia en el Perú.⁴⁶ En su respuesta a

⁴⁴ CGP, box 113, folder 1901, Edith Gates a A.J.H. Ward (Lima, 10 de enero 1959).

⁴⁵ CGP, box 113, folder 1901, Edith Gates a A.J.H. Ward (Lima, de 10 enero 1959).

⁴⁶ CGP, box 113, folder 1901, Ricardo Chaparro a Clarence Gamble (Lima, 14 de enero 1959).

Cormedical, Gamble explicó que el inserto en Santronex de W. J. Rendell (óxido de etileno al nonil fenol) describía el efecto del comprimido como “simplemente el de matar una bacteria en la vagina.”⁴⁷ Esa redacción inocua y el hecho de que Rendell ya tenía un representante en el Perú, hizo que Pathfinder se enfocara primero en Santronex. A comienzos de 1959, habían enviado de una a tres cajas de Santronex, cada una con doce comprimidos, a un grupo selecto de personas que Gates había conocido en su viaje a Lima, en su mayoría médicos (diez de ellos), pero también dos pastores protestantes, y una maestra de educación familiar.⁴⁸

Roderick von Etdorf, representante de Rendell en el Perú, se reunió con un gerente de Cormedical, un amigo del doctor Jorge Sarmiento, y aceptó empezar a buscar el permiso del Gobierno para importar Santronex al por mayor. El inicio fue esperanzador. “Definitivamente estoy a favor de los comprimidos,” escribió el doctor Sarmiento, “y nosotros iremos a un programa completo de trabajo cuando estén en el mercado. Mucha gente ya está esperándolos.” El Centro de Medicina Preventiva del Rímac, el cual Sarmiento dirigía, proveía servicios de atención primaria en un área de bajos recursos de Lima, mediante el que ayudaba a más de 50 mil personas y daba empleo a 40 obstetrices, a quienes Sarmiento quería capacitar como promotoras de planificación familiar similares a las de Puerto Rico; su apoyo fue significativo.⁴⁹ Sin embargo, Etdorf no pudo conseguir mucho solo y le pidió a Sarmiento que lo ayudara a persuadir al Congreso a dar autorización para la importación de Santronex, lo cual el médico se rehusó a hacer, ya que “no era de su incumbencia.”⁵⁰ Buscando alternativas, Gamble contactó a Durex Products, con la esperanza de que una empresa norteamericana pudiera obtener una licencia farmacéutica en el Perú. Aunque estaban “listos para trabajar con el plan que mejor encaje,” Durex tampoco pudo obtener la licencia para exportar Durafoam al por mayor.⁵¹

⁴⁷ CGP, box 113, folder 1901, Clarence Gamble a Ricardo Chaparro (23 de enero 1959).

⁴⁸ CGP, box 184, folder 2905, Clarence Gamble, “Doctors in South America to whom supplies have been sent,” (Julio 1959).

⁴⁹ CGP, box 113, folder 1901, Dr. Jorge Sarmiento a Edith Gates (Lima, 14 de Marzo 1959); CGP, folder 1917, Bruce Carlson a David Burlison (3 de Julio 1965).

⁵⁰ CGP, box 113, folder 1901, Mabel Lorah a Edith Gates (Lima, 30 de Mayo 1959).

⁵¹ CGP, box 113, folder 1901, Clarence Gamble al Dr. Jorge Sarmiento (10 de Junio 1959).

Pasaron dos años desde el viaje de Gates al Perú y, ya de regreso en Boston, se preguntaba si la actitud hacia los comprimidos vaginales habría cambiado en ese tiempo. El panorama que Sarmiento pintó era desalentador. Él continuaba trabajando en el Centro de Medicina Preventiva del Rímac, pero las autoridades peruanas nunca autorizaron la importación al por mayor de ningún tipo de comprimido vaginal. Por eso, era reacio a recomendarlos, sabiendo que eran escasos y caros. Gracias a Pathfinder, él seguía recibiendo muestras de diversos comprimidos: Santronex, de Inglaterra; Volpar, de Estados Unidos (que contenía un espermicida a base de mercurio); y Emko, de Puerto Rico, pero nunca en cantidades suficientes como para mantener un programa. Sarmiento concluyó que sin las drogas, “era necesario suspender” cualquier promoción de la planificación familiar.⁵²

Algunos meses más tarde, Ruth Martin, una nueva trabajadora de campo de Pathfinder, llegó al Perú para reavivar los esfuerzos locales. Para ese entonces, el trabajo en las cuatro clínicas de Lima (los centros de Medicina Preventiva del Rímac y del Callao, la clínica de la Iglesia Metodista Susana Wesley y el hospital de la Iglesia Adventista del Séptimo Día “New Hope”), que una vez se habían comprometido a proveer servicios de planificación familiar, era “casi no existente”. El doctor Jorge Sarmiento aún mantenía una clínica de planificación familiar semanal, pero “la gente rara vez venía, y cuando lo hacían, eran sólo una o dos personas”. Su propio personal de obstetras reportaba demanda de anticonceptivos, pero no remitían a las mujeres a la clínica por la conocida falta de suministros. El defensor de Pathfinder de antaño se había vuelto parco y negativo, “obviamente muy obstinado sobre los métodos y reticente a considerar cualquier cosa que no fuera su punto de vista”. Casi el único evento positivo que Martin reportó fue la llegada a Lima de William Strong como secretario de la Comisión de Acción Social del Consejo Evangélico Nacional.⁵³

La misión original de Strong había sido coordinar los envíos de donaciones de comida, ropa y medicinas por parte del Servicio Mundial de Iglesias con sede en Estados Unidos. Su trabajo era ver que los envíos pasaran por la aduana peruana y después distribuir los bienes entre las

⁵² CGP, box 113, folder 1904, Dr. Jorge Sarmiento a Edith Gates (21 de Noviembre 1961).

⁵³ CGP, box 113, folder 1907, Report on visit to Lima, Peru, by Ruth M. Martin (March 26-April 22, 1962).

instituciones protestantes locales para su asignación final (Strong 2010). Aproximadamente 172 organizaciones (iglesias, escuelas, hospitales y clubes sociales), que representaban 18 de 40 grupos protestantes en el Perú, participaban en este programa, lo cual colocó a Strong en constante contacto con una amplia franja de la comunidad protestante en el país. Desde que llegó al Perú en 1962, Strong siempre habló de su intención de usar su amplia red de contactos para promover la planificación familiar. Aun cuando era escéptico sobre la posibilidad de lograr cambios radicales en la posición del Gobierno peruano y la Iglesia católica, Strong quería que su apoyo ubicara a “la comunidad evangélica a la vanguardia lista para el cambio” y empezó a frecuentar el grupo de metodistas que tenían relación con Pathfinder.⁵⁴

Mientras que a Strong le gustaba estar a la vanguardia de un movimiento transformador, Pathfinder vio en él una potencial solución a dos problemas. El primero era la falta de experiencia, interés y habilidad para el trabajo organizacional que había demostrado el fallido comité voluntario de planificación familiar, el cual prácticamente dejó de funcionar después de publicar la serie de panfletos descritos anteriormente.⁵⁵ Por el contrario, Strong había sido contratado precisamente como un organizador de programas natos y estaba dispuesto a usar esas habilidades para dirigir un programa similar sobre planificación familiar. El segundo problema que Strong parecía resolverle a Pathfinder estaba relacionado con la adquisición de una gran cantidad de anticonceptivos baratos. De hecho, fue Strong quien sugirió a Pathfinder incluir grandes cantidades de comprimidos efervescentes en los productos médicos que el Servicio Mundial de Iglesias enviaría al Perú. Sabiendo que pasarían varios meses hasta que los envíos empezaran a llegar al Perú, y semanas adicionales para liberarlos de aduanas, Strong aconsejó a Pathfinder que empezaran a enviarle comprimidos a través de su madre, quien estaría visitándolo de Pennsylvania. Algunos meses después, a fines de 1962, Tess Strong llegó al aeropuerto de Lima con 1 200 comprimidos de Durafoam, presuntamente

⁵⁴ CGP, box 113, folder 1907, Comisión de Ayuda Social, Concilio Nacional Evangélico del Perú, “A Summary Report on Projects,” (5 de Diciembre 1962).

⁵⁵ CGP, box 113, folder 1906, Edith Gates a William Strong (7 de Agosto 1962).

escondidos entre su ropa interior, para ser vendidos en la oficina de su hijo a bajo precio.⁵⁶ Burlando la postura del Congreso contra las sustancias espermicidas, ese fue el primer envío ilegal de drogas farmacéuticas registrado en el Perú.

La Comisión de Acción Social eventualmente se convirtió en un núcleo, no solo para la distribución de panfletos, sino también para la venta subvencionada de una variedad de anticonceptivos intravaginales, incluyendo Emko y Durafoam, tanto localmente como a visitantes de otros países de América Latina.⁵⁷ Strong escribió: "A veces siento que todo este esfuerzo podría ser lo más valioso que haga durante este contrato."⁵⁸ Comparado con ese esfuerzo, su tarea formal de coordinar la distribución de los donativos caritativos era algo que "tiene valor, pero francamente, no me entusiasma demasiado."⁵⁹

El entusiasmo de Strong lo llevó a dudar de algunas desconcertantes tácticas de Pathfinder: ¿por qué insistían en enviar comprimidos Durafoam después de que él les había advertido que las tapas de las botellas plásticas se abrían por la presión durante el transporte aéreo? Él les había dicho específicamente que los comprimidos alemanes Semori estaban mucho mejor empaquetados. ¿Por qué enviaban un cargamento de Emko solo, sin esperar al resto de suministros médicos, donde se supone los anticonceptivos estarían escondidos? Le producía mucho estrés lo complicado que sería liberar de aduanas un envío que los oficiales peruanos podían evidentemente reconocer como compuesto totalmente de anticonceptivos.⁶⁰ Cuando, después de meses de negociaciones, el Gobierno peruano rechazó una autorización para importar Emko, Strong le pidió a Pathfinder dejar de enviar Emko y, en su lugar, enviar el tipo de comprimidos efervescentes que estaban disponibles localmente. Pathfinder no lo hizo, a pesar de las constantes quejas de Strong.⁶¹

⁵⁶ CGP, box 113, folder 1906, William Strong a Edith Gates (Lima, 4 de Setiembre 1962); William Strong a Edith Gates (Lima, 26 de Diciembre 1962).

⁵⁷ CGP, box 113, folder 1914, "List of products available," (sin fecha).

⁵⁸ CGP, box 113, folder 1909, William Strong a Edith Gates (Lima, 28 de Marzo 1963).

⁵⁹ CGP, box 113, folder 1909, William Strong a Edith Gates (2 de Agosto 1963).

⁶⁰ CGP, box 113, folder 1909, William Strong a Edith Gates (2 de Agosto 1963); William Strong a Kathleen D'Arcy (Lima, 29 de Noviembre 1963).

⁶¹ CGP, box 113, folder 1912, William Strong a Edith Gates (19 de Febrero 1964).

Decir que Pathfinder había encontrado en Strong un dedicado aliado sería un sobreentendido y ellos lo reconocieron al ofrecerle trabajo después del fin de su contrato de tres años en el Perú. Este consistía en servir de intermediario para los misioneros protestantes a nivel global que buscaban información sobre planificación familiar y suministros.⁶² A pesar de radicar en Nueva York, Strong pasó la siguiente década viajando a través de las Américas, Liberia, Egipto, Kenia, Hong Kong, India e Irán (Strong 2010). Tras la partida de Strong, mucha información sobre cómo realizar la distribución de anticonceptivos se perdió. Lo que es peor: ni la Comisión de Acción Social ni el Pathfinder Fund alguna vez consideraron seriamente la seguridad de las drogas que suministraban ni abordaron las implicaciones de su descarada forma de romper las leyes de aduanas en el Perú. Ciegos a estos problemas como consecuencia de la respuesta positiva a corto plazo de los usuarios, Pathfinder inició una nueva estrategia de uso masivo de dispositivos intrauterinos.

Reclutar médicos para promover dispositivos intrauterinos

A fines de 1920, el obstetra berlinés Ernst Gräfenberg inventó y usó el primer dispositivo intrauterino (DIU) moderno, hecho de metal. A pesar de la popularidad de estos dispositivos en Europa a comienzos de 1930, fue recién a fines de 1940, con la madurez de la idea de la “explosión demográfica”, que el interés en los DIU reapareció, como una “solución” para el problema del rápido crecimiento demográfico en los países en vías de desarrollo (Thiery 1997; Van Os 1999). La segunda generación de DIU, hechos de plástico flexible en lugar de metal, fue efectiva y más económica que los anticonceptivos hormonales. Tanto como las píldoras anticonceptivas, las espumas, los diafragmas y los capuchones cervicales, los DIU hacían del uso de anticonceptivos una responsabilidad de las mujeres. Sin embargo, a diferencia de otros anticonceptivos, los DIU no requerían ninguna acción de la usuaria tras ser insertados, y solo podían ser colocados y retirados mediante un procedimiento médico.

