

PATRICIA PALMA (Ed.)

*Entre discurso y práctica:
Ciencia, tecnología y salud
en la Historia del Perú*



PATRICIA PALMA (Ed.)

***Entre discurso y práctica:
Ciencia, tecnología y salud
en la Historia del Perú***

Entre discurso y práctica: Ciencia, tecnología y salud en la Historia del Perú

© 2024, editora: Patricia Palma

© 2024, Pontificia Universidad Católica del Perú
Instituto Riva-Agüero - IRA
Jr. Camaná 459, Lima 1
Teléfono: (511) 626-6600
Publicación del Instituto Riva Agüero N.º 386

Primera edición digital en español: Lima, junio 2024

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: N.º 2024-05722
ISBN: 978-612-4496-18-9

Publicación digital disponible en:
www.ira.pucp.edu.pe

Corrección de estilo:

Gildo Valero, Asociación de Correctores de textos del Perú

Fotografía de cubierta:

El Perú Ilustrado. Año 5 -Semestre I. Sábado 4 de julio de 1891. N.º 217. p. 2372
(4). Gabinete de Bacteriología del Dr. Matto.

Fotografía de la editora:

Universidad de Tarapacá

Dirección gráfica:

Moisés Díaz Bruno @moeh.diaz

Diagramación:

Juan Díaz Bruno @juandiazdesign

Esta publicación pasó por proceso de revisión externa.

Lima-Perú, junio 2024

Índice

Introducción <i>Patricia Palma</i>	5
Prólogo: nuevo nombre, agenda que crece <i>Raúl Necochea López y Ruth Iguñiz Romero</i>	14
Narrativas tropicales: clima, enfermedades y la historización del predicamento poscolonial de la medicina en el Perú decimonónico <i>José Ignacio Mogrovejo</i>	17
De la sangre a la piel: la noción de raza como “mancha” en América Latina colonial y republicana <i>Paloma Rodrigo</i>	64
Reforma, élites y funcionarios: la salud pública y el destino de las acequias en Lima, 1784-1800 <i>Enmanuel Montalvo Salcedo</i>	106
Médicos, salud y Estado en los albores del siglo xx: Antecedentes y creación de la Dirección General de Salubridad (1903) <i>Pamela Vargas Arancibia</i>	138
Modernización, asistencia y cuidado infantil en el Hospicio de Huérfanos Lactantes de la Beneficencia de Lima (1905-1913) <i>Ángela Quispe Huertas</i>	171
Cuarteles melancólicos: una aproximación a los debates sobre los padecimientos mentales en el Ejército peruano desde la nostalgia y el consumo de alcohol (1896-1920) <i>Jesús J. Llerena Durand</i>	202
La institucionalización de la meteorología: la influencia de los sistemas de observación médicos en la meteorología peruana (1757-1879) <i>Renzo Loza Livía</i>	242
“Un complejo esfuerzo para crear una tecnología nacional”. Políticas tecnológicas, ingenieros y el programa de desarrollo tecnológico en energía solar durante el Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas (Perú, 1968-1980) <i>Elías Amaya Núñez</i>	282

Introducción

Hace casi siglo y medio, un grupo de alumnos de la Facultad de Medicina formó la Sociedad Médica Unión San Fernandina, la cual publicó a su vez una de las revistas científicas más importantes en la historia del Perú, *La Crónica Médica*. El objetivo de este grupo era difundir y visibilizar los esfuerzos que se realizaban en el campo médico y la salud pública.

En las décadas siguientes, con la especialización de las ciencias, surgieron diversas asociaciones y publicaciones vinculadas a grupos particulares de médicos, profesionales técnicos y científicos, que no solo perseguían la legitimación profesional, sino también la difusión de conocimiento especializado y práctico. Como ha demostrado Marcos Cueto en su trabajo pionero *Excelencia científica en la periferia* (1989), pese a las adversidades materiales, en la historia peruana se han registrado diversos esfuerzos colectivos e individuales por desarrollar una cultura científica vinculada a labor asociativa y el trabajo científico.¹ Este libro no es la excepción.

La historia de este volumen se remonta a 2018, con la creación de la Asociación Peruana de Historia de la Ciencia, la Tecnología y la Salud (APHCTS) y los talleres que se buscaban realizar cada año, aunque la pandemia de covid-19 nos obligó a reajustar esta periodicidad. Las motivaciones que llevaron a la creación de esta asociación, ahora llamada Asociación Peruana de Historia y Estudios Sociales de la Ciencia, la Tecnología y la Salud (APHESCTS),

¹ Cueto, M. *Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*. GRADE-Concytec, 1989.

no han sido distintas a las de otras organizaciones científicas y profesionales que han existido en nuestra historia. En 2018 se realizó en Lima el taller Historia de la Ciencia, la Tecnología y la Salud desde y sobre el Perú, organizado por Marcos Cueto y Jorge Lossio. Ambos historiadores han dedicado parte importante de sus trayectorias académicas no solo a investigar temas de ciencia y salud, sino también a formar a nuevas generaciones de historiadoras e historiadores interesados en ahondar en dichas temáticas.

Con el interés de lograr un recambio generacional y estimular a estudiantes de pre- y posgrado, este taller tuvo lugar en las instalaciones de la Pontificia Universidad Católica del Perú y reunió a historiadoras e historiadores en diversas etapas de sus carreras académicas. Fue un evento modesto, que permitió a varios de los expositores dar a conocer sus estudios y entrar en contacto con otros colegas. La experiencia de esos dos días hizo que al cierre del evento se decidiera crear la APHCTS, cuya finalidad primordial es la investigación, enseñanza y divulgación de trabajos vinculados con la historia de la ciencia, la tecnología y la salud en Perú. Así, también, la organización busca contribuir a la preservación del patrimonio monumental y las fuentes históricas relativas a los temas señalados.²

En los últimos años se han realizado nuevos talleres, los cuales tuvieron como punto central la divulgación de los trabajos de estudiantes de pre- y posgrado, además de generar un ambiente académico constructivo donde pudieran recibir comentarios de especialistas en el tema. Este libro es el resultado de este esfuerzo. En él se reúnen nueve ensayos, los cuales fueron presentados en

² Para una detallada descripción, consultar <https://aphcts.wordpress.com>

algunos de los tres talleres realizados entre 2018 y 2021. En su mayoría son avances de tesis para optar el grado de licenciatura en Historia que han sido sustentadas o están en camino, con excepción del trabajo de Paloma Rodrigo que corresponde a avances de su tesis doctoral en Antropología en Universidad de la Ciudad de Nueva York (The Graduate Center, City University of New York, CUNY). Uno de los hilos que unen estas investigaciones y destaca sobremanera es la dimensión local y global de las discusiones acerca de la salud, la ciencia y la tecnología que se han dado a lo largo de nuestra historia colonial y republicana. Como bien lo demuestran los capítulos acá presentados, los proyectos de salud, investigación en ciencia y discursos médicos peruanos no pueden ser entendidos sin pensar en un contexto global donde las ideas, actores y objetos circulan, lo cual no necesariamente significó la implementación pasiva y acrítica de modelos de conocimiento foráneos al espacio peruano.

Los capítulos de este libro giran, entonces, en torno a tres grandes temáticas. La primera de ellas corresponde al análisis del discurso médico y la interpretación que médicos y científicos realizaron de ciertas enfermedades durante el siglo XIX, especialmente de aquellas asociadas al racismo científico, y los cambios y continuidades que han experimentado a lo largo del tiempo.

El artículo de José Ignacio Mogrovejo, “Narrativas tropicales: clima, enfermedades y la historización del predicamento poscolonial de la medicina en el Perú decimonónico”, analiza la geografía médica y la transformación del discurso médico con respecto al rol del clima en el desarrollo de ciertas patologías en el Perú. Como lo establece el autor, la experiencia poscolonial de la élite criolla permitió el desarrollo de un marco ideológico que revalorizó la geografía nacional frente a un discurso eurocéntrico de “degeneración racial” para los trópicos, motivado por un espíritu de

optimismo científico. En el texto es posible observar cómo, pese a la importancia e influencia que tuvieron ciertos postulados científicos procedentes de Europa, la comunidad médica local discutió y cuestionó algunas de estas ideas, como la visión negativa que se tenía respecto del clima en la sociedad local. Así, los médicos peruanos lograron en la segunda mitad del siglo XIX imponer sus propias miradas sobre la territorialidad de las patologías, y proponer a partir del espacio local nuevas formas de interpretar la geografía médica del Perú.

El trabajo de Paloma Rodrigo, titulado “De la sangre a la piel: la noción de raza como ‘mancha’ en América Latina colonial y republicana”, explora el difícil camino de la transformación y permanencia de ciertas ideas médicas racializadas desde el periodo colonial hasta la república en América Latina. La autora examina las trayectorias históricas y semióticas que confluyeron para que la característica física conocida como “mancha negra” (melanocitosis dérmica congénita) —marca de nacimiento— fuese asociada con una serie de atributos no visibles, como el carácter o naturaleza de personas que pertenecían a “una raza” en particular. A través de representaciones científicas de dicha mancha, en revistas europeas y latinoamericanas entre 1890 y 1950, la autora demuestra cómo la marca “deshonrosa” en tiempos coloniales, se tradujo al lenguaje del racismo científico durante el siglo XIX, reforzando las supuestas diferencias raciales durante el periodo republicano.

Otro de los grandes temas que aborda este libro son los proyectos de salud, asistencia y transformación urbana que se desarrollaron en el Perú (y particularmente en Lima) desde fines del periodo colonial hasta inicios del siglo XX. Temporalmente iniciamos con “Reforma, élites y funcionarios: la salud pública y el destino de las acequias en Lima, 1784-1800”, de Emmanuel Montalvo, el cual aborda una serie de medidas desarrolladas con el

fin de mejorar la salud pública a partir de proyectos de transformación urbana. Como señala Montalvo, si bien la concepción de estos proyectos no fue exclusiva del periodo indicado, destaca la renovada voluntad de ciertos funcionarios para implementarlos, como visitadores y virreyes influidos por la Ilustración. A partir del análisis de las acequias de Lima, el autor demuestra cómo un sector de la población —particularmente las élites— se resistió a algunas de estas transformaciones, pues estos proyectos ponían en riesgo sus privilegios. El tema de la salubridad pública y la implementación de medidas higiénicas pusieron en tensión los poderes locales y sus áreas de influencia —por ejemplo, el Cabildo— frente a autoridades de mayor jerarquía (y foráneas) como visitadores y virreyes.

La pluralidad de actores e instituciones a cargo de la salubridad pública y la falta de una delimitación clara de sus funciones se mantuvo hasta comienzos del siglo xx, haciendo común las tensiones y desencuentros en la esfera de la salud. Una de las reformas más importantes desarrolladas por el Estado peruano a inicios del siglo xx fue la centralización de la administración de la salud pública. Pamela Vargas, en su capítulo “Médicos, salud y Estado en los albores del siglo xx: Antecedentes y creación de la Dirección General de Salubridad (1903)”, analiza el accionar estatal en el contexto de la aparición de la epidemia de peste bubónica en las costas peruanas. Como demuestra la autora, la formación de la Dirección General de Salubridad respondió a una serie de factores, entre ellos el crecimiento urbano de inicios de siglo, los problemas de higiene pública, la diseminación de la peste bubónica y el fortalecimiento del discurso médico en el espacio público. Así, los médicos se transformaron en un grupo profesional funcional al Estado peruano, y desde el interior de la administración

pública lograron finalmente implementar los proyectos que venían exigiendo en espacios académicos.

La modernización y transformación de la infraestructura y administración de salud tenía como fin reducir las altas tasas de morbilidad y mortalidad que se experimentaban en el país, especialmente en grupos vulnerables de la población. En su ensayo “Modernización, asistencia y cuidado infantil en el Hospicio de Huérfanos Lactantes de la Beneficencia de Lima (1905-1913)”, Ángela Quispe analiza los proyectos implementados por el Estado peruano y los diversos actores de la sociedad civil para la atención de la infancia. La autora demuestra que, a inicios del siglo xx la preocupación por la asistencia infantil experimentó importantes cambios, como su medicalización; surgieron proyectos y reformas que apuntaron a la modernización de los cuidados de salud del niño. En este proceso fue clave la reestructuración del Hospicio de Huérfanos Lactantes, a cargo de la Sociedad de Beneficencia de Lima. A partir de un estudio exhaustivo de esta institución, Quispe aborda el proceso de introducción e implementación de nuevas prácticas de salud para infantes, con el objetivo de reducir las altas tasas de mortalidad.

Sin embargo, el proceso de transformación asistencial no solo apuntaba a las dolencias físicas, sino también a los padecimientos mentales que sufrían ciertos grupos de la población. En esta línea, Jesús Llerena en “Cuarteles melancólicos: una aproximación a los debates sobre los padecimientos mentales en el ejército peruano desde la nostalgia y el consumo de alcohol (1896-1920)” estudia un problema poco conocido del ejército peruano, las patologías mentales. Como el autor demuestra, el desprestigio de la institución luego de la guerra con Chile y las reformas que se buscaban implementar al interior de la institución generaron que el consumo de alcohol se transformara en un refugio para muchos de

los conscriptos. Sin embargo, el alcoholismo fue solo uno de los múltiples males que afectaban a las tropas. Entre los diagnósticos médicos más controversiales, y que son analizados por Llerena, se encuentra la “nostalgia”, enfermedad asociada a ciertos grupos de inmigrantes indígenas que se incorporaron a los cuarteles para cumplir con el Servicio Militar Obligatorio. De esta forma, observamos cómo, al igual que en el análisis realizado por Paloma Rodrigo, existió y persistió una fuerte relación entre enfermedades y raza, la cual se hizo extensiva a diversos grupos de la población, incluidos los cuerpos militares.

Otro gran tema que aborda este libro se refiere a la profesionalización e investigación sobre ciencia y tecnología en Perú. En “La institucionalización de la meteorología: la influencia de los sistemas de observación médicos en la meteorología peruana (1757-1879)”, Renzo Loza describe el desarrollo local de la meteorología. Como señala el autor, esta logró consolidarse pese a la adversidad económica y el escaso apoyo institucional. Loza documenta que, desde mediados del siglo XVIII, la meteorología en el Perú comenzó a distanciarse de la astrología y a afianzarse como un campo científico, y fue instrumental para los médicos, quienes utilizaron los registros del clima para proponer mejoras e implementar acciones en salubridad pública. Gracias al detallado análisis de la revista *Gaceta Médica de Lima*, el capítulo se convierte en una útil guía sobre las principales publicaciones respecto del tema, y que esperamos permita expandir las investigaciones al respecto en un futuro.

Finalmente, el trabajo de Elías Amaya, “Un complejo esfuerzo para crear una tecnología nacional. Políticas tecnológicas, ingenieros y el programa de desarrollo tecnológico en energía solar durante el Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas (Perú, 1968-1980)”, se centra en un proyecto tecnológico escasa-

mente analizado del gobierno militar de Juan Velasco Alvarado. Como el autor plantea, la crisis de los hidrocarburos en la década de 1970 y el proyecto industrializador del velascato obligaron al Gobierno y a diversos grupos de profesionales técnicos a ampliar la matriz energética, a través de la explotación de nuevos recursos energéticos, para lo cual la investigación fue fundamental. A diferencia de varios de los proyectos e instituciones antes analizados que constantemente reclamaron un mayor interés y apoyo económico del Estado, esta vez las iniciativas por el desarrollo científico y tecnológico no solo provinieron del núcleo del poder, sino que además gozaron de su incondicional soporte financiero. Gracias a la creación de un peculiar sistema tecnológico que tuvo como tarea el incentivo de tecnologías para la industria nacional, en el Perú se pudo implementar una de las primeras líneas de investigación y desarrollo tecnológico en energía solar. Como sostiene el autor, la implementación de dispositivos y artefactos que aprovechan la radiación solar se convirtió en una alternativa energética para el desarrollo material de comunidades que por su ubicación —en zonas costeras y altoandinas— carecían históricamente de recursos modernos, como la electricidad y los hidrocarburos.

Los artículos reseñados se articulan en temas como el rol de la ciencia y la medicina en la sociedad, el del Estado y los grupos profesionales. Asimismo, raza y racismo tuvieron un rol clave en las discusiones respecto de diversos aspectos del quehacer profesional y científico durante los siglos XIX y XX. Es de nuestro interés que en los posteriores talleres organizados sigamos contando con la participación de nuevos investigadores y, de esta forma, contribuir a pensar el Perú en relación con la importancia que han tenido, tienen y seguirán teniendo los estudios en el campo de la ciencia, la tecnología y la salud.

Este libro no se hubiera concretado sin el apoyo institucional y de colegas que generosamente se han sumado a este proyecto. Primero, quisiera agradecer a la APHESCTS por haber impulsado este proyecto, su comité consultivo fue de gran ayuda en diversos momentos de la edición, y en particular a Marcos Cueto y Raúl Necochea, quienes guiaron a varios de los autores en el proceso de revisión de sus artículos. Al Instituto Riva-Agüero de la Pontificia Universidad Católica del Perú, y particularmente a su director, Jorge Lossio, quien ha sido un gran aliado de la Asociación en la difusión del trabajo de jóvenes investigadores. A Evelyn Sotomayor, coordinadora de Estrategias de Investigación del IRA quien ha sido un importante apoyo en el proceso de edición.

Como editora, debo agradecer a mi institución (Universidad de Tarapacá, Chile), por apoyar mis proyectos de investigación, docencia y extensión, y reconocer el tiempo que dedico a ellos dentro de mis labores académicas, y a la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), porque a través de su proyecto FONDECYT de Iniciación número 11230043 se financió parte del desarrollo de este libro. A los evaluadores anónimos, quienes son parte invisible, pero fundamental en el proceso editorial de cualquier publicación científica; ellas y ellos, de forma generosa, brindaron su tiempo y experiencia para sugerir mejoras a cada uno de los textos acá presentados. Finalmente, quisiera agradecer al historiador Elías Amaya quien participó activamente en la primera corrección y edición de estilo de este libro.

Patricia Palma

Miembro del Consejo de la Asociación Peruana de Historia y Estudios Sociales de la Ciencia, la Tecnología y la Salud

Arica, marzo 2024

Prólogo: nuevo nombre, agenda que crece

Celebramos un taller el 2021 con la participación de estudiantes y profesionales de varios países, todos peruanistas. Varios de esos trabajos ven la luz en este volumen, expertamente editado por Patricia Palma. La pandemia nos mostró que la organización virtual de tales eventos era posible, aunque nunca ideal. Nos adaptamos para poder continuar con nuestra misión de promover la investigación sobre la ciencia, la tecnología y la salud. De la misma forma, en aquel taller, cambiamos nuestro nombre a la Asociación Peruana de Historia y Estudios Sociales de la Ciencia, la Tecnología y la Salud. Nuestra intención ha sido abrir espacios a la participación de perspectivas aún más diversas en esta joven organización, incluyendo la antropología, las ciencias políticas y los estudios de género.

Durante el transcurso del año 2022, además, nos despedimos con gratitud de José Ignacio López Soria y Constanza Calamera del consejo de la APHESCTS. Pero en el 2023, también le dimos la bienvenida a cuatro excelentes colegas, Edilberto Huamaní, Neydo Hidalgo, Carmen Yon y Gonzalo Romero Sommer. Se unen a Marcos Cueto, Nashely Lizarme, Patricia Palma, Leticia Quiñones y a nosotros como parte de nuestro reconstituido consejo. A todos y todas, un agradecimiento mayúsculo. El trabajo que llevan a cabo, desde dirigir eventos virtualmente, pasando por animar a sus colegas y estudiantes, hasta contestar correos puntualmente, es, en exclusiva, labor voluntaria. No podríamos trabajar con un equipo más generoso y dedicado.

Hemos crecido en reconocimiento internacional, pues gracias a las gestiones de Marcos Cueto fuimos reconocidos como

miembros ordinarios de la División de la Historia de la Ciencia y Tecnología de la Unión Internacional de la Historia y Filosofía de la Ciencia y Tecnología. La labor de difundir el trabajo de la APHESCTS dentro del Perú y regionalmente son metas a las que podemos aspirar con un consejo más grande y representativo, y con una mayor producción intelectual, incluida la contenida en este libro.

Resaltar la investigación que se hace localmente es —nos prestamos una frase conocida— justo y necesario. Nuestros colegas en América Latina y en el Perú, en particular, laboran en condiciones que a veces no estimulan la investigación. La publicación reciente de *¿Qué hicimos mal? Sociedad y Estado frente al covid-19*, de Jorge Lossio y Mariana Cruz,³ y la organización de la feria Perú con Ciencia, del Concytec, por nombrar solo dos eventos del 2022, merecen ser celebrados.

La investigación local, además, resalta fenómenos compartidos en América Latina que nos ayudan a fortalecer lazos orgánicos. Hace poco una experta en salud pública propuso reducir la atención (y, por lo tanto, la financiación) al estudio del cáncer de cuello uterino en la facultad de medicina en la que uno de nosotros trabaja (University of North Carolina). No es coincidencia que tal paso se considere en una institución de Estados Unidos, donde tal tipo de enfermedad es menos visible comparada con otros tipos de cáncer. Claro, en países como Perú, Bolivia o Colombia, patrones epidemiológicos y formas de violencia y exclu-

³ Lossio, J. y Cruz, M. *¿Que hicimos mal? Sociedad y Estado frente al covid-19*. Instituto de Estudios Peruanos e Instituto Riva Agüero, 2022.

sión cotidianas hacen que el cáncer de cuello uterino siga siendo un problema médico-social significativo.

Esta experiencia fue aleccionadora: la realidad latinoamericana tiene matices que resultan fácilmente comprensibles para el público latinoamericano, lo que hace urgente e importante la creación de puentes entre nuestras sociedades. Nos es menester comprender las diversas facetas de esta realidad, mirando hacia adentro y de manera comparativa, tanto nacional como regionalmente. De igual forma, estudiar, proponer y evaluar iniciativas para comprender problemas peruanos son actividades bien recibidas por colegas en América Latina y son tareas que la APHESCTS se propone acompañar como parte de su misión de largo plazo.

Raúl Necochea López

Presidente (2021-2023)

Asociación Peruana de Historia y Estudios Sociales de la Ciencia, la Tecnología y la Salud

Ruth Iguíñiz Romero

Presidenta (2023-2025)

Narrativas tropicales: clima, enfermedades y la historización del predicamento poscolonial de la medicina en el Perú decimonónico

José Ignacio Mogrovejo⁴

Tras el primer año de pandemia del covid-19, numerosas situaciones alrededor del planeta evidenciaron los aciertos y limitaciones de varias décadas de globalización en la ciencia médica y la salud pública al hacer frente a las enfermedades. Desde los esfuerzos fallidos de la ONU por detener la violencia social que confluyó con la pandemia, con las sequías recurrentes y con una crisis alimentaria en la península de Somalia; pasando por el desplazamiento en andas de un contenedor de vacunas a través de los terrenos fangosos de la selva ayacuchana en Perú; hasta la mutación del virus del covid y su asolador impacto en el sistema de salud rural de las poblaciones Barkindji en Australia, así como también el creciente espectro de hambruna en los barrios pobres de Mumbai debido al desempleo y negligencia del Estado indio: cada caso mostró historias de fracasos. Estos sucesos, distantes pero vinculados por

⁴ Estudiante de maestría en Diplomacia y Relaciones Internacionales. Academia Diplomática del Perú "Javier Pérez de Cuéllar". Email: jmogrovejop@adp.edu.pe. Este trabajo es producto de la investigación realizada para la elaboración y sustentación de su tesis de licenciatura *Tropicalizando los Andes: raza, medioambiente y la invención médica del Perú moderno (1856-1889)*.

problemáticas afines, pueden servir como “precondiciones” para explicar las diferentes crisis que se afrontan en el presente, buscando comprender el por qué de la prevalencia y agudización de grietas socioeconómicas durante el contexto pandémico. Como se señaló recientemente, posicionar y entender los orígenes de la vulnerabilidad crónica de ciertos grupos y espacios sociales frente a las enfermedades resulta útil para cuestionar el rol histórico de la producción del conocimiento en consolidación de jerarquías del poder social, político y médico (Bonhomme 2020; Sivaramakishnan 2020).

El presente trabajo busca conectar las críticas contemporáneas a las desigualdades estructurales, que han sido evidenciadas por la pandemia, con los procesos históricos de formación de nociones culturales jerarquizadas que, bajo la égida del discurso médico, se consolidaron dentro de las comunidades científicas en el sur global. Para ello, el caso peruano muestra que, bajo la constante influencia de una visión médica ilustrada que situó el clima como la causa de las enfermedades, la experiencia poscolonial de su élite criolla permitió el desarrollo de un marco ideológico que revalorizó la geografía nacional frente a un discurso eurocéntrico de “degeneración racial” para los trópicos, motivados por un espíritu de optimismo científico. Sin embargo, como consecuencia, también se acentuó en sus discursos algunas características que mantendrían fragmentado el cuerpo social del país.

Este capítulo comienza debatiendo la posibilidad de usar un enfoque poscolonial para comprender el desarrollo de la geografía médica en la historia de la medicina peruana del siglo XIX. Seguidamente, presenta la visión médico-geográfica de Hipólito Unanue sobre las enfermedades del Perú, y cómo esta fue asimilada por la comunidad médica a inicios de la república para señalar las particularidades de las patologías “nacionales” por influencia

de la cordillera de los Andes en los climas del país. En tercer lugar, explora el debate entre Archibald Smith y la comunidad médica de Lima en la década de 1850 como un momento clave de disputa entre las interpretaciones locales y foráneas sobre las enfermedades, donde el posicionamiento de la cordillera andina como terreno de una polémica científica permitió sentar la capacidad de la comunidad médica limeña por rebatir el “orientalismo” médico europeo, e imponer sus miradas propias sobre la territorialidad de las patologías. Finalmente, se presenta cómo durante el gobierno de Manuel Pardo, los médicos limeños criticaron la visión negativa que generalizaba a los países en los trópicos como espacios malsanos y propicios a las enfermedades, y en el proceso, sentaron las bases para el desarrollo de una visión hegemónica sobre la cual interpretar la geografía médica del Perú.

El clima: una posibilidad hacia una historia poscolonial de la medicina en el Perú

Desde la historiografía, la relación entre la medicina y el clima nos ha mostrado la importancia de los vínculos globales del intercambio entre Europa y América desde el siglo xv. A partir de las enfermedades, Alfred Crosby delineó la identidad de la viruela y otras afecciones “del Viejo Mundo” como instrumentos fundamentales en el desarrollo del imperialismo europeo. Su expansión se consolidó sobre grandes desigualdades biológicas y culturales que caracterizaron la identidad del llamado “intercambio colombiano” (1986, 199-209). Adelantándose a dicha crítica casi dos siglos antes, el notable médico de la Ilustración peruana, Hipólito Unanue, expresó en la inauguración del Anfiteatro Anatómico en 1792 su lamento por la omnipresencia de las enfermedades en el pasado y presente del Perú desde la Conquista, las cuales habían

causado una ruptura en la ecología local, erosionando así los pilares de la civilización andina:

Introducidas en el siglo de las conquistas mil enfermedades extranjeras en el comercio, el lujo y la mezcla, vencieron ellas las nobles cualidades del clima y, no encontrando obstáculos eficaces a sus progresos, prendieron en los regnícolas como el fuego en el bosque seco [...]. Llegó el tiempo fatal en que bajo de un cielo donde jamás habían dominado las pestilencias, cada accidente es una peste terrible, cuya insaciable voracidad crece y se dilata con el curso de los años. ¡Qué horror da extender la vista sobre la faz del Perú! (Unanue 1914b, 11-12).

Para Unanue, el porvenir de una patria que gozaba de climas benignos que servían de inspiración al ser americano podía superar la ignorancia colectiva sobre la medicina y la salud pública que no preparó a la sociedad frente a las enfermedades. Es por ello que su apuesta por la ciencia como un medio para la “restauración del Perú”⁵ supone imaginar un futuro para los “peruanos” que recupera el legado de los Incas mediante el conocimiento, el dominio y control sobre las epidemias que han existido en *continuum* con la vida histórica del Perú. Esto haría posible un retorno a la grandeza pasada, y así, inaugurar la experiencia poscolonial como país (Unanue 1914b, 17-21, 34-36; Thurner 2012, 127-129).

¿Cómo definir la experiencia poscolonial del Perú desde la medicina? La misma obra de Unanue fue partícipe de la formación

⁵ En sentido práctico, esta alude al incremento demográfico para la exploración de recursos naturales y el potenciamiento de las industrias, donde “cada cerro sería un nuevo Potosí, cuyos desperdicios podrían enriquecer una parte del globo” (Unanue, 1914b, 35).

de una genealogía alternativa a la historia europea, donde la muerte simbólica del monarca hispano permitió darle un nuevo significado al viejo nombre de “Perú” para el tiempo republicano (Thurner 2006). Su crítica historicista sentó la relevancia del *motif* de la diversidad climática del país, un elemento capaz de desafiar la razón europea sobre un mundo dividido entre climas templados y tropicales, posicionándose, en términos de Mike Hulme, como una diáda que legitimaba la cultura local frente al inestable proceso de ordenamiento del mundo natural (Hulme 2015, 3-5). Aunque hay una limitada producción historiográfica sobre los nexos locales-globales en la región que cuestionan las relaciones asimétricas en la circulación del conocimiento, la multidimensionalidad del clima como concepto permite situar lo “poscolonial” en las dinámicas heterogéneas de las “zonas de contacto” de la medicina, dado que acentúa una actitud crítica dentro de la escala global de estudio, en lugar de solo repetir las diferencias que nos hace sentir cómodos con la ambigüedad de su multiculturalismo, y así a descentrar su adjudicada soberanía analítica (Anderson 2014, 380-383; Birn y Necochea 2011, 520-521).⁶ Por consiguiente, es relevante no solo por su lugar en el desarrollo de la “medicina meteorológica” que caracterizó a la ciencia médica decimonónica en el Perú, sino también por haber articulado un esquema de referencia civilizatorio que conectó diferentes espacios mediante

⁶ En palabras del eminente historiador de la ciencia y la medicina, Warwick Anderson, “esto nos permite reconocer que la biomedicina es constitutivamente colonial: que se deriva de prácticas coloniales, se convierte en un medio para manejar el desenlace colonial, y funciona siempre en una zona de contacto que es desafiada de forma múltiple. Vuelve visible la recursión y replegamiento colonial —aunque rara vez en simple repetición— en la vida contemporánea” (2014, 381).

prácticas coloniales e imperialistas. Diversos proyectos biopolíticos de origen ilustrado buscaron proyectar, mediante una suerte de “orientalismo climático”, es decir, una concepción prejuiciosa y denigratoria de los espacios tropicales, la superioridad de la industrialización europea frente al atraso y sensación de peligro de climas foráneos. A lo largo del siglo XIX, la medicina geográfica permitió delimitar ciertos espacios como parte de las experiencias coloniales alrededor del globo (Locher y Fressoz 2012, 582-587; Mahony y Endfield 2018, 1-7).

Por otro lado, el clima no puede entenderse como algo desligado del proceso de la modernidad que condujo a la diferenciación entre “sociedad” y “naturaleza”. Según Bruno Latour, esto fue posible debido a la capacidad de “los modernos” por intercalar sus fuentes de poder entre estas dos nociones, lo que generó en sus observaciones un componente científico indiscutible durante el siglo XIX (1993, 34-36). Es por ello que la capacidad de los discursos médicos en construir un espacio como “los trópicos” les otorgó un poder enunciativo sobre el mundo natural que articulaba visiones raciales eurocéntricas en clave moral, y cuya imaginación geopolítica del globo fue legítima bajo el respaldo de “lo moderno” (Arnold 1997, 305-309; Livingstone 1991, 426-427). Sin embargo, esto no fue pasivamente recibido desde las sociedades latinoamericanas, ya que, tanto en Brasil como en Colombia, sus respectivas comunidades médicas destacaron que “los trópicos” no eran necesariamente insalubres, ya que sus enfermedades podían controlarse y erradicarse mediante la higiene. Esta posibilidad de intervenir en la refacción de la salud “nacional” brindó un sentido local a la geografía de las enfermedades para explicar las diferencias sociales y raciales que persistían desde la época colonial (García 2009; Peard 1999).

Para el caso peruano, durante la segunda mitad del siglo XIX, en el contexto de la formación de una medicina nacional que buscó monopolizar la producción de los saberes médicos locales (Cueto 1989a, 45) sostenemos que la crítica de los galenos limeños hacia esta modernidad eurocéntrica confluyó junto a un distanciamiento de las élites respecto al pasado colonial que no generó cambios estructurales en el presente republicano. Desde la visión fisiológica —sobre la influencia patológica del clima de Hipólito Unanue a fines de la Colonia hasta el nacionalismo de la comunidad médica durante el gobierno del Partido Civil en la década de 1870— la mentalidad criolla que impregnó el desarrollo de la medicina transformó la valoración colonial del clima en una expresión de la singularidad geográfica poscolonial peruana: un territorio cuya etapa nacional se articuló por una cadena de montañas. Con ello, la identidad de la comunidad médica peruana adquirió un carácter cultural híbrido; es decir, su sentido de unidad tradujo el “orientalismo climático” europeo en un criterio de legitimidad para consolidar su visión hegemónica sobre las enfermedades del país en relación con los componentes humanos y ecológicos (Orlove 1993, 324-325).

Asimismo, mediante el análisis de escritos médicos producidos en gacetas científicas, este trabajo pretende brindar un primer esbozo narrativo para criticar la naturalización de las desigualdades en la sociedad peruana desde la historia de la medicina. En una publicación reciente, el historiador Jorge Lossio (2021) buscó comprender cómo las limitadas respuestas estatales en el cuidado histórico de la salud de la población profundizaron las fragmentaciones sociales del país. Aunque presenta numerosos ejemplos que evidencian el marcado racismo y falta de comprensión por desarrollar políticas sanitarias inclusivas que consideren la pluralidad cultural y social del país, no se fija en la capacidad creativa de

la comunidad médica peruana por reelaborar las nociones científicas que circularon durante la etapa republicana para legitimar una posición hegemónica indiscutible. Esto me parece un tema fundamental a desarrollar, ya que, como ha demostrado Megan Vaughan, el diseño de las políticas de salud pública en espacios como el África colonial británica fue motivado por las amenazas epidemiológicas al orden político, pero el carácter de la salud pública se definió por las preocupaciones prácticas de los médicos, y no por dictámenes de la estructura colonial (Vaughan 1991, 35-40). Por ello, el caso peruano nos muestra a que gran parte del “nudo” que ubica el origen de algunas desigualdades sociales en la historia de la medicina republicana no reside en la experiencia de Lima, sino en lo que desde la capital se dijo “en nombre de y para” una zona aparentemente periférica: los Andes.

En palabras del médico y literato Manuel Corpancho, el predicamento poscolonial criollo, el cual no imaginaba la nación como indígena y reivindicaba el nacionalismo criollo como expresión política legítima en la construcción del Estado-nación, debía buscar la “indigenización” de la medicina, lo que suponía generar un vasto conocimiento de las patologías desde la experiencia local y (re)conocer los saberes “nativos” para su instrumentalización en una farmacopea nacional e incorporarlos al conocimiento de la realidad climático-geográfica del país. Con ello, a partir del desarrollo de una medicina “criolla”, fue posible ejercer un control

hegemónico sobre el territorio en una dimensión ideológica y científica (Bolton Valencius, 2000, pp. 11-12; Thurner, 1996).⁷

Un “microcosmos” poscolonial: El legado de la medicina meteorológica ilustrada de Hipólito Unanue

Durante las reformas borbónicas, se debatió si es que los sistemas de trabajo se ajustaban a la naturaleza contemporánea de los cuerpos y mentes de los amerindios. En ese sentido, no es de extrañar que la crítica de Unanue hacia las consecuencias de las enfermedades en las poblaciones nativas del Perú desarrolló una narrativa histórica que cuestionaba la continuidad del legado de los Incas en el conjunto humano que habitaba los diferentes rincones del virreinato. Un excelente ejemplo es la distinción que él hace entre la condición pasada de los Incas respecto a los indígenas que trabajaban en las minas. Según su visión, eran holgazanes y melancólicos, producto de su excesiva sensibilidad al paisaje, lo que podía ser remediado por las autoridades al seguir el ejemplo punitivo de los monarcas incaicos para crear prosperidad en el Perú (Cañizares-Esguerra 2007, 441-445).

Indagar si los “indios”, viviendo flagelados y en letanía, eran descendientes de los “antiguos peruanos” obedeció al cumpli-

⁷ “No me toca recomendar a usted la importancia de los trabajos de las Comisiones, y los que ellos están llamados a satisfacer en la Sociedad. Mejor que yo alcanza la ilustración de usted que sin ellos la Sociedad Médica Lima ni adquiriría el carácter eminentemente científico que debe conquistarse con sus labores literarias, ni cumpliría con los fines de su institución, *que se propone elevar la Medicina Nacional, dándole un sello propio, indígena y convirtiendo en el estudio práctico las enfermedades del país, la luz que nos viene del Mundo antiguo en aras de la prensa europea*”. (Corpancho, 1857). [Cursivas nuestras]

miento de una racionalidad productiva y a la creencia que, por el cosmopolitismo del hombre para vivir libremente en todos los climas, la causa real de su condición era por la falta de libertad (Unanue 1914b, 55). Esto no solo fue una forma de diagnosticar las condiciones sociales del virreinato, sino también de corresponder con el renovado impulso colonial por instrumentalizar el conocimiento sobre la historia natural, y así mejorar el comercio de los espacios americanos. Con ello, el desarrollo científico podía expresar la riqueza moral americana (De Vos 2006, 63-67).

Desde la comunidad científica “peruana”, la necesidad por generar habilidades técnicas fomentó una campaña de profesionalización médica entre 1792 y 1810, con el fin de posicionar a los médicos como los principales garantes de la salud de la población. Particularmente, los doctores criollos manifestaron un espíritu colectivo reformista al participar de notables debates intelectuales donde se refutaban prejuicios eurocéntricos, defendidos por filósofos y naturalistas como Cornelius de Paw o George-Louis Leclerc, los cuales fijaron la inferioridad y capacidad degenerativa del clima americano como un dogma (Alegre 2019, 122-123; Arnold 1997, 307-308; Warren 2011, 50-55). Desde un órgano de prensa como el *Mercurio Peruano*, fundado por la Sociedad de Amantes del País en 1791, la producción y difusión del conocimiento local permitió concebir la realidad americana, y por tanto “peruana”, como diferente a la europea. Fue de gran utilidad para ilustrar una imagen futura de la “nación peruana” en años posteriores (Dager 2009, 68).

Este conjunto de actitudes encontró una expresión creativa en la pluma de Unanue. En su artículo “Geografía física del Perú” de 1792, él vislumbró la creación de un suelo con nombre propio mediante la influencia positiva del clima en los habitantes del pasado y del presente. Con ello, se representa el territorio como

un microcosmos donde coexisten diversos climas, razas y ecológicas, y su materialidad residía en la figura de la “cordillera real” del Perú, cuyo diseño divino lo distinguía con un propósito particular, distinto al de cualquier zona en el globo. Así, uno podía encontrar en los Andes todos los rasgos que se hallaban en Asia, Europa y África, en contraste con una aparente desventaja productiva por su accidentada topografía (Cañizares-Esguerra 1995, 99-100; Thurner 2012, 133-134; Unanue 1914b, 278-282).

Por otro lado, las particularidades del perfil geográfico de la “patria” que marcaron el pensamiento del médico ilustrado también motivaron una visión panorámica de los efectos fisiológicos en los organismos por virtud del clima. Desde el siglo xvii, el jurista hispano Antonio de León Pinelo sostuvo que los cultivos y productos europeos podían prosperar en las tierras andinas sin problema, debido a su clima y gran diversidad biogeográfica. Posicionándose como cabecera de una notable tradición científica, diversos sabios ilustrados recogieron estas ideas para explicar la singularidad del clima templado de la zona, pese a encontrarse dentro de la zona tórrida (Cañizares-Esguerra 2006, 117-121). Convertido en una metáfora agraria para rebatir los prejuicios europeos, el suelo fue leído por Unanue bajo un marco “fisiológico” que, basándose en teorías racialistas y de determinismo ambiental, sustentó una imaginación social y política aguda en el clima circumequatorial, desbaratando la supuesta superioridad de las virtudes del clima templado que señalaba Montesquieu (Alegre 2019, 128-130; Thurner 2012, 135).

Frente a las certidumbres raciales del siglo xviii, usar elementos fisiológicos para sostener una racionalidad administrativa dentro de la mentalidad criolla confrontó directamente las concepciones eurocéntricas sobre las razas americanas. En ese sentido, la influencia positiva del ambiente sobre las terminaciones

nerviosas predispuso que los americanos dispongan de un gran poder imaginativo (López Beltrán 2007, 256-257; Thurner 2012, 126-135). No se limitaría a ventajas mentales, ya que en las “Observaciones sobre el clima de Lima” de 1806, Unanue señaló que los habitantes de los climas cálidos podrían ser más laboriosos que quienes vivían en las zonas frías. Por ello, Europa no podía “glorificarse” por tener el monopolio de los talentos, ya que hay “naciones bien formadas” como resultado de la universalidad del espíritu racional humano, aún si las oscilaciones calóricas en la zona tórrida determinaban cierta vulnerabilidad a las enfermedades (Dager 2009, 93; Unanue 1914a, 68-76, 84-86).

Frente al desafío de las especulaciones derogatorias sobre el clima americano, también se desarrollaron explicaciones causales sobre la influencia de las regiones en climas locales por los vientos. Esto permitió distinguir los perfiles climático-sanitarios de la costa y la sierra por las influencias provenientes de los vientos fríos del sur y los vientos cálidos del norte, respectivamente. Sin embargo, las afecciones que delimitaban estos espacios se organizaron por la cordillera según Unanue, no permitiendo la extensión de los cambios atmosféricos y marcando la peculiar sensibilidad patológica de la población indígena, producto de su “debilidad nerviosa” y precariedad en la que subsisten (Cushman 2011, pp. 34-35; Unanue, 1914a, pp. 93-95). Para el médico:

Aunque el abandono y miseria en que viven los indios sea la causa principal del gran número que muere en tiempos epidémicos, mientras que es pequeña comparativamente la mortandad de blancos, negros y castas, debe también considerarse que en ellos, como originarios del país, es mayor la

relajación de sus fibras y debilidad nerviosa y abunda más la cólera (1914a, pp. 93).⁸

Tras la Independencia, el legado de sus observaciones climático-fisiológicas fue asumida por los miembros del recientemente renombrado Colegio de la Independencia y la Sociedad Patriótica de Lima, como parte de una herencia que debía ser difundida por la ciencia, en consonancia con los valores políticos republicanos. Pese a ello, esta visión se nutría de una concepción de la medicina que no enfatizó el carácter clínico de los avances realizados en Francia y Gran Bretaña, sino un ambicioso plan de Unanue y el entonces virrey Abascal por el estudio de la “medicina natural”, siguiendo los postulados de Hipócrates y la Escuela de Leiden. Aun luego de la caída del gobierno español, la falta de una reforma curricular atravesó el final de la etapa colonial como resultado del orgullo de los médicos locales por defender su habilidad científica, considerándola igual o superior a la practicada por doctores en la metrópoli (McEvoy 2011, 773-774; Warren 2011, 202-211).

Bajo estas circunstancias, la continuidad del paradigma unaniano para explicar la causalidad de las enfermedades en Lima fue vista como un análisis científico válido por la comunidad médica, frente a la crisis sanitaria que aconteció tras el desabastecimiento de alimentos y el colapso del sistema de salud pública desde la llegada de San Martín hasta el contexto epidémico de 1825. Las circunstancias bélicas llevaron a la implementación de la Junta Suprema de Sanidad en 1826, un hecho que, marcando un con-

⁸ Sus ideas en torno a la salud de las poblaciones, condicionadas por las vicisitudes atmosféricas y transiciones climáticas anuales en el territorio, mantuvieron una presencia importante a lo largo del siglo XIX para comprender el vínculo de la salud con el clima local (Lossio, 2002, pp. 41-42).

traste con la primacía de las autoridades religiosas para el manejo de las enfermedades, integró el poder político de la Prefectura con el Tribunal del Protomedicato, institución colonial que se había encargado del control legal de la profesión médica (Sánchez 2001, 253-262). Durante estos sucesos, médicos como José Manuel Valdés estuvieron marcados por el eclecticismo pragmático que caracterizó la vida científica limeña desde comienzos del siglo XIX, que reflejaba un sentimiento protonacionalista al querer usar el conocimiento para “traer gloria al Perú”, muchos doctores del entorno capitalino combinaron los últimos hallazgos científicos con elementos teóricos que permanecían adscritos en su cultura médica, teniendo como fin la promoción del bienestar de la “patria” (Jouvé Martin 2014, 45-54).

Esta mirada localista sobre la salud buscó cumplir con una necesidad social, intentando prevenir los brotes epidémicos estacionales o desarrollar políticas públicas de atención a los más afectados. El nivel de conciencia colectiva que se tuvo sobre las enfermedades permitió que el público lector/oyente de los pronósticos meteorológicos y recetarios en manuales populares de salud practicara medidas de automedicación con quinina para tratar las fiebres tercianas de verano, así como otras aflicciones que alteraban los humores dentro del balance natural de los cuerpos con relación al medioambiente (Gänger 2016, 494-499; Seiner 2002, 106-107). En consecuencia, cuando Valdés arremetió contra la mirada médica “foránea” del profesor de la Real Armada Joaquín Solano por despreciar las sangrías y métodos de curación practicados en Lima durante la epidemia de 1818, defendía la identidad de la cultura médica local. Según su parecer, solo así podían generarse soluciones que se ajustaban a la realidad endémica de las patologías de cada país por la influencia singular del clima. Por ello, desconocer las condiciones meteorológicas, alimentación y costumbres de un territorio

validaba diagnósticos universales que difícilmente podían aplicarse para el caso peruano (Valdés 1818, 16; 21-22).

Este suceso distó de ser un caso aislado, ya que el creciente rechazo hacia una condición de igualdad respecto a los diagnósticos foráneos en medicina fue parte del autoritarismo que un grupo de médicos profesionales reflejaron con el mantenimiento del protomedicato como ente rector absoluto de la legalidad del oficio. Para ellos, marcados por el sentimiento anticolonial de las élites políticas por aquellos años, lo que debía enfrentarse era la “amenaza” de curanderos y médicos extranjeros. Irónicamente, su rechazo al pasado colonial se desarrolló tanto para reforzar la validez de los saberes locales como para criticar la decadencia institucional y académica en la que se hallaba la medicina. Sin embargo, al ser cómplices del dogmatismo de sus autoridades, fueron partícipes de lo que se convirtió en la antítesis del ideal de progreso criollo y, más bien, un reflejo del “atraso” hispano (Jouvé Martin 2014, 94-99; Warren 2011, 214-217).

Pese a sus diferencias, el grueso de la comunidad médica creyó inconcebible el desarrollo de una medicina “peruana” bajo el dominio colonial. Principalmente, el universalismo europeo que marcó la precariedad de su ciencia no habría podido alcanzar la promesa de progreso, más cuando este disfrazaba un centralismo simbólico del avance médico en el estudio fisiológico de la capital, fuente del poder político de la nueva clase dirigente criolla, antes que del territorio en su conjunto. Así, médicos como Valdés no podían imaginar un porvenir futuro del país bajo la tutela en “decadencia” de la medicina europea (Valdés 1827, 1-5). Por otro lado, una consecuencia insospechada de la meteorología médica nacionalista de Valdés fue diferenciarse de la mirada cosmopolita de Unanue al mantener su énfasis en la visión local-institucional como garante de la originalidad de los saberes criollos, antes que

atender el vínculo entre la geografía y el microcosmos climático del país en una escala global.

Pese a este importante cambio, no significó que dicha perspectiva fuese la única para la comunidad médica, o que la visión unánime no se mantuviese vigente en el tiempo republicano. Diferentes miembros de la élite política y científica se suscribieron a la efímera iniciativa de prensa médica llamada “Anales medicales del Perú” de 1827 del médico francés y seguidor de Unanue, Abel Victorino Brandin. En sus escritos, se abordó la relación entre las enfermedades de las zonas del litoral y la cordillera en función a la direccionalidad de los vientos, resaltando la importancia de disponer de registros de larga data de las variaciones meteorológicas del Perú (1827, 1-5). Para Brandin, delinear el perfil topográfico del país por influencia de la cordillera de los Andes permitió observar los rasgos climáticos irreconciliables de la costa y la sierra, como también las virtudes que estos les asignaba por la producción agrícola y minera. Dicha influencia no dejó exenta la moralidad de los pueblos, imperando la “fragilidad” física en el litoral, mientras que los indígenas “robustos” y “melancólicos” soportaban los más duros trabajos, pero cuyos vicios y “debilidad” a las enfermedades los situaba en una condición paradójica por el efecto de su medio local sobre sus organismos (Brandin 1826, 46-48). Así, para el indígena:

En las costas, sobre todo sus fuerzas son pocas, la debilidad, la flojedad le son naturales. Es más robusto, más sobrio, en la sierra... Es débil la construcción de sus cuerpos: tiene poca limpieza, comen mal, abusan del aguardiente y de las bebidas fermentadas, como la chicha y el guarapo, y lo que los disponen a las enfermedades. Este modo de vivir y las cualidades del clima los debilitan y disponen a las enfermedades (47-48).

Tanto como ciencia, la medicina de este período se formó también como parte de la cultura de pensamiento de un determinado grupo. La transición hacia la etapa republicana estuvo marcada por una fuerte crítica anticolonial a la institucionalidad de la profesión médica, y la prevalencia de la medicina meteorológica de Unanue atravesó las fases iniciales de construcción del Estado-nación peruano. Esto fue posible debido a que la diferenciación cultural que respaldó la autoridad del eurocentrismo médico problematizó las divisiones pasado-presente que caracterizaron la formación de una tradición en la comunidad médica. De esta manera, otorgar significado al presente nacional implicó traducir el saber criollo colonial de Unanue para rechazar el sentido de superioridad orientalista europeo y legitimar un ordenamiento selectivo de su propia modernidad desde el “artificio de lo arcaico”, un “pasado-en-el-presente” simbólicamente representado en el clima del Perú: así como condicionó el desarrollo civilizatorio de los incas, articulado por su vínculo con la “cordillera real”, también influyó, mediante la inmutable topografía del territorio, en la ecología de las enfermedades y sus efectos sobre las poblaciones locales. Si el clima del Perú fue el signo de diferenciación colonial del “genio” americano y la diversidad geográfica continental, también pudo transformarse en la expresión de la sensibilidad patológica que mantendría fragmentado el tejido social del país por aquellos años de la era republicana (Bhabha 1994, 28-35; 129-130).

¿Un malestar tropical en los climas andinos?: Debatendo la identidad de la fiebre amarilla en la Era del Guano

En una de las tradicionales *lectures* sobre enseñanza médica en la Universidad de Middlesex, el Dr. Charles Murchison, médico especialista en fiebres, abordó algunos aspectos esenciales de la

fiebre amarilla debido al notable interés que esta patología había cobrado en la comunidad médica inglesa. Para él, conocer la naturaleza de la enfermedad era de gran relevancia para la medicina, dada su inestable nomenclatura entre tifus y malaria, así como si era o no contagiosa. Considerando las investigaciones sobre la fiebre amarilla del médico escocés Archibald Smith, sus observaciones sobre la enfermedad en los Andes respaldaron el argumento de la sintomatología del tifus por erupciones cutáneas, así como el potencial por los lazos etiológicos entre la fiebre amarilla y el “tifus británico”, algo que solo podría clarificarse al conocer las condiciones higiénicas donde ocurrían los brotes (Murchison, 1866).

Esta discusión habría podido pasar desapercibida de no haber sido por el intenso debate que tomó lugar entre Smith y la comunidad médica en el Perú hacía una década atrás, en la que la validez científica de las observaciones locales y foráneas estuvo en tela de juicio, así como la posibilidad de discutir la “tropicalidad” que legitimaba el imaginario médico europeo sobre las patologías de los climas tórridos. Habiendo residido por varias décadas en el Perú, y ocupando una cierta posición dentro de la naciente comunidad científica nacional, Smith delineó la geografía médica del país bajo una comprensión holística de la relación entre la topografía, la diversidad climatológica y la moralidad de sus habitantes con las enfermedades. Aunque esta tuvo ciertos puntos de consenso con los médicos peruanos, el respaldo científico que le brindó su pertenencia a las redes imperiales de ciencia británicas permitió que, en un sentido orientalista, su descubrimiento sobre la mutación de la fiebre amarilla en tifus por efecto de la cordillera andina se mantuviera incuestionable para él y sus homólogos europeos, ignorando las diferentes observaciones que sus pares peruanos identificaron en el proceso (Lossio 2006, 840-843; Said 1979, 50-55).

El escenario de este hito en la historia de la medicina peruana fue crítico, ya que el contexto epidémico que caracterizó la década de 1850 fue señalado por uno de los médicos de la época como “un vasto teatro de desolación y muerte”, lo cual se traducía como punto de inflexión en las concepciones vigentes sobre el rol de los Andes en el condicionamiento de los climas del país y, por tanto, acerca del origen importado u espontáneo de muchas enfermedades que asolaban la república (Rosas, 1856a). En ese sentido, la “cordillera” se integró al imaginario médico bajo una dinámica de disputa, apropiación y reapropiación, algo característico de las “zonas de contacto” en la América independiente. Esto generó la formación de una base cultural en la que era posible adaptar el valor civilizatorio y moderno de la ciencia europea, y así dar paso a la formación de un marco ideológico en el que los médicos peruanos podían hablar “desde y por” la geografía del Perú (Livingstone 2003, 111; Pratt 2008, 172-173).

Con el inicio de la Era del Guano (1845-1879), la relativa estabilidad política, reorganización de la enseñanza médica y renovados ingresos fiscales permitieron el envío de alumnos del Colegio de la Independencia a formarse en Francia, con la finalidad que a su retorno contribuyan en la reforma de la educación médica. Es así como Cayetano Heredia logró dirigir la fundación de la Facultad de Medicina en 1856, dando fin a la institución colonial del Protomedicato tras décadas de crisis y desprestigio institucional. Asimismo, se había creado la Sociedad de Medicina de Lima dos años antes, primera formación gremial de los médicos en la república, la cual publicó en su boletín, *La Gaceta Médica de Lima*, novedades, noticias epidemiológicas de otros países y el estado sanitario de la capital (Lastres 1951, 204-211; Lossio 2002, 56-57).

Estos esfuerzos de reforma reflejaron cómo la promesa de la “modernización” fue vista como una oportunidad de gran rele-

vancia para generar conocimiento original de impacto universal en la ciencia médica, entendiendo la responsabilidad de la facultad por servir como un núcleo de conocimiento en el país. Pese a que esto trajo la renovación del pensamiento médico y su identidad institucional, el cambio estuvo marcado por un fuerte centralismo, dado que, según Heredia, “fuera de Lima no existe centro alguno de luces (...) para sostener una escuela de medicina” (1856c, 9). Aunque no necesariamente desearon la centralización en sus inicios, las circunstancias de crisis que habían acaecido al país y su “atraso moral” llevaron a replicar el modelo educativo de Lima en otras partes. En el proceso, uno de sus intereses institucionales más importantes fue estudiar el clima por las “necesidades actuales de la ciencia” y el conocimiento profundo de las endemias que tanto valor le asignaban los “médicos ilustrados” (Bravo 1856a; Ulloa 1856b, 3-4).

Bajo estas circunstancias, tras haber publicado una serie de artículos en la prensa científica británica sobre las enfermedades en el Perú, Archibald Smith entabló un debate con miembros de la comisión nombrada por la Sociedad Médica de Lima para investigar la naturaleza del tifus en los Andes y averiguar si tuvo relación con la epidemia simultánea de fiebre amarilla sucedida en la costa. No fue la primera vez en que se veía envuelto en una polémica con la comunidad médica local, ya que la discusión que había sostenido con el entonces protomédico José Manuel Valdés en 1835, no solo evidenció su rechazo al particularismo de la medicina meteorológica “nacionalista”, sino también al hecho de que su posición como ciudadano británico le otorgó suficiente autoridad para validar sus ideas por encima de las que postulaba Valdés (Juvé Martín 2014, 115-118). Por ello, para cuando Smith discutió en estas nuevas circunstancias con los comisionados, enfatizó en la evidencia que demostraba la imposibilidad de la ge-

neración espontánea de la enfermedad en los Andes, tanto por la falta de cambios atmosféricos bruscos, como por el movimiento de tropas en el país, producto de los conflictos políticos entre caudillos (Lossio 2006, 842-844). Según su parecer, el cual contradecía su noción de las alturas andinas como barrera natural para el esparcimiento de la fiebre amarilla, esta se había mantenido en los cuerpos enfermos de los contagiados por la epidemia en el litoral y, como resultado, mutó a tifus, el cual diezmo a las poblaciones indígenas de Áncash, Cusco, Junín, Ayacucho y Huánuco. Aunque centrales en su argumento, estas ideas no eran desconocidas para los médicos peruanos, quienes ya habían tenido intensas discusiones sobre la naturaleza de la fiebre amarilla que afectó el litoral a fines de 1851 (Lossio 2002, 66-69).

En una de las sesiones inaugurales de la sociedad, el médico José Casimiro Ulloa señaló que conocer la naturaleza de la epidemia de fiebre amarilla en Lima era de gran importancia, y por ello había de considerar la sugerencia del médico Evaristo D'Ornellas sobre su supuesta importación desde Panamá. Esta idea fue secundada por los doctores Miguel de los Ríos y Manuel Corpancho, redactor de la *Gaceta*, quienes analizaron históricamente la presencia de la enfermedad en el continente americano. Ambos señalaron que, desde los cronistas de la Conquista, entendidos como fuentes verosímiles, nadie hizo mención de dicha enfermedad salvo Humboldt en su viaje a Veracruz, pero que esto fue un resultado de “tradiciones populares” sin mayor mérito y que era en el “silencio de los escritores españoles” donde se podía afirmar que la enfermedad no era “indígena” (Corpancho 1856; De los Ríos 1856, 6; Ulloa 1856a, 2-3). Esta percepción pudo haberse debido al hecho de que las circunstancias geopolíticas en el Caribe a fines del siglo XVIII propiciaron una réplica de los patrones patológicos del siglo xv, llevando a entender como novedosa la

experiencia de migrantes europeos y asiáticos sin inmunidad a las enfermedades tropicales, como también por la popularidad de las comunidades médicas locales en reforzar las raíces patológicas de las enfermedades en causas foráneas (Chalhoub 1993, 445-446; McCook 2011, 24-26).

Por otro lado, hubo quienes no estuvieron de acuerdo con la naturaleza “foránea” de la enfermedad. Mientras el Dr. Mariano Macedo argumentó que, en favor de la teoría de la importación, no podía probarse como coincidencia que los fenómenos meteorológicos de Lima hayan coincidido con los puertos de Islay y Arica, los cuales habían sido devastados por la fiebre entre febrero y abril de 1854 (Macedo 1856), otras opiniones fueron más críticas del origen importado. Para cuando se dio por sentado el debate, las principales críticas a dicha postura señalaron que Lima no requería de grandes cambios atmosféricos para generar la enfermedad, ya que se hallaba rodeada de focos miasmáticos que podían causar su propagación sin necesidad del contagio entre personas. Asimismo, y en consonancia con el determinismo medioambiental sobre las enfermedades tropicales, señalaron que los principales afectados fueron “forasteros no aclimatados”, quienes fueron indígenas de la sierra y cerca de 9000 individuos que, habiendo formado parte de las tropas de Ramón Castilla tras la derrota de las fuerzas del general Echenique en la batalla de La Palma, en el marco de la Revolución liberal, llegaron a Lima tras haber pasado largas temporadas en las zonas altoandinas (Bravo 1856b; Chalhoub 1993, 447-453; Ulloa 1856c, 7-8).

Con esos antecedentes, las circunstancias en las que se inició el debate con Smith en 1858 fueron principalmente cuando se publicó una memoria epidemiológica del Dr. Macedo sobre la propagación del tifus en los Andes. Este trabajo brindó evidencia sólida sobre el tema, según el joven médico Leonardo Villar, quien

criticó que la concepción meteorológica de Smith sobre las lluvias en la costa y la sierra —condicionadas en su parecer por oscilaciones climáticas—, no haya considerado la multicausalidad que explicaba la relación antagónica de ambas zonas respecto a las precipitaciones. Para Villar, esto era importante porque si la cordillera de los Andes era una barrera natural contra la fiebre amarilla, era difícil explicar su mutación en tifus, especialmente si la base de la mortalidad tífica era la “miseria y precariedad” de las poblaciones indígenas en la sierra, mientras que la fiebre amarilla no podía transformarse en una enfermedad distinta en ningún rincón del globo, desde las Antillas hasta Irlanda. Asimismo, aseguró que no había manera de que el origen de la epidemia en las costas peruanas fuese producto de la llegada de viajeros alemanes procedentes de Río de Janeiro, ya que el viaje por el Cabo de Hornos no habría permitido la sobrevivencia de la enfermedad (Villar 1858, 1859a).

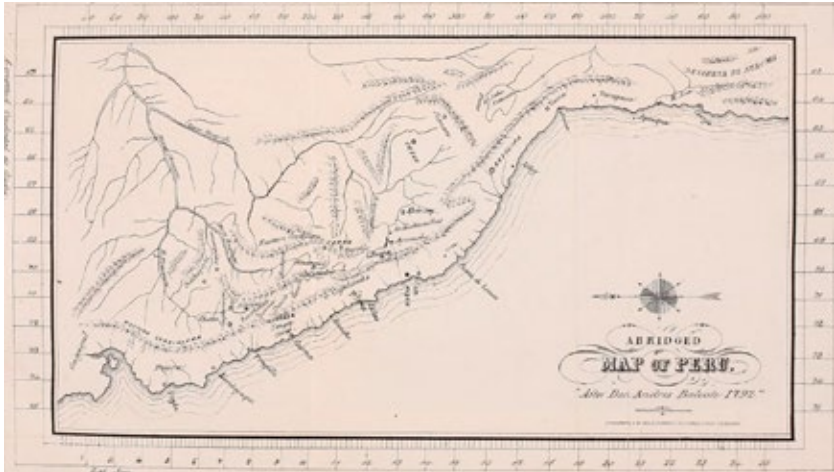
Pese a la solidez de los argumentos peruanos, Smith se negó a reconocer la validez de las observaciones de Villar. Por el contrario, citó la experiencia de médicos escoceses para reforzar su argumento de una identidad común entre las fiebres remitentes e intermitentes, como el caso del patólogo William Aitken, quien, al cuidado de las tropas británicas en Scutari durante la Guerra de Crimea, determinó en 1855 que el “tifus del Oriente” podía modificarse según las condiciones del sitio (Smith, 1859b). Esta noción se respaldó por su creencia que la fiebre amarilla podía cambiar, al igual que cuando “las semillas de las plantas se llevan a otro terreno diferente”, algo con lo que Macedo no concordaba debido a que las “modificaciones no pueden llegar a ser tan profundas que llegan a cambiar completamente la naturaleza de una enfermedad” (Macedo 1859, 224; Smith 1859a, 177). Eventualmente, el debate concluyó sin un veredicto conclusivo, con la réplica de Villar desafiando la misma autoridad científica que Smith pretendió

fijar como inobjetable, citando a especialistas como los médicos estadounidenses René La Roche y Elisha Bartlett para señalar que las fiebres actúan de formas diferentes en los espacios que no son endémicos, y que sus modificaciones podían darse por la inmunidad que dejaba tras una epidemia, pero no había evidencia para un cambio más allá del grado de intensidad (Villar, 1859b).

Algunos años después de dicha polémica, Smith publicó sus observaciones sobre “la fiebre amarilla de los Andes” (1863), texto que fue discutido en los círculos médicos británicos. Sus aportes fueron considerados como de gran valor para comprender la manifestación de las epidemias en las regiones andinas, como también para confirmar las observaciones de médicos en zonas coloniales, como William Balfour Baikie en Níger, quienes sostenían que el tifus era una modificación de la fiebre amarilla producto del cambio de clima cálido a templado (Babington 1862; Review VII, 1867). En su célebre publicación, Smith colocó un plano elaborado por el piloto Andrés Baleato en 1792, con la finalidad de resaltar la importancia que tenían las formaciones montañosas en delinear el perfil topográfico del territorio, especialmente por las cordilleras. Este documento fue relevante porque, a partir de las reformas administrativas borbónicas, los materiales cartográficos producidos por viajeros, religiosos y científicos “criollos” tenían como fin apoyar la construcción de la hegemonía política imperial sobre los dominios americanos, recogiendo conocimientos acumulados por diferentes fuentes geográficas, pero que representaban al espacio con una gran plasticidad, sujeto a vicisitudes comerciales, meteorológicas y sanitarias (Valverde y La Fuente 2009, 200-206). En ese sentido, a los ojos de la comunidad médica británica, la visión humboldtiana de Smith sobre la ecología de las enfermedades en los Andes, sustentado sobre un proyecto geopolítico hispano, fue

funcional a un proyecto imperial de jerarquización de las diferencias raciales y climáticas, al reconocer los espacios saludables y patológicos del globo (Harrison 2000, 57-60).

Figura 1



Nota: "Abridged Map of Peru (After Don Andrés Balcate [sic] 1792)" por Archibald Smith M. D., Transactions of the Epidemiological Society of London, vol. 1, part. 3, 1863, 288-289.

Para Smith, retratar a los Andes como un medio transformador de una patología tropical fue una forma de transmitir no solo la superioridad del conocimiento europeo por sobre el local, sino también un refuerzo de sus prejuicios sobre los hábitos degenerados y la fragilidad de los habitantes costeros producto de su clima, legitimando también el supuesto de que la mayoría de las epidemias experimentadas en Perú tenían su origen en las ciudades del litoral. No racializó el impacto del tifus como lo hicieron los médicos peruanos, pero sí buscó invalidar la capacidad de la comunidad científica criolla por pro-

ducir conocimiento que, aunque basado en prejuicios, pudiese estar al mismo nivel que el suyo (Lossio 2006, 844-845; Livingstone 1991, 426-427). La construcción de una visión análoga de las enfermedades en los climas templados como en los espacios coloniales hizo valedero el uso de términos que permitieron explicar afecciones de distinto tipo, al punto de confinar patologías a las zonas tórridas.

Por otro lado, la comunidad médica peruana reforzó las distinciones que identificaban las enfermedades urbano-costeñas con aquellas de la cordillera andina, lo que, además de señalar el carácter local de las epidemias, también les brindó una plataforma desde la cual ordenar/clasificar las afecciones de la república y sus partes constitutivas (García 2009, 35-36; Worboys 1996, 185). Al igual que con los médicos colombianos que rechazaron las interpretaciones generalizantes de la fisiología francesa, esto actuó como una metáfora para capitalizar la medicina geográfica como un marco de análisis para explicar el origen y distribución de las enfermedades, pero a diferencia de ellos, no necesariamente defendió la experiencia directa en el sitio de su producción como la mejor manera de producir conocimiento (García y Pohl-Valero 2016, 357-358). Smith había viajado por buena parte de las zonas altoandinas para nutrir sus análisis, algo que los médicos peruanos realizaron de forma esporádica por varios años. Por ello, el valor en distinguir las miradas domésticas/foráneas estuvo en la progresiva consolidación de Lima como el centro de producción del conocimiento por excelencia del país, y su comunidad médica como la vanguardia científica capaz de oponerse a la inhabilidad de los europeos por reconocer a la ciencia local que ponía en duda la universalidad de sus observaciones.

Más allá de “los trópicos”: Consolidando una medicina criolla

Algunos años después, las miradas desde los cuerpos tatuados de caudillos polinesios en un rincón del Pacífico sur despidieron el viaje de un par de miles de nativos, adornados con plumas y telares coloridos, en dirección al este, bajo la mano de un inglés aventurero que creyó poder colonizar las tierras andinas de una joven república. Aunque este panorama no puede más que especularse, lo cierto es que la incompatibilidad de los organismos “foráneos” al clima de Lima puso límites a la posibilidad de sujetos coloniales de otros rincones del globo por encontrar una morada en territorios lejanos, pues fueron diezmados por la tuberculosis, sin haber llegado a conocer la “vida civilizada” que les aguardaba en el Perú (D’Ornellas 1875, 138).

El trágico episodio del fracaso de la inmigración polinesia —cesada en 1863 por el gobierno de Pedro Diez Canseco— producto de las enfermedades ejemplifica la complejidad tras la maduración del proceso de formación de una distintiva experiencia “peruana” del quehacer médico, frente a los desafíos por instrumentalizar el conocimiento climático-geográfico del país hacia un objetivo utilitario del Estado: atraer inmigrantes para poblar el territorio e impulsar la productividad económica mediante su “civilización”. Esto supuso que el sujeto predilecto de las ambiciones de la élite política no se reflejó en el chino culí (Cantón), principalmente traído para laborar en las haciendas costeñas, sino en la población europea, la cual fue vista como un receptáculo de “progreso” (Bonfiglio 2001, 20-30). Tras algunas décadas de vida independiente y la persistente ambivalencia de sucesivos gobiernos sobre los proyectos migratorios, los esfuerzos más importantes para materializar este anhelo de las élites liberales llegaron a su cénit durante el tiempo de Manuel Pardo y el Partido Civil en la

década de 1870, y con la comunidad médica limeña, adjudicándose la representación del resto del país, fue fundamental en sentar las bases científicas para ello.

Habiendo nuevamente inaugurado una prensa médica tras varios años de inactividad por los vaivenes políticos, el Partido Civil representaba, en palabras de José Casimiro Ulloa, un “gobierno más conforme con los progresos de la época y las necesidades de país, (lo que) ha encendido nuevamente las inteligencias, el amor a las letras y las ciencias” (1875a, 1). Efectivamente, la ciencia europea había impregnado el imaginario de las élites liberales peruanas, dentro de las cuales una personalidad como el presidente Manuel Pardo posicionó la figura del ferrocarril, conectando el centro del país con el mundo “civilizado”, como un elemento fundamental dentro de una visión de “vanguardia capitalista” que se tradujo en el aprovechamiento de las riquezas naturales mediante la apropiación local de la ciencia (Gootenberg 1993, 104; McEvoy 2007, 277-278). No por nada la cúspide de los esfuerzos por la intervención estatal sobre el territorio y sus recursos naturales desde la Independencia vino a materializarse en el Cuerpo de Ingenieros Civiles y Arquitectos del Estado. Habiendo sido recompuesto en 1872, sus principales funciones en materia de obras públicas fueron cruciales en la implementación de proyectos de irrigación en los valles costeros, a pesar de que la indolencia burocrática por concluirlos no hizo más que minar buena parte de sus esfuerzos (Seiner 2002, 153-157).

Sin embargo, las principales preocupaciones estarían centradas en materias específicas, las cuales habían cobrado relevancia luego de dos décadas de institucionalización de la vida científica. Como lo declaró José Casimiro Ulloa:

Nuestro clima, nuestra raza, el estudio de nuestra civilización y demás circunstancias que actúan en la patogenia de

las enfermedades dan a estas un sello especial. Nuestra Flora Médica contiene multitud de plantas medicinales dignas de ser estudiadas, así como nuestra Topografía Médica multitud de hechos, cuyo estudio puede darnos la explicación de esas enfermedades endémicas [...]* (Ulloa 1875a, 1).

Este diagnóstico por un mayor conocimiento local retomó los anhelos que, desde la generación de Hipólito Unanue, buscaron articular saberes locales útiles para conocer las patologías del país, así como para reconocer aquellos elementos que le otorgaban un carácter único. Consecuentemente, lograr una ciencia pragmática que esté acorde al ideal migratorio de la burguesía implicó ir contra los preceptos de degeneración climática que sostuvieron influyentes médicos antiaclimatacionistas, como el francés Jean-Christian-Marc Boudin, así como un medio por reafirmar su autoridad científica y dar paso a la construcción de una medicina “nacional” (Contreras 2004, 190-192; García 2015, 299-301; Mücke 2010, 73-75).

A diferencia de Smith, Boudin nunca puso un pie en el Perú o en el continente americano, y no tuvo forma de generar vínculos con la comunidad médica peruana, a pesar de que el país formaba parte de los debates médicos franceses en torno a la aclimatación en zonas tropicales o no europeas. Aunque dichas ideas no significaron su inserción dentro de un debate comparativo como con los británicos, sí formó parte de una red global de investigaciones sobre la geografía médica del Perú. En el caso francés, hubo interés por analizar la frecuencia de las enfermedades según las variaciones estacionales de clima, como también los síntomas de la verruga en la población indígena y el escaso conocimiento que se disponía para su curación (Couffon 1863; Répertoire Médicale 1846). Este tipo de informes tenían relevancia para los avances de la geografía médica francesa, ya que como describió el eminente

médico Alfred Le Roy de Méricourt, “el hombre no posee el mismo nivel de aptitud (que los animales) de adaptarse a todos los climas y moverse libremente, ya que no disfruta de un cosmopolitismo absoluto” (1864, 6).

Dicho paradigma fue el mismo que compartió Boudin sobre la incapacidad humana por tener la flexibilidad suficiente como para habitar el globo libremente, y es que los procesos de aclimatación se comprendieron como limitados e insuficientes por sí mismos en sortear las enfermedades sujetas a los cambios físicos. Esta concepción no maduró en un sentido práctico sino hasta el siglo XVIII, momento en que los poderes coloniales intentaron numerosas veces incorporar animales y plantas a entornos climáticos diversos con fines económicos, pero el escepticismo sobre la imposibilidad de su aclimatación llevó a pensar en una posible degeneración de los organismos en climas no propicios. Con la captura de Argelia por los franceses en 1830, la preocupación por los potenciales efectos perjudiciales de los climas “orientales” llevó a que, para comprender las posibilidades por alterar las condiciones climatológicas, recurran a la práctica higiénica como un medio de colonización y, por tanto, para “civilizar” (Anderson 1992, 137-139; Locher y Fressoz 2012, 587-588).

En contraste con la mirada “cosmopolita” del médico Isidore Geoffroy de Saint-Hilaire, quien concebía estrategias de adaptación progresiva para los organismos, Boudin creyó que tomar en cuenta la influencia de circunstancias, como la altitud en el desarrollo de las enfermedades, podía revelar las razones tras la variaciones fisiológicas y patológicas del organismo. Así, los rasgos geográficos condicionaban el estado sanitario de las zonas que fueron vistas como potenciales de colonización. Por estas circunstancias y otras observaciones, Boudin descartó la adaptación colectiva del ser humano, y aunque no niega que puedan darse ca-

sos individuales, no se puede afirmar que, tras la aclimatación, el organismo sea cosmopolita (Boudin 1857, 200-201, 221; Caponi 2007, 21-26).

Sus esfuerzos por definir un esquema global de fenómenos meteorológicos y su distribución en la Tierra derivaron en un mapa que, valiéndose de las lluvias y los vientos, definieron la posición geográfico-climática de las sociedades. En buena medida, un artefacto de tal magnitud resultó funcional a las preocupaciones de la higiene militar francesa napoleónica por reconocer espacios “saludables” en las fronteras coloniales europeas y que les permitiera encontrar “leyes generales de distribución de las enfermedades”. Siguiendo esa concepción, el uso de isolíneas, popularizadas por la medicina humboldtiana, apoyaron la definición fisiográfica de Europa noroccidental como el centro del mundo, por sus climas saludables y encontrarse dentro de la “zona templada” (Caponi 2007, 19-20; Osborne 2000, 35-37; Rupke y Wonders 2000, 167-172). Se destaca que la zona delimitada como carente de lluvias comprende desde el norte de África a los territorios adyacentes al golfo Pérsico, como también el litoral y parte de la cordillera del Perú.