⁶² CGP, box 113, folder 1912, Clarence Gamble a William Strong (7 de Febrero 1964).

El Consejo de Población (Population Council o PC, por sus siglas en inglés) lideró esfuerzos alrededor del mundo para promover la nueva tecnología, otorgando USD 2 millones para la investigación médica de DIU y organizando dos conferencias internacionales hacia 1964 (Moss 1978: 62; Tietze y Lewit 1962; Segal, Southam y Shafer 1965). En la inauguración de la conferencia de 1962, Alan Guttmacher, jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Mount Sinai en Nueva York, y presidente de la IPPF, advirtió que los esfuerzos para detener el crecimiento poblacional eran lentos porque “nuestros métodos son principalmente para el control de la natalidad por parte de un individuo, no para el control de la natalidad de una nación” (Tietze y Lewit 1962: 7). Sus defensores pensaron que los DIU podrían ayudar a inclinar la balanza en la lucha para limitar la expansión demográfica en los países en vías de desarrollo.

Sin embargo, asegurar el suministro necesario de DIU no era una tarea sencilla. La compañía Ortho Pharmaceutical, que fabricaba el espiral de Margulies y tenía la patente para el asa de Lippes, el DIU más popular de la época, los vendía a aproximadamente USD 0,40 la unidad, y Clarence Gamble compró todo lo que pudo para distribuirlo entre sus trabajadores de campo en el extranjero. En 1963, cuando el costo empezó a poner en peligro el suministro de DIU de Pathfinder, Gamble consiguió que una compañía en Hong Kong fabricara las asas de Lippes por solo USD 0,03 la unidad. Esto causó tensiones entre Ortho, Pathfinder y Frank Notestein, presidente del Consejo de Población, quien había estado negociando con Ortho precios más bajos para los DIU. Si a Gamble le preocupaba enfurecer a sus aliados del Consejo de Población, nunca lo demostró (Moss 1978: 63). A fines de 1963, Gamble estaba enviando DIU a médicos en veinte países, de quienes también recibía reportes. La popularidad de este programa fue tal que contrató a un joven antropólogo de Harvard, el doctor David Burleson, para coordinar el envío de las asas y la recopilación de información sobre su uso.⁶³ Cuando Gamble murió en 1966, el programa de DIU de Pathfinder incluía a 629 médicos en 82 países y más de 71 mil inserciones reportadas, principalmente en África y América Latina (Williams y Williams 1978: 370).

⁶³ Entrevista telefónica con el Dr. David Burleson (Greenwich, CT, 24 de enero de 2012).

Los trabajadores de campo de Pathfinder en el Perú empezaron a analizar la posibilidad de usar DIU en 1962, antes de que Gamble subcontratara su fabricación a Hong Kong. En esa época, el suministro de DIU era escaso y Gamble prefirió proveer de las valiosas asas solo a ginecólogos con afiliaciones universitarias.⁶⁴ Un decepcionado William Strong consideró este enfoque demasiado conservador y confiaba en que “ustedes no [hayan] decidido menospreciar este método prometedor.”⁶⁵ Que Strong considerara a Gamble demasiado tímido indicaba cuán proactivos podían llegar a ser los aliados protestantes respecto a la anticoncepción.

Pasaría más de un año antes de que el tema de los DIU reapareciera en el Perú. Para ese entonces, factores económicos habían llevado a Pathfinder a considerar la adquisición de dispositivos en otro lugar fuera de Estados Unidos. Chile se convirtió en una región de interés por esta razón. Jaime Zipper y Hernán Sanhueza, del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Barros Luco, en Santiago, habían asistido a la Primera Conferencia Internacional sobre DIU organizada por el Consejo de Población para presentar su nuevo y económico diseño de un DIU. Este consistía en un hilo de 2 metros de largo de nylon esterilizado, enrollado en forma de un anillo de 25 mm de diámetro. Los médicos creían que el bajo costo de su dispositivo lo convertía en una tecnología conveniente para ser usada en zonas de bajos recursos.⁶⁶ Edith Gates pretendía enviar a dos médicos peruanos y dos argentinos a Chile para aprender y, posteriormente enseñar la técnica del anillo de nylon en sus respectivos países. Una oportunidad llegó con la celebración del X Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología en noviembre de 1963. Gates le pidió a William Strong que recomendara candidatos del Perú, de los cuales uno debía ser protestante, y que los convenciera de asistir al Congreso y prestar especial atención a los eventos en los que se exhibiera el nuevo DIU de nylon.⁶⁷

⁶⁴ CGP, box 113, folder 1906, William Strong a Edith Gates (Lima, 24 de Octubre 1962); y Edith Gates a William Strong (6 de Noviembre 1962).

⁶⁵ CGP, box 113, folder 1906, William Strong a Edith Gates (Lima, 14 de Noviembre 1962).

⁶⁶ Tietze and Lewit, *First International Conference on IUDs*, 57-59.

⁶⁷ CGP, box 113, folder 1909, Edith Gates a William Strong (18 de abril 1963); Edith Gates a William Strong (26 de octubre 1963).

Strong reclutó al doctor Luis Cháves y al doctor Gilberto Cabello.⁶⁸ Ambos jóvenes ginecólogos habían recetado activamente anticonceptivos en sus consultorios privados en Lima. Sin embargo, Cháves, quien usó su propio dinero para financiar parte del viaje, pasó el tiempo vacacionando con su familia en lugar de asistir a las reuniones que Ruth Martin, trabajadora de campo de Pathfinder, había organizado en Santiago. Por otro lado, según la opinión de Strong, el doctor Cabello, médico metodista, había “tenido éxito en su primer viaje fuera del país” y había “una posibilidad de 80-20 de poder realmente hacer algo” para promover el uso de DIU en el Perú.⁶⁹ Algunas semanas después de su regreso, Cabello le escribió a Clarence Gamble para pedirle suministros y herramientas, y empezar un programa de inserción de DIU a pequeña escala en el Club de Madres con el que él estaba ya asociado, así como en su consultorio privado. Gamble le envió algunas de las primeras asas de Lippes fabricadas en la fábrica de Hong Kong y compró los materiales que Cabello solicitó, incluyendo publicaciones científicas, guantes de látex, un autoclave y un microscopio.⁷⁰ Sin embargo, cuatro meses después, los esfuerzos de los representantes de Pathfinder por popularizar los DIU no habían rendido los frutos deseados. Cabello únicamente había logrado la inserción de cinco asas y una de ellas había sido expulsada del cuerpo de su paciente.⁷¹

Fue recién con la entrada de Bruce Carlson, quien sucedió a William Strong como secretario de la Comisión de Acción Social en 1964, que el programa de DIU del Pathfinder Fund despegó en el Perú. Para ese entonces, el programa mundial de DIU de Pathfinder había cambiado: los médicos solo obtenían suministros si aceptaban reportar cada inserción, cada visita de seguimiento y cada evento adverso. Inclusive, el doctor Cabello vio su suministro de DIU interrumpirse temporalmente al no enviar el papeleo adecuado.⁷² Al principio, Carlson no estaba de acuerdo con las excesivas

⁶⁸ CGP, box 113, folder 1909, William Strong a Edith Gates (21 de octubre 1963); William Strong a Ruth Martin (30 de octubre 1963).

⁶⁹ CGP, box 113, folder 1909, William Strong a Edith Gates (20 de noviembre 1963).

⁷⁰ CGP, box 113, folder 1908, Gilberto Cabello a Clarence Gamble (Lima, 22 de noviembre 1963); Clarence Gamble a Gilberto Cabello (13 de diciembre 1963); folder 1912, William Strong a Clarence Gamble y Edith Gates (15 de mayo 1964).

⁷¹ CGP, box 113, folder 1912, William Strong a Clarence Gamble (3 de abril 1964).

⁷² CGP, box 113, folder 1913, Edith Gates a Bruce Carlson (1 de octubre 1964); Edith Gates a Bruce Carlson (14 de octubre 1965).

formalidades, pues creía que “para mantener la motivación de los médicos, era necesario poner DIU a su inmediata disposición”;⁷³ sin embargo, Pathfinder no retrocedió. El personal de Boston insistió en que los médicos interesados se contactaran directamente con la oficina central indicando su compromiso para empezar un programa de inserción de DIU y sus razones para hacerlo, y reprendieron a Carlson cuando capacitó a médicos para escribir la carta de intención. “Si no están lo suficientemente interesados en escribirnos una carta y solicitar los DIU, entonces consideramos que no están lo suficientemente interesados en usar este método”, anunció una enfurecida Edith Gates.⁷⁴

Una vez domesticado, el dinamismo de Carlson igualó al de Strong. En pocos meses, Carlson había conseguido difundir la anticoncepción intrauterina entre muchos más médicos dentro y fuera de Lima. Carlson convertía encuentros fortuitos en tren, comentarios a favor de la planificación familiar en periódicos y visitas casuales a consultorios privados en oportunidades para hablar de los DIU; incluso, publicitó las virtudes de aquellas de las píldoras anticonceptivas que el Pathfinder Fund nunca promovió con seriedad durante esta época en América Latina.⁷⁵ A principios de 1965, 32 médicos peruanos recibían DIU y presentaban informes regulares a la Oficina Central del Fondo Pathfinder en Boston, así como lo hacían médicos de Haití, Paraguay, Brasil, Camerún, Angola, Etiopía, Irán, Tailandia, Filipinas e India.⁷⁶

Los desafíos eran aún tan numerosos como los reclutamientos eran exitosos para los trabajadores de campo e incluían desde problemas para ganarse la confianza de los médicos y las mujeres hasta la frustración que ocasionaban las oportunidades que nunca llegaban a materializarse. Debido a lo novedoso de los anticonceptivos intrauterinos, los médicos insistían en recetar DIU solo a las mujeres con “un cuello uterino sano”, y

⁷³ CGP, box 113, folder 1913, Bruce Carlson a Edith Gates (5 de octubre 1964).

⁷⁴ CGP, box 113, folder 1917: Edith Gates a Bruce Carlson (Cambridge, MA, 12 de julio 1965).

⁷⁵ CGP, box 113, folder 1913, Bruce Carlson a Edith Gates (22 de octubre 1964); box 113, folder 1916, Bruce Carlson a David Bureson (23 de enero 1965); Bruce Carlson a David Bureson (28 de enero 1965); Bruce Carlson a David Bureson (8 de febrero 1965); Bruce Carlson a David Bureson (19 de febrero 1965); Bruce Carlson a David Bureson (29 de junio 1965).

⁷⁶ CGP, box 113, folder 1916, William Strong a Bruce Carlson (20 de mayo 1965).

solo después de obtener los resultados de una prueba de Papanicolaou.⁷⁷ Carlson reportó informalmente que el doctor Abraham Ludmir, profesor de Obstetricia en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se rehusaba a usar DIU con sus pacientes privadas hasta que los hubiera “puesto a prueba” en “sus pacientes de hospitales”; es decir, en pacientes de bajos recursos que no podían pagar la atención en el consultorio privado de Ludmir.⁷⁸ Además, los médicos trataban de protegerse de acusaciones formuladas contra ellos por reacciones adversas causadas por el uso de DIU. El doctor Gilberto Cabello utilizaba formularios de consentimiento firmados por las mujeres y sus parejas rutinariamente, y animó a otros profesionales a guardar dichos registros para eludir a autoridades potencialmente inquisitivas.⁷⁹

La misma actitud de desconfianza hacia la nueva tecnología llevó a los médicos a preguntarse si los DIU eran simplemente un mecanismo para causar un aborto en una etapa temprana del embarazo.⁸⁰ Considerando que, en esa época, los abortos eran un modo común de interrumpir un embarazo en toda América Latina, no es sorprendente que los médicos pensaran en la anticoncepción de esa forma (Corvalan 1979). El mismo Carlson no pudo negar esa posibilidad y Gates se apresuró en asegurarle que, aunque los efectos exactos de los DIU eran desconocidos, “sin duda no causan un aborto.”⁸¹ Para dispersar las dudas, Carlson y el doctor Cabello escribieron tres panfletos educativos en los que se explicaban los diferentes aspectos de los anticonceptivos intrauterinos a los médicos y a las mujeres: la naturaleza de estos dispositivos, el procedimiento de inserción, su mecanismo de acción, qué esperar después de la inserción y los posibles efectos secundarios.⁸²

Además de la desconfianza de los médicos y de las mujeres, algunas restricciones políticas y organizativas limitaron la difusión de los DIU. En abril de 1965, por ejemplo, Carlson conoció a un grupo de jóvenes

⁷⁷ CGP, box 113, folder 1917, Bruce Carlson a David Burleson (3 de julio 1965).