Figura 2



Nota: Carte physique et météorologique du globe terrestre: comprenant la distribution géographique de la température, des orages, des vents, des pluies et des neiges. (3.ª ed.) de Jean Christian Marc Boudin, 1855. Bibliothèque Nationale de France.

¿Era posible criticar estas observaciones? El interés por sostener la particularidad de los climas “peruanos” no solo estuvo limitado a una crítica directa contra las observaciones de Boudin, sino también en vincular el potencial progreso del país con el conocimiento/aprovechamiento del entorno natural mediante el conocimiento. En ese sentido, el médico ayacuchano y miembro del Partido Civil, Luis Carranza, criticó las ideas del médico francés señalando que en el Perú coexisten dos “mundos” por su cordillera, climas agradables y espacios de riqueza, como también zonas hostiles y de difícil acceso, algo que invocó el lento progreso por construir obras públicas que unificaran espacios productivos con zonas de escaso desarrollo. Gracias a ello, existía la posibili-

dad que la raza blanca pueda vivir aclimatada en los trópicos, pues según Carranza, la influencia de los Andes y la corriente polar antártica mantenía frío el litoral por las noches. Al mismo tiempo, los vientos fríos del mar paraban a condensarse en las montañas, produciendo las lluvias que bañan los bosques amazónicos y los campos altoandinos. (Carranza 1887, 1-19, 50-64; Cueto y Contreras 2008, 642-644). Aunque no era una preocupación manifiestamente generalizada, tampoco se trataba de una mirada en solitario por defender la aclimatación. Como lo muestra una tesis de bachiller en Medicina de la época, hubo interés por defender que las variaciones a las que se sometía a la raza no eran absolutas, especialmente referido a la mortandad suscitada en espacios coloniales (Ramírez 1875, 340-347). Por el interés en sostener una mirada crítica sobre el eurocentrismo científico, se hizo hincapié en el “punto ciego” de la ciencia humboldtiana por no considerar la variabilidad climática en determinadas zonas del globo, privilegiando el análisis de condiciones meteorológicas típicas en su lugar (Cushman 2011, 35).

Las ideas de Carranza y otros médicos de su tiempo con interés en la geografía médica partieron de una mirada amplia sobre sus objetos de estudio, permitiéndoles generar análisis complejos antes que explicaciones uniformes sobre las causas de sus observaciones. Al estudiar las enfermedades, fue posible concebir que los europeos eran capaces de adquirir inmunidad, incluso para la fiebre amarilla, teniendo como prueba de ello la estancia prolongada de una familia indígena en el valle de Pachacamac “desde los tiempos más remotos del Imperio”, lo que “impidió que la fiebre amarilla produjese entre ellos los desastrosos efectos que en los demás de su raza” (1887, 24-28). En un sentido más amplio, y coincidiendo con los intereses del médico Evaristo D’Ornellas, el clima peruano era tan diverso que, desde su complejidad topográ-

fica, en sus quebradas y vertientes, albergaba fronteras “sanitarias” que curaban malestares, y también los frenaban, como en el caso de la malaria, pese a que en Chanchamayo existían focos infecciosos para su propagación. Por otro lado, el centro del país no solo era visto como predilecto para la curación de la tuberculosis debido a la rarefacción de su aire en las alturas, sino que también era un reflejo de su vasto potencial agrícola, al ser recipiente de la mayor cantidad de lluvias en todo el territorio, aun cuando la gran mayoría de espacios en el espacio andino eran relativamente secos (Carranza 1887, 40-41, 67; D’Ornellas 1875).

Contra el determinismo climático europeo que relegó la zona tórrida a un espacio yermo para la “civilización”, el estudio de las condiciones climatológicas y la geografía del país rechazaron el reduccionismo de las explicaciones europeas a la distintiva realidad del Perú, y generaron un conocimiento propio que situó un imperativo territorial que permitía generar versiones “oficiales” sobre el espacio para construir una imagen nacional (García 2015, 303; Miller 2020, 145-152). Las ansiedades por incorporar una racionalidad médica en la comprensión del territorio, afín a los intereses de la élite política limeña, ancló la multiplicidad de los climas “peruanos” en un sujeto vertebrador de su geografía, la cordillera, cuya influencia en los organismos demarcó una diferencia importante entre los “indígenas” y los habitantes “de la Costa” (Carey 2014, 806-807; Orlove 1993, 325).

Como lo ha señalado Cecilia Méndez, el nacionalismo criollo no rechazó lo indígena en un sentido absoluto, sino que forjó sus expresiones sobre la posibilidad que esté sujeto se halle “fuera de su lugar”; es decir, alejado de un orden hegemónico que permite la “integridad nacional” (2000, 29). La medicina “criolla”, gestada en una etapa de iniciativas desde el poder central por explorar y dominar el medioambiente, generó nuevas formas de conciencia

espacial y geográfica con la capacidad no solo de crearla mediante la diferenciación, sino también “mantenerla” en el tiempo y dentro del tejido social de la república con el auxilio de la ciencia (Livingstone 2003, 128). El legado de estas observaciones perduró hasta el siglo xx, mutando el sentido cultural y político del paisaje andino en un espacio donde era posible realizar “excelencia científica en la periferia”, poner a prueba la legitimidad de la ciencia europea, y, desde la diversidad de su microcosmos ecológico, comprender el rol de la cultura en los organismos aclimatados que habitaron sus montañas (Cueto 1989b, 2003; Lossio 2012).

Conclusiones

En una de las sesiones de la Sociedad de Medicina de Lima en 1875, tras varios años de ausencia de investigaciones, el Dr. Ulloa reclamaba que el desconocimiento por la “fiebre de La Oroya” resultaba preocupante porque evidenciaba la falta de marcos colectivos de trabajo para su estudio, los cuales veía como necesarios para enfrentar estas patologías y transmitir el conocimiento para prevenir sus impactos futuros (Ulloa 1875b). Consolidándose como una enfermedad nacional bajo el nombre del “mal de Carrión” a inicios del siglo xx, este episodio muestra cómo la relevancia por acrecentar los estudios médicos sobre las enfermedades de la geografía local estaba íntimamente vinculada con la razón utilitaria de las instituciones profesionales que fomentaban su práctica, así como su lugar entre los engranajes que podían llevar el país hacia el “progreso”. Al igual que motivaba una causa “nacional”, la vigencia de una tradición médica que reforzó las distinciones geográficas y étnicas del Perú desde el tiempo de Hipólito Unanue permitió participar de redes globales de producción del conocimiento, en la búsqueda por legitimar el desarrollo de la ciencia local. Como un punto de encuentro entre contextos

culturales distintos, esta dinámica permitió concebir una racionalidad científica que rebasaba las dicotomías binarias del tiempo colonial, abriendo paso a expresiones híbridas poscoloniales que influyeron en la identidad médica peruana (Cueto 2003, 326-331; Seth 2017, 71-75).

Como ha señalado Mike Hulme, la construcción histórica del concepto de “clima” no cumplió con una realidad objetiva que se desprendió únicamente de las observaciones atmosféricas. Fue también el resultado de amplias contingencias sociales, filosóficas, geográficas y políticas que delinearon progresivamente su acepción contemporánea (Hulme 2020, 275-276). La experiencia peruana ilumina una genealogía del conocimiento médico que, desde sus orígenes ilustrados, encontró rasgos universales en el estudio del territorio y cuya importancia trascendió la etapa colonial para impregnar sentimientos nacionalistas que buscaron legitimar los saberes de la comunidad criolla por varias décadas durante la república. En buena medida, el logro de los médicos de la capital en apropiarse “científicamente” de la cordillera de los Andes para convertir sus análisis en ideas propias de una comunidad “nacional” supuso sentar los cimientos para mantener el cuerpo social del país en fragmentos distintivos. Esto no solo se limitó a lo dicho “desde Lima”, sino también a las provincias, donde una élite criolla replicó un sentido común capitalino para señalar que existían diferencias irreconciliables entre ellos y la población indígena local. Como lo señaló Fiona Wilson para la ciudad de Tarma en los últimos años del siglo XIX, el uso de un lenguaje biológico dentro del imaginario social criollo que enfatizó las diferencias culturales de los habitantes, mediante la noción de higiene, permitió restringir la participación de los indígenas en la creación de un espacio público que fue principalmente diseñado bajo un ideal de progreso (2004, 174-177).

Estas observaciones no apuntan a constituir la única forma de “historizar” lo poscolonial dentro de las historias de la medicina que restan por escribirse para la sociedad peruana. Si la discusión sobre esta aproximación puede concebir medios de análisis de fenómenos que, de lo contrario, permanecerían ocluidos, para descolonizar nuestras miradas sobre la ciencia, resulta útil tender puentes con el legado conflictivo de la imaginación criolla por remover y descolonizar lo “indígena” con una finalidad conveniente para el nuevo orden nacional que buscaron construir (Anderson 2020, Thurner 1996). Frente a la fragilidad inicial de su sentido de identidad como grupo, la oposición a los preceptos y prejuicios del eurocentrismo médico reforzó los elementos que habían constituido sus orígenes históricos, mediante el uso de la diferencia y apropiación de la “superioridad” de la ciencia para legitimar su visión sobre la geografía peruana y sus enfermedades. Finalmente, la consolidación de un sentido de autoridad y de dominio sobre las particularidades climáticas del país permitió que la comunidad médica criolla se posicione como el principal garante de la producción del conocimiento fisiológico y meteorológico local, aun si la geografía poscolonial que delinearon en su imaginario contribuyó a remarcar las diferencias entre ciertos grupos sociales y los ideales de progreso que la clase dirigente buscó proyectar a futuro.

Referencias

- Alegre, M. “Degenerate Heirs of the Empire: Climatic Determinism and Effeminacy in the Mercurio Peruano”. *Historia Crítica*, n. 37, 2019, 117-136.
- Anderson, W. “Finding Decolonial Metaphors in Postcolonial Histories”. *History and Theory*, vol. 59, n. 3, 2020, 430-438.

- Anderson, W. "Making Global Health History: The Postcolonial Worldliness of Biomedicine". *Social History of Medicine*, vol. 27, n. 2, 2014, 372-384.
- Anderson, W. "Climates of Opinion: Acclimatization in Nineteenth-Century France and England". *Victorian Studies*, vol. 35, n. 2, 1992, 135-157.
- Arnold, D. "The Place of 'the Tropics' in Western medical ideas since 1750". *Tropical Medicine and International Health*, vol. 2, n. 4, 1997, 303-313.
- Babington, B. G. "Reports of Societies: On the Spotted Hemorrhagic Yellow Fever of the Peruvian Andes during, 1853, 54, 55, 56, 57 by Archibald Smith M.D". *The British Medical Journal*, vol. 1, n. 53, 1862, 19-22.
- Bhabha, H. *The Location of Culture*. Routledge, 1994.
- Birn, A. E. y R. Necochea. "Footprints on the Future: Looking Forward to the History of Health and Medicine in Latin America in the Twenty-First Century". *The Hispanic American Historical Review*, vol. 91, n. 3, 2011, 503-527.
- Bonfiglio, G. *La presencia europea en el Perú*. Fondo Editorial del Congreso, 2001.
- Bolton Valencius, C. "Histories of medical geography". *Medical History*, vol. 44, n. S20, 2000, 328.
- Bonhomme, E. "Troubling (Post)colonial Histories of Medicine: Toward a Praxis of the Human", *Isis*, vol. 111, n. 4, 2020, 830-833.
- Boudin, J. C. *Carte physique et météorologique du globe terrestre: comprenant la distribution géographique de la température, des orages, des vents, des pluies et des neiges*. 3.^a ed., Bibliothèque Nationale de France, 1855.
- Boudin, J. C. *Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques: comprenant la météorologie et la géo-*

logie médicales, les lois statistiques de la population et de la mortalité, la distribution géographique des maladies et la pathologie comparée des races humaines, Tomo 1. Imprimerie L. Martinet, 1857.

Brandin, A. V. *De la influencia de los diferentes climas del universo sobre el hombre y en particular, de la influencia de los climas de la América meridional*. Imprenta de La Libertad, 1826.

Brandin, A. V. *Anales Medicales del Perú*, n. 4. Imprenta Republicana de J. M. Concha, 1827.

Bravo, J. J. “Discurso inaugural que en la sesión celebrada por la Sociedad Médica de Lima el 1 de febrero de 1855, leyó el Dr. D. José Julián Bravo, vicepresidente de dicha sociedad”. *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 1, n. 1, 1856a, 5-6.

Bravo, J. J. “Discurso: ¿Cuál ha sido el origen de la fiebre amarilla en Lima, y cuál es su modo de propagación?”. *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 1, n. 4, 1856b, 13-15.

Cañizares-Esguerra, J. *Cómo escribir la historia del Nuevo Mundo: Historiografías, epistemologías e identidades en el mundo Atlántico del siglo XVIII*. FCE, 2007.

Cañizares-Esguerra, J. *Nature, Empire, and Nation: Explorations of the History of Science in the Iberian World*. Stanford University Press, 2006.

Cañizares-Esguerra, J. “La utopía de Hipólito Unanue: Comercio, naturaleza, y religión en el Perú”. *Saberes andinos: Ciencia y tecnología en Bolivia, Ecuador y Perú*, editado por M. Cueto. IEP, 1995, 91-108.

Caponi, S. “Sobre la aclimatación: Boudin y la geografía médica”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 14, n. 1, 2007, 13-38.

Carey, M. “Climate, Medicine and Peruvian Health Resorts”. *Science, Technology & Human Values*, vol. 39, n. 6, 2014, 795-818.

- Carranza, L. *Colección de artículos publicados*, vol. 1. Imprenta del Comercio, 1887.
- Chalhoub, S. "The Politics of Disease Control: Yellow Fever and Race in Nineteenth Century Rio de Janeiro". *Journal of Latin American Studies*, vol. 25, n. 3, 1993, 441-463.
- Contreras, C. *El aprendizaje del capitalismo. Estudios de historia económica y social del Perú republicano*. IEP, 2004.
- Corpancho, M. "Discurso pronunciado por el Dr. Manuel Nicolás Corpancho en la sesión del 11 de julio". *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 1, n. 2, 1856, 7-8.
- Corpancho, M. "Circular a los miembros de la 'Sociedad Médica de Lima'". *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 1, n. 12, 1857, 9.
- Couffon, V. A. "Relation médicale de la campagne de la corvette *la Sériusse* sur les côtes occidentales d'Amérique (Chili, Bolivie, Pérou, Équateur Centre-Amérique, Mexique) de 1858 à 1861". Tesis presentada a la Facultad de Medicina de Montpellier. Imp. Cristin et Cie, 1863.
- Crosby, A. W. *Ecological Imperialism: The Biological Expansion of Europe, 900-1900*. Cambridge University Press, 1986.
- Cueto, M. "Nationalism, Carrión's Disease and Medical Geography in the Peruvian Andes". *History and Philosophy of the Life Sciences*, vol. 25, n. 3, 2003, 319-335.
- Cueto, M. *Excelencia científica en la periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*. Tarea, 1989a.
- Cueto, M. "Andean Biology in Peru: Scientific Styles on the Periphery". *Isis*, vol. 80, n. 4, 1989b, 640-658.
- Cueto, M. y Contreras, C. "Camino, ciencia y Estado en el Perú, 1850-1930". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 15, n. 3, 2008, 635-655.
- Cushman, G. "Humboldtian Science, Creole Meteorology, and

- the Discovery of Human-Caused Climate Change in South America”. *Osiris*, vol. 26, n. 1, 2011, 16-44.
- Dager, J. *Historiografía y nación en el Perú del siglo XIX*. PUCP, 2009.
- De Vos, P. “Research, Development, and Empire: State Support of Science in the Later Spanish Empire”. *Colonial Latin American Review*, vol. 15, n. 1, 2006, 55-79.
- De los Ríos, M. “Trabajos académicos: Discurso pronunciado por el Dr. Dn. Miguel de los Ríos en la sesión del 27 de junio”. *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 1, n. 2, 1856, 6-7.
- D’Ornellas, E. “Influencia del clima de los Andes, de 11° a 13° lat. S, sobre la tisis”. *La Gaceta Médica*, vol.1, n. 17, 1875, 136-139.
- García, M. “Debating Diseases in Nineteenth-Century Colombia: Causes, Interests, and the Pasteurian Therapeutics”. *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 89, n. 2, 2015, 293-321.
- García, M. *From Medical Geography to Germ Theory in Colombia, 1860-1900*. University of Edinburgh, 2009.
- García, M. y Pohl-Valero, S. “Styles of Knowledge Production in Colombia, 1850-1920”. *Science in Context*, vol. 29, n. 3, 2016, 347-377.
- Gänger, S. “In their own hands: domestic medicine and “the cure of all kinds of tertian and quartan fevers” in late-colonial Lima”. *Colonial Latin American Review*, vol. 25, n. 4, 2016 492-511.
- Gootenberg, P. *Imagining Development. Economic Ideas in Peru’s “Fictitious Prosperity” of Guano (1840-1880)*. University of California Press, 1993.
- Harrison, M. “Differences of Degree: Representations of India in British medical topography, 1820-c. 1870”. *Medical History*, vol. 44, n. S20, 2000, 51-69.
- Heredia, C. “República peruana–Junta Directiva de la Facultad de

- Medicina, Lima 18 de Febrero de 1856”. *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 1, n. 4, 1856, 7-9.
- Hulme, M. “Afterword: Historiographies and Geographies of Climate”. *Weather, Climate, and the Geographical Imagination: Placing Atmospheric Knowledges*, editado por M. Mahony y S. Randalls. University of Pittsburgh Press, 2020, 274-280.
- Hulme, M. “Climate and its changes: A cultural appraisal”. *Geo: Geography and Environment*, vol. 2, n. 1, 2015, 1-11.
- Jouvé Martin, J. *The Black Doctors of Colonial Lima: Science, Race, and Writing in Colonial and Early Republican Peru*. McGill-Queen’s University Press, 2014.
- Lastres, J. *Historia de la medicina peruana*, vol. 3. Imprenta Santa María, 1951.
- Latour, B. *We Have Never Been Modern*. Harvard University Press, 1993.
- Le Roy de Méricourt, A. “Contributions a la géographie médicale: introduction”. *Archives de médecine navale*, n. 2, 1864 5-13.
- Livingstone, D. *Putting Science in Its Place: Geographies of Scientific Knowledge*. The University of Chicago Press, 2003.
- Livingstone, D. “The moral discourse of climate: historical considerations on race, place, and virtue”. *Journal of Historical Geography*, vol. 17, n. 4, 1991, 413-434.
- Locher, F. y Fressoz J. B. “Modernity’s Frail Climate: A Climate History of Environmental Reflexivity”. *Critical Inquiry*, vol. 38, n. 3, 2012, 579-598.
- López-Beltrán, C. “Hippocratic Bodies: Temperament and Castas in Spanish America (1570-1820)”. *Journal of Spanish Cultural Studies*, vol. 8, n. 2, 2007, 253-289.
- Lossio, J. *Pandemias y salud pública: Historia de cuarentenas y vacunaciones*. MinculProyecto Especial Bicentenario de la Independencia del Perú, 2021.

- Lossio, J. *El peruano y su entorno. Aclimatándose a las alturas andinas*. IEP, 2012.
- Lossio, J. “British medicine in the Peruvian Andes: the travels of Archibald Smith M.D. (1820-1870)”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 13, n. 4, 2006, 833-850.
- Lossio, J. *Acequias y gallinazos: Salud ambiental de Lima en el siglo XIX*. IEP, 2002.
- Macedo, J. “Discurso pronunciado por el Dr. Macedo en la sesión del 18 de julio”. *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 1, n. 3, 1856, 5-7.
- Macedo, J. “Carta al Sr. Dr. D. Archibaldo Smith”. *La Gaceta Médica*, vol. 3, n. 65, 1859, 222-224.
- Mahony, M. y Endfield G. “Climate and Colonialism”. *Wiley Interdisciplinary Reviews*, vol. 9, n. 2, 2018, 1-16.
- McCook, S. “The Neo-Columbian Exchange: The Second Conquest of the Greater Caribbean, 1720-1930”. *Latin American Research Review*, vol. 46, n. S1, 2011, 11-31.
- McEvoy, C. “No una sino muchas repúblicas: Una aproximación a las bases teóricas del republicanismo peruano, 1821-1834”. *Revista de Indias*, vol. 71, n. 253, 2011, 759-792.
- McEvoy, C. *Homo Politicus: Manuel Pardo, la política peruana y sus dilemas, 1871-1878*, ONPE-PUCP-IRA-IEP, 2007.
- Méndez, C. “Incas sí, indios no: Apuntes para el estudio del nacionalismo criollo en el Perú”. *Documento de Trabajo*. IEP, n. 56, 2000.
- Miller, N. *Republics of Knowledge: Nations of the Future in Latin America*. Princeton University Press, 2020.
- Mücke, U. *Política y burguesía en el Perú. El Partido Civil antes de la Guerra con Chile*. IFEA-IEP, 2010.
- Murchison, C. “Notes from Lectures On The Practice of Medicine”. *The British Medical Journal*, vol. 2, n. 310, 1866, 625-626.

- Orlove, B. "Putting Race in Its Place: Order in Colonial and Post-colonial Peruvian Geography". *Social Research*, vol. 60, n. 2, 1993, 301-336.
- Osborne, M. "The Geographical Imperative in Nineteenth-Century French Medicine". *Medical History*, vol. 44, n. S20, 2000, 31-50.
- Peard, J. *Race, Place, and Medicine: The Idea of the Tropics in Nineteenth-Century Brazilian Medicine*. Duke University Press, 1999.
- Pratt, M. L. *Imperial Eyes: Travel Writing and Transculturation*. Routledge, 2008.
- Ramírez, M. "Aclimatación del hombre en los países cálidos". Tesis para obtener el grado de bachiller en Medicina, Facultad de Medicina de San Fernando, 1875.
- Review VII, *The British and Foreign Medico-Chirurgical Review and Quarterly Journal of Practical Medicine and Surgery*, vol. 39, n. 77, 1867, 89-101.
- Répertoire Médicale. "Verugas, maladie endémique dans le Pérou". *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, n. 30, 1846, 320-322.
- Rosas, F. "Discurso pronunciado por el Dr. D. Francisco Rosas sobre la cuestión de la fiebre amarilla". *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 1, n. 9, 1856a, 4-5.
- Rupke, N. y Wonders K. "Humboldtian Representations in Medical Cartography". *Medical History*, vol. 44, n. S20, 2000, 163-175.
- Said, E. *Orientalism*. Vintage, 1979.
- Sánchez, S. "Clima, hambre y enfermedad en Lima durante la guerra independentista (1817-1826)". *La independencia del Perú: de los borbones a Bolívar*, compilado por S. O' Phelan. IRA-PUCP, 2001, 237-264.

- Seiner, L. *Estudios de historia ambiental: Perú, siglos XVI-XX*. Universidad de Lima, 2002.
- Seth, S. “Colonial History and Postcolonial Science Studies”. *Radical History Review*, n. 127, 2017, 63-85.
- Sivaramakishnan, K. “Looking Sideways: Locating Epidemics and Erasures in South Asia”. *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 94, n. 4, 2020, 637-657.
- Smith, A. “Carta del Dr. Smith”. *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 3, n. 61, 1859a, 175-177.
- Smith, A. “Geografía médica del Perú. Contestación del Dr. Smith”. *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 3, n. 68, 1859b, 259-260.
- Smith, A. “On the Spotted-Haemorrhagic Yellow Fever of The Peruvian Andes, in 1853-57”. *Transactions of the Epidemiological Society of London*, vol. 1, n. P. 3, 1863, 282-327.
- Turner, M. “Historicizing ‘the Postcolonial’ from Nineteenth-Century Peru”. *Journal of Historical Sociology*, vol. 9, n. 1, 1996, 1-18.
- Turner, M. *El nombre del abismo: Meditaciones sobre la historia de la historia*. IEP, 2012.
- Turner, M. “After colonialism and the king: notes on the Peruvian birth of ‘contemporary history’”. *Postcolonial Studies*, vol. 9, n. 4, 2006, 393-420.
- Unanue, H. *Obras científicas y literarias de Hipólito Unanue*, vol. 1. Tipografía La Académica de Serra Hnos. y Russell, 1914a.
- Unanue, H. *Obras científicas y literarias de Hipólito Unanue*, vol. 2. Tipografía La Académica de Serra Hnos. y Russell, 1914b.
- Valdés, J. M. *Memoria sobre las enfermedades epidémicas que se padecieron en Lima el año de 1821 estando sitiada por el Ejército Libertador*. Imprenta de la Libertad, 1827.
- Valdés, J. M. *Apología del método con que han curado los médicos de Lima la epidemia que se ha padecido en ella por todo el estío*

- del presente año de 1818*. Imprenta de Bernardino Ruiz, 1818.
- Valverde, N. y La Fuente, A. "Space Production and Spanish Imperial Geopolitics", editado por D. Bleichmar, P. De Vos, K. Huffine, K. Sheehan. *Science in the Spanish and Portuguese Empires, 1500-1800*. Stanford University Press, 198-218, 2009.
- Vaughan, M. *Curing their ills: Colonial power and African illness*. Stanford University Press, 1991.
- Villar, L. "Geografía Médica del Perú. Impugnación de las opiniones emitidas acerca de ella por el Dr. D. Archibaldo Smith". *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 3, n. 66, 232-238, 1859a.
- Villar, L. "Carta al Dr. Archibaldo Smith". *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 3, n. 70, 1859b, 283-286.
- Villar, L. "Reflexiones sobre la 'Geografía de las enfermedades en los climas del Perú', del Dr. Smith". *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 2, n. 46, 1858, 287-295.
- Warren, A. *Medicine and Politics in Colonial Peru: Population Growth and the Bourbon Reforms*. University of Pittsburgh Press, 2011.
- Wilson, F. "Indian Citizenship and the Discourse of Hygiene/Disease in Nineteenth-Century Peru". *Bulletin of Latin American Research*, vol. 23, n. 2, 2004, 165-180.
- Worboys, M. "Germs, Malaria and the Invention of Mansonian Tropical Medicine: From 'Diseases in the Tropics' to 'Tropical Diseases'". *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine, 1500-1900*. Brill, 1996, 81-207.
- Ulloa, J. C. "La Gaceta". *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 1, n. 2, 1856a, 2-4.
- Ulloa, J. C. "La Gaceta. De la nueva organización médica". *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 1, n. 4, 1856b, 2-5.
- Ulloa, J. C. "Discurso pronunciado por el Dr. Dn. José Casimiro

Ulloa en la sesión del viernes 25 de octubre, sobre el origen de la fiebre amarilla de Lima”. *La Gaceta Médica de Lima*, vol. 1, n. 6, 1856c, 7-9.

Ulloa, J. C. Editorial. *La Gaceta Médica*, vol. 1, n. 1, 1875a, 1-2.

Ulloa, J. C. Editorial. *La Gaceta Médica*, vol. 1, n. 23, 1875b, 181-182.

De la sangre a la piel: la noción de raza como “mancha” en América Latina colonial y republicana

Paloma Rodrigo Gonzales⁹

En 1914, la *Revista Chilena de Historia y Geografía* publicó un artículo en el que Julio Vicuña Cifuentes recoge las creencias que existen en torno a un padecimiento conocido en América Latina como el “mal de ojo”. Según la tradición oral latinoamericana, esta aflicción que produce insomnio, fiebre, náuseas y ataques de nervios en sus víctimas es suscitada de manera involuntaria por quienes observan con fascinación la belleza ajena. Si “únicamente lo hermoso es susceptible de ser ojeado” (Vicuña 1914, 316), el poder de “ojear” —explica el artículo— es propio de aquellos con “sangre pesada” y “puede residir en cualquier persona sin que ningún signo exterior lo delate” (1914, 308-309). Sin embargo, continúa el texto:

Hay que guardarse sobre todo de los mulatos, gente de “sangre pesada” por excelencia, aunque no siempre es fácil descubrirlos, porque, como lo que los denuncia es la *callana*, mancha negra situada en la parte superior de una de las nal-

⁹ Candidata a doctora en Antropología por el Centro de Graduados de la Universidad de Nueva York (The Graduate Center, CUNY). Algunas partes del capítulo han sido traducidas del inglés al español, y adaptadas de su tesis doctoral de CUNY, por sustentarse en septiembre 2024. Email: prodrigogonzales@gradcenter.cuny.edu

gas, lugar muy poco visible, las más veces pasan inadvertidos. Peligrosísimo es especialmente el mulato que tiene *marca* y *contramarca*. Es decir, doble mancha negra o callana en la región señalada, pues esto demuestra que la mulatería le viene por ambos ascendientes. A algunos de ellos la mala sangre les rebosa hasta hacerse visible en los labios, que son gruesos y de color amoratado, y en la base de las uñas, que aparecen recortadas por una mancha violácea. Estos, sin embargo, son menos peligrosos, porque es fácil conocerlos y rehuir su maligno influjo. (Vicuña 1914, 310).

Es decir, las personas de “sangre pesada” —racializadas bajo el régimen político y religioso del periodo colonial hispanoamericano— representan un peligro porque en un contexto de apariencias ambiguas, en el que el color de piel no determina de manera categórica la identidad racial, las personas perniciosas son difíciles de identificar (Cosamalón 2017). Este artículo explora precisamente los procesos que permiten que la “sangre pesada” o “mala sangre”, tan saturada de significado moral y religioso en las colonias hispanoamericanas, “se rebose” y se manifieste de forma visible en las pieles de los cuerpos racializados. Aquí se examinan las trayectorias históricas y semióticas que confluyen para que una característica física (específicamente la “mancha negra” descrita por Vicuña) se transformara en signo visible de los atributos no visibles adjudicados al carácter o a la naturaleza de aquellos que pertenecen a “una raza”. Abordo esta transición de lo invisible a lo visible como un ejercicio de “traducción”, apoyándome hacia el final del texto en las ideas de Walter Benjamin y Mikhail Bakhtin, tanto para comprender el proceso de traducción, como para pensarlo en términos de una relación con potencial para abrirse a nuevos diálogos y distintas interpretaciones.

La melanocitosis dérmica congénita es una marca de nacimiento que, por su ubicación en el cuerpo, sus colores distintivos y su carácter hereditario ha recibido diversos nombres. Entre los recogidos por Ricardo Palma y Román, en 1915, están los siguientes: en Ecuador “medalla” o “esmeralda de familia”, aludiendo a su color verdoso; *genipapo* en Brasil, por el tinte azul de la fruta que lleva ese nombre; en la Argentina, “mancha morada”; en el Perú, *qoyu siki*, traducido del quechua como “lunar en los glúteos”, o “misha” aludiendo a las manchas moradas que aparecen ocasionalmente en las mazorcas de maíz (1915, 10). El *Diccionario de peruanismos* de Juan Álvarez Vita (1990) nota que “callana” designa en Argentina, Chile y Perú la “vasija tosca que usan los indios americanos para tostar maíz o trigo” o una “porción de maíz tostado” que se pega como residuo a la vasija. También se refiere a las “manchas callosas que se dice tienen en las nalgas los descendientes de negros o zambos” (1990, 106). Hoy se le conoce comúnmente en América Latina como la “mancha mongólica”. Esta concentración de pigmento morado o azul verdoso que aparece en la zona lumbar de los bebés recién nacidos, descrita por Palma y Román como “estigma temporal” de la “estirpe americana o mongólica” (1915, 10), va desapareciendo gradualmente durante los primeros años de vida y es hasta la fecha interpretada en la región andina como evidencia de mezcla racial, como la marca visible de la presencia invisible de “sangre indígena” o “sangre negra” (Domínguez y Fragoso 2002, Herrera 2003, López 2018, Mechán 2015, Salazar 2015, Vega 2010).

Analizando dibujos científicos de la mancha publicados en revistas científicas europeas y latinoamericanas entre 1890 y 1950 propongo pensar en la llamada mancha mongólica como un vehículo semiótico que permitió que las deshonrosas “manchas de sangre” que organizaban el sistema cristiano-colonial de castas

desde el siglo XVI, se tradujeran al lenguaje del racismo científico del siglo XIX. En otras palabras, argumento que las supuestas deficiencias morales que separaban a los esclavos negros, mulatos, indios, mestizos y demás castas o linajes, de los españoles en las colonias de América, no desaparecieron ni fueron del todo reemplazadas por teorías biologizadas de la raza, sino que se infiltraron en los paradigmas raciales que predominaron a inicios del periodo republicano aun cuando estos redirigieron la mirada al cuerpo.

La raza se plantea con frecuencia como un problema de clasificación. Este artículo, sin embargo, apuesta, como lo sugiere John Collins (2015), por abordar la raza como un asunto de significación. Los cuerpos, en tanto producen, median, acumulan y son imbuidos de significado, se consolidan como signos que hacen referencia a aquello que no podemos ver (Stoler 1997).

A través del filtro de “la raza” las características físicas se leen, se interpretan y se asume que representan hábitos, prácticas culturales, capacidades intelectuales, gustos, atributos morales, espacios geográficos y momentos históricos. Pero ¿qué hace que una característica física específica se seleccione sobre otras como un rasgo racial? ¿Por qué se convertiría una mancha efímera ubicada en la espalda baja en evidencia irrefutable de una diferencia innata e inherente? ¿A qué regímenes epistemológicos, sistemas de creencias y esferas de la experiencia humana invoca esta oscura marca?

Abordo estas preguntas acercándome a los documentos históricos con interés etnográfico. Como lo plantea Anne Stoler (2002), esto implica pensar en los archivos históricos no como fuentes de las que recuperamos conocimiento, sino como espacios de producción de conocimiento y, por lo tanto, de poder. Si el archivo histórico es la tecnología del imperio colonial por excel-

encia (Stoler 2002), las publicaciones científicas de los siglos XIX y XX operan a través de sus contenidos y de sus formas como fuentes “objetivas” de producción de un otro/objeto al que procuran estudiar. Puesto que mi trabajo busca hilar los trayectos históricos de una marca corpórea que solo adquiere significado en encuentros globales, tanto coloniales como poscoloniales, las fuentes de este artículo no se restringen a un espacio geográfico específico. Mi argumento se apoya en imágenes extraídas de textos médicos, científicos y antropológicos encontrados en boletines, tesis académicas y revistas científicas publicados en Francia, Alemania, Argentina, Chile y Perú.¹⁰ Resulta entonces crucial el concepto de “economía visual” que Deborah Poole (1997) desarrolla en su trabajo sobre visión, raza y modernidad en los Andes. La noción de “economía” abre la posibilidad de “pensar más claramente en los canales globales —o por lo menos transatlánticos— a través de los cuales las imágenes —y los discursos sobre las imágenes— han fluido entre Europa y los Andes” (Poole 2000, 16). De manera más concreta, algunas de las imágenes que los estudiosos de la mancha mongólica utilizan para ilustrar sus argumentos son reproducciones de ilustraciones publicadas en textos anteriores. Este es por ejemplo el caso de Palma y Román, cuya tesis doctoral (1915) incluye imágenes que aparecen en el trabajo del médico franco-ruso Joseph Deniker (1901), quien a su vez reproduce imágenes de la investigación de Sofia Wateff sobre infantes búlgaros (1907). Los límites cronológicos de este texto si bien poco rígidos

¹⁰ La Semana Médica y Archivos Latino-Americanos de Pediatría (Argentina), Revista Chilena de Historia y Geografía (Chile), Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris y Journal de la société des américanistes, (Francia), Zeitschrift Für Morphologie Und Anthropologie y Archiv für Dermatologie und Syphilis (Alemania).

(considerando no solo que el objetivo es pensar en continuidades semánticas, sino que además se trata de una marca de nacimiento que produce significados raciales hasta el día de hoy), se ajustan al periodo histórico en el que proliferaron los trabajos sobre la llamada mancha mongólica, en el contexto de los esfuerzos por clasificar las supuestas razas humanas distribuidas en los distintos continentes.

La sangre y la raza

La raza es una construcción social que carece de existencia biológica.¹¹ Si bien los seres humanos hoy entendemos y experimentamos la raza como si se tratara de una realidad material manifiesta en la apariencia física, la idea de que esta categoría de diferenciación es únicamente fisiológica, incuestionable e inmutable, emerge solo a mediados del siglo XIX. Antes de ese momento histórico, los europeos no atribuían su dominio sobre otras regiones y poblaciones del mundo exclusivamente a la innata superioridad biológica de los de su especie (Fredrickson 2010). Para explicar que el concepto de raza tiene un origen histórico y coyuntural, se le ha identificado como instrumento clave en la expansión del capitalismo industrial y del imperialismo europeo y norteamericano que se justificó —e hizo posible— a través de la explotación y esclavización de otras poblaciones bajo la presunción de su innegable inferioridad racial. Si bien entender la raza como una construcción que tiene una historia concreta ha sido fundamental en la lucha por desarticularla como herramienta opresora, la localización de su “origen” ha

¹¹ Para un recuento del trayecto de este argumento teórico, ver Omi, M. y Winant, H. (1994). *Racial Formation in the United States*. Psychology Press; Stocking 1982; Essed, P. y Goldberg, D. 2001.

implicado una escisión artificial con formas de categorización que precedieron al racismo científico del siglo XIX y que se sostenían, no en principios seculares, sino en ideas de “honor” y “pureza” que organizaban el mundo en un momento en que la religión y el poder político eran indistinguibles (Goldschmidt y McAlister 2004). Este artículo busca rescatar la continuidad entre estas dos formas de clasificar las diferencias analizando un signo corpóreo híbrido (Bakhtin 1981) capaz sostener de manera simultánea distintos significados, formas de conocimiento, momentos y lugares históricos que pueden parecer antagónicos o incompatibles, pero que han sido y continúan siendo centrales para la construcción de la idea y de la experiencia de la raza en América Latina (De la Cadena 2004, Stepan 2015, Wade 2009).