⁷⁸ CGP, box 113, folder 1916: Bruce Carlson a Edith Gates (19 de febrero 1965).

⁷⁹ CGP, box 113, folder 1913, Bruce Carlson a Edith Gates (11 de noviembre 1964).

⁸⁰ CGP, box 113, folder 1913, Bruce Carlson a Edith Gates (7 de diciembre 1964).

⁸¹ CGP, box 113, folder 1913, Edith Gates a Bruce Carlson (16 de diciembre 1964).

⁸² CGP, box 113, folder 1919, “¿Que Son los Dispositivos Anticonceptivos Intrauterinos?”; “Instrucciones para la Inserción del Asa Intrauterina”; e “Instrucciones a las Pacientes.”

médicos del Instituto de Investigaciones de la Altura de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, todos interesados en la planificación familiar. Carlson los describió como “trabajadores entusiastas, ingeniosos, y estoy seguro de que serán importantes figuras en la evolución (revolución) de la planificación familiar en el Perú, especialmente en un nivel oficial”. El cuarteto pronto se unió al programa mundial de DIU de Pathfinder y recibieron un suministro de DIU, pero no informaron de ninguna inserción. Cuando Carlson inquirió al respecto, uno de ellos, el doctor Luis Sobrevilla le informó que su misión primordial era investigar la fisiología humana en altura, la cual dependía mucho del financiamiento a través de becas. Aunque el equipo seguía interesado en trabajar con DIU, solo llevaría a cabo actividades de planificación familiar después de haber asegurado la financiación necesaria para realizar sus proyectos de investigación en fisiología de altura.⁸³ Con su estrecho enfoque en la anticoncepción, Pathfinder no consideró financiar investigaciones fuera del ámbito de la planificación familiar para estos científicos.

Tal vez el mayor obstáculo para la promoción de los DIU fue el mismo Gobierno peruano. A fines de diciembre de 1964, Carlson finalmente logró conseguir una audiencia con el doctor Javier Arias Stella, ministro de Salud. Carlson quería contarle al ministro sobre el trabajo en curso en planificación familiar del Concilio Nacional Evangélico, “y decirle que, si y cuando el gobierno esté dispuesto a empezar un programa de ese tipo, nuestra experiencia estará a su disposición”. El ministro estaba interesado, pero solo si la asistencia en planificación familiar fuera enmarcada dentro de proyectos más amplios de atención materno-infantil. De hecho, él había asistido a la conferencia sobre DIU organizada por el Consejo de Población en 1964 y había empezado a proponer que se llevaran a cabo investigaciones en el país para determinar la necesidad de un programa de planificación familiar a nivel nacional a través del nuevo Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPD). “Ustedes están haciendo ahora lo que nosotros esperamos hacer al final de nuestras investigaciones”, dijo Arias

⁸³ CGP, box 113, folder 1916, Bruce Carlson a William Strong (13 de abril 1965); Bruce Carlson a Edith Gates (24 de junio 1965).

Stella en tono alentador, pero le advirtió a Carlson que el presidente Fernando Belaúnde no “ve ningún problema de población” por el momento.⁸⁴

Debido a la indecisión del presidente, los oficiales del Gobierno que favorecían las actividades de planificación familiar, incluyendo al ministro de Salud Arias Stella y al vicepresidente del CEPD, Carlos Muñoz, aconsejaron a Carlson mantener el perfil bajo del programa de DIU.⁸⁵ Esto fue un golpe para Carlson, quien había empezado a diseñar un proyecto de colaboración con Lucio Vásquez, supervisor de capacitación del Proyecto Vicos en los Andes centrales del Perú. Este experimento de campo financiado por la Carnegie Corporation duró entre 1952 y 1966, y reunió a científicos sociales de la Universidad de Cornell y del Perú. El objetivo del Proyecto Vicos era modernizar un área económicamente subdesarrollada; Vásquez fue seleccionado para convertirse en su director después de la retirada de Cornell.⁸⁶ Con el apoyo de Vásquez, Carlson había visualizado un “extraordinario proyecto piloto” que midiera el “impacto de un esfuerzo concentrado en planificación familiar en un área rural”, usando panfletos, películas, espuma Emko y DIU.⁸⁷ Adecuar estas intervenciones en el marco de la atención materno-infantil, como las autoridades peruanas deseaban, aparentemente no había cruzado su mente.

Como resultado de la discreción fomentada por el Estado, el programa de DIU continuó difundiéndose, pero solo a través de las actividades de trabajadores de campo como Carlson, Strong y sus médicos aliados. Para diciembre de 1965, 45 médicos en 14 ciudades del Perú participaban activamente en el programa mundial de DIU del Pathfinder Fund. La conclusión de Carlson sobre la profesión médica en el Perú era que estaba dividida en dos grupos, “los que hacían” y “los que conseguían”: “Para que los doctores realmente coloquen los DIU, tenemos que escoger médicos calificados pero independientes —es decir, de relativa poca importancia— que estén interesados en la planificación familiar”. Estos eran “los que hacían”, como el doctor Cabello. Por el contrario, “los que conseguían” ayudaban a “estimular el pensamiento en un nivel ministerial”, incluyendo

⁸⁴ CGP, box 113, folder 1916, Bruce Carlson a Edith Gates (Lima, 4 de enero 1965).

⁸⁵ CGP, box 113, folder 1916, Bruce Carlson a William Strong (13 de abril 1965).

⁸⁶ CGP, box 113, folder 1916, Bruce Carlson a Edith Gates (19 de febrero 1965). Sobre el Proyecto Vicos, véase Bolton, Greaves y Zapata (2010).

⁸⁷ CGP, box 113, folder 1916, Bruce Carlson a William Strong (13 de abril 1965).

a médicos en puestos altos del Gobierno, y a jefes de departamentos académicos de universidades y departamentos clínicos de hospitales en Lima.⁸⁸ Los aliados de Pathfinder estaban ubicados principalmente en consultorios privados, puestos misioneros de frontera, clínicas de empresas, y hospitales y centros de salud estatales. En otras palabras, la Comisión de Acción Social tenía muchos de “los que hacían”, pero pocos de “los que conseguían” para dar a la planificación familiar un mayor reconocimiento oficial. Juntos, reportaron la inserción de más de 200 asas de Lippes en 1965.⁸⁹ Según el censo de 1961, el Perú tenía más de 10 millones de habitantes. Solo en Lima, una ciudad de 1,3 millones de personas, había más de 200 mil mujeres entre las edades de 20 y 39 años.⁹⁰ Cuantitativamente hablando, entonces, el impacto del programa de DIU de Pathfinder fue ínfimo a mediados de 1960.

El final del comienzo

La muerte de Clarence Gamble aceleró cambios en las estrategias de Pathfinder, los cuales habían empezado tiempo atrás, cuando los trabajadores de campo se dieron cuenta de sus limitaciones. En las primeras etapas, entre 1957 y 1965, Gamble adoptó un enfoque pragmático e idiosincrático: ubicar a los trabajadores de campo en el área y dejarlos hacerse de cualquier medio posible para suministrar anticonceptivos al pueblo, usando a todos los aliados que pudieran conseguir rápidamente. Así fue como el Pathfinder Fund confió en los protestantes en América Latina. En este caso, la fortuna de Gamble y la disposición de las instituciones protestantes para ayudar fueron esenciales para el establecimiento de una temprana presencia de Pathfinder en la región. Así somos, pues, testigos del estilo de intervención rápida dentro del movimiento global de planificación familiar. Tal estilo requería de una envidiable habilidad para movilizar recursos humanos y financieros velozmente, legado de Gamble al movimiento, así como de

⁸⁸ CGP, box 113, folder 1916, Bruce Carlson a Edith Gates (19 de Febrero 1965).

⁸⁹ CGP, box 113, folder 1918, Bruce Carlson, “Comision de Ayuda Social – Responsible Parenthood, December 1965.”

⁹⁰ Alberto Varillas y Patricia Mostajo, *La Situación Poblacional Peruana: Balance y Perspectivas* (Lima: Instituto Andino de Estudios en Población y Desarrollo, 1990).

la habilidad de sus empleados para conseguir aliados ya bien dispuestos, tales como los protestantes, quienes apoyaban la planificación familiar.

Sin embargo, las debilidades de las intervenciones rápidas fueron evidentes a corto plazo. Subestimar cómo las realidades sociopolíticas locales afectaban el trabajo de promocionar la planificación familiar condujo a Gamble y a su equipo a confiar en aliados con poco poder político. Edith Gates hizo alusión a esto cuando expresó su miedo de que la anticoncepción terminara siendo asociada como algo que atañía solo a protestantes, en lugar de a la mayoría de la población. Por otro lado, la Comisión de Acción Social hizo buen uso de la generosidad de Gamble para entregar información y suministros anticonceptivos a feligreses protestantes, para mejorar su imagen dentro del Consejo Evangélico Nacional, para dar consejos y servicios anticonceptivos a misioneros protestantes en otros lugares de América Latina, y para diferenciarse de las instituciones católicas al presentar sus iniciativas en planificación familiar como respuesta a una supuesta demanda popular para tener menos hijos. En este sentido, la relación entre Pathfinder y los protestantes produjo mayores beneficios para los últimos que para el primero.

La Comisión de Acción Social Protestante, representante de fuerzas sociopolíticas periféricas, tuvo dificultades para vincularse con los más altos niveles políticos y médicos nacionales. Esta limitación tenía poca importancia cuando todo lo que Pathfinder tenía la intención de hacer era distribuir panfletos y vender anticonceptivos baratos, dado que la Comisión de Acción Social tenía toda la infraestructura necesaria para llevar a cabo estas tareas. La Comisión, sin embargo, no tenía un mecanismo de seguimiento para comprobar la efectividad clínica o la seguridad de los productos promocionados por Pathfinder, particularmente la de los comprimidos efervescentes contrabandeados al Perú. Esta negligencia reflejaba, a grandes rasgos, la actitud de los expertos médicos de Estados Unidos hacia la planificación familiar en países en vía de desarrollo. En 1965, por ejemplo, el Comité de la Asociación Médica Estadounidense de Reproducción Humana, al notar la baja efectividad de los comprimidos efervescentes comparada con la de las píldoras, los DIU y Emko, declaró:

ya que cualquier método anticonceptivo reducirá de cierto modo la tasa de natalidad, [los comprimidos] que son distribuidos por personal

no médico en partes del mundo alejadas y primitivas, pueden tener un posible lugar —al menos por algún tiempo hasta que se desarrollen métodos más efectivos y aceptables pero igualmente baratos y fáciles de distribuir. (Committee on Human Reproduction 1965: 468)

Gamble siguió con esta lógica para la distribución de comprimidos efervescentes y otros métodos sin supervisión médica: determinar la seguridad de estos anticonceptivos era menos importante que conseguir que las mujeres empezaran a usarlos. Tal desidia hacia el bienestar de las usuarias también caracterizó el estilo de las intervenciones rápidas en la planificación familiar global.

La fundación del Pathfinder Fund en 1957 reveló las debilidades de sus ocasionales rivales, la IPPF y el Consejo de Población, ya que ninguno de los dos podía evitar que Gamble iniciara programas donde y con quien quisiera. En un giro irónico, el programa de DIU de Pathfinder en el Perú reveló las debilidades del estilo inconformista de Gamble. Los oficiales del Gobierno y las autoridades médicas rechazaron repetidamente los avances de Pathfinder. No obstante, eran precisamente estos grupos de poder los que Pathfinder necesitaba para impulsar el programa de DIU lejos y dentro de los hospitales públicos en los países en vías de desarrollo. Es sencillo entender la incomodidad que la élite médico-política peruana sentía hacia los representantes de Pathfinder, a pesar de la opinión positiva que esta élite tenía sobre la planificación familiar. Los trabajadores de campo de Pathfinder eran considerados de bajo nivel y estaban asociados con una Iglesia protestante marginal; además, consideraban a la anticoncepción como un servicio autónomo con escasa evaluación de la calidad de las drogas y dispositivos ofrecidos, en lugar de enfocarla como parte de un programa integral de cuidado materno-infantil.

Después de la muerte de Gamble, el Pathfinder Fund se tornó más dispuesto a cultivar aliados políticamente fuertes a largo plazo. En 1967, por ejemplo, entregó una subvención al programa nacional de planificación familiar de la Iglesia católica peruana. El mismo año empezó a financiar el Plan de Estudios de Fertilidad Humana en el Hospital Arzobispo Loayza, el cual enfatizaba la capacitación en planificación familiar para médicos, parteras, enfermeras, trabajadoras sociales y profesores de colegios como parte del programa de atención materno-infantil, en lugar de enfocarse

estrictamente en el suministro de anticonceptivos. Al mismo tiempo que Pathfinder empezó a aliarse con socios más influyentes y a suavizar su postura de intervención rápida, dejó de financiar los esfuerzos de los protestantes en planificación familiar. En 1978, la Comisión de Acción Social se reestructuró como el Servicio Evangélico para la Acción Social, el cual dependía de los fondos de la Asistencia Internacional en Planificación Familiar, una filial de la Federación Americana de Paternidad Planificada (miembro fundador de la IPPF); este servicio estaba activo en 10 clínicas (Carlson 1978).

Cuando Pathfinder se volvió más cercano a los políticos “que conseguían” en América Latina en la década de 1980, se convirtió en una de las principales organizaciones de planificación familiar en la región (Sanders 1984). Sin embargo, los primeros años de su historia, bajo la dirección de su fundador, cambian la imagen que tenemos del movimiento global de planificación familiar como uno cuyo propósito central era fundar clínicas y formular políticas de población. Tal como este caso demuestra, el movimiento tenía intereses más diversos e incluía un segmento de innovadores influyentes para quienes el crecimiento poblacional en los países en vías de desarrollo planteaba un drástico desafío cuya única solución práctica y moralmente aceptable era la intervención rápida: la distribución de panfletos, anticonceptivos “simples” y, más tarde, DIU. Otros magnates de Estados Unidos, como Hugh Moore y Joseph Sunnen, también financiaron iniciativas de intervención rápida, pero solo el Pathfinder Fund (ahora llamado “Pathfinder International”) de Clarence Gamble ha resistido el paso del tiempo como una organización autónoma.

Una característica distintiva de esta historia es la importancia de los trabajadores de campo no médicos, entre quienes se incluyen voluntarios, trabajadores sociales, educadores y clérigos. Lo poco que sabemos de estos personajes en las regiones en vías de desarrollo procede de trabajos académicos que los ven, sobre todo, como promotores de políticas de población (Barrett, Kurzman y Shanahan 2010). La ausencia de estos trabajadores de campo en las fuentes secundarias contrastan con su protagonismo en el terreno en las décadas de 1950, 1960 y 1970, cuando eran los rostros y manos del movimiento global de planificación familiar (Wilkinson 2004; Neushul 1998). Tal como lo demuestra este artículo, el alcance de los trabajadores de campo se extendió más allá de Estados

Unidos e Inglaterra. Pathfinder dependía casi exclusivamente de su actividad para sus proyectos en América Latina.

Otro punto importante que este artículo resalta es que las organizaciones religiosas definieron y dieron forma a las actividades de planificación familiar en América Latina. Pastores protestantes locales, líderes laicos y médicos negociaron con el personal de Gamble los términos bajo los cuales se discutirían y se proporcionarían servicios de anticoncepción, incluyendo el contenido de los panfletos, los tipos de anticonceptivos que serían importados y la forma en la que los médicos podrían ser reclutados para el programa de DIU. Los líderes protestantes peruanos se beneficiaron del financiamiento de Gamble, el cual permitió a sus Iglesias convertirse en un importante eje para la difusión de información y suministros anticonceptivos en América Latina. A pesar de que los aliados protestantes le dieron a Pathfinder la oportunidad de ser los primeros en entrar a la región, fue una asociación débil a causa de la condición de los protestantes como una minoría religiosa. En respuesta, tanto Pathfinder como la Comisión de Acción Social reexaminaron sus estrategias de difusión de la planificación familiar en la década de 1970 con el fin de incrementar el atractivo de estas actividades. La pregunta que Edith Gates planteó al principio de este ensayo —¿cómo despertar interés por la planificación familiar en el pueblo laico de América Latina?— no puede ser debidamente respondida sin relacionarla con la continua evolución del estatus de la anticoncepción entre las organizaciones protestantes que continúan prestando ayuda en países en vías de desarrollo.⁹¹

⁹¹ Al respecto, véase Hefferan, Adkins y Occhipinti (2007) y Bornstein (2005).

Acciones estatales antes y durante la epidemia de cólera de 1991

MILAGROS VALDIVIA

Pontificia Universidad Católica del Perú

El 5 de febrero de 1991, los periódicos limeños informaron, algunos de ellos en primera plana, sobre la muerte de al menos 20 personas a causa del mal del cólera. *El Comercio* reportó 23 muertos: 5 en Piura, 14 en Chimbote y 4 en Chancay, mientras que *El Peruano* indicó que fueron 12 los fallecidos y que se habían reportado 300 casos de cólera; por su parte, *La República* notificó de 20 muertes, de las cuales 18 procedieron de Chimbote y 2 de Chancay.¹ De esa forma, se iniciaba en el Perú una epidemia de cólera que causó 2,909 muertos en dicho año.

El momento en el cual esta enfermedad atacó a la población peruana no pudo haber sido peor. Por aquel entonces, el país atravesaba por una fuerte crisis económica y tenía altos índices de pobreza, a los cuales se sumaba un pésimo sistema de saneamiento ambiental. Para agravar más la situación, se decidió afrontar dichos problemas con reformas de corte neoliberal, entre las cuales la salud pública no tenía mayor relevancia. En pocas palabras, a inicios de la década de 1990, el Perú ofrecía un ambiente propicio para la difusión del cólera.

¹ “Epidemia de mal del cólera mata a 23 personas en el país” en *El Comercio* del 5 de febrero de 1991, p. A1; “Epidemia del cólera se desata en Chimbote” en *El Peruano* del 5 de febrero de 1991, p. B11; y “¡Terrible mal del cólera provoca 20 muertes en sólo una semana!” en *La República* del 5 de febrero de 1991, p. 3.

Este artículo buscará responder a la pregunta de en qué medida las acciones llevadas a cabo por el Estado peruano contribuyeron a facilitar la rápida propagación de la epidemia del cólera de 1991. En primer lugar, se examinará cómo la pobreza y la inflación, ambas consecuencia de las políticas económicas del primer Gobierno de Alan García (1985-1990), crearon un ambiente propicio para la difusión del cólera. En segundo lugar, se analizará el efecto que tuvieron las medidas neoliberales del Gobierno de Alberto Fujimori (1990-2001). Finalmente, se estudiarán las confusas respuestas que el Estado brindó a la población durante el desarrollo de la epidemia.

1. Al borde de un abismo²

Contreras y Cueto brindan una ilustrativa descripción de la situación del Perú a finales de la década de 1980. Según ambos autores, “el Perú parecía al borde de un abismo. Terrorismo, inflación, narcotráfico y pobreza extrema eran como los cuatro jinetes de un Apocalipsis bíblico” (Contreras y Cueto 2007: 363). De estos cuatro temas señalados, dos guardan una estrecha relación con la epidemia de cólera estudiada: la inflación y la pobreza, pues ambas hicieron posible que la enfermedad se expandiera de forma rápida.³

Específicamente en el plano económico, el Gobierno de García había terminado con una fuerte crisis financiera e hiperinflación que llegó a alcanzar el 3,000 % anual. Como consecuencia, “desapareció el crédito de consumo, se retrajo el comercio, aumentó el desempleo y se extendió la

² La expresión es de Contreras y Cueto (2007: 363).

³ Queda pendiente determinar si existe un vínculo con el terrorismo y el narcotráfico. Se encontraron muy pocas referencias al terrorismo en aquellos artículos sobre la epidemia. Por ejemplo, uno de ellos informaba sobre senderistas enfermos en Cajamarca y que Sendero Luminoso convocó a paro por la falta de medidas sanitarias. Sobre este asunto, véase “Tempestad en los Andes” en el suplemento *Domingo de La República* del 14 de abril de 1991, pp. 16-20. Por otra parte, solo un artículo trataba sobre la relación con el narcotráfico; en él, se indicaba el temor a que este ayudase a la propagación del bacilo mediante el uso de aeropuertos clandestinos. Sobre el tema, véase “Temen que narcotraficantes puedan propagar el cólera a toda América Latina” en *El Comercio* del 18 de febrero de 1991, p. B7.

pobreza crítica" (Contreras y Cueto 2007: 358). La alta tasa de hiperinflación intentó ser combatida, sin éxito, a través de devaluaciones, ajustes fiscales, alzas de precios, impuestos elevados, entre otras medidas. Al mismo tiempo, los servicios del Estado empezaron a colapsar (Klarén 2005: 475-476; Contreras y Cueto 2007: 359).

Las medidas económicas que se tomaron tuvieron un alto costo social, pues afectaron de forma directa la alimentación de la población.⁴ Al finalizar el Gobierno de García había aumentado el precio de los alimentos básicos, como el pan, la harina, los fideos, los huevos y el pollo. La situación era tan crítica que para muchas familias solo era posible comprar huesos, grasa de cerdo, cabezas y colas de pescado (Crabtree 2005: 214). Lo que era aun peor, menos de la mitad de la población estaba en la capacidad de adquirir en un mes los bienes necesarios para subsistir de forma adecuada, mientras que más de 6.5 millones de personas ni siquiera tenían los medios para consumir el nivel mínimo de calorías (Klarén 2005: 476).

Este fue el complejo escenario que Fujimori recibió al asumir su Gobierno, y el que llevó a aplicar, en agosto de 1990, una serie de medidas radicales conocidas como el "*fujishock*". Estas reformas tenían el propósito de terminar con la hiperinflación mediante el corte de los subsidios, los controles de precios y una mayor austeridad en el gasto público. Aun cuando estas lograron cumplir con su propósito, uno de sus efectos fue la pauperización de la población (Klarén 2005: 491-492).

El *fujishock* tuvo también un fuerte impacto en la vida cotidiana de la mayoría de peruanos. En efecto, este significó el aumento de los precios de los productos básicos como el pan, el azúcar, la leche y los fideos (Murakami 2012: 245). A su vez, la ingesta de calorías en los hogares de medios y bajos ingresos también se vio afectada: descendió a 1,962 per cápita (Reyna y Zapata 1991: 26-27). El dinero no solo resultaba escaso para los alimentos, sino también para el kerosene, que era necesario para

⁴ Este es un importante punto que se debe tener en cuenta, ya que el *Vibrio cholerae*, la bacteria causante del cólera, no sobrevive en ambientes ácidos y, por lo tanto, los jugos gástricos de una persona bien alimentada actúan como una barrera natural contra la enfermedad. Al respecto, véase Loaiza (1991: 6); y Estrada-García y Mintz (1996: 462).

hervir el agua y, así, poder seguir las recomendaciones brindadas para evitar el contagio del cólera.⁵

Regresando al Gobierno de García, es importante examinar con más detalle una de sus más controversiales medidas económicas: aquella relativa al pago de la deuda externa. Al inicio de su mandato, en 1985, anunció que este pago sería proporcional solo al 10 % de las exportaciones. Esta decisión le costó al Perú dejar de ser sujeto de crédito internacional y, por lo tanto, de perder el financiamiento de préstamos otorgados por organismos como el Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo, los cuales servían para financiar programas de agua y saneamiento.

El pésimo estado de los sistemas de saneamiento, no solo en Lima, sino también en el resto del país, fue crucial para la rápida difusión del cólera en el Perú. Debido a que la enfermedad se transmite a través del agua, resulta fundamental contar con una buena distribución de este recurso, así como con un adecuado tratamiento de los desechos. Sin embargo, existían preocupantes cifras del alcance de estos servicios a nivel nacional. Solo el 55.4 % de viviendas en el país contaban con conexiones de agua y desagüe, y el 51.6 % carecía de este último servicio. Ello significaba que el 50 % de la población evacuaba en condiciones antihigiénicas.⁶ En zonas rurales, el sistema de eliminación de los desechos consistía en letrinas sanitarias, silos o en el entierro de las heces en un hoyo (Cueto 1997: 181).

Por otra parte, es necesario preguntarse por la situación de los hospitales. En una entrevista realizada antes de la epidemia, al entonces ministro de Salud, Vidal Layseca, se le preguntó por el estado de la salud en el Perú. Al respecto, afirmó que este “es consecuencia de la crisis económica y social por la que atraviesa el país.”⁷ Además, señaló que, al recibir el cargo, los hospitales de Lima y provincias “no tenían ni para combustibles, ni para alimentos [...] no tenían para medicamentos, es decir prácticamente no tenían para nada.”⁸

⁵ Según la revista *Cuánto*, para una familia de cinco miembros, hervir el agua implicaba un gasto equivalente al 20 % del ingreso mínimo legal vigente a esa fecha. Véase *Cuánto* (1991: 5).

⁶ “Piden que se declare en emergencia red nacional de agua y desagüe” en *La República* del 17 de febrero de 1991, p. 12.

⁷ “Hacen mejoras en emergencias” en *El Comercio* del 14 de enero de 1991, p. A7.

⁸ “Hacen mejoras en emergencias” en *El Comercio* del 14 de enero de 1991, p. A7.