La sangre definida como sustancia biológica tangible informa la noción de que la raza es un atributo corpóreo que se transmite de una generación a otra. Pero esta idea tiene sus antecedentes en una concepción premoderna y católica de la sangre (Silverblatt 2004). Walter Mignolo (2006), en efecto, nos recuerda que el primer diccionario de español (1611) definía “raza” como “sangre” en relación a distintas especies equinas, mientras que cuando hacía referencia a seres humanos “raza” se definía como “religión”. Así, el régimen de “limpieza de sangre” que regía en la península ibérica del siglo XVI, separaba a los católicos de judíos y musulmanes. Según se creía, incluso los conversos al catolicismo cargaban en la sangre manchas o impurezas morales que eran transmitidas a sus descendientes (Martínez 2008, Stolcke 1994, Twinam 2009). Aunque transformado y adaptado al contexto de las colonias españolas en América, el principio de “limpieza” o “pureza de sangre” que clasificaba a la población en función de la fe se materializaba en el control de las uniones sexuales entre católicos y “nuevos católicos”; es decir, entre españoles y la población

conquistada y esclavizada que había sido evangelizada. Entonces, el sistema religioso preservaba el poder de la corona mientras protegía la “blanquitud” española condenando las uniones sexuales que cruzaban líneas raciales que, si bien generalizadas en la práctica, eran tachadas de indecentes (Martínez 2004, Wade 2009). La población de indios, negros, mestizos, mulatos y demás castas racializadas como no blancas estaba “manchada” o “contaminada”, no en función del color de su piel o sus características fenotípicas, sino de sus orígenes en uniones sexuales que transgredían los límites impuestos por el poder religioso y político (Chaves 2000, De la Cadena 2006, Twinam 2009, Wade 2009).

A pesar de que la sangre impura no se concebía en función de las propiedades del sistema circulatorio, sí se creía que las manchas de sangre se reflejaban en el carácter y en la inteligencia de quienes las portaban, así justificaban su posición en la estructura política, social y económica del sistema colonial (Stolcke 2009). Sin embargo, la deshonra que manchaba la sangre al momento de nacer no era inmutable o permanente. Podía negociarse y transformarse en función de alianzas y estrategias de movilidad social a las que algunos grupos tenían la posibilidad de acceder, y que implicaban actos y pruebas de honor y decencia capaces de “limpiar” las manchas heredadas (Chaves 2000). Es decir, dado que el fenotipo como elemento de diferencia estaba subordinado a la dimensión moral de la raza (De la Cadena 2004), la categoría racial con la que se nacía no era necesariamente la identidad que uno cargaba por el resto de la vida o de manera inmutable en todas sus interacciones y relaciones (Twinam 2009).

Iniciado el siglo XIX, a la flexibilidad y ambigüedad de las clasificaciones raciales que perduran durante el proceso de construcción de las nuevas repúblicas, se suma la hibridez racial de una población que no encajaba con el modelo liberal y homo-

geneizador de los estados-nación europeos. En ese contexto, el mestizaje representaría tanto una amenaza como una “fuente de energía creativa” (Skurski 1994, 606) para las jóvenes naciones. Enfrentadas al desafío de ser poscoloniales y modernas, las élites latinoamericanas lograron redefinir “lo mestizo” (Freyre 2010, Vasconcelos 1997) y transformarlo en una categoría eugénica, encontrando en la mezcla racial una estrategia de “mejoramiento” de la población.¹² Sería justamente a través del mestizaje que las “razas inferiores” serían absorbidas dentro de las “superiores” para conformar así nuevas y “mejores” identidades nacionales (Stepan 2015). Además de alinearse con la tendencia europea de “mejorar” progresivamente la conformación racial de la nación, las élites latinoamericanas mantuvieron una forma de “blanquitud” que no era estrictamente fenotípica, sino híbrida en su conformación tanto racial como cultural, socioeconómica y moral. Así, a pesar de compartir rasgos físicos con los indios a quienes buscaban “resolver” (Arguedas 1967, Degregori 1978) y asimilar —y de *ser* además de manera simultánea tanto mestizos como indios (De la Cadena 2004, Matthew 2009)— los mestizos podían preservar su poder, pues detentaban la superioridad propia de la gente educada y “decente” que ajustaba su comportamiento a reglas sexuales y culturales respetables de la sociedad (De la Cadena 2004).

Este ensayo interroga cómo el concepto de raza que en la historia de América Latina se ha caracterizado por ser una categoría híbrida que no se restringe al aspecto físico, puede, sin em-

¹² Para un análisis de las diferencias entre los indigenismos mexicano y peruano, y sus formas antagónicas de entender el mestizaje, ver Méndez, C., Hünefeldt, C. y De la Cadena, M. (2014).

bargo, manifestarse y solidificarse en signos corporales, que por sus características materiales —en este caso, una mancha oscura, oculta, cambiante, hereditaria, efímera— son capaces de albergar la experiencia andina y latinoamericana de lo racial en toda su complejidad. En concreto rastreo la continuidad de las “manchas” como elementos centrales de los procesos de racialización, tanto en el lenguaje religioso y moral del régimen colonial, como en el lenguaje visual propio del racismo científico.

Mancha mongólica

Las guerras por la independencia de inicios del siglo XIX, y la pugna por establecer naciones mestizas y modernas en América Latina, coincidieron con la solidificación en Europa del discurso de la raza como realidad biológica y anatómica. En ese contexto, Deborah Poole (2000) explica:

Al formular la identidad mediante los severos métodos y lenguajes de la ciencia biológica de esa época, la teoría racial del siglo XIX no hacía sino **traducir** la política de sojuzgamiento colonial en un cálculo visual —y estético— de diferencias “naturales” encarnadas. (Poole 2000)¹³

La mancha mongólica constituye una de esas diferencias encarnadas. Su primera mención en un texto español se remonta al siglo XVIII cuando el misionero jesuita José Gumilla observa que en el Orinoco los “indiecillos” nacen con una mancha oscura con “visos de entre morado y pardo; la qual se va desvaneciendo al paso que la criatura va perdiendo el color blanco, y adquiriendo el suyo natural [sic]” (1791, 73). Sin embargo, el estudio formal de la

¹³ Negritas añadidas por la autora.

marca no se propaga entre el clero, sino que se expande a fines del siglo XIX, cuando la mancha se consolida como objeto de interés médico y antropológico. Este interés es inseparable del intrincado proceso de construcción de una hipotética “raza amarilla”, catalogada en función de rasgos descritos como “mongólicos”, tanto por la presunción de su origen geográfico como por la carga derogatoria que se iría fabricando en torno a la población de Asia del este (Keevak 2011). En el proceso de inventariar diferencias “encarnadas”, serán los párpados con pliegues epicantos y la concentración de pigmento azulado en la zona lumbar de los recién nacidos que, sumados a una infundada “idiotéz” o “mongolismo”, serán utilizados por médicos europeos como delusorias pruebas tangibles de que a pesar del color claro de su piel, poblaciones como la japonesa no eran, en efecto, “blancas” (Keevak 2011). El médico alemán Erwin Baelz (1883) llegó a afirmar que la mancha violácea constituía la más eficiente herramienta para distinguir a la raza blanca de todas las demás.

La adjudicación de una raza implica la asignación de un “valor social relativo”, dado que cada representante de un “tipo” se transforma en elemento equivalente e intercambiable de su categoría (Poole 2000, 24). Los dibujos que se presentan en este artículo forman parte de los intentos de médicos y antropólogos, y científicos por dilucidar si las poblaciones de las Américas —y en particular de América del Sur— podían categorizarse como miembros intercambiables del tipo “mongólico” con orígenes en esa parte del mundo y no como especímenes de los grupos que Johann F. Blumenbach identificó en el siglo XVIII como “raza blanca” (caucási-

ca), “negra” (africana), “marrón” (malaya) o “roja” (americana).¹⁴ Estas ilustraciones constituyen, en palabras de Poole, “objetos visuales” que dan “soporte a la —emergente— idea de raza como un hecho material, histórico y biológico” (2000, 24).

Objetos visuales

No todos los objetos visuales son iguales. Si el poder de la fotografía —fundamental para la construcción de una “raza andina” en los siglos XIX y XX—¹⁵ radica en un atribuido contacto inmediato (o no mediado) con el objeto representado, el dibujo presupone la explícita intervención humana y una mediación analítica en la representación de la realidad (Figura 1). En ese sentido, los dibujos son “hiperreales” (Baudrillard, 1994), pues abstraen y amplifican un solo aspecto del conjunto, erigiéndolo así en componente “esencial” del objeto estudiado (Lynch 1991). Como explica Michael Lynch, el dibujo científico funciona como un filtro cuasimatemático de la realidad, pues le atribuye un orden coherente (1990, 221). A través de ese tamiz metódico, se busca sacar a la luz o hacer visibles fenómenos que de otra manera permanecerían ocultos. Los dibujos esquemáticos, además, buscan generar consenso en torno a lo que se ve y, por lo tanto, a lo que se conoce o es factible de ser aprehendido (Lynch 1990, 155). En pocas palabras, las ilustraciones “transforman especímenes invisibles o no analizados en data visualmente examinada, codificada, medida, gráficamente analizada y públicamente presentada” (Lynch 1990,

¹⁴ La cantidad y características de los tipos raciales del mundo era debatida, rebatida y redefinida, produciendo nuevas categorías.

¹⁵ Para un análisis profundo sobre el rol de las fotografías y grabados en la imaginación y solidificación de la raza andina como “hecho biológico” (Poole 2000).

156),¹⁶ data cuyo proceso de abstracción y sistematización exhorta, por la naturaleza propia del medio, a prescindir de elementos de contexto (Figura 2). En ese sentido, los diagramas de la mancha mongólica que se presentan aquí logran, además de exponer una marca corpórea por lo general oculta por su ubicación en el cuerpo, proponerla como la encarnación o como el ícono consensuado, conocible y reconocible de todo un grupo racial.¹⁷

Figura 1



¹⁶ Traducción de la autora.

¹⁷ Mi uso del término ícono está inspirado en la teoría semiótica de Charles Sanders Peirce. Descrita de manera en extremo simplificada, la teoría de Peirce establece que todo signo debe cumplir tres funciones para significar: la de presentar un objeto, la de representarlo y la de producir una interpretación (CP 1.23-6). Estas funciones corresponden respectivamente a tres tipos de signos: el ícono, el índice y el signo. El ícono en particular produce significados basados en las similitudes materiales que comparte con aquello que representa. El índice lo hace en función de su proximidad con lo representado, y el signo, en función de convenciones sociales.

Nota: Lehmann-Nitsche comenta sobre esta imagen de la mancha entre los Araucanos en Argentina, "Como no salieron en las fotografías, dado su color morado poco diferente del color del cutis, tuve que pasar encima de ellas tinta china, así que en los dos clichés reproducidos son demasiado oscuras; pero sin embargo uno puede dars una Buena idea" (1904, 568).

Figura 2



Nota: Esta imagen es reveladora, pues, a pesar de tratarse de una fotografía, la silueta del sujeto ha sido evidentemente recortada para eliminar cualquier elemento circundante que proporcione información que no se estima pertinente al rasgo estudiado. Quedan expuestas solo las medias y la mano proporcionalmente más grande que sostiene a quien podemos asumir es una niña o niño. (Palma y Román 1915, 5)

Los dibujos científicos no solo prescinden de contexto, sino que excluyen rostros y otros rasgos distintivos eliminando la posibilidad de individualización. A inicios del siglo xx, la frenología, seudociencia que postulaba una relación entre los rasgos físicos visibles de una persona y su fibra moral (Galton 1879, Lombroso y

Lombroso 1911), encontró en la fotografía una herramienta clave para “capturar” lo que se creía que eran las esencias interiores de las personas, en especial de los tipos delictivos o inmorales (Sekula 1986). Los dibujos científicos no se prestaban para el tipo de escudriñamiento que, con ayuda de un manual de frenología, podía —se creía— revelar la esencia criminal, patológica o noble del sujeto en cuestión. Sin embargo, este artículo argumenta que los dibujos de la mancha mongólica adhieren a ella significados que trascienden a lo morfológico. Si las imágenes aquí presentadas no proporcionan al observador ni contexto ni detalles singulares, ¿cómo se establece la conexión entre manchas morales y manchas en la piel? Propongo que la respuesta puede encontrarse en los usos de la medicina (y en particular de la dermatología) del siglo XIX que informaron las representaciones de la mancha mongólica y participaron de su conformación en un ícono racial que se presume simboliza aquello que no podemos ver.

Signo racial

A lo largo del siglo XIX, la medicina gozaba del poder de elevar formas de conocimiento a la categoría de “ciencia” (Gilman 1995, 206). Es por esto que las convenciones utilizadas en las distintas especialidades se infiltraban en sistemas de representación que, teniendo pretensiones científicas, no tenían relación alguna con el estudio de las enfermedades humanas. Esta suerte de garantía de legitimidad que ofrecían los formatos de las ciencias médicas será crucial para los ejercicios de clasificación y tipificación racial que aspiraban a obtener credenciales científicas.

En su trabajo sobre la cultura visual que se desarrolló en el siglo XIX en torno al estudio de la piel, Katherine Ott (2011) explica que la dermatología entendía las marcas visibles sobre la superficie del cuerpo como manifestaciones de procesos internos.

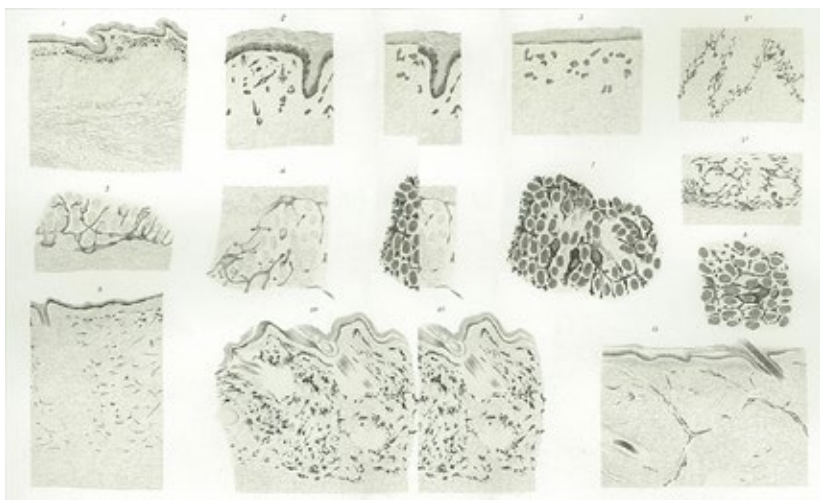
Entre los médicos europeos de la época predominaba la idea de que las lesiones en la piel, tales como erupciones o úlceras, eran ocasionadas por impurezas en la sangre que a su vez respondían a “desbalances humorales” producidos tanto por hábitos nutricionales, como por emociones como la pena o la ira, o por caracteres heredados a través de la sangre. Es decir, en palabras de Ott, los retratos de pacientes dermatológicos “capturaban la intangible relación entre superficie y profundidad, interior y exterior, a la que se accedía únicamente por intermedio del arte”.¹⁸ (Ott 2011, 101)

Cuando la dermatología se afianzaba como la rama de la medicina que, utilizando herramientas esencialmente visuales, dictaría la manera en que debía observarse y estudiarse la piel, Robert Willan (1798-1808) creó un sistema de clasificación que priorizaba el análisis y la comparación en función de la morfología o la apariencia de una lesión. Para sus representaciones gráficas Willan extraía partes del cuerpo o fracciones aisladas de la piel prescindiendo siempre de cuerpos humanos completos. A medida que avanzó el siglo XIX y en particular a raíz del perfeccionamiento del microscopio, la dermatología dejará de confiar en la apariencia externa como principio clasificatorio y utilizará la histología o anatomía microscópica como herramienta principal. Siendo que los instrumentos propios de la medicina otorgaban a sus estudios respaldo científico, antropólogos europeos y latinoamericanos de fines del siglo XIX e inicios del XX, recurrieron a las convenciones de la dermatología para describir al detalle la morfología e histología de la mancha mongólica. Presentada en el mismo formato que una lesión dermatológica (figuras 3 y 4), sostengo

¹⁸ Traducción de la autora.

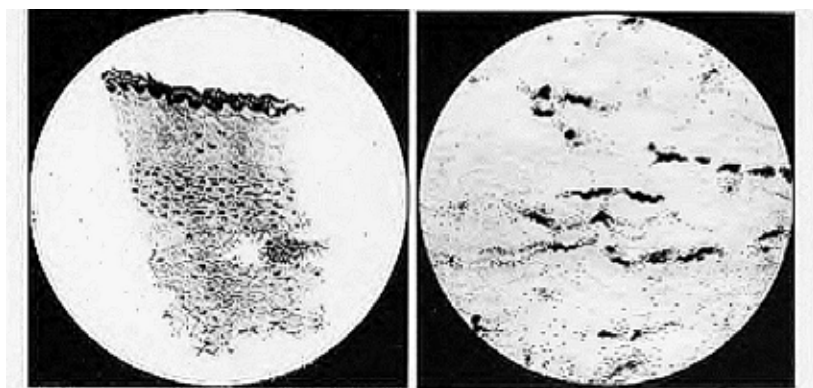
que la marca de nacimiento—así como sucedía con las lesiones de la piel en su supuesta relación con la sangre y los cambios humorales—se legitimaba como evidencia visible de una condición invisible de la que además era presuntamente consecuencia directa.

Figura 3



Nota: Pigmento en la piel de simios y humanos (Adachi 1903).

Figura 4



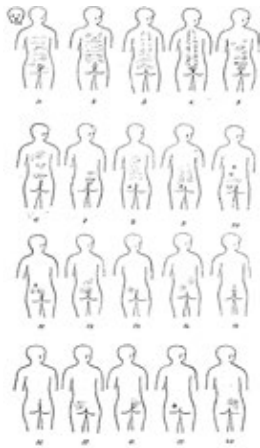
Nota: Histología del Qoyu siki. Palma y Román 1915

Los especialistas de la piel utilizaron representaciones visuales tanto para determinar la manera correcta de observar el objeto de su estudio, como para clasificar lesiones y condiciones. Clasificar implica comparar. A través de un proceso de selección, abstracción y sistematización, los dibujos científicos convierten objetos, que de otra manera son disímiles, en fenómenos comparables, equivalentes e intercambiables. Las representaciones seriales de la mancha mongólica utilizan una sección aislada del cuerpo que incluye la espalda baja y glúteos (Figura 7), en algunos casos acompañados de las piernas (Figura 6), en otras de la cabeza (Figura 5) o del tronco completo (Figuras 8, 9, 10). Estos dorsos de cuerpos seccionados sirven como matriz o como lienzo neutral y recurrente sobre el que se dibuja la marca de nacimiento. Los marcos simples y uniformes facilitan imágenes repetitivas que transmiten la sensación de igualdad entre manchas sobre la piel que, si se observan con detenimiento, son distintas en cada una

de sus iteraciones. Es a través de estas representaciones que entendemos una mancha de nacimiento descrita a veces como azul, otras como gris, morada o verdosa y localizada en lugares distintos del cuerpo, como manifestaciones del mismo fenómeno. Por intermedio de estas imágenes no solo se unifica y visibiliza una marca inconstante que normalmente está cubierta por la ropa, sino que además se fija en el tiempo una característica efímera que en la realidad se desvanece gradualmente hasta desaparecer.

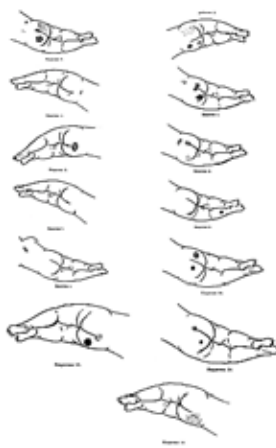
Sin contexto ni otros caracteres distractores, la mancha se posiciona como el **único** elemento distintivo, el **ícono** irrefutable que resume y representa a toda una clase de seres humanos, y que a su vez manifiesta aquellas esencias interiores e invisibles que este grupo humano en principio comparte.

Figura 5



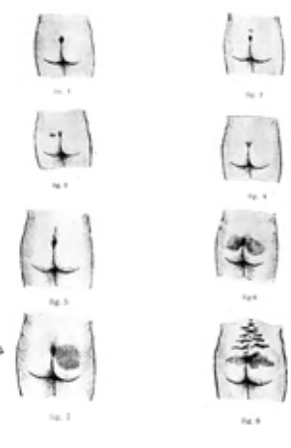
Nota: Wateff 1907.

Figura 6



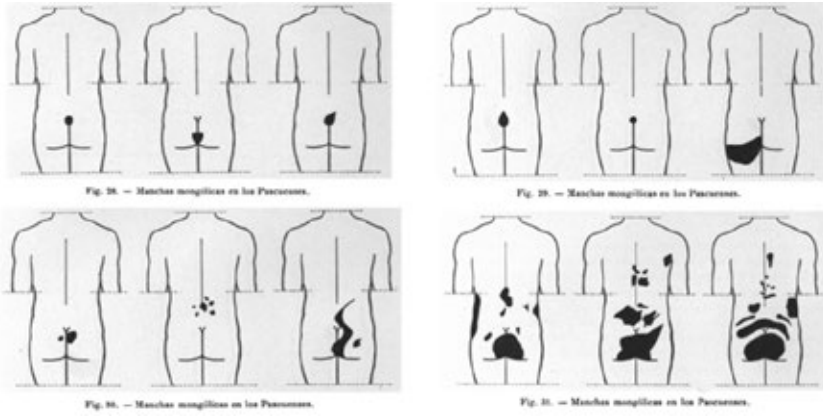
Nota: Rovira 1911.

Figura 7



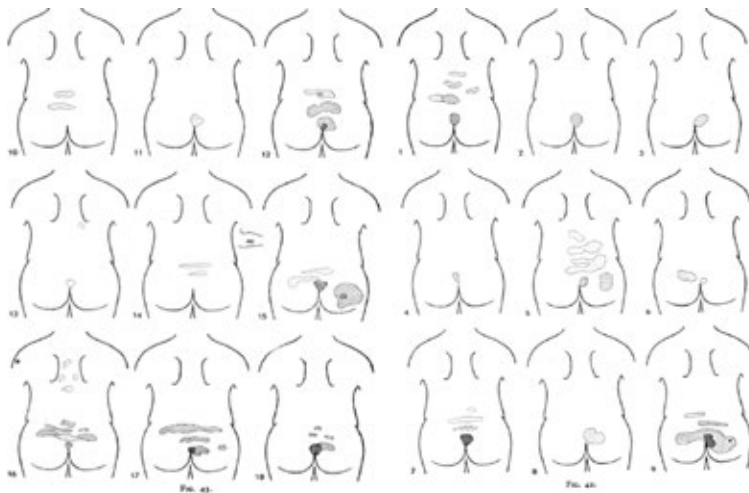
Nota: Palma y Román 1915.

Figura 8



Nota: Drapkin 1935.

Figura 9.



Nota: Gessain 1953.

Figura 10



Nota: Mardones 1937.

Además de la síntesis, abstracción y sistematización de partes del cuerpo, las publicaciones dermatológicas ilustradas utilizaban los cuerpos a manera de material cartográfico (Ott 2011). Poniendo énfasis en la forma y ubicación de las marcas corpóreas, los llamados precisamente “atlas dermatológicos” —argumenta Ott— representan remanentes de una era de exploración en la que territorios desconocidos “se mapeaban como preludio de la

conquista” (Ott 2011, 87).¹⁹ De manera análoga, se examinaban los cuerpos de quienes, entendidos como parte orgánica del territorio a explorar debían ser documentados, descritos, explicados y luego subyugados. En ese sentido, los mapas utilizados por investigadores interesados en la mancha mongólica identifican y ubican en el espacio geográfico los lugares, para los europeos alejados y exóticos, en los que los neonatos presentaban la marca congénita (figuras 11 y 12). En algunos textos los mapas se acompañan de esquemas en los que el cuerpo aparece atravesado por líneas presentando la posibilidad de localizar, a manera de coordenadas geográficas, la ubicación exacta de la mancha sobre la piel (Figura 13).

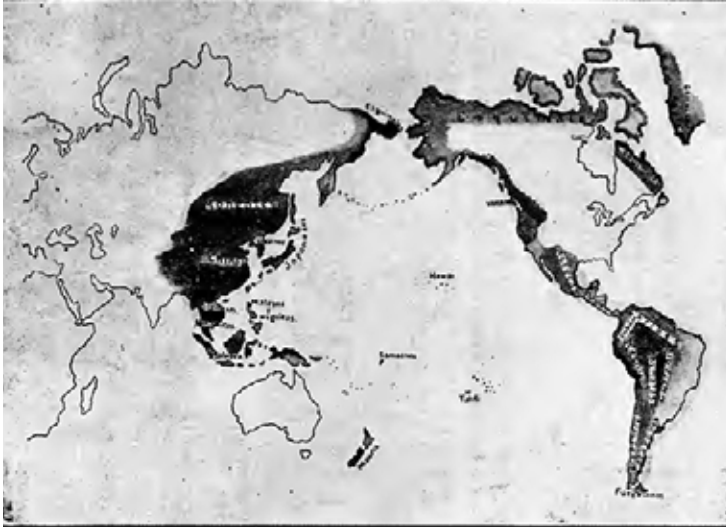
Figura 11



Nota: Deniker 1901.

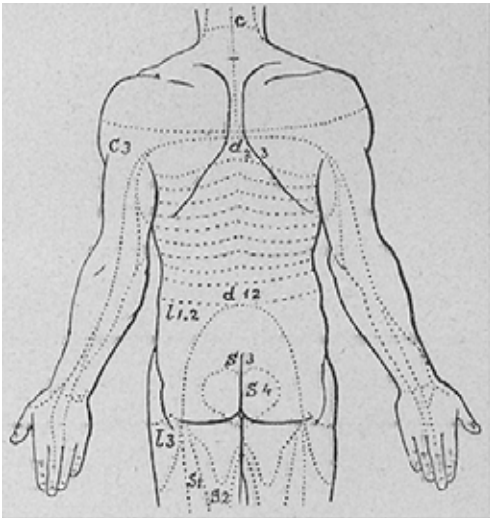
¹⁹ Traducción de la autora.

Figura 12



Nota: Carta etnográfica del qoyu siki (Palma y Román 1915).

Figura 13



Nota: Gessain 1953.

Identificar, aislar y luego localizar en el territorio y en el cuerpo las características esenciales de los especímenes de tal o cual tipo era fundamental para sustentar las teorías poligenistas predominantes en la medicina europea del siglo XIX, que postulaban que los distintos tipos raciales que dividían a los seres humanos tenían orígenes distintos, y eran miembros de distintas “especies”. Se abría así la posibilidad de que cada tipo racial tuviera su propio recorrido evolutivo distinto y sobre todo desigual.

Antropólogos europeos y latinoamericanos, guiados por el racismo científico propio de los siglos XIX y XX pugnaban por clasificar los diversos —y muchas veces confusos— fenotipos de América del Sur (Poole 2000). Respaldados por las teorías sobre el poblamiento de América, los investigadores buscaban en la anatomía de sus objetos de estudio las pistas que los ayudarían a resolver el enigma sobre el tipo de ser humano que habría llegado a poblar América y de dónde provenía.

Sostengo aquí que tan importante como la ubicación de una raza en el mapa y su distribución a lo largo y ancho de los continentes era la ubicación de la característica esencial de un grupo racial sobre el cuerpo de los individuos que lo conformaban.

En ese sentido, Sander Gilman (1995) examina la iconografía de lo femenino utilizada en el arte, la medicina y la literatura de mediados del siglo XIX, cuando el cuerpo de la mujer se escudriñaba para encontrar en él las pruebas que las teorías poligenistas requerían para sustentar sus hipótesis. La aseveración, por ejemplo, de que las mujeres negras poseían apetitos sexuales primitivos, encontraría su explicación en la supuesta particularidad de sus órganos sexuales y reproductivos. En concordancia con las teorías freudianas de inicios del siglo XX, se creía que, si podía probarse que los órganos sexuales eran inherentemente diferentes, se con-

firmaría que la raza negra conformaba una especie separada, no solo física sino moralmente inferior (Gilman 1995).

En el siglo XIX, el interés por el comportamiento sexual y su supuesta correlación con la naturaleza de los órganos reproductivos generó fascinación —sobre todo entre observadores blancos y masculinos— por los glúteos como sustituto o extensión de los genitales. Las nalgas “se convirtieron en el signo semántico del apetito y la actividad sexual ‘primitivos’” (Gilman 1995, 218).²⁰ Fue, en efecto, a través de este vehículo semántico que científicos del siglo XIX conectaron dos imágenes que de otra manera no tenían relación alguna entre sí: la de la mujer Hottentot y la de la prostituta italiana (Figura 14).

Los impulsos sexuales descontrolados eran percibidos como patológicos y correspondían, por lo tanto, al espacio de la medicina. El discurso científico de la época establecía que las “anomalías morales”, tanto de prostitutas como de mujeres con tendencias homosexuales, debían tener correlación en anomalías físicas. Numerosos estudios de medicina y de frenología aislaban y comparaban tanto vulvas como glúteos de mujeres racializadas como negras, con genitales y glúteos de mujeres hipersexualizadas que la sociedad señalaba como fuentes de corrupción y de enfermedad (Gilman 1995).

²⁰ Traducción de la autora.

Figura 14.

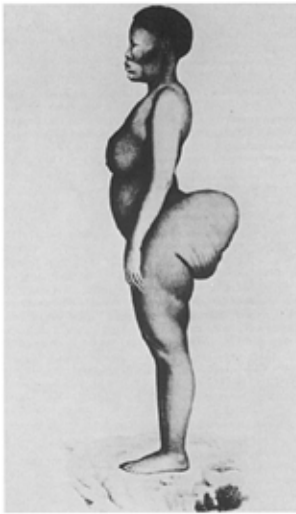


FIG. 1.—“The Hottentot Venus” George Carter, “Extraits d’observations faites sur le coloris d’une femme connue à Paris et à Londres sous le nom de Venus Hottentot,” 1823.



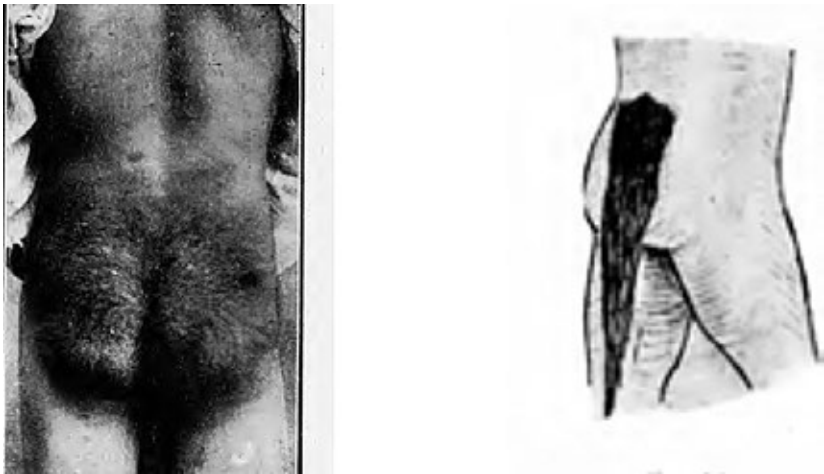
FIG. 15.—An Italian Prostitute. Abate de Blais, “Storografia in prostitute,” p. 1, 1901.

Nota: Mujer Hottentot y prostituta italiana. Gilman 1995.

La mancha mongólica se ubica de forma recurrente, precisamente en el sacro y en los glúteos, invocando construcciones desde la medicina, de formas patologizadas y “más primitivas” o “menos humanas” de existencia. De hecho, la tesis que el doctor Palma y Román sustentó en 1915 acerca de la mancha mongólica entre los aborígenes del Perú plantea que los ancestros menos evolucionados de los grupos originarios en territorio peruano tenían la piel altamente pigmentada. De acuerdo con la ley evolutiva —argumenta Palma—, el color de la piel se aclaró de manera progresiva quedando restringida la pigmentación oscura a únicamente una zona del cuerpo. La razón por la que la ubicación “natural” para esas células residuales es el sacro, es que la región sacro-coxígea es en sí misma “incompletamente desenvuelta” (Palma y Román 1915, 19). En otras palabras, para Palma, la mancha, compuesta

de células más oscuras y menos evolucionadas, se ubica en una región del cuerpo que es, en sí misma, más primitiva o inferior; lugar que además alberga al ícono que en teoría define y representa a la raza de los pueblos aborígenes. Asimismo, las ilustraciones de la mancha mongólica que presenta Palma están acompañadas por imágenes de aberraciones que se presentan también en la región lumbar, conectando semánticamente este “estigma” de raza (Palma y Román 1915) con eventos patológicos que siendo objetos de interés médico únicamente compartían con la marca de nacimiento su ubicación en el cuerpo (Figura 15).

Figura 15



Nota: Palma y Román 1915.

Albert Ashmed, médico norteamericano especialista en la lepra, llegó a afirmar en 1905 que “donde sea que uno encuentre sangre negra *contaminando* la sangre blanca, encontrará la mancha mora-

da [cursivas añadidas]” (citado en Keevak 2011, 111).²¹ Ashmed, además, sostenía que la mancha mongólica era simultáneamente evidencia de sangre negra (ergo de contaminación) y remanente de una cola de simio que apuntaba a un estadio anterior del desarrollo evolutivo (Keevak 2011). Incluso uno de los primeros estudios de la mancha mongólica, desarrollado por el médico y antropólogo japonés Buntaro Adachi en 1901, se titula *Pigmento de la piel en humanos y monos*. Décadas más tarde, Meirovsky y Leven publicaron un texto ilustrado con el nombre de *Dibujos de animales, manchas humanas y sistematización de marcas de nacimiento* (1921), en el que documentan y comparan, agrupándolas como manifestaciones de la misma naturaleza, las distintas manchas que aparecen en animales y en humanos, incluidos bebés de diferentes categorías raciales (Figura 16).

²¹ Traducción de la autora.

Figura 16



Nota: Meirowsky y Leven 1921.

A través de imágenes, se articula una distancia entre observador y una versión sintetizada del observado. La presentación de la mancha en formato de lesión o condición dérmica, su consolidación en ícono visual de una esencia racial, y el mapeo de la mancha a una zona del cuerpo conectada semánticamente con especies subhumanas e impulsos incivilizados, se entretrejen en la conformación de un “otro” racializado que es inferior y patológico.

Procesos de traducción

Científicos europeos y latinoamericanos que aspiraban a tipificar y mapear los orígenes de los pobladores de las nuevas repúblicas de América, utilizaron un vehículo semiótico que conjuraba —debido a su materialidad como mancha oscura sobre la piel, y

a su ubicación en el cuerpo— nociones coloniales de impureza y suciedad que eran tanto raciales como religiosas y morales. El proceso histórico de selección de la mancha mongólica como ícono aislado de diferencia racial, aunque “científico” en el formato de sus representaciones, retuvo un sentido de deshonra, impureza y degeneración que engranaba fácilmente con una característica anatómica que se consideraba simultáneamente patológica, contaminante y primitiva.

La mancha mongólica ofrece una ventana para entender la experiencia latinoamericana de la raza que, si bien trasciende el color de la piel, ha mantenido como una constante a través de la historia la noción de mancha. Ya sea en la sangre o en la piel, las manchas “contaminan” tanto las identidades individuales como las nacionales (Collins 2015, Drinot 2016, Wade 2010, Wade 2014).

Si, como ensayo aquí, los dibujos científicos permearon con un aura de permanencia y contundencia una concentración de color que es volátil, temporal y no fácilmente visible, la medicalización de la marca transformó además sus muy diversas versiones en manifestaciones de un solo fenómeno y la consolidó como signo de “una raza” y de sus condiciones tanto externas como internas.

Sugiero, sin embargo, que esta mancha cambiante “significa raza” (produciendo hasta el día de hoy significados raciales), en un contexto en el que la raza misma, a través de la historia, se ha experimentado como estigma y, al mismo tiempo (y muy a pesar de los esfuerzos pseudocientíficos por fijarla) se vive de manera ambigua, contradictoria y temporal. Se trata de un contexto en el que la flexibilidad y heterogeneidad de la raza conviven con el racismo más profundo y ubicuo, y en el que las diferencias sociocul-

turales que dan sentido a ese racismo son mediadas por cuerpos que nunca dejan de comunicar significados raciales.

La genealogía que reconstruye Marisol de la Cadena (2005) para los términos *mestizo* y *mestizaje* en el Perú ha sido sumamente iluminadora, pues este ensayo busca desentrañar las continuidades de las formas coloniales y republicanas de racialización. Así, De la Cadena sostiene que la categoría identitaria de mestizo no es solo **híbrida**²² en el sentido más concreto o empírico. Por el contrario, los mestizos “no son solo el resultado de la ‘mezcla’ biológica o cultural de dos entidades previamente separadas”, sino que “evocan una hibridez *conceptual* epistemológicamente inscrita en la misma noción de mestizo” (De la Cadena 2005, 55). Es decir, lo mestizo —y podríamos decir que lo racial— en el Perú contiene epistemologías religiosas anteriores al periodo de la Ilustración, que nunca fueron del todo reemplazadas, sino que se incorporaron a —y conviven con— las tipologías raciales modernas. Explicando que las formas de clasificación coloniales eran inseparables de manchas o defectos morales asociados al control sexual y racial de la población, De la Cadena sostiene que, en el Perú del siglo XIX, “la limpieza de sangre, tamizada por las nuevas clasificaciones raciales, esquivó estratégicamente el color de la piel para devenir en *decencia*” (De la Cadena 2005, 62). En este texto, ensayo la hipótesis de que tanto la decencia, como sus contrapartes, la inmoralidad o la impureza, no esquivaron el cuerpo, sino que lo marcaron. Si bien, “los peligros que ellos [los mestizos] encarnaban estaban impresos en sus almas” (De la Cadena 2005,

²² Negritas añadidas por la autora.

63), también, sugiero aquí, estaban impresos en el papel y grabados sobre la piel.

En la región andina y en América Latina en general, se ha demostrado que las identidades raciales se entretajan con otras categorías identitarias. La raza es inseparable de —y funciona a través de— significantes tan diversos como la clase, la moralidad, la educación (De la Cadena 2000, García 2005), el lugar (Cánepa 2007, Orlove 1993, Poole 1988), la higiene (Colloredo-Mansfeld 1998, Stepan 2015), el cuidado (Roberts 2012), el olor (Weisman-tel 2001), el patrimonio (Collins 2015), la música (Wade 2000), el trabajo (Drinot 2016) y el lenguaje (Howard 2010, Huayhua 2010, Manheim 2011). Inspirado profundamente por estos trabajos, este ensayo busca complementarlos, examinando la manera en la que los regímenes raciales/culturales producen significados a través de —o se materializan sobre— el cuerpo humano.

Para hablar tanto de la continuidad entre las manchas —las que organizaban nociones de raza en el periodo colonial y las que clasificaban tipos humanos en el republicano— utilizo la noción de *traducción*, poniendo especial atención en la posibilidad de pensar la traducción como una forma de apertura al diálogo de dos o más lenguajes, epistemologías, momentos históricos, lugares y experiencias.

¿Cómo pueden las imágenes de las ilustraciones científicas interpelarnos? ¿Cómo podemos recuperar sus miradas inquisidoras, sus múltiples significados, sus temporalidades plurales, su intersubjetividad, su apertura? Si bien el proceso de desentrañar estos significados es visual, es también lingüístico, pues implica rescatar la heterogeneidad de las voces y epistemologías que participan en la producción de los signos que, presentes tanto en los libros como en los cuerpos, leemos como raciales.

Las ideas de Walter Benjamin y Mikhail Bakhtin proveen herramientas teóricas valiosas en la tarea de dialogar o de dialogizar (Bakhtin 1996) nuestra relación con los signos raciales. Particularmente relevante es la noción benjaminiana de traducción, puesto que este texto rastrea la traducción de un tipo de mancha (colonial, inmoral, invisible) en otra (moderna, visible, tipificable). Así, en su texto sobre la tarea del traductor, Walter Benjamin (1986) cuenta que paseando por un mercado de libros viejos se encuentra con la versión en francés de un libro, escrito originalmente en alemán, que conocía muy bien. Cuando hojea el libro para buscar los pasajes que más profundamente lo habían cautivado, se da con la sorpresa de que estos no estaban allí. Es decir, los fragmentos estaban impresos sobre las páginas del libro, pero cuenta Benjamin que cuando los miró a la cara, tuvo la extraña sensación de que las palabras escritas no lo reconocieron a él, como él las reconoció a ellas (Benjamin 1986). Establecer una conexión entre los signos lingüísticos y los objetos visuales es crucial para entender lo racial. En ese sentido, el concepto de “aura” que Benjamin utiliza en su análisis de la fotografía ayuda también a entender la “extraña sensación” que según Benjamin se produce cuando el texto traducido y el lector no se reconocen mutuamente (Beasley-Murray 2007).

Hablar de aura es hablar de un espacio y tiempo irrepetibles. Las primeras cámaras fotográficas, a diferencia de las más modernas y mecanizadas, requerían una prolongada exposición a la luz para poder capturar una imagen, lo que significaba que cuando una persona era fotografiada debía pasar largos periodos de tiempo posando frente a la cámara. El sujeto debía concentrarse, estar presente y transcurrir con el momento, debía de cierto modo habitar y “crecer” dentro de la imagen misma (Benjamin 2018). La experiencia del observador frente a esas primeras fotografías es

descrita por Benjamin como una experiencia aural, pero no como se cree a veces, a consecuencia de la precariedad tecnológica de las primeras cámaras fotográficas, sino porque la imagen captada es capaz de devolvernos la mirada. El sujeto que habita esas primeras fotografías nos increpa, nos observa desde el pasado, desde ese momento de recogimiento prolongado, único e irrepetible. El aura reside en la capacidad que tiene la persona retratada de sobrevivir así al proceso de objetivación inherente al hecho de ser fotografiado (Beasley-Murray 2007).

La experiencia aural es entonces un proceso intersubjetivo, una forma de diálogo (Beasley-Murray 2007, 106). Volviendo al ámbito de la traducción lingüística, Benjamin sostiene que una buena traducción es aquella que, como lo aural, es intersubjetiva, pues se abre a la interacción de dos lenguajes, expandiendo los límites de ambos. Una mala traducción, como aquella que encontró paseando por el mercado de libros viejos, busca en cambio someter o reducir el lenguaje original a los parámetros del otro, despojando así al lenguaje traducido de su capacidad de diálogo y transformándolo en un objeto estéril, incapaz de mirarnos y de “reconocernos” como lectores (Beasley-Murray 2007) o más precisamente, como interlocutores. Esto es lo que ocurre con la mancha mongólica, pues se le relega al lenguaje de las ciencias naturales y del racismo científico, dejando de lado la historia que confiere a las manchas significados morales que son a la vez raciales y que ayudan a entender la complejidad de procesos de racialización que nunca se limitan a la superficie visible del cuerpo, sino que asumen conexiones entre los signos visibles y supuestas esencias invisibles.

Conclusión

Este artículo ha presentado la noción de mancha, en sus distintas versiones, como una constante a lo largo de distintos sistemas de clasificación y subordinación racial, para rescatar así continuidades que nos ayuden a entender cómo los cuerpos racializados producen significados. Las manchas de sangre que marcaban a la población no española durante el periodo colonial se reconfiguran en signos visibles con el advenimiento del racismo científico del siglo XIX que coincide con el inicio del periodo republicano en América Latina. La mancha mongólica que remite al lenguaje de las manchas de sangre se empieza a catalogar como característica definitoria de un “tipo” racial. El proceso de inventariar, abstraer, clasificar, sistematizar y comparar una marca de nacimiento diversa y volátil termina por unificarla y erigirla como ícono de un grupo humano. Los dibujos científicos cumplen el papel no solo de fijar y hacer visible una característica física que es poco visible y que, con el tiempo, desaparece, sino que valiéndose de formatos utilizados por la medicina de inicios del XIX, la conectan semánticamente con patologías y especies no humanas. Además, la sexualización de la zona del cuerpo en la que se encuentra la mancha y su descripción como evidencia de “contaminación” racial evocan por sus pretensiones moralizadoras, la sangre impura o manchada del periodo colonial.

La llamada *mancha mongólica* se presenta como un signo que permite traducir las manchas morales cristiano-coloniales (XVI-XIX) al lenguaje de la tipificación racial del siglo XIX. Esta traducción tiende a entenderse como un proceso en el que la ciencia y la pseudociencia de la raza terminan por reemplazar el régimen anterior. Este artículo argumenta que cuando la ciencia dirige la mirada al cuerpo, encuentra en manchas tangibles un vehículo

para reproducir ideas de manchas invisibles que marcan a seres humanos como otros e inferiores.

El fracaso de una traducción reside en transformar el lenguaje original en un lenguaje “monológico”. Si, como explica Bakhtin, este es el tipo de lenguaje que caracteriza a las ciencias matemáticas y naturales, cuyo “aparato metodológico ... está dirigido a dominar objetos mudos, cosas brutas, que no se revelan a sí mismas en palabras, que no comentan sobre sí mismas” (Bakhtin 1981, 351), la traducción de una mancha en un objeto de interés médico y científico, y su representación en el lenguaje y forma de las ciencias y pseudociencias de los siglos XIX y XX, la relegan al espacio de los objetos mudos. Este ensayo propone repensar los procesos de traducción que pretenden reemplazar un sistema epistemológico por otro, para recuperar así la hibridez de los signos corpóreos. Pero también para abrir esos cuerpos a nuevos diálogos que incluyan entre sus interlocutores aquellas versiones de la llamada *mancha mongólica* que no cargan el peso de la noción europea de mancha sucia y contaminante que aquí se describe, lecturas de la marca corpórea que pueden establecer conexiones muy distintas entre los cuerpos y sus historias.

Referencias

- Adachi, B. “Hautpigment beim menschen und bei den affen”. *Zeitschrift Für Morphologie Und Anthropologie*, vol. 6, n. 1, 1903, 1-131.
- Álvarez Vita, J. *Diccionario de peruanismos*. Librería Studium Ediciones, 1990
- Arguedas, J. M. “El indigenismo en el Perú”. *Clásicos y Contemporáneos en Antropología*, CIESAS-UAM-UIA, 1967, <https://www.ciesas.edu.mx/publicaciones/clasicos/acervo/el-indigenismo-en-el-peru/>

- Baelz, E. *Die körperlichen Eigenschaften der Japaner: Eine anthropologische Studie*. 2 vols. Echo du Japon, 1883.
- Bakhtin, M. *The dialogic imagination: Four essays*. University of Texas Press, 1981.
- Baudrillard, J. *Simulacra and simulation*. University of Michigan press, 1994.
- Beasley-Murray, T. *Mikhail Bakhtin and Walter Benjamin: Experience and form*. Palgrave Macmillan, 2007.
- Benjamin, W. *Illuminations*. Schocken Books, 1986.
- Benjamin, W. *The Work of Art in the Age of Mechanical Reproduction. A Museum Studies Approach to Heritage*. Routledge, 2018.
- Blumenbach, J.F. *The elements of physiology*. Longman, Rees, Orme, Brown, and Green, 1828.
- Cánepa, G. “Geopoética de identidad y lo cholo en el Perú: Migración, geografía y mestizaje”. *Crónicas Urbanas*, n. 12, 2007, 29-42.
- Chaves, M. “Slave women’s strategies for freedom in the late Spanish colonial state”. *Hidden Histories of Gender and the State in Latin America*, editado por E. Dore y M. Molyneus, Duke University Press, 2000, 108-126.
- Collins, J. *Revolt of the Saints: Memory and Redemption in the Twilight of Brazilian Racial Democracy*. Duke University Press, 2015.
- Colloredo-Mansfeld, R. “‘Dirty indians’, radical *Indígenas*, and the political economy of social difference in modern Ecuador”. *Bulletin of Latin American Research*, vol. 17, n. 2, 1998, 185-205.
- Cosamalón, J. *El juego de las apariencias: La alquimia de los mestizajes y las jerarquías sociales en Lima, siglo XIX*. Instituto de Estudios Peruanos, 2017.

- De la Cadena, M. *Indígenas mestizos: Raza y cultura en el Cusco*. Instituto de Estudios Peruanos, 2004.
- De la Cadena, M. ¿Son los mestizos híbridos?: Las políticas conceptuales de las identidades andinas. *Universitas Humanística*, n. 61, 2005, 51-84.
- Degregori, C. *Indigenismo, clases sociales y problema nacional: La discusión sobre el "problema indígena" en el Perú*. Centro Latinoamericano de Trabajo Social, 1978.
- Deniker, J. "Les taches congénitales dans la région sacro-lombaire considérées comme caractère de race". *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, vol. 2, n. 1, 1901, 274-281.
- Domínguez, L. y Fragoso, G. "Frecuencia de la mancha mongólica en niños recién nacidos". *Revista Mexicana de Pediatría*, vol. 69, n. 4, 2002, 144-145.
- Drapkin. Takatore. "La mancha mongólica de los pascuenses". *Revista Chilena de Historia y Geografía*, tomo LXXXII, n. 90, 1935, 145-155.
- Drinot, P. *La seducción de la clase obrera: Trabajadores, raza y la formación del Estado peruano*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 2016.
- Essed, P. y Goldberg, D. *Race Critical Theories: Text and Context*. Wiley, 2001.
- Fredrickson, G. "Religion and the invention of racism". Cap. 1, *Racism: A Short History*. Princeton Classics, 2015 (2002), 15-48.
- Freyre, G. *Casa-Grande y Senzala*. Marcial Pons Historia, 2010.
- Galton, S. "Generic images". *Proceedings of the Royal Institution*, vol. 9, 1879, 161-170.
- Gessain, R. "La tache pigmentaire congénitale chez les Eskimo d'Angmassalik". *Journal de la société des américanistes*, vol.

42, n. 1, 1953, 301-332.

Gilman, S. L. *Picturing health and illness: Images of identity and difference*. Baltimore, 1995.

Goldschmidt, H. y McAlister, E. *Race, nation, and religion in the Americas*. OUP USA, 2004.

Gumilla, J. *Historia natural, civil y geográfica de las naciones situadas en las riveras del río Orinoco*. Imprenta de Carlos Gibert y Tutó, 1791.

Herrera, J. N. *Neonatología*. Editorial Universitaria, 2003.

Huayhua, M. *Runama Kani Icha Alquchu?: Everyday Discrimination in the Southern Andes*. Disertación para optar el grado de PHD Antropology, University of Michigan, 2010.

Keevak, M. *Becoming Yellow: A Short History of Racial Thinking*. Princeton University Press, 2011.

Lehmann-Nitsche, R. “La ‘mancha morada’ de los recién nacidos”. *La Semana Médica*, tomo XI, n. 2, 1904, 565-571.

Lombroso, G. y Lombroso, C. *Criminal man: According to the classification of Cesare Lombroso*. Putnam, 1911, <https://wellcomecollection.org/works/xs639uwk>

López, J. “Sangre indígena en Uruguay: Memoria y ciudadanía post nacionales”. *Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social*, vol. 18, n. 1, 2018, 181-201.

Lynch, M. “Science in the age of mechanical reproduction: Moral and epistemic relations between diagrams and photographs”. *Biology and Philosophy*, vol. 6, n. 2, 1991, 205-226.

Lynch, M. “The externalized retina”. *Representation in Scientific Practice*, editado por M. Lynch y S. Woolgar, 1990, 153-166.

Mannheim, B. *The Language of the Inka Since the European Invasion*. University of Texas Press, 2011.

Matthew D. “Market of identities: Women, trade and ethnic labels in colonial Potosí”. *Imperial Subjects: Race and Identity in Co-*

- lonial Latin America*, editado por B. Andrew. Duke University Press, 2009.
- Mardones, C. “Observaciones somatológicas e histológicas acerca de la mancha mongólica en la población chilena”. *Boletín de la Sociedad de Biología de Concepción*, t. XI, 1937, 25-43.
- Martínez, M. “The black blood of New Spain: Limpieza de sangre, racial violence, and gendered power in early colonial Mexico”. *The William and Mary Quarterly*, vol. 61, n. 3, 2004, 479-520.
- Martínez, M. *Genealogical fictions: Limpieza de sangre, religion, and gender in colonial Mexico*. Stanford University Press, 2008.
- Mechan, V. “Geografía funcional de la piel neonatal y enfermedades neurocríticas”. *Revista Médica Carriónica*, vol. 2, n. 2, 2015, 1-2.
- Meirowsky y Leven, L. “Tierzeichnung, Menschenscheckung und Systematisation der Muttermäler”. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 134, n. 1, 1921, 1-79.
- Mignolo, W. “Islamophobia/Hispanophobia: The (re) configuration of the racial imperial/colonial matrix”. *Human Architecture: Journal of the Sociology of Self-Knowledge*, vol. 5, n. 1, 2006.
- Orlove, B. “Putting Race in Its Place: Order in Colonial and Post-colonial Peruvian Geography”. *Social Research*, vol. 60, n. 2, 1993, 301-336.
- Ott, K. “Contagion, public health, and the visual culture of nineteenth-century skin”. *Imagining illness: Public health and visual culture*, editado por D. Serlin. University of Minnesota Press, 2011.
- Palma y Roman, R. *Qoyu Siki. Manchas cutáneas congénitas de los aborígenes del Perú*. HardPress Publishing, 1915.
- Poole, D. “A One-Eyed Gaze: Gender in 19th Century Illustration

- of Peru". *Dialectical Anthropology*, vol. 13, n. 4, 1988, 333-364.
- Poole, D. *Visión, raza y modernidad: Una economía visual del mundo andino de imágenes*. Casa de Estudios del Socialismo, 2000.
- Roberts, E. *God's Laboratory: Assisted Reproduction in the Andes*. University of California Press, 2012.
- Rovira, T. "Sobre la mancha azul mongólica congénita". *Archivos Latino-Americanos de Pediatría*, vol. V, n. 1, 1911, 174-186.
- Salazar, A. "Lesiones cutáneas permanentes y transitorias en recién nacidos: Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú: 2013-2014". *Revista Médica Carrionica*, vol. 2, n. 2, 2015, 319.
- Sekula, A. "The Body and the Archive". *October*, vol. 39, 1986, 3-64.
- Silverblatt, I. *Modern Inquisitions: Peru and the Colonial Origins of the Civilized World*. Duke University Press, 2004
- Skurski, J. "The Ambiguities of Authenticity in Latin America: Doña Bárbara and the Construction of National Identity". *Poetics Today*, vol. 15, n. 4, 1994, 605-642.
- Stepan, N. L. *The Hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin America*. Cornell University Press, 2015.
- Stocking, G. *Race, Culture, and Evolution: Essays in the History of Anthropology*. University of Chicago Press, 1982.
- Stolcke, V. "Invaded women: Sex, race and class in the formation of colonial society". *The European Journal of Development Research*, vol. 6, n. 2, 1994, 7-21.
- Stolcke V. "Los mestizos no nacen sino que se hacen". *Avá. Revista de Antropología*, n. 14, 2009, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169013838002>
- Stoler, A. L. "Racial Histories and Their Regimes of Truth". *Political Power and Social Theory*, vol. 11, 1997, 183-255.
- Stoler, A. L. "Colonial Archives and the Arts of Governance: On

- the Content in the Form”. *Refiguring the Archive*, editado por C. Hamilton et al., Springer Netherlands, 2002, 83-102.
- Twinam, A. *Vidas públicas, secretos privados: género, honor, sexualidad e ilegitimidad en la hispanoamérica colonial*. Fondo de Cultura Económica, 2009.
- Vasconcelos, J. *The Cosmic Race / La Raza Cósmica*. JHU Press, 1997.
- Vega, G. “Mestizaje: Evolución y perspectivas”. *Archipiélago. Revista Cultural de Nuestra América*, vol. 14, n. 55, article 55, 2010.
- Vicuña, J. “Mitos y supersticiones: Recogidos de la tradición oral chilena con referencias comparativas a los de otros países latinos”. *Revista Chilena de Historia y Geografía*, año IV, t. XI, n. 15 . 1914, 307-371.
- Wade, P. *Music, Race, and Nation: Música Tropical in Colombia*. University of Chicago Press, 2000.
- Wade, P. *Race and Sex in Latin America*. Pluto Press, 2009.
- Wade, P. “The presence and absence of race”. *Patterns of Prejudice*, vol. 44, n. 1, 2010, 43-60.
- Wade, P. et al. (eds.). *Mestizo Genomics: Race Mixture, Nation, and Science in Latin America*. Duke University Press Books, 2014.
- Wateff, S. “Taches pigmentaires chez les enfants vulgares”. *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, vol. 8, n. 1, 1907, 231-248.
- Weismantel, M. *Cholas and Pishtacos: Stories of Race and Sex in the Andes*. University Of Chicago Press, 2001.

Reforma, élites y funcionarios: la salud pública y el destino de las acequias en Lima, 1784-1800

Enmanuel Montalvo Salcedo²³

En la segunda mitad del siglo XVIII confluyeron una teoría médica que enfatizaba el papel del medioambiente en la proliferación (y prevención) de enfermedades y un discurso político interesado en llevar a cabo grandes proyectos para mejorar la salud pública.²⁴ Como ya han analizado Kole de Peralta (2019) y Rivasplata (2018), la preocupación por el medioambiente y la salud corporal fue un tema recurrente en las discusiones de los colonos europeos americanos desde su mismo establecimiento. En el caso limeño, el cabildo se preocupó por normar las relaciones entre el ser humano y su entorno, con el objetivo de preservar la salud de sus habitantes desde su instauración, en el siglo XVI, con una serie de medidas, predecesoras de las desarrolladas en el siglo XVIII. En lo fundamental, los arbitrios adoptados a fines del siglo XVIII no diferían mucho de la tradición previa. Podemos contar entre estos, por ejemplo, la implementación de servicios de carretas o mulas para limpiar la basura de las calles, la preocupación por las acequias y el intento de convertirlas en alcantarillas, la prohibición del pase de grandes carretones para

²³ Es licenciado en Historia por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Correo: emontalvos@pucp.edu.pe. Este capítulo proviene de la investigación para su tesis de licenciatura *El cabildo de Lima y la inacabada reforma de policía, 1784-1812*.

²⁴ Sobre la formación de políticas sanitarias y reformas en el siglo XVIII, ver Lossio (2003), Warren (2010), Bustíos (2011).

impedir la ruptura de las acequias, la colocación de empedrados para evitar la formación de lodazales, entre otros. Lo que se presenta como ruptura o novedad frente a lo previamente realizado es la renovada voluntad de los órganos competentes en esta materia, en particular el visitador y los virreyes para imponer las reformas.

El cabildo, por la falta de fondos, la cooptación de privilegios y los conflictos jurisdiccionales, llevaba mucho tiempo en inacción frente a los problemas de la ciudad. Por esta razón, las preocupaciones de salud pública –junto con muchas otras obligaciones de la institución– tuvieron que ser asumidas por el Virrey y la Real Audiencia. En ese sentido, desde la segunda mitad del siglo XVIII, los nuevos virreyes ilustrados mostraron una preocupación mayor que sus antecesores por la limpieza, el ornato y la salubridad de la ciudad. El mejor ejemplo de este cambio de actitud lo demuestra el virrey Manuel de Amat, quien realizó una importante serie de obras de policía y creía firmemente que la “limpieza y aseo de las calles [contribuye] [...] no solo al ornamento y hermosura de esta capital sino [a] la salud de los habitantes”.²⁵ Aunque sus intentos fueron en cierta medida infructuosos, no dejan de mostrar un cambio de actitud que será patente a partir de este momento en las autoridades de la ciudad.

Este cambio respondía tanto a factores externos como internos. En primer lugar, se trataba de una respuesta frente a la dejadez del cabildo en el tratamiento de los problemas de la ciudad. En segundo lugar, era una actitud tomada ante el crecimiento urbano tanto en volumen demográfico como en densidad poblacional y, por último, producto de una actitud renovada por una literatura

²⁵ Libro de Cabildo de Lima (LCL) 36, 5 IX 1767.

en boga que relacionaba la higiene, el crecimiento demográfico y el poder de las naciones. De esta forma, una nueva generación de pensadores ilustrados criollos y sus contrapartes reformistas peninsulares se encargaron de diseminar en Lima la idea de una necesaria mejora de la higiene pública, la cual fue finalmente parte de la *reforma de policía* iniciada por el visitador Jorge de Escobedo (1784-1787).

Sin embargo, la forma en la que se llevó a cabo esta reforma demuestra cómo las élites limeñas, sin necesariamente estar en contra de las nuevas concepciones sobre la higiene pública, eran reacias a adoptar cualquier medida que fuera en contra del orden tradicional que les aseguraba sus privilegios. Estas élites, representadas por el cabildo de la ciudad, no solo se sintieron amenazadas por tales intentos, sino que observaron, al mismo tiempo, una oportunidad en ellos para expandir sus atribuciones y prestigio a través de la cooptación de la reforma. En este artículo se analizarán las distintas estrategias que dichas élites utilizaron para dar la impresión de que trabajaban por el buen orden público de la ciudad, mientras socavaban los objetivos finales del plan. Para ello, se concentrará en los intentos fallidos del visitador y los virreyes de llevar a cabo el proyecto de saneamiento público de la ciudad —en específico el punto que atañía a las acequias de Lima—, y en el accionar del cabildo y los funcionarios encargados de la aplicación de la reforma. Para ello, se analizarán los libros de actas, cédulas y borradores del cabildo de Lima y se dividirá el trabajo en tres partes. En la primera, se hará un repaso por las teorías médicas y prácticas de higiene aplicadas en Lima Colonial; en la segunda, se realizará una introducción al sentido de la reforma de policía aplicada en la ciudad y, en la tercera, se analizarán los intentos de poner en práctica esta reforma y la continua oposición que enfrentó.

Teoría y práctica de la salud pública en Lima Colonial, siglos XVI-XVIII

Como ha señalado Jorge Lossio (2003), la medicina prebacteriológica tendía a relacionar la enfermedad con muchos tipos de causas internas, pero también externas al individuo. Desde la Antigüedad, ya existía la noción de que el medioambiente podía influir en el desarrollo de enfermedades en el cuerpo humano. La forma en la que se desarrollaban estas influencias estaba enmarcada por dos teorías interpretativas. En primer lugar, la teoría humoral, basada en los postulados de Galeno e Hipócrates, que explicaba las enfermedades a partir del desequilibrio de los cuatro humores básicos (sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla). Estos humores variaban de persona en persona y cada una poseía uno dominante. Sin embargo, su proporción podía ser afectada en relación con las actividades cotidianas (la dieta, el ejercicio, etc.), la calidad del aire, el clima e incluso factores como el movimiento de los cuerpos celestes. De esta forma, la prevención y curación de las enfermedades pasaba por el conocimiento del propio cuerpo y el mantenimiento del equilibrio humoral (Kole de Peralta 2019, 4). Sobre esta se añadía una segunda teoría, que hacía énfasis en los factores externos que podían alterar ese equilibrio. Según esta última, la corrupción e infección del aire degeneraba en miasmas pegajosos y venenosos que mataban a las personas infectadas. Esta corrupción podía ser causada por múltiples razones: vapores provenientes de aguas estancadas, condiciones de suciedad o emanaciones de cuerpos en putrefacción, erupciones volcánicas y movimientos astrales. Los miasmas eran absorbidos por inhalación o por contacto con la piel, por manejo de objetos, animales u otros humanos infectados, y eran la causa del contagio de enfermedades (Cipolla 1992, 4).

Este conjunto de teorías acerca de las enfermedades había dado forma a las políticas de salud pública desde la baja Edad Me-

dia. Como explica Carlo Cipolla (1992), la peste negra dio paso a la creación de los sistemas más avanzados de higiene y salud pública europeos con el establecimiento de juntas de salud y magistrados en las mayores ciudades italianas entre 1348 y 1700. Estas trabajaron bajo el supuesto de que la mejor forma de enfrentar una epidemia que no podían controlar era prevenir su extensión. Ello significaba trabajar para eliminar las fuentes de miasmas existentes al interior de estas urbanizaciones que se veían insalubres y atestadas. Con el tiempo, esas magistraturas y juntas comenzaron a adquirir nuevas funciones —o a acumular funciones previamente establecidas en otras jurisdicciones— que implicaban un control más estricto de la ciudad en tiempos no epidémicos, desarrollando medidas como la revisión de las condiciones sanitarias de las casas pobres y de otros lugares, como hospitales, hospedajes y tabernas; control de boticas y medicamentos; actividades de la profesión médica; instauración de cuarentenas para barcos, viajeros y mercancía sospechosa; control de calidad de la comida en venta, entre otros (Cipolla 1992, 1-3).

La experiencia italiana fue replicada luego en otras partes de Europa afectadas por la pandemia. Como sostiene Bowers (2007), en las ciudades españolas como Sevilla se establecieron oficiales sanitarios ligados a la administración municipal que buscaron mantener la salud pública reafirmando su autoridad en el proceso. De esta forma, en el mundo hispánico, las élites locales a través de los cabildos tenían una importancia mayor en temas de administración sanitaria, una práctica que luego se expandió a las ciudades de la América española. Así, en el caso limeño, el cabildo tuvo desde muy temprano la obligación de velar por la calidad de las medicinas, la regulación del ejercicio médico y la promoción de actividades relativas a la salud pública como las cuarentenas

portuarias y el cuidado de la calidad de los productos alimenticios (Rivasplata 2018, 59-72).

Tenían, además, otras obligaciones con la salud pública que provenían de sus prerrogativas tradicionales. Como han tratado desde diversos puntos de vista Lossio (2003), Ramón (2017), Rivasplata (2018), y Bell y Ramón (2019), el cabildo estuvo involucrado en el establecimiento, mantenimiento y administración de la infraestructura hídrica de la ciudad (cañerías, pozos y acequias). A mediados del siglo XVI, de esta manera, se creó una estructura de aprovisionamiento de agua potable para la ciudad de Lima; esta partía de la formación de una caja de agua en los manantiales de Ate y un acueducto de cal y ladrillo llamado Atarjea que se introducía en la ciudad y se dividía en una serie de tuberías principales y secundarias controladas por dos cajas de agua principales (Santa Clara y Santo Tomás), ubicadas en la zona este de la ciudad. A su vez, el cabildo organizó la repartición del agua de las acequias que atravesaban tanto calles principales (exteriores) como el interior de ciertos conventos y domicilios (interiores) que se convirtieron en un método de eliminación de basuras relativamente simple al inicio de la expansión de la ciudad; y, al mismo tiempo, una forma de servir de aguas para el riego de chacras de la urbe (Lossio 2003, 26-30). Era obligación de la institución municipal cuidar de estas dos estructuras, evitar que se crucen las aguas potables con las de desecho y realizar el mantenimiento de ambas vías.

El cabildo también tenía a su cuidado la limpieza de las calles y la ciudad en general. Como recordaba el tratadista Jerónimo Castillo de Bobadilla, era su deber retirar estorbos que impidieran el paso, promover la limpieza mediante carretones, el barrido y regado de las calles, la reubicación de aquellos negocios que causan mal olor (como las tenerías o mataderos), entre otras labores varias (1759 [1597], 112-113). En el temprano siglo XVI, por

ejemplo, el cabildo fue el encargado de relegar al extremo norte de la ciudad (barrio de San Lázaro) las actividades que producían mayor cantidad de miasmas, como el rastro o la casa de cuarentena para los esclavos recién llegados (Kole de Peralta 2019, 17-26). Asimismo, se encargaba de la limpieza de los periódicos lodazales que se formaban por culpa de las carretas que golpeaban las acequias, de establecer empedrados para evitar el levantamiento de polvo y de realizar diversos contratos con asentistas para la limpieza de las calles (Rivasplata 2018, 250-313). Es decir, tuvo una práctica continuada para lograr el cuidado, el mantenimiento, y la limpieza de las calles y acequias, cumpliendo una concepción de sanidad pública heredada de la tradición bajomedieval. Aunque su cumplimiento tuvo altibajos en el tiempo el que el cabildo de Lima no estuvo plenamente involucrado en el arreglo de la ciudad, marcó la pauta para la posterior política de la institución durante el periodo de instauración de las reformas borbónicas.

De esta forma, los desarrollos del siglo XVIII se insertan sobre una tradición de conocimiento y práctica política municipal sobre la salud pública. El nuevo interés en la higiene, entendida como aquella parte de la medicina que tiene como objetivo prevenir la enfermedad (Clément 1983, 78-79), hace que los contemporáneos incidan en esta tradición para extraer los aspectos que les permitan construir una ciudad que responda a sus objetivos. De esta forma, el siglo XVIII, más que una nueva teoría para entender el contagio de las enfermedades o una práctica para enfrentarlas, va a desarrollar un nuevo encuadre para entender la importancia de prevenirlas. Esta transformación se inserta en lo que Michel Foucault llamó la nosopolítica, aquella toma de conciencia por parte de una sociedad respecto de que la salud y la enfermedad constituyen problemas políticos y económicos que las colectividades deben intentar resolver a través de decisiones globales (Foucault 1999, 328). Los orígenes de

esta preocupación están en un asunto muy mundano y político. En efecto, esta proviene de la noción de que era imprescindible mantener una población numerosa, pues esta significaba una mano de obra activa que permitiría desarrollar y hacer más próspero el reino. Ante la imposibilidad de hacer crecer la tasa de natalidad, que se entendía ya en su límite, los especialistas se fijaron como meta reducir la mortalidad, por lo que era necesario enfocarse en la prevención de la enfermedad (Clément 1983, 78).

Sin embargo, el crecimiento demográfico —en especial en las zonas urbanas— traía consigo nuevos problemas que impedían a su vez dicho crecimiento. La expansión de la vida urbana conllevaba turgurización, aglomeraciones y suciedad de toda clase, lo que significaba para ellos mayor proliferación de miasmas que acrecentaban las enfermedades. Frente a ello se desarrollaron respuestas en la tradición de la ciencia de policía, una ciencia generalista que se encargaba del “buen orden que se observa y guarda en las ciudades y repúblicas, cumpliendo las leyes y ordenanzas establecidas para su mejor gobierno” (Real Academia Española 1780, 735). Los tratadistas de policía explicaban que para lograr el “bienestar de la población” era necesario imponer mecanismos de control a los habitantes urbanos por medio de la enseñanza de la religión y las buenas costumbres, pero también de medidas concretas para el control de la higiene pública como la limpieza de las calles, el mantenimiento de la pavimentación, entre otras.²⁶ En la América española, estas medidas se encontraban dentro de

²⁶ Pedro Fraile, quien mejor ha explicado el desarrollo de esta ciencia para el caso hispano, reseña la amplitud de aspectos que esta trataba: “organización de las ciudades [...], pavimentación de calles, sanidad, iluminación, localización de servicios principales como graneros y mercados públicos o lugares concurridos como tabernas y burdeles” [traducción del autor] (Fraile 1998, 22).

los tratados de “policía y buen gobierno” que conforme pasaba el siglo adquirieron un carácter más represivo, repleto de disposiciones relacionadas al control de las actividades de la población más pobre: la plebe urbana.

Esta evolución estuvo relacionada con la práctica política. En efecto, los primeros ejemplos de su aplicación demostraron que era necesario que las reformas fueran acompañadas de cierto grado de represión. En el caso español, el mejor ejemplo es la *Instrucción para el nuevo empedrado y limpieza de las calles de Madrid* (1761), que se tradujo luego en un plan de saneamiento llevado a cabo por el arquitecto Francisco Sabatini y dirigido por el presidente del Consejo de Castilla, el marqués de Esquilache. El plan de saneamiento era parte de un conglomerado de disposiciones de buen gobierno, como la formación de paseos y edificios importantes, así como medidas impositivas entre las que se encontraba la obligación de contribuir para el mantenimiento de un nuevo alumbrado (1765). Estas políticas fueron mal recibidas por los madrileños, que en ese momento sufrían la carestía de bienes básicos y la coyuntura de una guerra con Inglaterra, en un contexto de profundo recelo contra los ministros extranjeros. Este malestar estalló en el llamado “motín de Esquilache” (1766) y obligó a la Corona a buscar nuevos métodos para mantener las disposiciones de la policía. En específico, la propuesta del conde de Aranda —sucesor de Esquilache— fue crear comisarios de barrio con jurisdicción de a pie y dividir la ciudad en ocho administraciones o cuarteles, cada cual con un alcalde de cuartel que lo regiría (Molero 2014, 34).

Se formó, entonces, un paquete completo de medidas reformistas, que en un extremo buscaban el “bienestar de la población”, entendido como la promoción de la salud pública y el crecimiento demográfico, y en el otro tenía un carácter represivo concentrado

en cuidar y controlar las costumbres de esa misma población. Así, las *reformas de policía* aseguraban la división de las ciudades para una mejor administración, la elaboración de estadísticas descriptivas sobre la población, la formación de instituciones encargadas de la policía y la simplificación de los procesos de toma de decisión en dicha materia. Se conectó de esta manera la necesidad de asegurar la salud pública, la búsqueda del progreso económico de la monarquía y la aplicación de nuevos y modernos sistemas de control sobre la población gobernada.

En Lima, tales ideas tuvieron repercusión en una pequeña élite ilustrada insatisfecha con la forma en que la ciudad era gobernada y administrada. Se trataba de una nueva generación de hombres de la élite de diversos sectores (clérigos, militares, funcionarios, médicos, etc.) que estaban preocupados por la visión que tenían los extranjeros de América y la forma en la que las Colonias veían disminuido su progreso material debido a los llamados “males de la patria”: la falta de desarrollo de una mano de obra capaz de desarrollar una serie de bienes no explotados en el territorio y su contraparte, la proliferación de una masa amorfa y peligrosa, compuesta por una variedad de castas que se encontraba en “las fronteras de la razón”.²⁷ Estos ilustrados se articularon alrededor de la llamada Sociedad Académica de Amantes del País y su órgano periodístico el *Mercurio Peruano*, a través del cual postularon sus teorías y recomendaciones sobre la patria y las medidas que deberían adoptarse para su desarrollo.

Por su profesión y su vinculación con el poder, pero también por ser quien desarrolló las pautas del accionar del grupo en ma-

²⁷ El término lo utiliza Juan Carlos Estenssoro (1996). Sobre la élite ilustrada y el *Mercurio Peruano*, ver Clément (1997) y Zeta Quinde (2000).

teria de higiene, medicina y ciencia, el miembro por excelencia de este grupo de nuevos hombres fue Hipólito Unanue. Como ya han señalado previamente Lossio (2003), Adam Warren (2010) y José Jouve Martín (2014), Unanue consideraba que la Colonia sufría por su inadecuado sistema de educación médica y producción de conocimiento, por lo cual se enfrentaba a un dramático decrecimiento demográfico y, por consiguiente, a una cada vez mayor improductividad en las minas y terrenos cultivados, además de continuas enfermedades entre sus habitantes urbanos. Por ello, va a dedicar sus esfuerzos en conducir el progreso de la nación a través del desarrollo y promoción de la medicina y la sanidad de la población. Como escritor en el *Mercurio Peruano* y en otras publicaciones, y como arbitrista frente al gobierno virreinal, Unanue planteó muchas veces la necesidad de diversas reformas: la profesionalización de la educación y la profesión médica, edificación de cementerios generales a extramuros, y la difusión y aplicación de los recientes avances en medicina, como la vacuna variólica.²⁸

Unanue también entendía la importancia de un medioambiente saludable para evitar el avance de las enfermedades. En su libro *Observaciones sobre el clima de Lima y sus influencias en los seres organizados*, el médico se adhiere a la concepción general de la medicina de su época al señalar que:

La vida del hombre parece que subsiste por los estímulos internos de sus pensamientos, pasiones y necesidades, y por los externos de las impresiones de los cuerpos que lo rodean. Ambos ponen en ejercicio sus órganos para que desempeñen

²⁸ Sobre estas reformas, además de los textos señalados, ver Casalino (2001) y Ramón (2004).

sus funciones respectivas, entretanto que les permite ejecutarlas el hado inevitable (Unanue 1806, 1).