Igualmente serio que el problema de escasez de las medicinas fue el de la infraestructura de los hospitales.⁹ En los diarios revisados, fueron comunes los relatos de las terribles experiencias de los pacientes en los centros de salud. En ellas, denunciaban problemas como servicios higiénicos en pésimo estado, atención a los pacientes en el piso, la falta de cuartos y camillas, entre otros. Los siguientes testimonios pueden ayudar a comprender la magnitud del problema:

Los baños del lugar [del Hospital Dos de Mayo] eran, realmente, un foco infeccioso. Los servicios sanitarios resultaba insuficientes y no había agua en los grifos del hospital por lo que las heces rebalsaban de los inodoros. Los pacientes que podían arrastrarse hasta los servicios higiénicos los encontraban ocupados por lo que la mayoría defecaba en los rincones, tras la puerta y en cualquier lugar disponible.¹⁰

La sala de emergencia del hospital Dos de Mayo parecía un campo de batalla. Los enfermos apenas si cabían en la sofocante sala. Unos estaban sentados en el suelo, otros acostados en las camas y en las camillas y otros, muchos, tendidos en el piso, [...]. Las pocas enfermeras y un personal auxiliar extraordinariamente convocado, no se daba abasto para atender a los enfermos. Varias religiosas, con sus hábitos blancos, se sumaron a la esforzada atención. Se dio el caso, inclusive, que hasta los policías de servicio, se convirtieron por breves momentos, en improvisados enfermeros.¹¹

Un último tema relacionado con los hospitales era el estado de las redes de desagüe. La eliminación de las excretas de los enfermos debe cuidarse para que el bacilo del cólera presente en las heces no vuelva al mar y continúe su ciclo de contagio. Por ello, era necesario tratar los desechos con ácido antes de eliminarlos, pero su uso podía traer problemas en las tuberías de desagüe, muchas de las cuales no habían recibido

⁹ Pese a que el Ministerio de Salud había garantizado que todos los hospitales contaban con suero y sales rehidratantes, pronto se denunció su falta en centros de salud en Lima y provincias, lo cual puso en peligro la vida de los enfermos. Al respecto, véase "Obligan a comprar suero a hospitalizados por el cólera" en *La República* del 28 de marzo de 1991, p. 8 y "Por falta de medicinas, el cólera cobra numerosas víctimas en Chepén" en *El Comercio* del 12 de marzo de 1991, p. A12.

¹⁰ "Atienden en el suelo a pacientes con el cólera" en *El Comercio* del 8 de febrero de 1991, p. A8.

¹¹ "La población abusó y nada detiene cólera" en *La República* del 2 de abril de 1991, p. 14.

mantenimiento en años.¹² Además, se encontró que el desagüe del hospital de Cajamarca se vertía cerca de un río que transcurría cerca de áreas rurales; mientras que el programa televisivo *Contrapunto* denunció que el desagüe de un hospital desembocaba en el río Rímac (Cueto 1997: 187; Reyna y Zapata 1991: 45, 83).

Finalmente, se debe recordar que, dada su naturaleza, el cólera es una enfermedad relacionada con países del Tercer Mundo y la pobreza. Así, puede decirse que su llegada al Perú demostró el terrible estado en el que vivía la mayoría de peruanos. Por lo tanto, existía el temor de que el cólera se convirtiera en una enfermedad endémica en el país, puesto que en él existían “críticas condiciones de salubridad e higiene y, más que nunca, una población debilitada que come cualquier cosa porque ya no le alcanza ni para sobrevivir tras los últimos paquetazos de los hasta ayer «salvadores» de la economía” (Pease García 1991: 22).

2. El descuido del Estado

En julio de 1990, Fujimori asumió la presidencia y declaró haber heredado un “desastre” (Klarén 2005: 489). Eran numerosos los problemas a los que debió enfrentarse; algunos de ellos eran la crisis en la economía y el aislamiento del Perú de la comunidad financiera internacional. Aun cuando en su campaña presidencial había prometido un paquete de reformas moderadas, en agosto de 1990, aplicó una serie de medidas radicales conocidas como el “*fujishock*”. Como se ha explicado previamente, estas tuvieron un fuerte impacto en la vida cotidiana de la mayoría de peruanos.

Otro de los efectos de esta medida fue la limitación de la participación del Estado. Al respecto, Murakami señala que Fujimori no consideraba que este pudiera asumir un rol en el desarrollo nacional (2012: 257). Por su parte, Jiménez, al cuestionar los logros del programa neoliberal, demuestra el poco interés que existía por las condiciones de vida de la población:

¹² “Piden tratar redes de desagüe de los hospitales públicos” en *El Comercio* del 10 de marzo de 1991, p. A7; Gonzáles del Carpio (1991); Huayanay y Cabezas (1991); Oficina Sanitaria Panamericana (1991: 283); y Organización Panamericana de la Salud (1991: 18-20).

La proporción del gasto público en salud y educación respecto del PBI, muestra que la principal preocupación del régimen neoliberal no fue la condición de vida de la población del país. Durante 1990 - 1991 dicha proporción era de 2.3%, la más baja de América Latina. (Jiménez 2000: 19)

En este contexto, y siguiendo las medidas implementadas, la reducción del gasto en salud significó que el Gobierno central destinó escasos recursos a combatir la epidemia de cólera. Este hecho fue motivo de discusiones y estuvo entre las causas de la renuncia del ministro de Salud, el doctor Vidal Layseca. Como lo explica Cueto:

Para el gobierno central, la campaña era demasiado costosa y parecía que no podía ser cubierta ni con recursos propios ni con la ayuda del extranjero. Asimismo, un gasto muy alto en salud pública, así como en otras políticas sociales, parecía contradictorio con las prioridades de la política económica que implementó el gobierno poco después de llegar a la presidencia en julio de 1990. (Cueto 1997: 201)

El impacto de los discursos neoliberales en la salud, tanto a nivel local como global, es aún un campo pendiente por investigar. Según explica Cueto (1997), el Estado difundió la idea de que existía una responsabilidad individual al contraer la enfermedad. La población había comprendido que la salud era una responsabilidad de los individuos antes que del Estado y, por ello, existía la convicción de que no se podía exigir mucho en esta materia; los discursos liberales habían promovido la idea de que el Gobierno tenía pocas obligaciones y no debía intervenir.

Frente a esta débil actuación estatal, destaca el rol que jugaron la Iglesia católica, los bomberos, los comedores populares y los comités de vaso de leche en la lucha contra el cólera. Cueto destaca, por ejemplo, que en Cajamarca fueron los ronderos quienes identificaban a los enfermos que eran luego trasladados por los bomberos (Cueto 1997: 199-200). Por otro lado, las autoridades eclesiásticas se manifestaron en distintas ocasiones para comprometer su ayuda y hacer un llamado a los políticos a unirse contra el mal.¹³

¹³ "Obispos latinoamericanos ofrecen su ayuda para combatir cólera" en *La República* del 7 de febrero de 1991, p. 8; "Iglesia brinda decidido apoyo a población infectada con cólera" en *La República* del 15 de febrero de 1991, p. 12 y "Obispos piden al gobierno crear comité de lucha contra el cólera" en *La República* del 24 de marzo de 1991, p. 4.

La organización que tuvo lugar en ciertos distritos limeños debe ser igualmente resaltada. En Villa El Salvador, situado en la periferia de Lima, un comando de campaña se encargó de perifonear diariamente las recomendaciones del Ministerio de Salud, y sus promotores visitaron casas y repartieron volantes informativos.¹⁴ Además, se capacitó a la población para atender casos leves de cólera y se educó a las madres de familia a través de charlas. En Ventanilla, se aprovechó la organización de agrupaciones como vasos de leche, clubes de madres y comedores populares para difundir medidas preventivas.¹⁵

En este contexto, siguiendo a Cueto (1997), el Gobierno y los medios de comunicación difundieron la idea de que la falta de higiene personal era la principal causa de contagio. En consecuencia, el cólera se consideró como producto de la pobreza, de la ignorancia y la irresponsabilidad. Así, esta enfermedad era de la “mugre”, de los “cochinos”, de los “sucios” y de los “puercos”. Contagiarse de cólera significaba no solamente ser pobre, sino también socialmente indeseable (Cueto 1997: 210-211).

Para Cueto, el discurso del Gobierno se centró en culpar a las víctimas de su propio contagio (Cueto 1997: 211-212). De esa forma, la campaña oficial se basó en brindar recomendaciones de higiene y el tratamiento de los pacientes, sea en sus casas o en hospitales en casos severos, mas no en resaltar las carencias de la infraestructura sanitaria. El cólera puso de manifiesto que existían grandes diferencias en las condiciones de vida de los peruanos, como ya se mostró previamente, y que, por lo tanto, la gran mayoría de la población vivía sin servicios de agua y desagüe.

Las declaraciones de autoridades en salud ayudaron a reforzar este discurso. En ese sentido, el viceministro de Salud, el doctor Cuba Oré, indicó que la solución a las epidemias no se encontraba solo en el sector Salud, sino que su erradicación dependería de la propia población.¹⁶ Una opinión similar tenía el decano del Colegio Médico del Perú, quien señaló que la epidemia se combatía con precaución y que era fundamental la

¹⁴ Cueto (1997: 199-200); y “Villa El Salvador derrota el cólera” en *La República* del 18 de febrero de 1991, pp. 14-16.

¹⁵ “Declaran Ventanilla en emergencia por 5 casos de muertes por el cólera” en *La República* del 15 de febrero de 1991, p. 12.

¹⁶ “Viceministro afirma que hay 600 víctimas por el cólera” en *El Peruano* del 6 de febrero de 1991, p. B9.

participación de la comunidad.¹⁷ Igualmente, en el Instituto de Salud del Niño, se culpó a las madres de los contagios de los niños, pues se decía que descuidaban la preparación de los alimentos.¹⁸

Es importante resaltar que para el Ministerio de Salud, la toma de medidas de prevención significaba “un ahorro de dinero para el fisco, y por lo tanto para los bolsillos de todos los peruanos”.¹⁹ Según se indicó, el costo por cada paciente de cólera, que incluía los medicamentos, la ropa de cama, el pago al personal, entre otros, era entre USD 100 y USD 200. Aunque no se precisaba si esta cifra correspondía al gasto por día o por hospitalización, las declaraciones del director del Hospital María Auxiliadora referían que el costo por paciente por día era de USD 200.²⁰

Por todo ello, puede considerarse que la epidemia de cólera fue una oportunidad perdida para mejorar la infraestructura sanitaria del país. A entender de Cueto, el Estado debería haber invertido en obras que garantizaran el acceso a agua potable y a una adecuada disposición de los desagües. Al no hacerlo, el cólera se volvió endémico en el país, tal como lo confirman los 212,642 casos en 1992 y 71,448 en 1993. Sin embargo, la baja letalidad de la epidemia ocasionó que tanto el Gobierno como las autoridades del Ministerio de Salud y las agencias internacionales coincidieron en que la campaña contra el cólera había sido un éxito (Cueto 1997: 216-217).

3. El temor a comer pescado

El *Vibrio cholerae* se transmite a través de alimentos de origen marino, si bien es cierto que estos se pueden hacer seguros mediante la cocción. No obstante, la ingesta de estos alimentos se redujo, en buena medida, a causa de los confusos mensajes del Estado sobre su consumo. Esta situación

¹⁷ “Virus no se combate con remedios ni vacunas sino con precaución” en *El Comercio* del 6 de febrero de 1991, p. A7.

¹⁸ “Por descuido de madres en el hogar los niños adquieren mal del cólera” en *El Comercio* del 19 de enero de 1992, p. A14.

¹⁹ “Cada caso de cólera cuesta 100 y 200 dólares al país” en *El Comercio* del 21 de enero de 1991, p. A7.

²⁰ “Unos 200 dólares diarios se gasta en cada hospitalizado por cólera” en *El Comercio* del 24 de abril de 1991, p. A9.

no solo perjudicó a los comensales, sino también a los pescadores y a los restaurantes dedicados a su expendio. Se debe notar que, debido a su bajo costo, estos eran la principal fuente de proteínas que el sector de menores recursos estaba en la capacidad de adquirir.²¹

Desde el inicio de la epidemia, el Ministerio de Salud realizó una campaña de prevención que incluyó la publicación de comunicados en los diarios.²² Acompañadas de dibujos y caricaturas que facilitaban su comprensión, se reconocía que la bacteria causante de la enfermedad estaba presente en pescados y mariscos, pero aclaraban que esta podía ser eliminada mediante la cocción de los alimentos a altas temperaturas. Por ello, no había mayor problema en consumirlos fritos, cocidos o enlatados.