Como todos en su época, otorga un papel importante a diversos factores internos y externos en la etiología de las enfermedades. Al reconocer la influencia del clima y el medioambiente que rodea al individuo, los médicos les daban un carácter localista a las enfermedades. De esa manera, Unanue afirmaba que las principales causas de estas en Lima eran el frío y los cambios de temperatura. En los cambios de estación las fiebres aparecían por la combinación de gases que se producía y en ellos incidía la emanación de miasmas provenientes de distintas fuentes. Sobre todo — señalaba Unanue— donde la “atmósfera estaba en contacto con la superficie de tierras y aguas podridas” (1806, 119). Era por tanto necesario cuidar la limpieza, el empedrado y el riego de las calles:

porque las balsas y lodazales que [se] forman, no solo dañan a la salud del ciudadano inficionándole las aguas que bebe; sino también al aire que respira. Los despojos de animales y vegetales que se pudren en ellos despiden un tufo mortífero, de donde nacen las calenturas intermitentes, las pútridas, y la frecuencia de asma, y otras enfermedades del pulmón (Unanue 1806, 10).

Así, los postulados e ideas de este influyente médico son ejemplo de cómo una concepción medicinal tradicional se veía renovada por nuevos pensadores que, a su vez, escribían en un contexto en el que las monarquías experimentaban un cambio de actitud secular sobre la importancia de la salud pública en el progreso de sus reinos. Es decir, de cómo la teoría médica tradicional se convirtió en punta de lanza para una nueva generación de *estadistas* que desarrollaron reformas administrativas para centralizar y engrandecer sus formaciones imperiales. Un proceso que

se produjo no solo en los centros imperiales, sino también en sus periferias.

La reforma de policía en Lima: élites y funcionarios

En el caso limeño, tales ideas estuvieron acompañadas de una nueva estrategia de la Corona para implementar reformas en la administración local. El visitador Jorge de Escobedo y Alarcón (1784-1787) llegó con órdenes expresas del ministro de Indias José de Gálvez para completar las reformas de su antecesor José Antonio de Areche y establecer la *Real Ordenanza de Intendentes*. El objetivo era simplificar la administración y reducir la corrupción interna, la cual era causada en su entendimiento por las componendas que tenían las élites locales en las diferentes instancias y cuerpos del gobierno virreinal.

Como parte de estas medidas, se imponía la necesidad de una reforma administrativa que prometía reanimar los cabildos locales y mejorar la policía de las ciudades. Como se ha visto, la institución que tradicionalmente detentaba la obligación de mantener la policía local era el cabildo de la ciudad. Lamentablemente, a mediados del siglo xvii el estado de esta otrora importante institución era decadente. Con el pasar de los siglos, la pertenencia a la institución municipal había perdido su prestigio e importancia, tanto por la intromisión de los tribunales superiores (el virrey y la audiencia), como por haber perdido progresivamente la posibilidad de beneficiarse económicamente del puesto. Además, las élites locales perdieron la oportunidad de beneficiarse de la pertenencia al cabildo, encontrando otras posibilidades más lucrativas y honoríficas como poder llegar a asumir la magistratura de oidor en la Audiencia de Lima, algo que fue cada vez más difícil después de la

década de 1770.²⁹ Por estas razones, a mediados del siglo XVIII el cabildo y, por consiguiente, los temas de los cuales se ocupaba se encontraban en total dejadez. Es aquí donde el ministro Gálvez y los visitadores pretendían imponer orden. Para recuperar el funcionamiento de la policía y la política local, Escobedo planteó una reforma de tres partes: una reestructuración del cuerpo municipal, una reforma del manejo de propios y arbitrios y una reforma de policía propiamente dicha.³⁰

Escobedo pretendía como resultado un cabildo más dinámico y, a su vez, más restringido en sus capacidades, pues esperaba que sus miembros le rindieran cuentas de su diario accionar. En cambio, lo que obtuvo fue una oposición constante a sus desig-nios y proposiciones, al punto que llegó a exclamar airado contra ello que limitaba “sus esfuerzos a meras ideas y conferencias, que apenas salen los vocales de la sala donde se celebran, se olvidan o entorpecen, y contradicen por los mismos que las han votado”.³¹ A pesar de ello, la reforma había tenido efecto recuperando el dinamismo de la institución municipal, pero también le había dado bríos a las élites locales que veían en el cabildo una forma de luchar por sus prerrogativas perdidas a causa de las propias reformas borbónicas.

²⁹ Sobre la disminución del número de criollos en la Audiencia y el cambio de la política real para favorecer a los peninsulares en estos tribunales, ver Lohmann Villena (1974) y Burkholder y Chandler (1984). Sobre las causas de la decadencia del cabildo limeño, ver Moore (1966), Fisher (1981) y Montalvo Salcedo (2021).

³⁰ La reforma adquirió su sentido final en la lucha con los intereses de las élites locales y las reticencias del poder virreinal a implementarlas. Para conocer el proceso que dio origen a este corpus legislativo, ver Montalvo Salcedo (2022).

³¹ AHML, 007-CC-CE. Informe del superintendente de la real hacienda al cabildo por el establecimiento de los alcaldes de barrios y de los medios que deben sufragar el mencionado empleo, 1786, ff. 7v-8.

Por todo esto, Escobedo terminó realizando un corpus de resoluciones de policía ajeno a la estructura de la ciudad. Así, la *División de Cuarteles y Barrios* (1785) y el *Nuevo Reglamento de Policía* (1786)³² reglamentaban la división de la ciudad en cuatro cuarteles y cuarenta barrios, y la formación de un cuerpo de alcaldes de barrio análogo al de Madrid que se encargaría de la limpieza de sus calles (entre muchas otras funciones), así como un teniente de policía —José María de Egaña— que sería su inmediato superior y tendría jurisdicción en materia de policía, además de un arbitrio propio para costear su actividad: el real de bodegaje.³³ Este sistema administrativo prescindía del cabildo para sus funciones principales. Así, aunque el sistema incluía al cabildo y sus ministros como autoridades para tener en cuenta al tratar de la policía de la ciudad, al mismo tiempo, creaba una estructura paralela que respondía únicamente ante la intendencia y el virrey. Es bajo este balance de poderes que se van a establecer los planes de arreglo y reforma de la policía.

Así, el nuevo reglamento es un punto de partida para explicar lo que fue un plan de eliminación de residuos líquidos y sólidos que se buscó establecer durante toda la segunda mitad del siglo XVIII y la primera década del XIX, el cual era producto tanto de la experiencia continuada de la administración municipal, como las nuevas ideas en materia de higiene pública que circulaban en ese momento. Este sistema tenía tres puntos fundamentales: 1) el arreglo de las acequias, 2) la compostura y 3) el allanamiento de

³² AHML, Libro de Cédulas y Provisiones de Lima (LCPL) XXVIII, Instrucción de alcaldes de barrio, ff. 403-418; BNP, Fondo Antiguo, Nuevo Reglamento de Policía, agregado a la instrucción de alcaldes de barrio 30 XII 1786.

³³ Sobre las disposiciones menudas de ambos reglamentos y las luchas políticas alrededor de ellos, ver Moreno Cebrián (1981) y Montalvo Salcedo (2021, 36-53).

los empedrados y la formación de un sistema de limpieza continua de las calles. Cada punto merece un desarrollo especial. Sin embargo, en este artículo se explorará el punto número uno.

El destino de las acequias limeñas, 1784-1800

Las acequias se habían vuelto obsoletas para la ciudad de Lima. El cabildo mismo señalaba que “eran causa perpetua de las inundaciones en las calles infestándose el vecindario por la circulación de las inmundicias, de que resultan enfermedades a ser una verdadera peste y epidemia universal”.³⁴

Si en un inicio estas pudieron ser útiles por ser la ciudad todavía de pequeña extensión y población reducida, el cabildo entendía que tal situación había cambiado para fines del siglo XVIII. Los aniegos continuos eran causados por el paso de las carretas que rompían los empedrados alrededor y por la costumbre de los vecinos de arrojar basuras gruesas en su recorrido. Así, para los capitulares (o regidores) era necesario que se extinguieran para siempre “las acequias internas y externas” y reemplazar este sistema de eliminación de residuos con la construcción de silos “a ciertas distancias proporcionadas [...] públicos, con destino para la gente pobre que habita en tiendas y casas pequeñas”.³⁵ El cabildo —presidido por Escobedo en 1785— parecía decidido a acabar con las acequias. Sin embargo, la realidad impuso rápidamente su agenda. La eliminación de las acequias y su reemplazo con silos era un arbitrio que estaba en circulación como posible solución a la suciedad de la ciudad desde el periodo del virrey Amat, pero este ya había recibido en su momento una férrea oposición del ve-

³⁴ LCL 38, I VII 1785.

³⁵ LCL 38, I VII 1785.

cindario en un cabildo abierto.³⁶ Muy probablemente por la falta de acción del cabildo y la experiencia conocida del anterior virrey, el proyecto no se llevó adelante con decisión. Así, el propio Escobedo tuvo que dar marcha atrás y decantarse por una serie de soluciones provisionales: la realización de puentes para las carretas, la colocación de rayos para evitar el paso de los escombros y la restricción de las horas de circulación del agua (Ramón 2017, 266).

No obstante, las medidas provisionales no solo no fueron efectivas, sino que no fue posible aplicarlas plenamente. Una de ellas, por ejemplo, era establecer rayos y rejones “firmes y bien clavados para que no puedan en manera alguna alzarse y tupidos de modo que solo entre por ellos el líquido” (art. 48)³⁷. A pesar de los esfuerzos para llevarla a cabo, esta tuvo que ser paralizada en poco tiempo por el desorden que imperaba entre los vecinos que decidieron colocarla a su propio costo —como los habilitaba el reglamento— y la falta de fondos cuando el juez de aguas la llevó a cabo por administración. Finalmente, el proyecto fue detenido y Escobedo dio su beneplácito el 21 de abril de 1787.³⁸ En cuanto a los silos, a pesar de que esta solución era ampliamente recomendada como reemplazo de las acequias, su costo era demasiado alto y su popularidad demasiado baja para que se continuara con su fabricación. En efecto, tras gastar más de 4000 pesos en un solo

³⁶ Sobre las medidas de policía del virrey Amat y el plan de limpieza del asentista Juan Lacomba, ver Mera Ávalos (2004).

³⁷ BNP, Fondo Antiguo, Nuevo Reglamento de Policía, 30 XII 1786.

³⁸ AHML LCPL XXVI, decreto sobre el retiro de rayos y rejones de las acequias interiores de esta ciudad, f. 69v.

silo en la puerta falsa de San Agustín, el cabildo decidió dar marcha atrás en aquel punto.³⁹

El proyecto fue reanimado por el virrey Gil de Taboada. Bajo su dirección se llevó a cabo un cabildo abierto para poner a consideración un plan menos ambicioso: la eliminación de las acequias interiores —que cosechaban críticas desde mucho tiempo atrás— y su reemplazo por silos. En asamblea del 6 de mayo de 1791 se reunieron en el cabildo los representantes de “conventos, monasterios, colegios, abogados defensores de obras pías y temporalidades, mayorazgos, títulos de Castilla, vecinos de distinción, con más el cabildo Eclesiástico, teniente de policía, y alcaldes de barrio”.⁴⁰ Sin embargo, Taboada no tuvo más suerte que sus antecesores. Con un apabullador resultado de 32 votos en contra y solo 17 a favor, era claro que la población se mostraba reacia a adoptar su estrategia. Sobre todo, se vio la oposición de las corporaciones religiosas, colegios y hospitales, entre las cuales solo el rector del Convictorio de San Carlos se declaró a favor de la medida. La razón principal que aducían era la falta de rentas para cubrir los gastos de la obra, pero algunos de ellos fueron más sinceros al revelar las razones de su oposición: ese fue el caso del doctor Manuel Pozo, procurador del Convento de las Nazarenas, quien señaló que “como hubiese agua para la huerta le era indiferente lo demás”.⁴¹ Los silos, entendían, podían cubrir las necesidades de limpieza de la ciudad, pero les quitaban la oportunidad del flujo continuo de agua que proporcionaban las acequias.

³⁹ AHML 023-CC-BOR. Borrador de informe del cabildo a la junta de policía, sobre un proyecto de limpieza, f. 99v.

⁴⁰ LCL 38, 6 v 1791.

⁴¹ LCL 38, 6 v 1791.

En efecto, las acequias tenían férreos defensores. Algunos las consideraban una forma simple y útil para eliminar las inmundicias de la ciudad. De hecho, de esta manera se habían pronunciado algunos viajeros como Juan Jorge y Antonio de Ulloa que al hablar de Lima la señalaba como:

Todas las calles son bien anchas [...] las calles están empedradas y las atraviesan acequias de agua que sacadas del río algo más arriba de la ciudad pasa la mayor parte por conductos de bóveda y sirven para su limpieza sin hacer estorbo ni imperfección (Ulloa [1748] 1978, 41-42).⁴²

Otros, más bien, las defendían como una forma de cubrir sus intereses. Este era el caso de los labradores y chacareros que se oponían a su eliminación y cambio por cualquier otro sistema de eliminación de residuos, pues se servían de esta agua para regar sus tierras. Cualquier alteración en este sistema podría significar el fin de sus privilegios en el acceso a aguas para riego y, por tanto, una merma en los beneficios materiales de su propiedad.

Sin embargo, el cabildo abierto reveló no solo la oposición de las comunidades —lo que era esperable—, sino también el poco consenso que esta medida tenía dentro de los propios encargados de llevarla a cabo. En efecto, solo 2 de los 17 alcaldes de barrio presentes mostraron su parecer a favor por la extinción de las acequias interiores, y únicamente 5 plantearon una posibilidad alterna para realizar un intento previo a su aplicación. Por el lado de los regidores, la posición de la mayoría no fue explícita. Solo el segundo alcalde ordinario, el conde de la Vega del Ren, declaró

⁴² Compartían esta opinión otros viajeros, como John Shilliber (1814), Julian Mellet (1815), Alexander Caldcleugh (1821), William B. Stevenson (1821), Lafond de Lucy (1822) y René Lesson (1823). Ver Núñez (1971), t. xxvii, 4 volúmenes.

su clara oposición, mientras otros tres miembros dijeron estar a favor de realizar el intento previo y el único que se mostró a favor fue el conde de Fuente Gonzales. El resto decidió aferrarse al dictamen de un informe que no se ha logrado recuperar.⁴³

A pesar de ello, algo se puede deducir de la posición de los capitulares por la opinión que mantuvieron cinco años después, cuando se discutió dicho arbitrio en cabildo pleno el 12 de febrero de 1796. En dicha asamblea, los votos en contra se redujeron a únicamente uno y la mayoría de capitulares aceptó el dictamen del regidor Francisco de Saavedra, quien expresaba que esta medida debía ejecutarse, pero siendo necesario primero que las casas y tiendas tengan construidos silos antes de privárseles de las acequias interiores. Además, puntualizaba el regidor Miguel de Oyague, era necesario distinguir entre las acequias del centro de la ciudad, perjudiciales sin duda, de las que se encontraban en los extremos y no arrastraban materias perniciosas ni humedecían las casas, y servían para regar las chacras. Finalmente, todos convenían en que debían conservarse las acequias exteriores.⁴⁴ Así pues, los intereses locales expresados en las comunidades religiosas y el propio cabildo demostraron su oposición al proyecto por los perjuicios que traerían a sus posesiones y, en gran medida, porque la consideraban innecesario para conseguir la salubridad de la ciudad. Para ellos, se trataba de un arbitrio impuesto desde Europa que no consideraba correctamente las condiciones ambientales locales ni la lógica social interna.

Como se observa, la oposición a la reforma generó una alianza entre aquellos que veían afectados sus intereses con el pro-

⁴³ LCL 38, 6 v 1791.

⁴⁴ LCL 39, 12 II 1796.

yecto. Sin embargo, esta oposición discursiva, por sí sola, no era suficiente para derrotar los designios de los virreyes. Para lograr aquello, la élite limeña tuvo que articular sus esfuerzos para luchar por sus intereses. El cabildo, en ese sentido, tuvo el papel más importante. El virrey Gil de Taboada no se rindió en su intento de acabar con las acequias interiores. En un informe retrospectivo, el cabildo narraba cómo optó por “extinguirlas negándoles el agua y destruyéndoles las bocas por donde la recibían: a que se agregaba el relleno fuerte de las alcantarillas, y su empedrado”.⁴⁵ Así, cortó el flujo del agua de los jirones rectos a excepción de dos tramos en el pozuelo de San Francisco y la calle de Mascarón. El resultado —empero, señalaba el cabildo— fue más desastroso para la ciudad. La carga residual que no se vertía sobre las acequias interiores iba a parar a las exteriores, donde quedaban *de facto* obligados a acudir todos los vecinos. Esta era una mutación obligatoria del proyecto original causada por el abandono de la construcción de silos. Gil de Taboada trató de construir dos silos más en las calles de Lártiga y Plumeros, pero la falta de voluntad política tras su salida y el alto costo de las construcciones impidió la generalización de la medida.⁴⁶ De esta forma, la ciudad mantenía periódicas inundaciones producto del crecimiento de las aguas con los residuos arrojados en ellas.

Esta posibilidad había sido avizorada previamente por el teniente de policía José María de Egaña, quien había enviado un proyecto de limpieza de la ciudad al virrey Croix en 1788 y había

⁴⁵ AHML 023-CC-BOR. Borrador de informe del cabildo a la junta de policía, sobre un proyecto de limpieza, f. 99v, 1806.

⁴⁶ AHML LCPL XXX, decreto relativo a la obra de silos y régimen que en ella se ha de observar, 27 x 1792, f. 341.

decidido mandar una nueva propuesta a través de consulta el 12 de marzo de 1791. Egaña hacía énfasis en las perniciosas consecuencias en el aseo de la ciudad que generaba el desorden en el control de las aguas. Como Gil de Taboada, el teniente pensaba que las acequias interiores dañaban la ciudad por el “ningún orden que guardan [...] en su dirección, y forma” y porque los vecinos no se limitan a arrojar en ellas las inmundicias excretorias, sino “cuantas basuras se quiere a deshoras de la noche”.⁴⁷ Por ello, trataba de recuperar sus anteriores recomendaciones, como la necesidad de colocar tomas y compuertas para controlar las horas en que pasan las aguas por las acequias y, sobre todo, la posibilidad de convertir las acequias interiores en alcantarillas subterráneas de forma que se tapasen y permitiesen mantener la limpieza.

El problema —señalaba el virrey— era la posibilidad de que los criados y otras personas rompieran los empedrados que cubrían las alcantarillas y no existiera forma (ni fondos) para repararlos. Por esa razón, y ante la imposibilidad de formar los silos públicos que la ciudad necesitaba, era al menos necesario eliminar por completo las acequias y enfocarse en el control de las horas de paso de aguas, para evitar que la suciedad se esparciera en la ciudad. Para esto —protestaba Egaña— era forzoso que una ronda se encargara de cuidar el paso de las aguas, que debían correr todas las noches. Solo así —decía— las aguas que venían con ímpetu a cierta hora de la noche se llevarían consigo las inmundicias cuando “no incomoda el paso a las gentes ni tampoco lo padecen los empedrados”.⁴⁸ Este nuevo influjo de agua, además, permitiría asegurar el curso de aguas hacia las huertas acabando con la

⁴⁷ AHML, LCPL XXVI, proyecto de carretones para aseo y limpieza de las calles, f. 102.

⁴⁸ AHML, LCPL XXVI, proyecto de carretones para aseo y limpieza de las calles, ff. 104v-105.

oposición tradicional que había tenido la medida y no arrojaría mayor carga sobre las acequias de la ciudad. El proyecto, bajo su supervisión y con el financiamiento del ramo de bodegaje, era para Egaña la mejor forma de eliminar los residuos en la ciudad. No solo eso, era importante que la administración se hiciera cargo del problema de la limpieza, pues “esperar que los vecinos limpien de su cuenta; por prorratas y exporten sus basuras es esperar en imposible, batallar contra la fatal constitución y cansar a V.E. con incesantes representaciones, y querellas”.⁴⁹

La propuesta de Egaña era una concesión de los funcionarios reales a los intereses locales. Una propuesta que mantenía el sistema de acequias por las utilidades que poseía y, al mismo tiempo, trataba de contener sus mayores males para volverlo funcional a la policía y salud pública. Con todo, el proyecto aún era insuficiente para el cabildo, cuyo mayordomo, Mariano Zárate, envió otra propuesta al virrey tan solo doce días después. Sin enfrentarse directamente con el parecer de Gil de Taboada sobre las acequias interiores, al respecto de las cuales señalaba queden “en el estado que se quiera, o en el que actualmente tiene”, buscaba más bien enfocarse en la solución alternativa: “que corra agua por las calles y que el curso diario se sujete a determinadas horas”.⁵⁰ Zárate establecía que la mejor solución que se podía plantear en este ámbito era que se cumplieran las ordenanzas ya existentes, en especial las relacionadas a la cantidad de agua que debía designarse a la ciudad y la distribución horaria:

porque de este modo las inmundicias que se arrojen en la noche las lleva el agua en el curso rápido que se le proporcione

⁴⁹ AHML, LCPL XXVI, f. 103v.

⁵⁰ AHML, LCPL XXVI, proyecto de carretas para aseo y limpieza de las calles, f. 111.

por la situación de la misma acequia por la limpieza de su cauce, y por la crecida porción del líquido que, cesando de correr a las cuatro de la mañana, da lugar a que en el día se limpie de la porquería que le haya quedado.⁵¹

Así, las casas y establecimientos que no tenían silos podían arrojar sus inmundicias a las acequias exteriores durante las horas de penumbra. A esto se añadía la disposición de que se mantuvieran compuertas en las tomas de las acequias con guardias designados para su resguardo y con la vigilancia del ministro comisionado por la Real Audiencia, el juez de aguas del cabildo y el teniente de policía. Este nuevo proyecto no necesitaba, entonces, sino de las autoridades ya existentes dentro del juzgado de aguas y de la voluntad del mayordomo, quien se ofreció como celador permanente.⁵²

Este proyecto es un ejemplo perfecto de la forma en que las élites locales lidiaban con las propuestas reformistas. Ellos se dedicaban a proponer proyectos alternativos que antes que alterar a profundidad el sistema, reforzaban las bases sobre las cuales estaba fundado. El planteamiento de Zárate no solo era una concesión a los chacareros y hacendados, sino una segunda defensa del sistema de acequias. Para él, tan solo era necesario controlar las bocas de las acequias mediante compuertas y ser más rígidos en el control de las horas en las que debía correr el agua por las calles. Se trataba, entonces, de vigorizar el antiguo sistema, repitiendo la legislación olvidada y apremiando a los auxiliares y autoridades competentes tradicionales para que la hicieran cumplir. No había necesidad de ninguna variación real.

⁵¹ AHML, LCPL XXVI, proyecto de carretas para aseo y limpieza de las calles, f. 111r-v.

⁵² AHML, LCPL XXVI, proyecto de carretas para aseo y limpieza de las calles, f. 112.

El cabildo también se aseguró de controlar la aplicación del proyecto mediante la inserción del juez de aguas en la comisión encargada de vigilar su cumplimiento. De esta forma se enfrentaba a la propuesta de control exclusivo hecha por Egaña y se protegía sus fueros frente a la intrusión de otros funcionarios. Para cumplir el proyecto, expresan con claridad que el manejo del curso de las aguas era de competencia del juez de aguas con sus respectivos subalternos, quienes deben tapar y abrir las bocas cuando corresponda (ítem 1). Él es quien tiene la dirección en la construcción de compuertas en las bocas de las acequias y según “sus privativas facultades” debía mantener limpias las acequias interiores “no esperando a que lo ejecuten los interesados, ni permitiendo[lo] por la omisión y desorden que se ha experimentado, sino mandándoselas limpiar de oficio a costa de ellos, dos veces al año” (ítem 3).⁵³

Así, el cuerpo municipal se enfrentó a los pretendidos proyectos de reforma en el sistema de eliminación de residuos líquidos reivindicando su jurisdicción sobre el juzgado de aguas. A través del refuerzo de su posición tenían una baza con la cual enfrentarse a las otras jurisdicciones en el día a día. Se dedicaron, entonces, a retardar los procesos, señalar la falta de propios y realizar consultas en las que postulaban otras soluciones que probaran su voluntad de solucionar el problema existente, sin provocar alteraciones sustanciales al estado “natural” de las cosas. Con ese objetivo, desechó las propuestas reformistas que venían de otras instancias y dedicó atención únicamente a los que protegían sus intereses. Solo así el cabildo aceptaría la eliminación de las acequias interiores en 1796, cinco años después de haber quedado

⁵³ LCL 38, 10 V 1791.

inutilizadas por la decisión del virrey Gil y que el proyecto alternativo de Zárate haya sido adoptado. Los capitulares se vanagloriaban de haber previsto los problemas que el proyecto acarrearía, expresando las medidas que debían haberse realizado previamente, pero olvidaban su propio apoyo al plan alternativo que generó el descontrol de las aguas.

Como el propio cabildo llegó a admitir:

se arrojó a las acequias de las calles casi toda el agua de la dotación de la ciudad, que aunque le corresponde según el repartimiento antiguo que rige, desde las cinco de la mañana hasta las cinco de la tarde, el ningún cuidado de los hacendados interesados en el agua de toda la noche, o la falta de necesidad de ella, o la demasiada vigilancia, y diligencia de los huerteros de la parte occidental de la ciudad que la reciben en sus fundos, o todo junto hace que el agua corra indistintamente de día, y de noche, y que con frecuencia sea en tanta porción, cuanta no podían sufrir los causes de las acequias.⁵⁴

Así, la ciudad volvió a estar cubierta de inmundicia, ahora aparentemente mayor que antes. Sin embargo, el cabildo nunca reconoció su responsabilidad ante ese lamentable estado de la ciudad. Para ellos, los culpables siempre fueron los vecinos y sus malas costumbres, y las autoridades que se entrometían en sus fueros y dificultaban la solución de estos problemas.

Conclusiones

Es así como un antiguo paradigma —el miasmático— en la medicina se volvió central en la política de la Corona, a fines del

⁵⁴ AHML 023-CC-BOR. Borrador de informe del cabildo a la junta de policía, sobre un proyecto de limpieza, ff. 99v-100.

siglo XVIII, y fue la principal baza para desarrollar una serie de reformas sobre la administración local, que tenía como objetivo mejorar la sanidad de las poblaciones y, en el largo plazo, el crecimiento demográfico y el desarrollo económico de sus territorios. En el caso limeño, las teorías y recomendaciones de influyentes personajes pertenecientes a las nuevas élites ilustradas, como fue el caso de Hipólito Unanue, confluyeron con la renovada voluntad de la Corona de establecer una reforma de policía en la ciudad. Esta pretendía no solo la aplicación de medidas de salud pública, sino nuevos sistemas de control y administración urbana que permitían un mejor control de la población. En la práctica, además, significaba quitarle un espacio de actividad a las élites de la ciudad que tradicionalmente habían tenido gran influencia en las medidas de salud pública y policía a través del cabildo. Aunque las élites llevaban un tiempo retiradas de esta institución, ahora sumida en el letargo, no tardaron en apropiarse nuevamente de sus puestos y de un discurso reivindicador de sus prerrogativas arrebatadas desde la visita general.

En realidad, la reforma de policía y la reanimación del cabildo fue una oportunidad para la élite de luchar por recuperar privilegios que habían perdido dentro del más amplio paquete de medidas reformistas establecidas en las últimas décadas del siglo XVIII. De esta forma, no solo se van a oponer a las disposiciones de los funcionarios reformistas, sino que van a reclamar ser los únicos capaces de realizar tales reformas en los términos y condiciones adecuados para la ciudad de Lima. Los miembros del cabildo buscaron, entonces, aprovechar las atribuciones que poseían para defender los intereses de las élites a quienes representaban y denostar en el proceso los intentos de las autoridades e instituciones creadas por los visitadores, que consideraron usurpadoras de sus derechos tradicionales.

En el caso del nuevo plan de saneamiento de la ciudad y el destino que debían correr las acequias, el cabildo demostró su oposición al proyecto reformista mediante diversas estrategias. Así, no solo se encargaba de dilatar los procesos y colocar la falta de propios como argumento en contra de estos proyectos, sino que buscará desarrollar sus propios arbitrios “reformistas” que no cambiaban el equilibrio social ni político en lo absoluto. Es más, como fue en el caso de las acequias, propuso planes que ni siquiera alteraban el sistema utilizado para desechar los residuos hasta ese momento, sino que eran un intento por reforzar la antigua legislación bajo los parámetros acostumbrados. Así, la batalla contra las acequias limeñas, librada por la tenencia de policía, el visitador Escobedo y algunos virreyes ilustrados, fue una derrota en las manos del cabildo, los chacareros, las corporaciones religiosas e, incluso, algunos de los mismos funcionarios encargados de implementar la reforma.

Archivos citados

Archivo Histórico Municipal de Lima (AHML)

Libros de Cabildo de Lima (LCL)

Libros de cédulas y provisiones de Lima (LCPL)

Borradores e informes

Biblioteca Nacional del Perú (BNP)

Fondo antiguo

Referencias

Bell, M. y Ramón, G. “Making Urban Colonial Lima (1535-1650): Pipelines and Plazas”. *A Companion to Early Modern Lima*, editado por E. Engel, Brill, 2019, 103-126. <https://brill.com/view/book/edcoll/9789004335363/front-8.xml>

Bowers, K. W. “Balancing Individual and Communal Needs:

- Plague and Public Health in Early Modern Seville”. *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 81, n. 2, 2007, 335-358.
- Burkholder, M. y Chandler, D. *De la impotencia a la autoridad. La Corona española y las Audiencias en América 1687-1808*. Fondo de Cultura Económica, 1984.
- Bustíos, C. *La cuestión demográfica y la planificación familiar en la historia de la salud pública peruana, 1821-2005*. Concytec, 2011.
- Casalino, C. “Higiene pública y piedad ilustrada. La cultura de la muerte bajo los borbones”. *El Perú en el siglo XVIII. La Era Borbónica*, editado por S. O’Phelan, Instituto Riva Agüero, 2001, 325-344.
- Castillo de Bovadilla, J. *Política para corregidores y señores de vasallos, en tiempo de paz y de guerra, para jueces eclesiásticos y seglares, y de sacas, aduanas, y de residencias, y sus oficiales: y para regidores, y para abogados; y del valor de los corregimientos, y gobiernos realengos y de las órdenes*. Imprenta de Joaquín Ibarra, 1759 (1597).
- Cipolla, C. M. *Miasmas and Disease: Public Health and the Environment in the Pre-industrial Age*, Yale University Press, 1992.
- Clément, J. P. “El nacimiento de la higiene urbana en la América española del siglo XVIII”. *Revista de Indias*, vol. 43, n. 171, 1983, 77-95.
- Clément, J. P. *El Mercurio Peruano, 1790-1795*. 2 vols., Vervuert e Iberoamericana, 1997.
- Estenssoro, J. C. “La plebe ilustrada: el pueblo en las fronteras de la razón”, editado por C. Walker, *Entre la retórica y la insurgencia: las ideas y los movimientos sociales en los Andes. Siglo XVIII*, Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas, 1996, 33-66.
- Fisher, J. *Gobierno y sociedad en el Perú Colonial. El régimen de las*

- Intendencias*, Pontificia Universidad Católica del Perú, 1981.
- Foucault, M. “La política de la salud en el siglo XVIII”. *Obras esenciales*, vol. II: *Estrategias de poder*, editado por J. Varela y F. Álvarez Uria, Paidós, 1999, 329-342.
- Fraile, P. “Putting order into the cities: the evolution of ‘policy science’ in eighteenth century Spain”. *Urban History*, vol. 25, 1998, 22-35.
- Jouve Martin, J. *The Black Doctors of Colonial Lima: Science, Race and Writing in Colonial and Early Republican Perú*. McGill-Queen’s University Press, 2014.
- Juan, J. y Ulloa, A. *Relación histórica del viaje a la América meridional hecho de orden de Su Majestad para medir algunos grados de meridiano Terrestre, y venir por ellos en conocimiento de la verdadera Figura, y Magnitud de la Tierra, con otras varias Observaciones Astronómicas, y Phisicas*. Edición Facsmiliar, 2 vols., Fundación Universitaria Española, 1978 (1748).
- Kole de Peralta, K. “Mal Olor and Colonial Latin American History: Smellscapes in Lima, Peru, 1535-1614”. *Hispanic American Historical Review*, vol. 99, n. 1, 2019, 131.
- Lohmann Villena, G. *Los ministros de la Audiencia de Lima (1700-1821). Esquema de un estudio sobre un núcleo dirigente*. Escuela de Estudios Hispanoamericanos, 1974.
- Lossio, J. *Acequias y gallinazos: salud ambiental en Lima del siglo XIX*. Instituto de Estudios Peruanos, 2003.
- Mera Ávalos, A. “Reformas en la policía de Lima desde el Superior Gobierno”. *El Virrey Amat y su tiempo*, editado por C. Pardo-Figueroa y J. Dager, Instituto Riva Agüero, 2004.
- Molero, V. “Crisis y orden público en el Madrid ilustrado de Carlos III. La figura del alcalde de barrio”. *HispanismeS*, n. 4, 2014, 26-45. https://www.hispanistes.fr/images/PDF/HispanismeS/Hispanismes_4/3shf%20hispanismes%204%20mo-

[lero%20valrie%20def.pdf](#)

- Montalvo Salcedo, E. *El Cabildo de Lima y la inacabada reforma de policía, 1784-1812*. Tesis para optar por el grado de licenciado en Historia. Pontificia Universidad Católica del Perú, 2021.
- Montalvo Salcedo, E. “El Cabildo y el visitador: la reforma de policía en Lima, 1784-1787”. *Histórica*, vol. 46, n. 1, 2022, 7-52.
- Moore, J. P. *The cabildo in Peru under the Bourbons: a study in the decline and resurgence of local government in the Audiencia of Lima 1700-1824*. Duke University Press, 1966.
- Moreno Cebrián, A. “Cuarteles, barrios y calles de Lima a fines del siglo XVIII”. *Jahrbuch für Geschichte Lateinamerikas*, n. 18, 1981, 97-161.
- Núñez, E. *Relaciones de viajeros*. Tomo XXVII, 4 vols. Comisión Nacional del Sesquicentenario de la Independencia del Perú, 1971.
- Ramón, G. “La política borbónica del espacio urbano y el cementerio general (Lima, 1760-1820)”. *Histórica*, vol. 28, n. 1, 2004, 91-130.
- Ramón, G. “Autoridades subalternas y proyecto borbónico (1746-1821): el plano de las aguas urbanas de Lima”. *El ocaso del Antiguo Régimen en los imperios ibéricos*, coordinado por S. O’Phelan y M. E. Rodríguez, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú y Centro de Humanidades, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (CHAM) de la Universidade NOVA de Lisboa, Universidade dos Açores, 255-280, 2017.
- Real Academia Española. *Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española, reducido a un tomo para su más fácil uso*. Imprenta de Joaquín Ibarra, 1780.
- Rivasplata, P. *Agua y vida. Salud pública en Lima Colonial 1535-*

1821. Universidad Cayetano Heredia, 2018.

Unanue, H. *Observaciones sobre el clima de Lima y sus influencias en los seres organizados, en especial el hombre*. Imprenta Real de los Huérfanos, 1806.

Warren, A. *Medicine and Politics in Colonial Peru: Population Growth and the Bourbon Reforms*. University of Pittsburgh Press, 2010.

Zeta Quinde, R. *El pensamiento ilustrado en el Mercurio Peruano, 1791-1794*. Universidad de Piura, 2000.

Médicos, salud y Estado en los albores del siglo xx: Antecedentes y creación de la Dirección General de Salubridad (1903)

Pamela Vargas Arancibia⁵⁵

La historiografía de la salud pública, en las últimas décadas, viene atrayendo la atención tanto de médicos como de historiadores.⁵⁶ Vale la pena recalcar que no hay una sola corriente dentro de esta nueva historiografía, sino que, como cualquier otra área, depende de las preguntas y preocupaciones que tienen los investigadores sobre su materia de estudio. Armus (2000), por ejemplo, afirma que en el campo de la historia de la enfermedad —término con el que denomina a este tipo de estudio— hay tres tópicos dominantes: “La dimensión social y política de las epidemias, las influencias externas en

⁵⁵ Bachiller en Historia por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Correspondencia: pamela.vargas@unmsm.edu.pe. Algunas partes de este capítulo están adaptadas de un artículo previo (Vargas 2020).