No obstante, el accionar del ministro Vidal Layseca fue cuestionado, pues se le acusó de haber satanizado el consumo de pescado.²³ Frente a estos dichos, se defendió alegando que él solo se había referido al pescado crudo. En efecto, sus recomendaciones aludían al hecho de que, en el cebiche, el pescado es “cocido” con limón, lo cual no eliminaba al *Vibrio cholerae*. Culpado de sobredimensionar la epidemia, el ministro se quejó del poco apoyo que el Estado le brindó para combatirla; finalmente, fueron sus desacuerdos con Fujimori los que lo llevaron a renunciar en marzo de 1991.²⁴

Los pescadores artesanales responsabilizaron al ministro por la disminución de sus ventas y el daño que esto les había ocasionado. Muchos de ellos optaron por tomar una actitud desafiante, y consumir cebiche y pescado en compañía de sus familias, para así desmentir que estos fuesen peligrosos para la salud.²⁵ Por su parte, el propio Vidal Layseca, junto con

²¹ El kilo de pescado costaba 300 mil intis, y el kilo de carne o pollo, 3 millones de intis. Véase sobre el tema “Comer pescado no constituye un riesgo para contraer el cólera” en *La República* del 10 de febrero de 1991, pp. 4-5.

²² Véase, por ejemplo “Comunicado del Ministerio de Salud” en *El Comercio* del 12 de febrero de 1991, p. B3.

²³ Aunque se reconoció que tuvo una actuación bastante atinada en otros aspectos de la epidemia. Véase “Tiempos de cólera” en *La República* del 14 de febrero de 1991, p. 18.

²⁴ Su reemplazo fue el doctor Víctor Yamamoto, quien luego fue sustituido por el diputado y biólogo pesquero Víctor Paredes Guerra. Ver “Víctor Yamamoto juramenta hoy como nuevo ministro de Salud” en *La República* del 18 de marzo de 1991, p. 2 y “Cebiche será para otra oportunidad” en *La República* del 19 de marzo de 1991, p. 5.

²⁵ Véase, por ejemplo, “Cólera ha puesto a millares de pescadores al borde de quiebra” en *La República* del 9 de febrero de 1991, pp. 10-11 y “Con parihuela y chicharrón gratis

autoridades de su sector, degustaron platos a base de pescado cocido, como ellos mismos habían asegurado que podían consumirse.²⁶

En un hecho que representaba un claro desafío a los dichos de su ministro, Fujimori consumió platos preparados con pescado crudo, como cebiche y *sashimi*, en compañía de su esposa y su menor hijo.²⁷ Es más, la propia primera dama aseguró que su familia había continuado con el consumo de pescado crudo sin haber tenido ningún problema.²⁸ Frente a esta situación, los directores y médicos de distintos hospitales de Lima, así como otras importantes autoridades médicas, responsabilizaron a estas demostraciones del aumento de contagios que ocurrieron en las semanas siguientes.²⁹

Los restaurantes dedicados a la venta de alimentos marinos se vieron igualmente perjudicados por este debate. Una serie de anuncios publicados en el diario *El Comercio* durante los meses de verano de 1991 dan cuenta de cómo algunos de ellos, ubicados en los distritos más pudientes de la capital, no tuvieron otra alternativa que cambiar de menú; de esa forma, se retiraron los platos elaborados a base de alimentos marinos, los cuales fueron reemplazados por platos de comida criolla e internacional, y, en algunos casos, por cebiche de champiñones o pollo.³⁰

jalan clientes" en *Ojo* del 12 de febrero de 1991, p. 2.

²⁶ "Manteniendo la higiene se puede consumir pescado" en *El Comercio* del 16 de febrero de 1991, p. A9 y "Salud anuncia que casos de cólera han disminuido en 50%" en *El Peruano* del 16 de febrero de 1991, p. 10.

²⁷ "Fujimori pide a los peruanos que no teman consumir pescado" en *La República* del 25 de febrero de 1991, p. 4.

²⁸ "Autoridades exageran con informaciones sobre el cólera dice señora de Fujimori" en *El Comercio* del 23 de febrero de 1991, p. A4 y "Primera dama señala que se han exagerado los efectos del cólera" en *El Peruano* del 23 de febrero de 1991, p. B9.

²⁹ Véase, por ejemplo, "Culpan desidia del gobierno por avance de la epidemia de cólera" en *La República* del 1° de marzo de 1991, p. 9.

³⁰ "Comerciantes de pescado y mariscos cambian de rubro" en *El Comercio* del 13 de febrero de 1991, p. A3 y "Restaurantes venden ahora cebiche de pechuga de pollo" en *La República* del 16 de febrero de 1991, p. 12.

4. Reflexiones finales

Durante la epidemia de cólera, en 1991 se registraron 322,562 enfermos y apenas 2,909 fallecidos. Esta baja cifra de letalidad, que contrasta con aquellas registradas en otras epidemias de cólera, podría dar a entender que el Gobierno logró enfrentarse con éxito al *Vibrio cholerae*. Este artículo ha buscado cuestionar esa idea al mostrar que puede afirmarse que el Estado tuvo un papel determinante en la rápida difusión del cólera en el Perú.

El costo social de muchas de las medidas económicas tomadas por el Estado, específicamente durante los Gobiernos de Alan García y de Alberto Fujimori, se hizo visible durante la epidemia que se acaba de analizar. La pobreza y la escasez, ambas producto de la inflación, junto con el mal saneamiento, la poca importancia que el Estado le brindó a la salud pública y las confusas respuestas durante la epidemia, propiciaron el rápido contagio de la enfermedad entre la población.

Bibliografía

DE ALMEIDA, Marta

2011 "A criação da cátedra de medicina tropical no Peru e no Brasil". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Río de Janeiro, número 2, volumen 18, pp. 355-373.

ANDERSON, Warwick

2006 *Colonial Pathologies. American Tropical Medicine, Race, and Hygiene in the Philippines*. Durham and London: Duke University Press.

ANDRADE, Susana

2004 *Protestantismo indígena: procesos de conversión religiosa en la provincia de Chimborazo, Ecuador*. Quito: FLACSO.

AUTOR DESCONOCIDO

1936 *Guía de Iquitos. Ilustrada con 70 fotografías*. Iquitos: Editorial El Oriente.

1963 "Puerto Rico: The Emko Program". *Studies in Family Planning*. Número 1, volumen 1, pp. 7-9.

1979 "Barrier Methods". *Johns Hopkins University Population Reports*. Washington D.C., número 5, serie H.

BAKER, John

1929 "The Spermicidal Powers of Chemical Contraceptives I: Introduction and Experiments on Guinea Pig Sperms". *Journal of Hygiene*. Londres, número 3, volumen 29, pp. 323-329.

BARCIA GARCÍA, Fernando

1983 *Iquitos: capital de la Amazonía peruana*. Iquitos: Róger Rumrill.

BARCLAY, Frederica

1991 "Protagonismo del Estado en el proceso de incorporación de la Amazonía". En: BARCLAY, Frederica et al. *Amazonía 1940-1990. El extravío de una ilusión*. Lima: Terra Nuova/Pontificia Universidad Católica del Perú, pp. 44-100.

2009 *El Estado federal de Loreto, 1896. Centralismo, descentralización y federalismo en el Perú, a fines del siglo XIX*. Lima: Instituto Francés de Estudios Andinos/Centro Bartolomé de las Casas.

BARRETT, Deborah, Charles KURZMAN y Suzanne SHANAHAN

2010 "For Export Only: Diffusion Professionals and Population Policy". *Social Forces*. Oxford, número 3, volumen 88, pp. 1183-1208.

BASADRE, Jorge

1963 *Historia de la República del Perú (1822-1933)*. Lima: Ediciones Historia.

BERMÚDEZ, Isabel

2008 "El ángel del hogar: una aplicación de la semántica liberal a las mujeres en el siglo XIX andino". *Historia y Espacio*. Cali, número 30, pp. 11-41.

BLACKBOURN, David

2006 *The Conquest of Nature. Water, Landscape, and the Making of Modern Germany*. Nueva York y Londres: W. W. Norton & Company.

BOLTON, Ralph, Tom GREAVES y Florencia ZAPATA

2010 *50 años de antropología: Vicos y otras experiencias aplicadas en el Perú*. Lima: IEP.

BORGES, Dain

1993 "Puffy, Ugly, Slothful, and Inert: Degeneration in Brazilian Social Thought, 1880-1940". *Journal of Latin American Studies*. Cambridge, número 25, pp. 235-256.

BORNSTEIN, Eric

2005 *The Spirit of Development: Protestant NGOs, Morality, and Economics in Zimbabwe*. Stanford: Stanford University Press.

BOSCH, David

2011 *Transforming Mission: Paradigm Shifts in Theology of Mission*. New York: Maryknoll.

- BOTELHO, João Bosco
2011 "The Satere-Mawe community of Y'Apyrehyt: ritual and health on the urban outskirts of Manaus". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Río de Janeiro, número 3, volumen 18, pp. 723-744.
- BRIGGS, Laura
2002 *Reproducing Empire: Race, Sex, Science and US Imperialism in Puerto Rico*. Berkeley: University of California Press.
- BROWDER, John O. y Brian J. GODFREY
1997 *Rainforest Cities. Urbanization, Development, and Globalization of the Brazilian Amazon*. New York: Columbia University Press.
- BURGA, Manuel y Alberto FLORES GALINDO
1991 *Apogeo y crisis de la República Aristocrática*. Lima: Ediciones Rikchay Perú.
- BUSTÍOS ROMANÍ, Carlos
2004 *Cuatrocientos años de la salud pública en el Perú (1533-1933)*. Lima: Concytec/UNMSM.
- CRABTREE, John
2005 *Alan García en el poder. Perú 1985-1990*. Lima: PEISA.
- CAPPELLINI, Mónica
2004 "La prensa chicha en Perú". *Chasqui: Revista Latinoamericana de Comunicación*. Quito, número 88, pp. 32-37.
- CAREY, Mark
2011 "Inventing Caribbean Climates: How Science, Medicine, and Tourism Changed Tropical Weather from Deadly to Healthy". *Osiris*. Chicago, número 1, volumen 26, pp. 129-141.
- CARLSON, Allan
2012 *Godly Seed: American Evangelicals Confront Birth Control, 1873-1973*. New Brunswick: Transaction.
- CASALINO, Carlota
1999 "Higiene pública y piedad ilustrada: la cultura de la muerte bajo los Borbones". En O'PHÉLAN, Scarlett (compiladora). *El Perú en el siglo XVIII. La Era Borbónica*. Lima: PUCP, pp. 325-344.
- CISEPA
1967 *Estudio social sobre Belén, Iquitos para un proyecto de vivienda*. Lima: Cisepa.

COMMITTEE ON HUMAN REPRODUCTION

1965 "The Control of Fertility". *JAMA*. Chicago, número 4, volumen 194, pp. 462-470.

CONNELLY, Matthew

2008 *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population*. Cambridge: Harvard University Press.

CONTRERAS, Carlos y Marcos CUETO

2013 *Historia del Perú contemporáneo. Desde las luchas por la independencia hasta el presente*. Lima: IEP/PUCP/UP.

CONVERSE, G. M.

1914 "The Sanitation of Iquitos, Peru". *Public Health Reports*. Washington, número 46, volumen 29, pp. 3030-3040.

CORVALAN, Hugo

1979 "The Abortion Epidemic," En: POTTS, Malcolm y Pouru BHIWANDIWA-LA (editores). *Birth Control: An International Assessment*. Lancaster: MTP, pp. 201-214.

COTLER, Julio

1978 *Clases, Estado y nación en el Perú*. Tercera edición. Lima: IEP.

CRABTREE, John

2005 *Alan García en el poder. Perú 1985-1990*. Lima: PEISA.

CRONON, William

1991 *Nature's Metropolis. Chicago and the Great West*. Nueva York y Londres: W. W. Norton and Co.

1995 "The Trouble with Wilderness". *New York Times*. Sunday Magazine. Nueva York, 13 de agosto, pp. 42-43.

CUÁNTO

1991 "El cólera: consecuencias económicas". *Cuanto*. Lima, número 26, p. 5.

CUETO, Marcos

1996 "Tropical Medicine and Bacteriology in Boston and Peru: Studies of Carrion's Disease in the early Twentieth Century". *Medical History*. Cambridge, número 40, pp. 344-364.

1997 *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: IEP.

2004 "Social Medicine and «Leprosy» in the Peruvian Amazon". *The Americas*. Cambridge, número 1, volumen 61, pp. 55-80.