⁵⁶ Entre los médicos que tienen importantes estudios sobre la historia de la salud destacan Carlos Bustíos Romaní, autor de libros como *Cuatrocientos años de la salud pública en el Perú (1533-1933)* o *La salud pública, la seguridad social y el Perú demoliberal (1933-1968)*. De igual forma, resaltan los artículos del médico sanmarquino Oswaldo Salaverry García, editor de los dos tomos de *Historia de la medicina peruana en el siglo xx*. Por otra parte, entre los historiadores, destaca Marcos Cueto, quien cuenta con varios títulos en este campo, como *El regreso de las epidemias* o, recientemente, *Salud en emergencia: Historia de las batallas contra las epidemias y la covid-19*. Por su parte, Jorge Lossio, quien tiene una larga trayectoria en este campo, últimamente ha publicado obras ligadas a la pandemia como *¿Qué hicimos mal? Sociedad y Estado frente a la covid-19* o también *Covid-19 en el Perú: respuestas estatales y sociales*.

el desarrollo médico-científico y en las políticas de salud pública de la región y, finalmente, los usos culturales de la enfermedad” (Armus 2000, 8).

El objetivo de este capítulo no es hacer una historia institucional de la dependencia en cuestión, sino abordar los inicios de una política pública para reflexionar, entre otras cosas, sobre la situación sanitaria de la época, la manera en la que se constituyó una política pública de salud cuando aún no se hablaba en esos términos, y, especialmente, sobre los debates, intereses y desafíos que estuvieron detrás de su formación.

Como hemos mencionado, para inicios del siglo xx, la expresión “política pública” no estaba en el vocabulario de los funcionarios y, por tanto, no aparece en ninguna de nuestras fuentes. Sin embargo, lo propuesto por estos agentes del Estado responde a lo que tradicionalmente se ha entendido como política pública, es decir “el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que, en un momento determinado, los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios” (Tamayo 1997, 281). En el caso analizado en este capítulo, se hace evidente que la salud es el campo de acción que se vuelve primordial para las autoridades.

Por esta razón se busca estudiar no solo hechos coyunturales inmediatos a 1903, relacionados con la llegada de la peste bubónica a las costas del Perú, con el miedo de la población y la preocupación de las autoridades peruanas, temas que previamente han sido abordados por Cueto (2000), sino que retrocederemos algunas décadas para abarcar elementos centrales de la configuración de la Dirección General de Salubridad (en adelante, DSG), procesos que actuaron de telón de fondo para impulsar el surgimiento de un área específica encargada de la salud pública al interior del Ministerio de Fomento.

El enfoque “Estado en sociedad”, tomado de Joel Migdal (2011), será central a lo largo de este análisis. Su propuesta afirma que el Estado se define por las prácticas que realizan sus diversos funcionarios públicos, actividades que pueden incluso contradecir la imagen ideal típicamente asociada al Estado. Esa imagen irreal retrata al Estado como una entidad uniforme, coherente, autónoma y centralizada, con fronteras no solo territoriales, sino también demarcaciones que separan al Estado, sus organismos y agentes (lo público) de aquellos sujetos a sus reglas (lo privado) (Migdal 2011, 37-42). Sin embargo, en la cotidianidad, a través de alianzas, conflictos e interacciones, sus actores van desdibujando tales límites y, con ello, desmienten esta representación perfecta del Estado. Para plasmar el planteamiento de Migdal en esta investigación, aplicaremos una “etnografía del Estado”, método que implica realizar un mapeo de agentes, redes, intereses y agendas a través de la documentación histórica.

Las siguientes preguntas guiarán este capítulo: ¿En qué contexto se dio la creación de la DGS? ¿Qué procesos influyeron? ¿Qué actores definieron esta propuesta? ¿Qué discurso y agenda tenían? ¿Qué elementos de su agenda se plasmaron en la DGS? Nuestra hipótesis es que la formación de la DSG se dio por una conjugación de factores, entre ellos, el crecimiento urbano y las pésimas condiciones higiénicas de las ciudades, el auge de la economía primario-exportadora en el Perú y, por tanto, una mayor apertura de los puertos a embarcaciones internacionales. Estos y otros elementos propicios para la conformación de la DSG se conjugaron con la llegada de la peste bubónica y la coyuntura crítica que provocó. Se afirma, asimismo, que su creación no se habría podido dar sin el accionar de los médicos, quienes promovieron no solo su origen, sino también su diseño y estructura, lo que evi-

dencia que los intereses de determinados grupos profesionales estaban ligados al funcionamiento del Estado.

Para el desarrollo de nuestros argumentos utilizaremos como corpus documental central la revista *La Crónica Médica*, la publicación más importante en su rubro, en la cual una renovada élite médica limeña registró sus apreciaciones técnicas sobre los últimos sucesos nacionales e internacionales del ámbito sanitario y la que, muchas veces, sirvió de plataforma para llamar la atención de las autoridades locales. Como fuentes complementarias usaremos las tesis de la Facultad de Medicina de San Marcos (San Fernando), sesiones de la Academia Nacional de Medicina, artículos y libros de algunos higienistas de la época, leyes sanitarias recopiladas en compendios, entre otras fuentes.

Contexto: salud y sociedad

Para gran parte de la población peruana de inicios de siglo xx, la sola mención de la palabra “peste” era sinónimo de miedo y angustia enormes. Este temor no resultaba nada extraño, debido a que los estragos causados por la peste bubónica eran ya bien conocidos desde el siglo xiv, y se habían hecho presentes a una escala global durante gran parte del siglo xix.

Como indica Echenberg (2002), esta pandemia de peste bubónica, la tercera de la historia de la humanidad, se caracterizó por las importantes consecuencias históricas que produjo en diversas sociedades en el mundo. Estuvo implicada en el “ascenso del nacionalismo en India, el Gran Fuego en Honolulu, la presencia del prejuicio antiasiático en los Estados Unidos y Australia, la aparición del Apartheid en Sudáfrica y el crecimiento de los servicios de salud pública en Brasil” (Echenberg 2002, 434). Lo sucedido en este último país, según veremos en el presente capítu-

lo, tiene similitud con lo ocurrido en el Perú, debido a esta misma enfermedad.

Respecto de la peste en Sudamérica, según el médico peruano J. C. Arbulú, las primeras ciudades de la región afectadas por la bubónica fueron Montevideo, Santos y Buenos Aires (Arbulú 1903, 5-8). Fueron también estas urbes las primeras en declarar cuarentenas en sus muelles, medida común en aquel tiempo ante la llegada de enfermedades contagiosas. La cercanía de estas ciudades-puertos acrecentó el clima de alerta en las autoridades peruanas, pues parecía ineludible su llegada al país.

Pese a que 1903 fue solo el inicio de una larga batalla contra esta enfermedad que, por 30 años, siguió atacando a la población peruana (Cueto 2000, 27), fue también un año distinto con respecto a los posteriores, pues se caracterizó por una respuesta casi inmediata de las autoridades tras la alerta generada por la llegada de la peste. Tal sentir se evidenció a través de diarios como *El Comercio*, donde se iban publicando artículos referentes a la peste bubónica varios meses antes de su llegada al Perú. Por ejemplo, desde enero ya se venían escribiendo en el periódico notas que anticipaban la llegada de la enfermedad al país y se informaba a la población sobre las medidas necesarias para hacer frente a este mal (El Comercio 25 enero 1903). De igual forma, el diario iba reportando los lugares o puertos adonde llegaba la epidemia en Latinoamérica (El Comercio 4 mayo 1903). Asimismo, apenas se detectó una enfermedad sospechosa en el Callao, el 7 de mayo se informó con evidente temor y, en las posteriores semanas y meses, el citado periódico continuó haciendo el seguimiento del mal epidémico en el país.

En este contexto sanitario, las respuestas por parte de las autoridades fueron casi inmediatas, la principal de ellas fue la creación de la Dirección General de Salubridad (DGS), una institución

reconocida como la primera organización sanitaria de carácter nacional. Pese a lo coyuntural de su origen, su establecimiento se debió, en gran parte, a otros factores que la llegada de la peste sacó a relucir, tales como la continua llegada de epidemias a ciudades portuarias, la alta mortalidad por enfermedades infectocontagiosas en las ciudades, el problema de la higiene y hacinamiento en las viviendas, entre otros aspectos.

Vale la pena mencionar que, tal como sucedió con la peste bubónica, era común que otras enfermedades contagiosas llegaran por medio de embarcaciones. Las noticias referentes a la llegada y a las muertes producidas por influenza, cólera y, en este caso, la peste bubónica, generaban gran alarma entre la población, mientras que enfermedades endémicas, que anualmente costaban la vida de miles de personas, como la tuberculosis, habían sido normalizadas. La rápida diseminación de las enfermedades a través de variados territorios por vía marítima formaba parte de procesos globalizadores del siglo XIX, que incluían también el “surgimiento de las grandes ciudades, el desarrollo industrial, la expansión del comercio, las emigraciones” (Molina 2016, 145). Estos elementos, en especial los referidos al comercio internacional y el crecimiento urbano, se hicieron muy presentes en la realidad peruana.

Para la élite gobernante durante el periodo de la República Aristocrática, el hecho de que las enfermedades se expandieran a través de las embarcaciones era motivo de gran preocupación. Una razón importante para ello era el auge de la economía exportadora, que se estaba imponiendo y haciendo contraste con el periodo de crisis posterior a la guerra del Pacífico (1879-1884). Para las élites, cualquier alteración de la dinámica exportadora podría generar pérdidas económicas. Una enfermedad infectocontagiosa de rápida expansión, como la peste, podría elevar gastos de pro-

ducción y reducir la productividad de la fuerza de trabajo (Bustíos 2004, 377).

La pérdida de capital humano generó también inquietud en la élite gobernante, no solo en términos económicos, sino también porque mermaba la idea del proyecto nacional vigente, en el que una población numerosa y sana era un prerrequisito para tener una nación fuerte y exitosa. Esta noción alimentaba las bases de un futuro estado de bienestar, donde la clase obrera sería vista como un recurso valioso que debía ser protegido y mejorado, pues era la base de la civilización y el progreso (Drinot 2016, 28-29). Pero la llegada de las enfermedades desde el exterior no era la única responsable de la alta mortalidad que se vivía en el país. La elevada mortandad era consecuencia también de las pésimas condiciones sanitarias en las que vivía gran parte de la población, especialmente en las ciudades. En aquellos años, Lima estaba empezando a modificar su estructura urbana; poco a poco se iban expandiendo los límites establecidos durante el virreinato, hasta finalmente sobrepasarlos y formar nuevas urbanizaciones. Eran los pobres quienes se quedarían en el centro de la ciudad, mientras que quienes tenían dinero se establecerían en urbanizaciones de la zona sur de Lima (Panfichi 2004, 34-38).

La mayor amenaza para las clases bajas fue el hacinamiento, fenómeno que se repetía en diferentes ciudades en expansión. El limitado acceso a viviendas dignas por parte de los pobres —incluyendo a quienes migraban desde otras áreas del país—, sumado a la oferta de viviendas de antiguos propietarios que subdividieron sus grandes casonas —para aprovechar al máximo las ganancias— incrementaron el problema de la vivienda en la capital (Panfichi 2004, 37). La tugurización de callejones y casas de vecindad generaba las condiciones precisas para el contagio: falta de limpieza, ventilación muy limitada y poco acceso a servicios básicos de

agua y alcantarillado. Ello se sumaba a una autoridad municipal que no tenía la capacidad de generar un entorno sanitario adecuado, pues focos infecciosos como basureros y muladares, acequias contaminadas y hasta emisiones de gases tóxicos por pequeñas industrias ciudadinas complementaban el panorama sanitario local (Lossio, 2003).

Frente a esta situación, las dos corrientes de pensamiento científico más importante por esos años —el positivismo y el higienismo— impulsaron propuestas de cambio esperanzadoras para el Gobierno y la sociedad. Del positivismo, la élite e intelectuales peruanos tomaron como aporte central la idea de que existía una línea evolutiva en la historia que llevaría tarde o temprano al progreso, noción fuertemente ligada a la de orden social (Quintanilla 2006, 7). Del higienismo, la noción que las medidas higiénicas podían llevar a ese ideal de una nación próspera y moderna, previniendo epidemias, aumentando la población y mejorando la salubridad del país. A estas ideas se sumaba el paradigma médico de llegada reciente al país, la bacteriología, que fue clave para convertir la medicina en una ciencia positiva, pues centraba su acción en la búsqueda y tratamiento de un agente biológico causal que explicara, por medio de la observación y experimentación, la producción de las enfermedades contagiosas (Bustíos 2004, 660). Sobre estas bases podemos entender la importancia creciente de los médicos en el aparato estatal. A continuación, el análisis.

Médicos: asociaciones e intereses

A inicios del siglo xx, la presencia de los galenos se había fortalecido y su legitimidad en las urbes peruanas, principalmente en Lima, había aumentado. Tal proceso venía desarrollándose desde el siglo xix, no solo en el Perú, sino en varias partes del mundo, con el apoyo estatal a la profesión médica, en desmedro de dife-

rentes practicantes de salud (curanderos, parteras, herbolarios o médicos homeópatas), y un aumento en la efectividad de tecnologías biomédicas, tales como la vacunación y la anestesia (Cueto 1989; Comelles 1993, 171). Al mismo tiempo, gobiernos como el peruano buscaban secularizar las prácticas asistenciales (Panadero 2006, 36). Médicos y líderes políticos intentaron encabezar la estructura de la asistencia pública, la cual estaba aún a inicios de siglo en manos de la Beneficencia, que contaba con una importante presencia administrativa de órdenes religiosas, como la Compañía de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl.

Este proyecto de profesionalización se desarrolló en Lima principalmente, luego de la conversión de la Escuela de Medicina en Facultad, en 1856. La recién consolidada institución, representante de los médicos, ejecutó una alianza estratégica con la Municipalidad de Lima, y en conjunto:

realizaron diversos métodos de coacción, sometimiento y amedrentamiento, que se manifestaron en visitas periódicas a las boticas y el decomiso de las mercancías incautadas, el cierre temporal o perpetuo de los locales y hasta la condena a la cárcel por ejercer ilegítimamente la profesión de boticario o farmacéutico (Coello 2009, 10).

Miembros de la Facultad de Medicina de Lima incluso presionaban a las autoridades municipales para permitir que fueran los propios médicos quienes realizaran la inspección ocular de las droguerías que se inauguraban en la ciudad (Coello 2009, 35).

Esta autoridad asumida por la Facultad de Medicina para fiscalizar a los “impostores” de la salud se debió a la inexistencia, hasta 1935, de un Ministerio de Salud que asumiera tales labores de vigilancia. Fue, sin duda, una actividad complicada, pues la línea que separaba a médicos de los “no profesionales” de la salud era difusa. Este último grupo no solo era conformado por prac-

ticantes tradicionales de la salud, poseedores de saberes alternos, sino también incluía a quienes no habían concluido la carrera de Medicina e incluso médicos extranjeros. Por ello se dice que, básicamente, la identidad médica se basaba en el título profesional (Palma y Ragas 2019, 2-8).

La actividad de fiscalización de los médicos se complicaba también debido al accionar de autoridades municipales, pues a pesar de haber una alianza entre ellos y la municipalidad, existía un conflicto de intereses entre los municipales, que ponían por delante cuestiones económicas al preferir, muchas veces, cobrar el impuesto por la apertura de los establecimientos que hacer caso de las medidas impulsadas por las autoridades universitarias.

Estos sucesos reafirman dos ideas; primero, que la hegemonía médica en el aparato estatal no aumentó como causa natural del desarrollo científico en el área de la salud o la especialización de la medicina, sino también por el afán de monopolizar las actividades relacionadas al campo de la curación por los médicos (Cueto 1989, 84). Y, segundo, que los médicos tenían ambiciones profesionales puntuales y no dudaron en establecer alianzas y redes con miembros del Estado para conseguirlos. Analizaremos este punto con mayor profundidad más adelante.

Adicionalmente, el afianzamiento de los médicos en el gobierno tuvo también otra faceta, ligada al fortalecimiento y creación de instituciones sanitarias. Muestra de eso es la Universidad de San Marcos, que durante el auge profesional en Lima de inicios del siglo xx experimentó un aumento de su población estudiantil, conformada en gran parte por alumnos de la Facultad de Medicina. Así, en 1903, año del comienzo de la peste, 266 alumnos de un total de 849 estudiantes, es decir el 31 %, pertenecía a esa facultad. Este porcentaje se mantuvo durante los diez primeros años del nuevo siglo, pues la Facultad de San Fernando siguió contando

con alrededor de la tercera parte del total de la población estudiantil sanmarquina, y con el paso de los años fue aumentando hasta representar el 41,6 % en 1920 (Cueto 1989, 63). Por otro lado, no fueron solo los médicos quienes aumentaron sus filas; otras profesiones sanitarias, como la odontología y la enfermería, entre 1908 y 1920, “tuvieron una tasa de crecimiento de 3,0 y 10,1 respectivamente” (Cueto 1989, 82).

Un punto central para nuestra investigación y clave para la creación de la DGS fue el crecimiento de asociaciones profesionales de médicos y de publicaciones periódicas especializadas del área de medicina. En dichas revistas, los miembros de asociaciones médicas difundían sus últimas investigaciones, vertían opiniones respecto de cuestiones nacionales generalmente relacionadas al ámbito sanitario o moral de la sociedad y publicaban información relacionada con las medidas del gobierno de turno frente a los problemas higiénicos. El conocimiento difundido en las páginas de estas revistas científicas constituyó una forma de propagación y hasta una demostración ante la sociedad de la superioridad y cientificidad de su conocimiento.

Las revistas publicadas hacia finales del siglo XIX e inicios del XX no fueron numerosas, pero sí importantes. La primera publicación periódica médica realizada por galenos peruanos fue *La Gaceta Médica de Lima*, que se empezó a publicar en 1856 y siguió por varios años editándose intermitentemente hasta 1881, cuando se detuvo su publicación debido a la Guerra del Pacífico. Al igual que otras publicaciones médicas posteriores, esta revista había surgido como propuesta de asociaciones de galenos, en este caso, la Sociedad de Medicina. Otras publicaciones de la época, que también estuvieron relacionadas con instituciones, tuvieron un corto tiempo de vida. Entre ellas figuran el *Boletín de la Academia Libre de Medicina* (1884-1887), que circuló hasta la creación

de la Academia Nacional de Medicina, o *El Monitor Médico*, el cual apareció en 1885 como órgano oficial de la Academia Libre de Medicina y que se publicó hasta 1899 (Pamo 1998).

Sin embargo, la publicación más importante para inicios del siglo xx fue *La Crónica Médica*, órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina, una asociación creada tras el fin de la guerra del Pacífico por estudiantes de la Facultad de Medicina. Esta publicación, a pesar de tener dificultades en determinadas coyunturas relacionadas a problemas políticos nacionales o debido a la falta de compromiso de algunos de sus miembros, no se discontinuó. En momentos excepcionales tuvo cambios del comité editorial o se atrasó en algunos días la publicación de sus fascículos. Así, ya sea imprimiéndose quincenal o mensualmente, *La Crónica Médica* se caracterizó y se diferenció de otras revistas especializadas por su continuidad, y fue reconocida como portavoz de los médicos. Esta característica, además del amplio contenido de sus artículos, desde los científicos hasta comentarios políticos y sociales, vuelven a esta revista una de las fuentes principales para acercarnos a la posición de los médicos de la época: sus ideas, proyectos y las novedades del extranjero que llegaban al país, influenciando a los galenos peruanos.

Agrupaciones como la Sociedad Médica Unión Fernandina, que producía *La Crónica Médica*, nos ayudan a entender el proceso de definición de intereses profesionales y fortalecimiento de los médicos en la sociedad peruana (Ferrando 1977, 9-10). Además, la revisión y el análisis de los artículos publicados en *La Crónica Médica* permiten observar cómo la organización colectiva de los médicos apuntaba no solo a defender intereses profesionales, sino también a promover reformas sanitarias en nombre del bienestar social. Estas reformas no solo estaban basadas en un sentimiento altruista, sino que se asentaban en posibles beneficios gremiales,

debido a que el cambio sanitario que proponían debía estar dirigido por los mismos médicos.

Dentro de estas sociedades existían grupos de expertos que tenían vínculos con funcionarios estatales, algunos de ellos habían pasado a formar parte del Estado o escribían críticas y propuestas en los medios dirigiéndose al Gobierno para, por ejemplo, proponer cambios a la legislación, ya sea planteando nuevas leyes u oponiéndose a las existentes. Así, los médicos, en calidad de expertos de salud, se constituyeron en un grupo de presión a partir de la segunda mitad del siglo XIX (Pineda 2002, 92).

Refiriéndonos ahora al Estado, según Migdal, este presenta un carácter dual: por un lado, está compuesto por una imagen ideal que lo muestra como una entidad unificada, centralizada y autónoma, claramente separada de la sociedad. Por otro lado, señala una contraparte a la que denomina “prácticas”, las cuales son actividades cotidianas de los propios actores estatales que pueden reforzar o debilitar tal percepción idealizada del Estado, así como consolidar o atenuar la noción entre lo público y lo privado (2011, 37). En el caso peruano, el Estado y la sociedad demuestran tener “fronteras imprecisas entre ellos mismos y con otros grupos dentro y fuera de las fronteras oficiales del Estado” (2011, 42). Así, es posible entender cómo muchos de los galenos que integraban estos grupos de interés fueron a su vez autoridades públicas que, en distintas instancias, actuaron bajo el mandato del Gobierno Central o municipal.

El ingreso de los médicos al aparato burocrático se evidenció primero en el Congreso: entre los años 1895 y 1918, los médicos fueron el segundo grupo profesional más numeroso y representaban el 13,1 % del total, solo superados por los abogados, quienes representaban el 43,7 %. Ambos se impusieron a representantes con otras ocupaciones, como agricultores (9,2 %), mineros (8,4

%), militares (4,1 %), políticos (2,6 %) o comerciantes (2,3 %) (Cueto 1989, 62). En tales años, los médicos incluso sobrepasaban a los ingenieros, que representaban en promedio el 5,3 %, y a quienes el discurso oficial relacionaba de forma más directa con la modernización del país. Esta situación era muy diferente a la realidad parlamentaria de inicios de la república, pues en el Primer Congreso Constituyente, de los 91 diputados, quienes encabezaron sus filas eran abogados, eclesiásticos y militares (Museo del Congreso y la Inquisición, s. f.).

Los médicos también fueron copando otras áreas de la administración pública; por ejemplo, ministerios y municipios (Mannarelli 1999, 44). En el caso de las municipalidades, estas sumaron médicos a sus filas desde finales del siglo XIX, en el contexto del incremento de dependencias relacionadas a la sanidad. Por ejemplo, el jefe de la sección de higiene de la Municipalidad de Lima era usualmente un galeno, como también lo era el personal del Instituto de Vacuna. Asimismo, los inspectores de salubridad de cuarteles y establecimientos comerciales como mercados y mataderos de la ciudad eran médicos. De igual manera, los trabajadores del Laboratorio Municipal, encargados de examinar las muestras recogidas por los inspectores, tenían la profesión sanitaria de químicos farmacéuticos.

El Gobierno Central también nombró a médicos en sus filas. En 1896, con la llegada al poder de Nicolás de Piérola el año anterior, se creó el Ministerio de Fomento y Obras Públicas, institución que demostraba la creciente expansión del Estado y era símbolo del afán modernizador del Gobierno, pues su meta principal era incentivar el desarrollo económico del país. Si bien sus funciones centrales estaban relacionadas al ramo de obras públicas e industrias, también, según la ley de su creación, tenía una obligación con la Beneficencia. Se suponía que el Ministerio debía

encargarse de supervisar y apoyar a las sociedades de Beneficencia del país, algunas recientemente creadas e incipientes, y a las que se le delegaba la atención hospitalaria de la población (Quiñones 2014, 117). Pese a la escasa preocupación, en un inicio, por cuestiones sanitarias y asistenciales, este ministerio fue incrementando sus labores sociales en el transcurso de los años. Será en 1903, dentro del Ministerio de Fomento, cuando se creará como dependencia la Dirección General de Salubridad, desde donde se irían desarrollando iniciativas relacionadas con la salud pública hasta la creación del Ministerio de Salud, en 1935.

Es posible observar la relación entre la idea de progreso del país y el mejoramiento de la sanidad nacional en la profesión de quienes fueron nombrados ministros de esa cartera. Contrario a lo que se podría pensar, no todas las cabezas de este ministerio fueron ingenieros: los médicos también ocuparon un lugar importante. De los 46 ministros de fomento que asumieron el cargo entre los años 1896 y 1930, 13 fueron ingenieros y 8 médicos (Quiñones 2014, 29).

No podemos decir que, en todos los casos, los médicos ocuparon puestos públicos solamente debido a la creciente importancia que llegaron a adquirir como agrupación desde mediados del XIX; igual que ocurre actualmente, el nombramiento en esos cargos pudo deberse a simpatías políticas, pagos de favores, lazos familiares y, más generalmente, como indica Leticia Quiñones (2014) “buenas relaciones con el gobierno de turno” (2014, 30). En 1903, quien ocupó el cargo de ministro de Fomento, en medio de la crisis causada por la peste, fue el médico Manuel C. Barrios. Él, como otros galenos, no solo limitaba su labor al campo científico o a la asistencia hospitalaria, sino que también ocupaba cargos administrativos importantes y desarrollaba actividades políticas.

Para el periodo estudiado, se observan médicos con un alto nivel de participación política y colaboración con partidos de masas. La vida de algunos galenos demostraba cómo se podían combinar actividades científicas con la militancia política, que, si bien podía favorecer su nombramiento en instituciones y cargos importantes, por otra parte, también podía incentivar rencillas y hasta ataques violentos. Es famoso el caso del doctor Manuel Antonio Muñiz, un médico activo políticamente, militante del Partido Constitucional y muy cercano al general y presidente Manuel Avelino Cáceres. Este médico debió escapar a Argentina luego de que, en marzo de 1895, las fuerzas pierolistas incendiaron su casa debido a su apoyo a la causa cacerista. Su huida lo llevó a abandonar sus puestos como vocal del Consejo Superior de Instrucción Pública, médico principal en el Hospicio de Insanos y miembro de la Junta Suprema de Sanidad. Dejó, asimismo, los cargos que tenía en la Academia Nacional de Medicina, la Sociedad Médica Unión Fernandina y el comité redactor de *La Crónica Médica*, órgano de esta última sociedad (Muñiz 1897, 193-196).

Así como él, fueron muchos los médicos que a diario atravesaban las fronteras entre lo público y privado, entre los cargos burocráticos, la participación asociativa y la militancia política. En el caso del ministro de Fomento Manuel C. Barrios, nombrado en 1903 por el recién electo presidente Manuel Candamo, también podemos observar una larga trayectoria en diversos campos antes de ser ministro. Había sido profesor y secretario de la Facultad de Medicina, inspector del hospital Dos de Mayo, miembro de la Junta Sanitaria Municipal, de la Sociedad de Beneficencia y de la Academia Nacional de Medicina (Valdizán 1938, 64). Pero más allá de su experiencia profesional, entre las razones más importantes por las que fue nombrado ministro se encontraba su cercanía al civilismo, pues era militante del Partido Civil y, en sucesivos

comicios electorales, había sido nombrado senador por ese partido (Valdizán 1938, 64-65).

Fue entonces, desde su doble posición como cabeza de un ministerio y como parte de un grupo de interés profesional, que Barrios dirigió la propuesta para la creación de la Dirección General de Salubridad. Este proyecto era más que bienvenido en medio de la situación de alarma y emergencia que se vivía en el país, pues proponía una organización que se encargaría no solo de hacer frente a la peste bubónica, sino de reorganizar todo el sistema sanitario nacional (Barrios 1903, 274). En las siguientes páginas veremos cómo las divisiones que se plantean para esta nueva dirección del Ministerio de Fomento reflejaban la agenda sanitaria que por largos años habían sido reclamada por los médicos.

La agenda detrás de la creación de la DGS

Como indica Ernesto Bohoslavsky, la identificación y construcción de un problema, lejos de ser el resultado de una observación desinteresada, son producto de procesos políticos, intelectuales y económicos, que además implican la imposición de la idea de que existe determinada dificultad, “de que es grave y requiere intervención oficial” (Bohoslavsky 2014, 29). Es una dinámica donde participan muchos actores, con posiciones a veces enfrentadas. Para 1903, sin embargo, los actores claves en la creación de políticas públicas se encontraban, de cierta forma, alineados y en posición favorable a medidas o acciones para aplacar los estragos de la peste. Estos actores eran los grupos de interés, en este caso, los médicos; las élites, que veían con buenos ojos una mejora sanitaria en pos del progreso de la nación y la población en general, aterrorizada por las consecuencias de esta enfermedad.

Los médicos aprovecharon esta coyuntura crítica, clima favorable para sus propuestas, para imponer varios de los puntos de

su agenda. Así, se observa que mucho de lo que se llegó a plasmar en la Dirección General de Salubridad fue previamente discutido en tesis, sesiones de asociaciones médicas y artículos publicados en revistas. Además, los proyectos de médicos nacionales estaban sintonizados con discusiones internacionales sobre salud pública, en especial en el ámbito latinoamericano, donde existían problemas similares. Debido a esto, se organizaron congresos y convenciones sanitarias, para establecer medidas comunes en estos países, en especial respecto de la sanidad marítima. En tales convenciones, encabezadas por médicos y autoridades gubernamentales, era constante la recomendación de crear organismos sanitarios para cada país americano, medida que se fue haciendo realidad desde mediados del siglo XIX, con la creación de departamentos o direcciones de higiene y salubridad en estas naciones (Bustíos 2004, 375).

En cada país se establecieron lineamientos particulares, y el caso peruano no fue la excepción. Se considera que fueron tres los puntos centrales de la agenda médica que sirvieron como influencia para la creación de la Dirección General de Salubridad: el reemplazo de las Juntas de Sanidad por una organización central y permanente, el liderazgo de los médicos en esta nueva institución y la necesidad de que esta dependencia incida en la higiene y la estadística demográfica nacional.

La búsqueda de una organización sanitaria permanente

El primero de estos puntos de la agenda tenía que ver directamente con un ataque a toda la organización sanitaria peruana, la cual, en general, era considerada por los galenos bastante ineficiente. Este sistema organizativo tan criticado giraba en torno al Reglamento General de Sanidad, normativa promulgada el 7 de febrero

de 1887 que tuvo como impulso varias epidemias, que entre 1868 y 1889 azotaron el territorio nacional: “tifus en 1868 y entre 1881 y 1888, gripe en 1877, sarampión entre 1884 y 1889, viruela en 1886 y malaria entre 1888 y 1889” (Contreras 2004, 198). Este reglamento se organizaba en tres niveles: un servicio nacional general a cargo de la Junta Suprema de Sanidad, un servicio departamental dirigido por las llamadas juntas departamentales y otro provincial regido por las municipalidades del país. Por otro lado, alrededor de cada puerto, debido a que eran puntos clave en el ingreso de las epidemias, se organizaba un servicio sanitario aparte llamado juntas litorales.

El problema principal en este sistema, según los médicos, era su organización, pues pese a lo estipulado en el reglamento, tuvo un carácter bastante esporádico. Ello se debía a que las juntas se reunían generalmente solo en momentos de emergencia, cuando una epidemia estaba a punto de ingresar o había ya llegado a territorio nacional. Todas las medidas y campañas que promovían estos organismos funcionaban solamente durante las crisis epidémicas particulares, y una vez que el brote epidémico parecía cesar, la labor de estas instituciones también. Además de una evidente falta de relación entre las juntas, había diversas partes del territorio nacional donde estas instituciones no llegaban y que, durante un brote epidémico, se limitaban a enviar un médico, que usualmente llegaba muy tarde (Eyzaguirre 1903b, 187).

Si bien las juntas, mediante los consensos logrados en sus reuniones, podían decretar medidas preventivas para enfrentar de mejor forma epidemias o enfermedades endémicas, su funcionamiento dependía de las municipalidades y del Gobierno Central, que las convocaban, y eran las que ejecutaban tales recomendaciones, muchas veces limitadas por cuestiones económicas o de intereses políticos. Recordemos que las juntas se crearon en el pe-

riodo de posguerra, cuando las prioridades eran otras y el presupuesto asignado a aspectos sanitarios era bajo. Asimismo, en esta dinámica se evidenciaban la superposición y la falta de delimitación de funciones de los organismos y autoridades estatales en materia de salud, especialmente en tiempo de crisis, lo que demoraba o impedía la ejecución de las medidas sanitarias establecidas (Palma y Lizarme 2020, 6).

El afán por el desarrollo económico, tan ansiado en tiempos de crisis, era un elemento que jugaba un rol importante en la salubridad pública y, por tanto, en el poder efectivo de las juntas en las medidas sanitarias tomadas en puertos y barcos. Según señala Palma (2021, 24-33), durante el siglo XIX e inicios del XX, y especialmente en tiempos de epidemias, se vivió un constante debate entre higiene y comercio. Las disposiciones establecidas por las juntas, que podían abarcar desde desinfecciones de embarcaciones hasta un cierre total de muelles y cuarentena de navíos, afectaban no solo al erario nacional, sino también a comerciantes, tanto nacionales como extranjeros. Por ello, se dice que las autoridades locales, destinadas a aplicar las medidas sanitarias de las juntas, no actuaban con la debida severidad ante las naves sospechosas. Este conflicto de intereses se podía observar incluso al interior de las juntas, pues según su reglamento estas estaban compuestas “de un comerciante i de un propietario de los mayores contribuyentes, que residan en la capital del Departamento” (Lavorería 1928, 7).

La falta de autoridad política de las juntas tenía como consecuencia la insatisfacción de las expectativas de la población en general y de grupos como los médicos, quienes reclamaban la reforma total de este sistema, y que afirmaban que “sin unidad en la concepción, sin método en el plan, sin la oportunidad en la ejecución, los procedimientos profilácticos seguidos en el país no han dado sino muy escasos resultados prácticos” (Barrios 1903, 275).

El liderazgo de los médicos en la DGS

Así, llegamos a otro punto que se alineaba con la agenda médica, pues los médicos tenían muy claro que este nuevo sistema, para su correcta ejecución, debía ser encabezado por un grupo técnico especializado; es decir, por ellos mismos. Ello se logró al escogerse a tres médicos para su dirección, quienes según las funciones que la ley les encomiaba se encargarían de lo siguiente:

1. De velar por el cumplimiento de la legislación sanitaria vigente
2. De estudiar i proponer reformas que juzgue necesarias, a fin de mejorar el estado sanitario
3. De organizar un plan de defensa contra la importación de gérmenes pestilenciales exóticos
4. De concertar i dirigir las medidas profilácticas para extinguir las enfermedades endémicas i epidémicas que existen en el país
5. De organizar la estadística demográfica médica, uniformando la nomenclatura i clasificación de las enfermedades, para los efectos del registro de la morbosidad i mortalidad en el territorio de la República. (Lavorería 1928, 48).

El liderazgo de la DGS, por parte de médicos, fue un logro con respecto a la antigua Junta Suprema de Sanidad, criticada ampliamente por los galenos, ya que, si bien estaba integrada por especialistas en el campo de la medicina —como el decano de la Facultad de Medicina de Lima, de los catedráticos de Higiene, Medicina Legal y Farmacia de esa misma entidad, y, según el Reglamento, cuatro médicos que posean más de doce años de experiencia y/o que sean autores de trabajos sobre Higiene Pública— también estaba conformada por autoridades no ligadas a la salud,

miembros del aparato militar y burocrático, como el prefecto de Lima, el jefe de la Sección de Marina del Ministerio de Guerra y Marina, el prior del Consulado o el alcalde municipal de Lima, y encabezada por el ministro de Justicia, Instrucción, Culto y Beneficencia (Dirección de Salubridad Pública 1905, 4).

Esta designación de autoridades era problemática para los médicos, pues los funcionarios de las juntas, además de no tener conocimientos científicos sobre la higiene del país, no le otorgaban la suficiente importancia a la salubridad. Además, al no haber un organismo con personal propio encargado de funciones sanitarias, se asignaban más tareas a autoridades de diferentes ramos, con lo cual el problema de la salubridad era tomado solo como una más de las múltiples obligaciones que ya tenían esos trabajadores.

Por tal razón, las juntas se transformaron en un organismo consultivo y no en un verdadero ejecutor de políticas sanitarias. Con la creación de la Dirección de Salubridad Pública se intentaría cambiar el problema. Se nombró, entonces, primer director de este organismo a Julián Arce, médico miembro de la Academia Nacional de Medicina y la Sociedad Médica Unión Fernandina. Su presencia en el cargo, además de su experiencia, pudo deberse a que él y los médicos Manuel R. Artola y Daniel E. Lavourería conformaron la comisión asignada por la Academia Nacional de Medicina para el estudio de la peste bubónica en 1903 (Neyra 2009).

Higiene y demografía

La creación de las dos secciones de la nueva Dirección General de Salubridad, la de higiene y la de demografía obedecía también a determinados objetivos que promovían los médicos. Se instauró la sección de higiene para que se hiciera cargo del control del Servicio de Sanidad Marítimo, una función novedosa para el Estado,

que se asumía responsable del control sanitario a nivel nacional y consideraba que la salubridad marítima como preocupación principal. Los médicos, desde sus tribunas y hacía muchos años atrás, venían criticando la deficiencia en la acción con respecto a este tipo de medidas. Se reprochaba la falta de actualización del Perú respecto de otras naciones en temas de sanidad marítima. Tales críticas, además de las recomendaciones de congresos extranjeros, influyeron en la sustitución de los “arcaicos cordones sanitarios, cuarentenas y fumigaciones, intentando minimizar a lo estrictamente necesario la limitación de la circulación de personas e intercambio de productos comerciales” (Barona 2006, 54).

Tal como sucedió con la peste, los cambios en materia sanitaria se realizaron durante coyunturas críticas. Por ejemplo, para finales del siglo XIX y debido a la aparición de la fiebre amarilla en Lima y Callao, se creó un lazareto flotante en la isla San Lorenzo para aislar pasajeros y equipajes que presentaran un peligro para el resto de la población.