- CURTIN, Philip
1985 "Medical Knowledge and Urban Planning in Tropical Africa". *The American Historical Review*. Nueva York, número 3, volumen 90, pp. 594-613.
- DAVIS, Tom
2005 *Sacred Work: Planned Parenthood and Its Clergy Alliances*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- DE BARROS, Juanita
2003 *Order and Place in a Colonial City. Patterns of Struggle and Resistance in Georgetown, British Guiana, 1889-1924*. Montreal: McGill-Queens University Press.
- DE LA CADENA, Marisol
2004 *Indígenas mestizos: raza y cultura en los Andes*. Lima: IEP.
- DEL ÁGUILA, Alicia
1997 *Callejones y mansiones: espacios de opinión pública y redes sociales y políticas en la Lima del 900*. Lima: PUCP.
2003 *Los velos y las pieles. Cuerpo, género y reordenamiento social en el Perú republicano (Lima, 1822-1872)*. Lima: IEP.
- DE LA CADENA, Marisol
2004 *Indígenas mestizos. Raza y cultura en el Cusco*. Lima: IEP.
- DENEGRI, Francesca
2004 *El abanico y la cigarrera. La primera generación de mujeres ilustradas en el Perú*. Segunda edición. Lima: IEP/Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- DRINOT, Paulo
2011 *The allure of labor. Workers, race and the making of the Peruvian state*. Durham: Duke University Press.
- DZIKO, Mary
1994 *Sanitation and Public health in an Urban Setting: a case Study of the Town of Lilongwe, 1920-1953*. Lilongwe: University of Malawi-Chancellor College.
- EDITORIAL OCÉANO
2008 *Nuevo manual Merck de información médica general*. Barcelona: Océano.

- EHRlich, Paul
1969 *The Population Bomb*. Nueva York: Sierra Club.
- ELÍAS, Norbert
2009 *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Tercera edición. México DF: FCE.
- ELLIS, John H.
1992 *Yellow Fever and Public Health in the New South*. Lexington: The University Press of Kentucky.
- ELMORE, Peter
1993 *Los muros invisibles. Lima y la modernidad en la novela del siglo XX*. Lima: Mosca Azul Editores/El Caballo Rojo Ediciones.
- ESPINOSA DE RIVERO, Óscar
2009 "Ciudad e identidad cultural. ¿Cómo se relacionan con lo urbano los indígenas amazónicos peruanos en el siglo XXI?". *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines*. Lima, número 11, volumen 38, pp. 47-59.
- ESPINOZA, Juan Miguel
2013 "Estereotipos de género y proyecto modernizador en la República Aristocrática: el caso de la revista *Varietades* (Lima, 1908-1919)". Tesis de Licenciatura en Historia. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas.
- ESTENSSORO, Juan Carlos
1996 "La plebe ilustrada: el pueblo en las fronteras de la razón". En WALKER, Charles (compilador). *Entre la retórica y la insurgencia: las ideas y los movimientos sociales en los Andes, siglo XVIII*. Cuzco: CBC, pp. 33-66.
- ESTRADA-GARCIA, Teresa y Eric MINTZ
1996 "Foodborne Transmission and Its Prevention". *European Journal of Epidemiology*. Número 5, volumen 12, pp. 461-469.
- FAGLEY, Richard
1960 *The Population Explosion and Christian Responsibility*. Nueva York: Oxford University Press.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. REGIÓN DEL HEMISFERIO OCCIDENTAL
1994 "The First Forty Years". *IPPF/WHR Forum*. Número 1, volumen 10, 1, pp. 36-41.

- FELITTI, Karina
2012 *La revolución de la píldora: sexualidad y política en los sesenta*. Buenos Aires: Edhasa.
- FERNGREN, Gary
2009 *Medicine and Health Care in Early Christianity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- FISCHER, Brodwyn
2009 *A Poverty of Rights: Citizenship and Inequality in Twentieth-Century Rio de Janeiro*. Palo Alto: Stanford University Press.
- FONSECA ARIZA, Juan
2002 *Misioneros y civilizadores: protestantismo y modernización en el Perú, 1915-1930*. Lima: PUCP.
- FOUCAULT, Michel
1975/2002 *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- FRANCO, Carlos y Hugo NEIRA
1986 *El problema de las élites y el pensamiento. Los novecentistas peruanos, 1895-1930*. Lima: Centro de Estudios para el Desarrollo y la Participación.
- FRANCO DE SÁ, Jorge
2012 *Higiene, meio ambiente e segurança do trabalho na época áurea da borracha*. Manaus: Editora da Universidade federal do Amazonas.
- GARCÍA JORDÁN, Pilar
1998 "Misiones, fronteras y nacionalización en la Amazonía andina: Perú, Ecuador y Bolivia (siglos XIX-XX)". En: GARCÍA JORDÁN, Pilar y Nuria SALA I VILA (coordinadoras). *La nacionalización de la Amazonía*. Barcelona: Universitat de Barcelona, pp. 11-37.
2001 *Cruz y arado, fusiles y discursos. La construcción de los orientes en el Perú y Bolivia, 1820-1940*. Lima: IEP/IFEA.
- GARCÍA SÁNCHEZ, Joaquín y SERVICIO DE HIDROGRAFÍA Y NAVEGACIÓN DE LA AMAZONÍA
1987 *El río que se aleja: cambio de curso del Amazonas: historia y estudio técnico*. Iquitos: Centro de Estudios Teológicos de la Amazonía.
- GARFIELD, Seth
2013 *In Search of the Amazon. Brazil, the United States, and the Nature of a Region*. Durham and London: Duke University Press.

GARGUREVICH, Juan

2002 *La prensa sensacionalista en el Perú*. Lima: PUCP.

GONZALES, Osmar

1996 *Sanchos fracasados: los arielistas y el pensamiento político peruano*. Lima: Ediciones PREAL.

2005 *Los orígenes del populismo en el Perú: el Gobierno de Guillermo E. Billinghurst (1912-1914)*. Lima: Mundo Nuevo.

2010 *Prensa escrita e intelectuales-periodistas 1895-1930*. Lima: USMP, Fondo Editorial.

GONZÁLEZ DEL CARPIO, Diego

1991 "El hospital bajo la furia del cólera." *Revista Médica Herediana*. Lima, número 2, volumen 2. Consulta: 16 de febrero de 2016.
upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/332/299

HEDWIG HARING, Maria Margaretha

1986 *Boomtown aan de Amazone: Een historisch-sociologische studie over de Peruaanse Amazoneregio en de stad Iquitos, met nadruk op de periode 1880-1980*. Utrecht: Instituut voor Culturele Antropologie, Rijksuniversiteit Utrecht.

HEFFERAN, Tara, Julie ADKINS y Laurie OCCHIPINTI (editoras).

2007 *Bridging the Gaps: Faith-Based Organizations, Neoliberalism, and Development in Latin America and the Caribbean*. Lanham: Lexington.

HILL, Reuben, Joseph STYCOS, y Kurt BACK

1959 *The Family and Population Control: A Puerto Rican Experiment in Social Change*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

HOLSTON, Roy

1989 *The Modernist City: An Anthropological Critique of Brasilia*. Chicago: The University of Chicago Press.

HUAYANAY, Leandro y César CABEZAS

1991 "Métodos de control del cólera." *Revista Médica Herediana*. Lima, número 2, volumen 2. Consulta: 16 de febrero de 2016.
upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/340/307

HULME, Peter

2005 "Dominica and Tahiti: Tropical islands Compared." En: DRIVER, Felix y MARTINS, Luciana (editores). *Tropical Visions in an Age of Empire*. Chicago y Londres: The University of Chicago Press, pp. 77-90.

- IPARRAGUIRRE, Víctor Raúl
1965 *La historia de la odontología en el Perú*. Lima: Editorial Nuevo Día.
- JACKSON, Joe
2008 *The Thief at the End of the World: Rubber, Power, and the Seeds of Empire*. New York: Penguin Books.
- JIMÉNEZ, Félix
2000 *El modelo neoliberal peruano: límites, consecuencias sociales y perspectivas*. Lima: CISEPA, PUCP.
- KELLY, Hank y Dot KELLY
1950/2012 *Memorias de un cónsul americano en Iquitos, 1943-1944*. Iquitos: Centro de Estudios Teológicos de la Amazonía y UCP.
- KESSLER, Juan
2001 *Conflict in Missions: A History of Protestantism in Peru and Chile*. Denver: International Academic Publishers.
- KLARÉN, Peter
2005 *Nación y sociedad en la Historia del Perú*. Lima: IEP.
- KUCZYNSKI, Maxime
1944/2014 *La vida en la Amazonía peruana. Observaciones de un médico*. Lima: UNMSM/Corporación de Fomento y Desarrollo.
- LATOURE, Bruno
1991 *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*. París: La Découverte.
- OAIZA, Augusto
1991 "Epidemia de cólera en el Perú". *Revista Peruana de Epidemiología*. Lima, número 2, volumen 4, pp. 5-7. Consulta: 25 de mayo de 2010. sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v04_n2/pdf/a02v4n2.pdf
- LOSSIO, Jorge
2003 *Acequias y gallinazos. Salud ambiental en Lima del siglo XIX*. Lima: IEP.
2012 *El peruano y su entorno: aclimatándose a las alturas andinas*. Lima: IEP.
- MAHONEY, James
2000 "Path Dependence in Historical Sociology". *Theory and Society*. Número 29, pp. 507-548.

MAJLUF, Natalia

1994 *Escultura y espacio público: Lima, 1850-1879*. Lima: IEP.

MANNARELLI, María Emma

1999 *Limpias y modernas. Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

MARKS, Lara

2001 *Sexual Chemistry: A History of the Contraceptive Pill*. New Haven: Yale University Press.

MARTÍNEZ RIAZA, Ascensión

1998 "La incorporación de Loreto al Estado-nación peruano. El discurso modernizador de la Sociedad Geográfica de Lima (1891-1919)." En: GARCÍA JORDÁN, Pilar y Nuria SALA I VILA (coordinadoras). *La nacionalización de la Amazonía*. Barcelona: Universitat de Barcelona, pp. 99-126.

MASS, Bonnie

1976 *Population Target: The Political Economy of Population Control in Latin America*. Toronto: Latin American Working Group and the Women's Press.

MASCARENHAS DIAS, Edinea

1999 *A ilusão do fausto: Manaus, 1890-1920*. Manaus: Valer

MCCAULEY, Bernadette

2005 *Who Shall Take Care of Our Sick?: Roman Catholic Sisters and the Development of Catholic Hospitals in New York City*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

MC EVOY, Carmen

1997 *La utopía republicana: ideales y realidades en la formación de la cultura política peruana (1871-1919)*. Lima: PUCP.

2000 "Bella Lima ya tiembles llorosa del triunfante chileno en poder: una aproximación a los elementos de género en el discurso nacionalista chileno." En HENRÍQUEZ, Narda (compiladora). *El hechizo de las imágenes: estatus social, género y etnicidad en la historia peruana*. Lima: PUCP, pp. 469-490.

MEADE, Teresa

1996 *"Civilizing" Rio: Reform and Resistance in a Brazilian City, 1889-1930*. University Park: Pennsylvania State University Press.

MELOSI, Martin V.

- 2005 "Path Dependence and Urban History: Is a Marriage Possible?": En: DIETOR SCHOTT, Bill Luckin y Geneviève MASSARD-GUILBAUD (editores). *Resources of the City: Contributions To An Environmental History Of Modern Europe*. Hampshire: Ashgate, pp. 262-275.

MILLER, Laura

- 1987 "La mujer obrera en Lima, 1900-1930". En STEIN, Steve. *Lima obrera, 1900-1930*. Lima: El Virrey, volumen 2, pp. 11-152.

MITMAN, Gregg

- 2007 *Breathing Space: How Allergies Shape Our Lives and Landscapes*. New Haven: Yale University Press.

MONDRAGÓN, Carlos

- 2005 *Leudar la masa: el pensamiento social de los protestantes en América Latina, 1920-1950*. Buenos Aires: Kairos.

MOSS, Elaine

- 1978 *The Population Council: A Chronicle of the First Twenty-Five Years, 1952-1977*. New York: Population Council.

MUÑOZ, Fanni

- 2000 "La educación femenina a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX". En HENRÍQUEZ, Narda (compiladora). *El hechizo de las imágenes*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, pp. 223-249.
- 2001 *Diversiones públicas en Lima 1890-1920: la experiencia de la modernidad*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.

MURAKAMI, Yesuke

- 2012 *Perú en la era del Chino: la política no institucionalizada y el pueblo en busca de un salvador*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; Kyoto: Center for Integrated Area Studies.

NECOCHEA LÓPEZ, Raúl

- 2008 "Priests and Pills: Catholic Family Planning in Peru, 1967-1976". *Latin American Research Review*. Pittsburgh, número 2, volumen 43, pp. 34-56.

NEUSHUL, Peter

- 1998 "Marie C. Stopes and the Popularization of Birth Control Technology". *Technology and Culture*. Baltimore, número 2, volumen 39, pp. 245-272.

NÚÑEZ, Julio

2009 "Primeros rastros de la teoría bacteriológica en el Perú: el debate entre Francisco Almenara e Ignacio de la Puente, 1895". En: CUETO, Marcos, Jorge LOSSIO y Carlos PASCO (editores). *El rastro de la salud en el Perú*. Lima: UPCH/IEP, pp. 151-180.

NUTT, Rick

1997 "G. Sherwood Eddy and the Attitudes of Protestants in the United States toward Global Mission". *Church History*. Cambridge, número 3, volumen 66, pp. 502-521.

ODICIO EGOAVIL, Elmer

1992 *Perfil demográfico de la región Loreto*. Documento técnico, Número 1, Iquitos: Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

1991 "Epidemia de cólera en el Perú y pautas para su control". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington D. C., número 4, pp. 277-299. Consulta: 16 de febrero de 2016.
iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/16639

OLIART, Patricia

1995 "Poniendo a cada quien en su lugar: estereotipos raciales y sexuales en la Lima del siglo XIX". En PANFICHI, Aldo y Felipe PORTOCARRERO (editores). *Mundos interiores: Lima 1850-1950*. Lima: UP, Centro de Investigación, pp. 261-288.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

1991 "Salud ambiental, prevención y control del cólera". *Boletín epidemiológico. Organización Panamericana de la Salud*. Washington D. C., número 1, volumen 12. Consulta: 16 de febrero de 2016.
hist.library.paho.org/Spanish/EPID/10489.pdf

ORTEGA, Julio

1986 *Cultura y modernización en la Lima del 900*. Lima: Centro de Estudios para el Desarrollo y la Participación.

PANIAGUA, Manuel, Henry VAILLANT y Clarence GAMBLE

1961 "Field Trial of a Contraceptive Foam in Puerto Rico" *JAMA*. Chicago, número 2, volumen 177, pp. 125-129.

PEARD, Julyan

2000 *Race, Place, and Medicine: The Idea of the Tropics in Nineteenth-Century Brazil*. Durham and London: Duke University Press.

- PEASE GARCÍA, Henry
1991 "La cólera popular". *La República*, suplemento *Domingo*, 17 de febrero, p. 22.
- PEATTIE, Lisa
1987 *Planning: Rethinking Ciudad Guayana*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- PENNANO, Guido
1988 *La economía del caucho*. Iquitos: CETA.
- EL PERUANO
1958 "Resolucion Suprema 93-DGS". *Diario El Peruano*. Lima, 7 de agosto, p. 1.
- PIEPER-MOONEY, Jadwiga
2009 *The Politics of Motherhood: Maternity and Women's Rights in Twentieth-Century Chile*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- PINEDA, Víctor
1940 *Colonización y geografía médica loreтана*. Iquitos: El Oriente.
- PORTOCARRERO MAISCH, Gonzalo
1995 "El fundamento invisible: función y lugar de las ideas racistas en la República Aristocrática". En PANFICHI, Aldo y Felipe PORTOCARRERO (editores). *Mundos interiores: Lima 1850-1950*. Lima: UP, Centro de Investigación, pp. 219-259.
- PORTOCARRERO SUÁREZ, Felipe
1995 *El Imperio Prado: 1890-1970*. Lima: UP, Centro de Investigación.
- QUINO, H. et. al.
2001 "Malaria Plasmodium falciparum en adultos hospitalizados de Iquitos: aspectos clínicos y epidemiológicos". *Acta Médica Peruana*, número 18, pp. 52-57.
- QUIROZ, Alfonso
1986 *Financial Institutions in Peruvian Export: Economy and Society, 1884-1930*. Tesis de doctorado en Filosofía. Nueva York: Universidad de Columbia, Escuela de Graduados en Artes y Ciencias.
- RAMÓN JOFFRÉ, Gabriel
1999 "Urbe y orden. Evidencias del reformismo borbónico en el tejido limeño". En O'PHELAN, Scarlett (compiladora). *El Perú en el siglo XVIII. La Era Borbónica*. Lima: PUCP, pp. 295-324.

REYNA, Carlos y Antonio ZAPATA

1991 *Crónica sobre el cólera en el Perú*. Lima: DESCO.

RODRÍGUEZ, Humberto

2004 "La calle del Capón, el callejón de Otaiza y el barrio Chino". En PAN-FICHI, Aldo y Felipe PORTOCARRERO (editores). *Mundos interiores: Lima 1850-1950*. Lima: UP, pp. 397-430.

RODRÍGUEZ ACHUNG, Martha

1991 "Proceso de ocupación y construcción social del espacio amazónico". En: BARCLAY, Frederica et. al. *Amazonía 1940-1990. El extravío de una ilusión*. Lima: Terra Nuova y PUCP, pp. 103-159.

1994 *Crecimiento urbano de Iquitos: condicionamientos estructurales en la década del 70 y sus perspectivas*. Iquitos: Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana.

ROHDEN, Fabíola

2003 *A Arte de Enganar a Natureza: Contracepção, Aborto e Infanticídio no Início do Século XX*. Río de Janeiro: Fiocruz.

ROSAS LAURO, Claudia

1999 "Educando al bello sexo: la mujer en el discurso ilustrado". En O'PHELAN, Scarlett (compiladora). *El Perú en el siglo XVIII. La Era Borbónica*. Lima: PUCP, pp. 369-413.

2007 *Educando al bello sexo: la imagen de la mujer en la prensa ilustrada peruana (1790-1795)*. Tesis de maestría en Historia. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Graduados.

2011 "Vagos, ociosos y malentretidos. La idea de pobreza en el Perú del siglo XVIII". En ROSAS, Claudia (editora). *Nosotros también somos peruanos. La marginación en el Perú, siglos XVI a XXI*. Lima: PUCP, Estudios Generales Letras, pp. 115-140.

ROUMY, Vincent et al.

2007 "Amazonian plants from Peru used by Quechua and Mestizo to treat malaria with evaluation of their activity". *Journal of Ethnopharmacology*, volumen 112, número 3, pp. 482-489.

RUIZ ZEVALLOS, Augusto

1994 *Psiquiatras y locos: entre la modernización contra los Andes y el nuevo proyecto de modernidad. Perú, 1850-1930*. Lima: Instituto Pasado & Presente.

- SANDERS, Thomas
1984 "La Planificación Familiar en el Perú". En CONSEJO NACIONAL DEL POBLACIÓN. *Antecedentes de la política peruana de población*. Lima: Consejo Nacional de Población, pp. 39-60.
- DOS SANTOS, Fabiane Vinente
2007 "Sexualidade e civilização nos trópicos: gênero, medicina e moral na imprensa de Manaus (1890-1915)". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Río de Janeiro, número 14, pp. 73-94.
- SANTOS GRANERO, Fernando y Frederica BARCLAY
2002 *La frontera domesticada. Historia económica y social de Loreto, 1850-2000*. Lima: PUCP.
- SCHWEICKARDT, Júlio Cesar
2011 *Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas, 1890-1930*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, Fapeam.
- SCOTT, James
1998 *Seeing Like a State. How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*. New Haven: Yale University Press.
- SEGAL, S. J., A. L. SOUTHAM y K. D. SHAFER (editores)
1965 *Proceedings of the Second International Conference on Intra-Uterine Contraception*. Amsterdam: Excerpta Medica.
- SOLOWAY, Richard
1995 "The «Perfect Contraceptive»: Eugenics and Birth Control Research in Britain and America in the Interwar Years". *Journal of Contemporary History*. Essex, número 4, volumen 30, pp. 637-664.
- SOTO LAVEAGA, Gabriela
2009 *Jungle Laboratories: Mexican Peasants, National Projects and the Making of the Pill*. Durham: Duke University Press.
- SOTOMAYOR, Humberto, SCHAPER & ARÉVALO EDITORES y K. Guenther SCHAPER.
1949 *Guía de Loreto. Iquitos-Perú-Río Amazonas*. Iquitos: Jorge Reátegui Burga.
- STEPAN, Nancy Leys
2001 *Picturing Tropical Nature*. Ithaca: Cornell University Press.
- STRONG, William
2010 *An Activist's Life*. Princeton. Consulta: 23 de enero de 2012. www.explodingtesticle.com/dad-memoirs.htm

- TIETZE, Christopher y Sarah LEWIT (editores)
1962 *Proceedings of the First International Conference on Intra-Uterine Devices*. Amsterdam: Excerpta Medica.
- THIMMESCH, Nick
1968 "Puerto Rico and Birth Control". *Journal of Marriage and Family*. Número 2, volumen 30, pp. 252-262.
- THIERY, M.
1997 "Pioneers of the Intrauterine Device," *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. Número 1, volumen 2, pp. 15-23.
- TOBIN, Kathleen
2002 "International Birth Control Politics: The Evolution of a Catholic Contraceptive Debate in Latin America". *Journal for the Study of Religions and Ideologies*. Cluj-Napoca, número 2, volumen 1, pp. 66-80.
- DE TRAZEGNIES, Fernando
1992 *La idea de derecho en el Perú republicano del siglo XIX*. Lima: PUCP.
- UGARTE PINHEIRO, Maria Luiza
1999 *A cidade sobre os ombros: Trabalho e conflito no Porto de Manaus, 1899-1925*. Manaus: Editora da Universidade do Amazonas.
- VARILLAS, Alberto y Patricia MOSTAJO
1990 *La situación poblacional peruana: balance y perspectivas*. Lima: Instituto Andino de Estudios en Población y Desarrollo.
- VAN OS, W. A. A.
1999 "The Intrauterine Device and Its Dynamics". *Advances in Contraception*. Número 15, pp. 119-132.
- VELÁSQUEZ CASTRO, Marcel
2009 "El mal/estar en la cultura chicha: la prensa sensacionalista". *Crónicas Urbanas: Análisis y Perspectivas Urbano Regionales*. Lima, número 14, volumen 13, pp. 111-124.
- VILLAREJO, Avencio et. al
2008 *Iquitos: una ciudad y un río*. Iquitos: Centro de Estudios de Teología Amazónica.

- WAILOO, Keith
2001 *Dying in the City of Blues. Sickle Cell Anemia and the Politics of Race and Health.* Chapel Hill y Londres: The University of North Carolina Press.
- WALKER, Charles
2009 "El uso oficial de la selva en el Perú republicano". En: WALKER, Charles (editor). *Diálogos con el Perú. Ensayos de historia.* Lima: Pedagógico San Marcos.
- WALZER LEAVITT, Judith
1982 *The Healthiest City. Milwaukee and the politics of Health Reform.* Princeton: Princeton University Press.
- WILKINSON MEYER, Jimmy
2004 *Any Friend of the Movement: Networking for Birth Control: 1920-1940.* Columbus: Ohio State University Press.
- WILLIAMS, Doone y Greer WILLIAMS
1978 *Every Child a Wanted Child: Clarence James Gamble, M.D. and his Work in the Birth Control Movement.* Boston: Harvard University Press y Francis Countway Library of Medicine.
- WILLIAMS, Raymond
1975 *The Country and the City.* Nueva York: Oxford University Press.
1980 "Ideas of Nature" in his *Problems in Materialism and Culture.* Londres: Verso.
- WOODCOCK TENTLER, Leslie
2004 *Catholics and Contraception: An American History.* Ithaca: Cornell University Press.
- YEPES DEL CASTILLO, Ernesto
1972 *Perú 1820-1920: un siglo de desarrollo capitalista.* Lima: IEP.
- ZALDUONDO, Celestina
1963 "Extensive Use of the Volunteer in a Family Planning Programme". *Proceedings of the 7th International Planned Parenthood Conference.* Amsterdam: Excerpta Medica.
- ZAPATA, Antonio y Rolando ROJAS
2013 "Las ideas sobre la desigualdad desde una perspectiva histórica". *¿Desiguales desde siempre? Miradas históricas sobre la desigualdad.* Lima: IEP, pp 13-17.

REVISTAS Y PERIÓDICOS

<i>Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana</i> (Ginebra)	(1991)
<i>Correo</i> (Lima)	2009
<i>Correo</i> (Puno)	2009
<i>Discovery Salud</i> (Madrid)	2010
<i>El Chino</i> (Lima)	2009
<i>El Comercio</i> (Lima)	1991, 2009
<i>El Peruano</i> (Lima)	1991
<i>El Popular</i> (Lima)	1991
<i>El Sol</i> (Cuzco)	2009
<i>El Universal</i> (México)	2009
<i>El Trome</i> (Lima)	2009
<i>La Jornada</i> (México)	2009
<i>Le Monde Diplomatique</i> -(Perú)	2009
<i>El País</i> (Madrid)	2009
<i>La República</i> (Lima)	1991, 2009
<i>Ojo</i> (Lima)	1991
<i>Proceso</i> (México)	2009
<i>Revista Semanal</i> (Madrid)	2010
<i>Somos</i> (Lima)	2009
<i>Variedades</i> (Lima)	1908-1920

ISBN: 978-9972-832-89-5



9 789972 832895