Sin embargo, para los médicos peruanos, esto no era suficiente; deseaban que se impusieran en el Perú medidas que se aplicaban en otros países:

siguiendo los preceptos de la Higiene Administrativa [...] las naciones tan civilizadas como Inglaterra han sustituido las antiguas prácticas de pretender incomunicarse cerrando todos sus puertos y extendiendo a lo largo de sus fronteras cordones sanitarios [...] con una nueva opción, el uso de hospitales de aislamiento y establecimientos de desinfección, que a manera de filtros retengan los gérmenes de las enfermedades contagiosas, a fin de impedir su introducción en el seno. (Sociedad Médica Unión Fernandina 1887, 213)

El segundo tipo de medidas, la creación de establecimientos o estaciones de desinfección, solo pudieron materializarse dieci-

séis años después de publicada esta recomendación. Ello gracias a la Ley de creación de la Dirección General de Salubridad, que fue un impulso para su instauración: “Créase tres estaciones sanitarias que serán respectivamente instaladas, con todos los medios científicos de desinfección indispensables, en los puertos de Ilo, Callao i Paita” (Lavorería 1928, 49).

Si bien en el caso de la peste de 1903 se estableció, además de la desinfección, órdenes de aislamiento “que son las barreras que en todos los países civilizados se oponen a la propagación de la enfermedad” (Gonzales 1903, 129), la intención de estas estaciones de desinfección era que no se abusara de las cuarentenas, o que estas solo se aplicaran a embarcaciones en las que se sospechaba ya de infecciones. Con las estaciones y los novedosos procedimientos que aplicarían, como la fumigación de barcos, solo se retardaba pocas horas el tráfico de vapores, mientras en casos de cuarentenas drásticas, la observación de barcos podía tardarse de 10 a 15 días.

Además de estas acciones puntuales, los galenos sostenían la importancia de la higiene, considerada necesaria para realizar cambios sustanciales en el sistema de salubridad nacional. Por ello, era vital establecer medidas higiénicas permanentes, no solo en los barcos y puertos, sino también en el ámbito privado y en espacios públicos, como calles y mercados. La fe de los médicos en los preceptos higiénicos los llevaba a incluso a afirmar que todas las enfermedades eran evitables si se seguían las recomendaciones higiénicas. Tal convicción se había acrecentado a partir de la década de 1890, cuando se instauró por primera vez en el país la cátedra de Bacteriología, lo que oficializó la llegada de este nuevo paradigma en el Perú. Mientras que, hasta finales del siglo XIX, la teoría miasmática culpaba a las emanaciones de cuerpos en estado de descomposición o a aguas turbias de causar enfermedades,

la bacteriología cambiaba esas nociones al afirmar que los responsables de la transmisión de enfermedades eran microorganismos. Ello llevó a los galenos a reconocer los beneficios de esta nueva ciencia, pues incrementó el prestigio de los saberes médicos al darle seguridad a sus postulados, ya que, antes de ella, la práctica de la higiene estaba plagada de incertidumbres y errores. Según ellos, con la bacteriología se dejaba la especulación y se seguían deducciones experimentales (Odrizola 1896, p. 130).

Sin embargo, según los galenos, previa a la aplicación de cualquier plan de reforma higiénica, era necesaria una adecuada estadística nacional, como se señala en *La Crónica Médica*: “[...] la demografía, es la única guía que permite descubrir y estimar, el lugar, naturaleza y extensión y demás caracteres de aquellos males sociales que debe remediar la Higiene Pública” (Graña 1904, 25).

Tal estadística nacional, que implicaba la sistematización de la información que manejaba el Estado peruano sobre el territorio, la población y sus recursos, entre el siglo XIX e inicios del XX estaba en una fase inicial. Se podría decir que, en el periodo posterior a la independencia, las autoridades que gobernaron el país se preocuparon por establecer oficinas y dependencias dedicadas a la estadística. La inquietud por la información cuantitativa del Perú fue aumentando y expandiéndose con el transcurso de los años, pasando de centrarse en cifras relacionadas a nacimientos, muertes o la producción nacional a otros campos de interés más especializados, en los que se fueron expandiendo conforme el Estado se consolidaba áreas relacionadas con la economía, comercio, educación y la salud (Ragas 2016, 16, 24).

Los médicos criticaron y presionaron para reformar las estadísticas médicas y vitales debido a que, según planteaban, la información que se recopilaba no era suficiente ni se adaptaba a sus necesidades. Por ejemplo, los galenos, al asentarse principal-

mente en Lima y al ejercer su profesión en esta ciudad, señalaban las faltas de la Oficina de Registros Civiles de la capital, órgano encargado de la administración de la data demográfica. Dadas las insuficiencias de esta oficina, se les hacía imposible realizar un estudio serio de las enfermedades que azotaban el país, las cuales permitirían establecer medidas para combatirlas y, con ello, revertir las lamentables cifras de mortalidad.

Las carencias en la Oficina de Registros Civiles dificultaban también la labor de los médicos en su condición de científicos y funcionarios estatales, pues para ellos era difícil corroborar las estadísticas para sus tesis o publicaciones o concretar los estudios que se les encargaban como personal de la municipalidad o beneficencia. Tal fue el caso de Juan B. Agnoli, médico sanitario y funcionario de la Municipalidad de Lima, que se enfrentó con una serie de dificultades cuando pretendía hacer un trabajo sobre la tifoidea en Lima “[...] dada la defectuosa organización de nuestra oficina demográfica y la falta de cuadros y resúmenes [...] se ha visto en la ineludible necesidad de revisar, una por una las 42.297 papeletas de defunción que constituyen el archivo de mortalidad general” para el periodo de su análisis, que eran 10 años (Agnoli 1901, 326).

Si bien se señalaba que la información disponible en la Oficina de Registros Civiles era fehaciente y, por tanto, se usaba para las investigaciones, algunos señalaban que solo se podía confiar en la data a partir del año 1884 (Eyzaguirre 1903b, 189), mientras que otros tenían dudas al respecto e indicaban que 1895 era una fecha más confiable (León 1901b, 328). Ciertos médicos, como el galeno Enrique León García, argüían frustrados que “no existe una oficina verdaderamente demográfica” (León 1901a, 178). Otros, como el Dr. Rómulo Eyzaguirre, primer director de la Sección de

Higiene y reconocido estudioso de la demografía nacional, hacían distinciones más sutiles:

Confieso que mis cuadros no comprenden á todos los que han fallecido por la tantas veces citada enfermedad [tuberculosis]; pero ello se debe unas veces á la deficiencia de la papeleta de defunción, y otras á la clasificación de las oficinas del Registro Civil, clasificación que no obedece á ningún plan, ni á ninguna disposición verdaderamente científica [...]

(Eyzaguirre 1903a, 263).

Las estadísticas no solo servían para clasificar y cuantificar diversos problemas sanitarios nacionales, sino también ayudaban a dar forma a un imaginario nacional (Ragas 2016, 8). En el caso peruano, y debido a la alta tasa de mortalidad que causaban las epidemias y endemias dentro del territorio, tal imagen no era alentadora. Esta daba cuenta de un país con problemas de salud significativos, y que se ubicaba lejos de los parámetros de progreso universales que se tenían establecidos para la época. Esta imagen del país era aún más deprimente para los médicos higienistas de inicios del siglo xx, cuando comparaban datos demográficos peruanos con los de países europeos, en los cuales las diferencias podían ser notables. Las fallas y faltas en la información sobre la población peruana hacían que las reformas que los médicos exigían para este campo tuvieran un sustento empírico.

Conclusiones

Este texto analiza los inicios de la Dirección General de Salubridad. Como se observa, la llegada de la peste bubónica, en 1903, no fue lo único que desencadenó una preocupación del Estado por la salud pública nacional. En realidad, fueron distintos factores, encabezados por una serie de enfermedades infectocontagiosas, que, como la peste, habían llegado a las costas por vía marítima desde

muchos años atrás, y diezmaron a la población al volverse epidémicas o endémicas. A las enfermedades se sumó la condición precaria de la salubridad, que aparecían como efecto colateral del ingreso del Perú a la modernidad, proceso que implicó cambios relacionados con el crecimiento urbano, acceso a servicios básicos o mayor mano de obra que ni las municipalidades ni el Gobierno Central tuvieron la capacidad de dirigir o solucionar.

La preocupación del Estado por la salud pública no solo se debió a razones económicas, sino también a los ideales positivistas de civilización, orden y progreso que imperaban a inicios de siglo. Estos ideales, asimismo, fueron influidos por el *boom* higienista liderado por los médicos que asociaban la mejora del país con una sociedad sana y numerosa. A partir de ello, nuestra atención se centró en los médicos como actores dentro del aparato estatal. No significa que estuvieran ausentes antes de la implementación de la Dirección General de Salubridad, pero sí que a inicios del siglo xx su papel se ligó fuertemente a la legitimación ideológica de la República Aristocrática, por lo que creció su número en el seno del Congreso y se asentó su importancia.

Con el estudio de este grupo es posible observar que los límites entre lo público y lo privado fueron imprecisos; se comprueba a través de la creación de la Dirección General de Salubridad que el Estado no está desligado de la sociedad. En el caso de los médicos, sus intereses particulares como grupo profesional sirvieron para dar forma a los primeros lineamientos de la DGS: un organismo centralizado, liderado por médicos y dotado de dos subdivisiones complementarias (higiene y demografía), que plasmaban las preocupaciones mayores de los médicos de fines del siglo xix. Vemos, de esta forma, cómo se hace posible el estudio de una política sanitaria a inicios del siglo xx a partir de los actores, sus redes e intereses.

Fuentes

- Agnoli, J. B. “Señor Alcalde del H. Concejo Provincial”. *La Crónica Médica*, vol. XVIII, n. 309, 1901, 326- 327.
- Arbulú, J. C. *La peste bubónica*. Tesis para optar el grado de bachiller en Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1903.
- Barrios, M. C. Dirección de Salubridad Pública. *La Crónica Médica*, vol. XX, n. 354, 1903, 273-276.
- Dirección de Salubridad Pública. “Organización sanitaria nacional”. *Boletín de la Dirección de Salubridad Pública*, vol. 1, n. 1, 1905, 3-67.
- El Comercio. La peste bubónica, 25 enero 1903.
- El Comercio. La plaga bubónica, 4 mayo 1903.
- Eyzaguirre, R. “Una cuestión social”. *La Crónica Médica*, vol. XVI-II, n. 305, 1903a, 261-265.
- Eyzaguirre, R. “Higiene y demografía”. *La Crónica Médica*, vol. XIX, n. 348, 1903b, 184-189.
- Gonzales, M. “Algo sobre la peste bubónica”. *La Crónica Médica*, vol. XIX, n. 345, 1903, 129-132.
- Graña, F. “Reflexiones sobre el actual movimiento de higienización de Lima”. *La Crónica Médica*, vol. XXI, n. 362, 1904, 25-28.
- Lavorería, D. E. *Prontuario de legislación sanitaria del Perú. Tomo I (1870-1920)*. La Equitativa, 1928.
- León E. “El estado sanitario de Lima y las comunicaciones del Dr. Coni al Congreso de Montevideo”. *La Crónica Médica*, vol. XVIII, n. 300, 1901a, 177-180.
- León E. “La mortalidad por fiebre tifoidea en Lima. Informe presentado al H. Concejo Provincial por el Médico Sanitario del Cuartel segundo”. *La Crónica Médica*, vol. XVIII, n. 309, 1901b, 326- 330.

- Muñiz, M. *La Crónica Médica*, vol. XIV, n. 204, 1897, 193-196. Museo del Congreso y la Inquisición. *Historia del Congreso de la República*. Congreso de la República, s. f. <https://www.congreso.gob.pe/historia/>
- Odrizola, E. “La medicina preventiva”. *La Crónica Médica*, vol. XIII, n. 176, 1896, 113-120.
- Sociedad Médica Unión Fernandina. “Boletín: Lazareto Central”. *La Crónica Médica*, vol. V, n. 42, 1887, 209-216.

Referencias

- Armus, D. “La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna”. *Cuadernos de Historia. Serie Economía y Sociedad*, n. 3, 2000, 7-25. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/cuadernosdehistoriaeys/article/view/9860>
- Barona C. *Las políticas de la salud. La sanidad valenciana entre 1855 y 1936*. Editorial Maite Simón, 2006.
- Bohoslavsky, E. “El Estado argentino y sus políticas públicas (1880-1943): algunas discusiones historiográficas”. *Sociedad y Economía*, vol. 16, 2014, 17-40, <http://www.scielo.org.co/pdf/soec/n26/n26a02.pdf>
- Bustíos, C. *Cuatrocientos años de la salud pública en el Perú, 1533-1933*. UNMSM, 2004.
- Coello, A. *Guerra contra los boticarios chinos (1856-1879)*. SHRA, 2009.
- Comelles, J. M. “La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria”. *Revisiones en Salud Pública*, vol. 3, 1993, 169-192, https://www.researchgate.net/publication/232242196_La_utopia_de_la_atencion_integral_en_salud_Autoatencion_practica_medica_y_asistencia_primaria
- Contreras, C. *El aprendizaje del capitalismo. Estudios de historia*

- económica y social del Perú republicano*. Instituto de Estudios Peruanos, 2004.
- Cueto, M. *Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú 1890-1950*. GRADE, Concytec, 1989.
- Cueto, M. *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo xx*. Instituto de Estudios Peruanos, 2000.
- Drinot, P. *La seducción de la clase obrera. Trabajadores, raza y la formación del Estado peruano*. Instituto de Estudios Peruanos, 2016.
- Echenberg, M. “Pestis Redux: The Initial Years of the Third Bubonic Plague Pandemic, 1894-1901”. *Journal of World History*, vol. 13, n. 2, 2002, 429-449. <https://www.jstor.org/stable/20078978>
- Ferrando, J. “Grupos de interés, de promoción y de presión. Institucionalización de los grupos de presión”. *Revista de Estudios Políticos*, n. 213/214, 1977, 9-44.
- Lossio, J. *Acequias y gallinazos. Salud ambiental en Lima del siglo XIX*. Instituto de Estudios Peruanos, 2003.
- Mannarelli, M. *Limpias y modernas. Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos*. Flora Tristán, 1999.
- Migdal, J. *Estados débiles, estados fuertes*. FCE, 2011.
- Molina, A. “El estudio de las epidemias: enfoques sociodemográficos y culturales. Fuentes y abordajes metodológicos con énfasis en el caso mexicano”. *Presente y Pasado. Revista de Historia*, vol. 21, n. 42, 2016, 144-164. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/43168/articulo7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Neyra, J. “Un tributo a Julián Arce”. *Acta Médica Peruana*, vol. 26, n. 2, 2009. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000200012

- Palma, P. “Una medida violenta y perjudicial: cuarentenas en Perú y el surgimiento de una política sanitaria panamericana (1850-1905)”. *Apuntes. Revista de Ciencias Sociales*, vol. XLVIII, n. 89, 2021, 13-38. <https://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/3122>
- Palma, P. y Ragas, J. “Desenmascarando a los impostores: Los médicos profesionales y su lucha contra los falsos médicos en Perú”. *Salud Colectiva*, vol. 15, n. 0, 2019, 1-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7161655>
- Palma, P. y Lizarme, N. “Epidemias en los márgenes: la peste bubónica (1903-1905) y el covid-19 en el sur andino peruano”. *Revista Ciencias de la Salud*, n. 19, 2020, 1-23. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/10596>
- Pamo, O. *Las revistas médicas científicas del Perú 1827-1996*. Mad, 1998. <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/libros/medicina/RevMedicas/Indexe.htm>
- Panadero, M. “Del pluralismo médico a la profesionalización de la medicina”. *Anduli. Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, n. 5, 2006, 32-42. <https://core.ac.uk/download/pdf/51381056.pdf>
- Panfichi, A. “Urbanización temprana de Lima, 1530-1900”. *Mundos Interiores: Lima 1850-1950*, editado por A. Panfichi y F. Portocarrero. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 2004, 34-38.
- Pineda, A. “Lobbies y grupos de presión: de la política a la comunicación. Una fundamentación teórica”. *Laurea Hispalis: Revista Internacional de Investigación en Relaciones Públicas, Ceremonial y Protocolo*, 1, 2002, 87-122. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3663658>
- Quintanilla, P. H. J. “La recepción del positivismo en Latinoamérica”. *Logos Latinoamericano*, vol. 1, n. 6, 2006. <https://textos.pucp.edu.pe/pdf/2083.pdf>

- Quiñones, L. *Construir y modernizar: el Ministerio de Fomento (1896-1930)*. UNI, 2014.
- Ragas, J. “Ideólogos del Leviatán. Estadística y sociedad en el Perú (1791-1876)”. *Estudios sociales del Estado*, vol. 2, n. 4, 2016, 14-34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7311185>
- Tamayo, M. El análisis de las políticas públicas. *La nueva administración pública*, editado por R. Bañón y E. Carrillo. Alianza Editorial, 1997, 281-312.
- Valdizán, H. *Diccionario de Medicina Peruana*, vol. 2. Talleres Gráficos del Asilo Víctor Larco Herrera, 1938.
- Vargas, P. *De cuarentenas y ‘lazaretos’: covid-19 y peste bubónica en el Perú*. Grupo de Trabajo Historia del Siglo xx, 24 de mayo de 2020. <https://grupodetrabajohistoriasiglo20.blogspot.com/2020/05/de-cuarentenas-y-lazaretos-covid-19-y.html?m=1>

Modernización, asistencia y cuidado infantil en el Hospicio de Huérfanos Lactantes de la Beneficencia de Lima (1905-1913)

Ángela Quispe Huertas⁵⁷

Introducción

Entre finales del siglo XIX e inicios del XX, la infancia y la maternidad se convirtieron en temas de especial relevancia para la sociedad y el Estado peruano, en un contexto de posguerra, en el cual el aumento de la población se presentaba como una de las vías para alcanzar el progreso y la modernización, tal como venía sucediendo en Europa y América del Norte. Así, para alcanzar la meta de incrementar la población nacional, y garantizar que esta contara con las “mejores características” físicas y mentales, el cuidado y la protección de la infancia pasaron de ser temas del ámbito privado y doméstico a ser problemas públicos. Para ello, el Estado intervino en el ámbito privado de la familia, de manera particular en el cuidado y la atención de la infancia, así como en la educación de la mujer orientada a lograr el mejor desempeño de la maternidad y la crianza de los hijos.

⁵⁷ Bachiller en Historia por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Maestranda en FLACSO-Ecuador. Correspondencia angela.quispehuertas@gmail.com. Este texto forma parte de la presentación *Estado e infancia: los primeros alcances sobre la asistencia social infantil en el Perú, 1896-1924*, realizada en el Ciclo de Mesas Verdes Políticas Públicas en Perspectiva Histórica, del Instituto de Estudios Peruanos (2021).

El especial interés por la infancia y la familia no fue promovido exclusivamente por el Estado. Instituciones, profesionales y diversos actores de la sociedad interesados en la infancia —como la Sociedad Auxiliadora de la Infancia y médicos como Francisco Almenara Butler— ya venían discutiendo y proponiendo medidas para frenar la alta tasa de mortalidad infantil que existía en el país, y más específicamente en Lima. Las mujeres, vinculadas históricamente a las funciones del cuidado y asistencia, como una característica “natural” de su feminidad, se convirtieron también en sujetos de discusión en torno a estos temas. Así, se abordaron cuestiones como la necesidad de educarlas en las nociones básicas de puericultura⁵⁸ e higiene —especialmente a aquellas pertenecientes a los sectores más pobres de la sociedad— para garantizar no solamente la preservación de la vida de los infantes, sino también su adecuado desarrollo. De este modo, las mujeres se convirtieron en una pieza clave dentro del discurso sobre el cuidado y la protección infantil.

Esta preocupación en torno a la salud de los infantes propició la modernización de la asistencia infantil en los espacios dirigidos hacia el cuidado de niños y niñas. Entre estos, estaba el Hospicio de Huérfanos Lactantes, establecimiento administrado por la Sociedad de Beneficencia de Lima, el cual se encargaba de velar, como su propio nombre lo indica, por los infantes en periodo de lactancia hasta sus primeros años de vida. A través de la reconstrucción histórica de esta institución, nos proponemos explicar de qué manera se introdujeron nuevas prácticas de asistencia y

⁵⁸ La puericultura era entendida como el conocimiento sobre el correcto modo de criar a los niños, observando aspectos como lactancia natural, lactancia artificial e higiene.

cuidado infantil, y cómo se implementaron entre 1905, cuando se suprimió el servicio de amas de leche externas, y 1913, cuando se inauguró el consultorio externo y gota de leche.

Planteamos que, entre 1905 y 1913, se dio un proceso de modernización de la asistencia y cuidado infantil dentro del hospicio de lactantes. En un primer momento, se dieron una serie de iniciativas —como la supresión del servicio de amas de leche externas o el cambio de proveedor de leche para el consumo de los infantes— las cuales, si bien respondían al problema de la mortalidad infantil dentro del hospicio, no eran medidas articuladas. Sin embargo, en 1909, esta preocupación por la infancia desvalida y abandonada se condensa en una propuesta más estructurada y racionalizada, planteada por el inspector del hospicio, como lo fue, entre otras cosas, la creación de una plaza de médico puericultor y el contrato de dos enfermeras diplomadas.

Para esto, el capítulo se divide en tres partes. En la primera parte, denominada *Espacios de cuidado infantil*, abordamos diversos aspectos que nos permiten comprender cómo se va evidenciando una mayor preocupación por la infancia desde finales del siglo XIX, a través de las discusiones en torno a la mortalidad infantil y sus causas, la aparición de la cátedra de Pediatría en San Marcos y el papel de la Sociedad Auxiliadora de la Infancia. En el segundo apartado, desarrollamos una reconstrucción histórica del Hospicio de Lactantes, en relación con la problemática de la mortalidad infantil limeña. En la última parte, nos encargamos de describir las medidas que se fueron implementando para el cuidado y asistencia de los huérfanos dentro del hospicio.

Por otro lado, este trabajo se enmarca en los estudios históricos sobre la salud pública y la historia sociocultural de la enfermedad, tendencias historiográficas dominantes sobre la enfermedad en América Latina señaladas por Diego Armus (2002). La

primera de ellas pone énfasis en la historia de “las relaciones entre instituciones de salud con estructuras económicas, sociales y políticas” (Armus 2002, 43), una historia de los problemas de salud colectivos y no individuales, donde los médicos, principalmente, plantean salidas a las enfermedades en un marco progresista. La historia sociocultural de la enfermedad, en cambio:

[se] concentra en las dimensiones sociodemográficas de una cierta enfermedad, los procesos de profesionalización y medicalización, las condiciones de vida, los instrumentos e instituciones de control médico y social, el rol del estado en la construcción de la infraestructura sanitaria, las condiciones de trabajo y sus efectos en la mortalidad. (Armus 2002, 45)

Asimismo, entre las perspectivas abordadas por la historiografía de la infancia en América Latina, este trabajo se ubica dentro de la historia de la salud infantil. En ese sentido, partimos también de lo que señala Anne-Emanuelle Birn, en su ensayo sobre la historiografía de la salud infantil en América Latina (2007), sobre las políticas de cuidado y asistencia de la infancia que se implementaron en Latinoamérica. La autora plantea que estas medidas no se derivaron de lo que se venía llevando a cabo en Europa y Norteamérica en cuanto a salud infantil, como una copia, sino que surgieron, también, por una serie de prerrogativas nacionales y regionales (Birn 2007, 677-678).

Para la reconstrucción de la historia institucional del Hospicio de Huérfanos Lactantes, hemos revisado las memorias institucionales que contienen informes anuales de los inspectores y de la madre superiora, así como información estadística. Complementaria a esta, también se han revisado publicaciones periódicas médicas, como *La Crónica Médica* y *Gaceta de Hospitales*. Por otro lado, el informe sobre la mortalidad infantil del médico Francisco Almenara nos ha permitido observar cómo la mortalidad infan-

til fue un problema de creciente preocupación en la comunidad médica, así como el cuidado infantil, una respuesta de los galeños a esta. Asimismo, se han revisado otras publicaciones sobre el cuidado y asistencia infantil, como las memorias de la Sociedad Auxiliadora de la Infancia y la cátedra de pediatría en los *Anales Universitarios del Perú*.

Espacios de cuidado y asistencia infantil

Desde mediados del siglo XIX, la alta tasa de mortalidad que subyugaba a la población peruana fue un problema que generó honda preocupación entre las élites y sus profesionales, ya que, según las estimaciones de la época, esta reflejaba el atraso del país (Contreras 1994, 17-18). Según los anhelos de los modernizadores, el progreso material de una nación solo se podría llevar a cabo por medio de una abundante, saludable y vigorosa población, objetivo que la ciencia médica hacía cada vez más suyo. Tras el fin de la guerra con Chile (1879-1883), uno de los episodios más cruentos de la historia peruana, esta premisa se hizo aún más apremiante. Una élite médica peruana afianzada en la Facultad de Medicina de Lima y que se abría espacios en el apartado gubernamental y público, jugó un rol destacado en la discusión profesional en torno a las enfermedades que causaban mayores estragos en la población, así como en las medidas para contrarrestarlas (Cueto 1989, 82; Palma y Ragas 2019, 3). Los males y afecciones infantiles estuvieron entre los temas abordados.

Tras finalizada la guerra, las cifras sobre la mortalidad infantil no fueron tan alentadoras. El médico Manuel Muñiz (1884) señalaba en sus reportes mensuales del servicio de estadística publicados en *La Crónica Médica*, en 1884, que las mayores cifras de mortalidad infantil se daban entre los 6 meses y los 2 años de edad (Muñiz 1884, 190), estimaciones que, si bien con el paso del

tiempo fueron fluctuando, no dejaban de generar alarma en la sociedad (Muñiz 1887, 316). Asimismo, otros médicos sanfernandinos se involucraron en el estudio de las principales patologías que afectaban a los infantes, así como de los factores sociales que contribuían a aumentar las cifras de mortalidad infantil.

Para los médicos, una de las causas de la mortalidad infantil en Lima, y de manera general en el país, fue la miseria y la ignorancia.⁵⁹ Bajo la mirada dominante de la élite y por sus condiciones socioculturales, estas características estaban asociadas casi naturalmente a la plebe urbana radicada en los espacios marginales de una ciudad que luchaba por recuperarse económicamente. En este escenario de carencias, explotación y recurrente crisis, era poco común que las familias de los sectores más pobres pudieran ofrecer a su prole alimentos y viviendas adecuados, y, mucho menos, acceso a un servicio médico privado. La precariedad también exponía a la infancia a convivir con otros flagelos sociales que atraían la atención de los médicos, como la delincuencia o el alcoholismo. Como era de esperarse, esta pobreza material se vinculaba también a una supuesta ignorancia de las formas ade-

⁵⁹ Podemos mencionar los siguientes: “Mortalidad de la primera infancia en Lima. Ligeros estudios sobre su causa” (La Crónica Médica 44, 1887) de Aníbal Fernández; “La cuestión higiénica” (La Crónica Médica 248, 1899), “Natalidad de Lima” (La Crónica Médica 281, 282 y 284, 1900) “La mortalidad por fiebre tifoidea en Lima” (La Crónica Médica, 309, 310, 311, y 312, 1901; 313, 314 y 316, 1902) de Enrique León García; “Demografía limeña” (La Crónica Médica 252, 1899), “Una cuestión social” (La Crónica Médica 305, 306 y 307, 1901), “Estadística demográfica” (La Crónica Médica 317, 1902), “Mortalidad infantil” (La Crónica Médica 320, 1902), “Higiene y demografía” (La Crónica Médica 348, 1903), “Población y puericultura” (La Crónica Médica 482, 1909) de Rómulo Eyzaguirre; “Despoblación nacional” (La Crónica Médica 295, 296 y 297, 1901), “Higiene pública” (La Crónica Médica 486, 1909), “Legislación sobre el infanticidio en los países de América” (La Crónica Médica 599, 1913) de Leonidas Avendaño; “Informe La mortalidad infantil” (1902) de Francisco Almenara Butler, entre otros.

cuadas de asistencia infantil dictados por la puericultura y la higiene. No obstante, este desconocimiento afectaba no solamente a las familias menesterosas, sino también a las más acomodadas y adineradas. Las madres de las clases privilegiadas encargaban la alimentación de sus bebés a las nodrizas, irónicamente consideradas mercenarias por abandonar al hijo propio por uno ajeno (Valero 1901, citado en Mannarelli 1999, 193).

Frente a estas condiciones, los médicos propusieron la necesidad de implementar medidas que pudieran atender las demandas de salud infantil, formar especialistas y divulgar a la sociedad los pormenores del cuidado de los infantes. De esta manera, fue común que los facultativos expusieran sus proyectos de apertura de clínicas infantiles en los hospitales, difundieran textos informativos para los padres, como las cartillas de higiene, e insistieran en introducir la especialización médica en las dependencias universitarias. Estas propuestas estuvieron dirigidas a la sociedad civil, beneficencias y municipalidades, en un periodo en el cual el problema de la salud pública venía siendo atendido por estas instituciones y algunas iniciativas privadas.⁶⁰

Por su condición particular, los médicos consideraban que la infancia menesterosa se encontraba más expuesta a los vicios y peligros que los menores de otros grupos sociales, por lo que fue abordada con mayor interés. Como gran parte de estos niños fallecían por falta de atención médica y, en muchos casos, por la inexistencia de espacios dedicados a aliviar sus dolencias, la Junta

⁶⁰ Con la creación de la Dirección de Salubridad Pública en 1903, el Estado empieza a asumir de manera directa el problema de la salud pública. Es el primer organismo de carácter estatal en el país que se encargó de la salud pública. Ver Cueto (1997) y el capítulo de Pamela Vargas en este libro.

de Sanidad Municipal de Lima estableció el sistema de asistencia médica gratuita para párvulos indigentes en cada uno de los cuarteles de la ciudad en 1884 (Ulloa 1884, 35). A través de este servicio, no solamente se buscó brindar un espacio para la atención de la salud infantil, sino también la oportunidad de transmitir los saberes necesarios sobre higiene y puericultura a las madres de los menores.

Por otro lado, hacia finales del siglo XIX e inicios del XX, como parte de un proceso de especialización de la enseñanza y una mayor apertura a las ciencias médicas que se daba en la Universidad de San Marcos, en especial la Facultad de Medicina de San Fernando, se crearon nuevas cátedras. Entre ellas, la de Bacteriología (1890), Oftalmología (1897), Otorrinolaringología (1909), Dermatosifilografía (1911), Vías Urinarias (1909), Psiquiatría (1916) y Medicina Tropical (1916) (Cueto 1989, 69). De igual manera, en agosto de 1896 el Consejo Superior de Instrucción aprobó la propuesta de creación de la cátedra de Pediatría, planteada por el Consejo Universitario de la Universidad de San Marcos; y el Gobierno nombró como catedrático del curso al médico Francisco Almenara Butler.⁶¹ Si bien esta especialidad venía siendo reclamada tanto por la sociedad como por los médicos, su implementación respondió, probablemente, más que a una 'sensibilidad' especial en torno a la atención de la salud de los infantes, a la modernización de la enseñanza de la medicina, acorde con el avance de otros países de la región, como fue el caso del Uruguay. En 1894 se establece la cátedra de

⁶¹ Resolución Suprema del 13 de agosto de 1896. Lima: Presidencia de la República. En *Anales Universitarios del Perú* (1898). Si bien Francisco Almenara Butler fue el catedrático principal, el curso contaba con un catedrático adjunto, Rómulo Eyzaguirre, quien lo reemplazó durante sus licencias por viajes o de salud.

Clínica de Niños en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Rodríguez 2010, 116) ante:

La necesidad de dar a la instrucción médica todo el desarrollo que su importancia reclamaba y de organizar convenientemente la enseñanza, de conformidad con los adelantos modernos y las especialidades ya bien determinadas en el vasto campo de la patología, sirvió de fundamento para que la Facultad acordara la creación de la cátedra de Pediatría o Enfermedades de Niños, con su respectiva clínica. (Vélez 1898, 133).

Esta especialidad se enseñaba en el séptimo año de la carrera y contaba con clases teóricas y prácticas que se impartían en el hospital de mujeres de Santa Ana. Al ser un hospital que entre sus diversos servicios atendía los partos de las mujeres de la ciudad y debido a la ausencia de un hospital exclusivo para la atención infantil, el hospital de Santa Ana se convirtió en un espacio ideal para socorrer las demandas de niños y niñas. Así, se designó la sala de San Vicente para la atención de niñas de entre 3 y 15 años, San Antonio para púérperas, y Santa Rosa y San José, para la hospitalización de las mujeres parturientas con sus hijos⁶² (Bello et al. 1902, 164-165; Rabí et al. 1999, 166). Estos servicios hospitalarios intentaban suplir la ausencia de espacios para la atención infantil, aunque no contaban con las condiciones adecuadas para las necesidades particulares que demandaban los infantes. Algunos años después de la inauguración de la cátedra de Pediatría, en 1907, se inauguró el servicio de niños en los servicios mixtos (medicina,

⁶² La sala para parturientas San José contaba con una sala anexa, donde eran hospitalizados los lactantes.

cirugía y niños) que se brindaban en el hospital de Santa Ana⁶³ para la atención infantil, cuya plaza la obtuvo por concurso el médico Manuel O. Tamayo (Aljovín 1907, 3-5).

Por otro lado, desde la sociedad civil también se elaboraron iniciativas de protección a la infancia, como fue el caso de la Sociedad Auxiliadora de la Infancia. Fundada por Juana Alarco de Dammert junto con un grupo de mujeres de Lima, esta institución tenía por objetivo cubrir la ausencia de espacios de asistencia a la infancia y, por ende, enfrentar también la problemática en torno a la mortalidad infantil que padecía la ciudad. Durante la primera mitad del siglo xx, esta sociedad, bajo el liderazgo de Juana Alarco de Dammert, cumplió una importante y destacada labor asistencial, por lo que fue una pieza clave en la consecución de medidas estatales de protección materno-infantil.

La labor de asistencia y cuidado de la infancia de la Sociedad Auxiliadora de la Infancia estuvo orientada por las ideas modernas de higiene y puericultura que Juana Alarco de Dammert había observado en Francia hacia la segunda mitad del siglo xix. Una de las más destacadas fue la ley de protección infantil, conocida también como “Ley Roussel”, aprobada en mayo de 1874, que establecía la protección de la infancia trabajadora y fijaba la edad mínima de doce años y un tiempo máximo de ocho horas laborales; además, prohibía el trabajo nocturno y establecía la obligatoriedad de pasar dos horas de la jornada laboral en la escuela (Martínez 2011, 57, 63). Alarco también pudo ver de cerca las obras de diversos reformadores sociales, como Firmin Marbeau (Porrás 1975, 20),

⁶³ Los hospitales Dos de Mayo y San Bartolomé también atendían casos de infantes, aunque no tenían para estos un servicio especial.

quien fue promotor de la primera guardería que se abrió en París en 1844, un lugar para el cuidado diario de los infantes menores de dos años (La Berge 1991, 66).

Entre las principales iniciativas impulsadas por la Sociedad Auxiliadora de la Infancia se puede mencionar la fundación de la Escuela Maternal (1897), que inicialmente brindaba alimento, vestido, asistencia médica y educación a niños y niñas entre 3 y 7 años de edad, y que, más adelante, se convertiría en un espacio de instrucción orientada al sustento de niñas por medio de la formación en hábitos de economía; la Cuna Maternal (1902), la gota de leche (1908) y el kindergarten (1908) acogieron a los hijos e hijas de las mujeres obreras durante su jornada laboral, repartían diariamente leche esterilizada e impartían enseñanza a través de los métodos de Froebel y Montessori, respectivamente. Por otro lado, las demandas de salud de los menores convalecientes fueron atendidas por medio de la apertura de un consultorio médico (1903), donde además se divulgaban nociones de higiene y puericultura a las madres, y una enfermería (1909) (Alarco 1947, 15-168).

Hospicio de Huérfanos Lactantes

El Hospicio de Huérfanos Lactantes fue uno de los tres asilos de huérfanos que administraba la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.⁶⁴ Estaba destinado a albergar a meno-

⁶⁴ Según la Ley de Beneficencia de 1893, la institución debía “establecer asilos de la infancia donde las rentas y medios lo permitan”. Inciso 7, artículo 13 de la Organización de Instituciones de Beneficencia, 2 de octubre de 1893 <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/LeyesXIX/1893019.pdf>

res desde sus primeros días de nacidos hasta los 7 años,⁶⁵ ya fuera en condición de expósito, huérfano o depositado.⁶⁶ Una vez cumplida la edad límite, en el caso de las niñas, estas eran destinadas al Hospicio de Santa Teresa, antigua casa de niñas huérfanas de Santa Cruz de Atocha; mientras que los niños, al Colegio de Huérfanos, hospicio fundado a finales del periodo colonial.

El cuidado y la asistencia de los menores destinados a los establecimientos de la Beneficencia corrían a cargo de la Compañía de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, conocidas como vicentinas. Como sucedió en el periodo colonial, la Beneficencia vio en las órdenes religiosas hospitalarias un colectivo de personas idóneas para cederles las labores efectivas de la caridad cristiana, la asistencia, y el cuidado de los enfermos y desvalidos. En ese sentido, conocedores del carisma de servicio de las religiosas francesas, la Beneficencia pidió al Gobierno solicitar la presencia de las vicentinas en el Perú. De ese modo, durante el gobierno del presidente Ramón Castilla (1855-1862), en 1858, arribaron al Callao un grupo de 45 hermanas (Kleiber 1996, 169). Además de las religiosas, el hospicio contaba con un médico que, junto con las nodrizas externas, las internas y amas

⁶⁵ La edad límite de 7 años es mencionada en las memorias de la Beneficencia para 1897; sin embargo, en años anteriores, se admitía a niñas y niños hasta la edad de 5 años.

⁶⁶ Estas categorías para distinguir a los menores son mencionadas por la propia institución. Los huérfanos eran aquellos que habían perdido a sus padres; muchos de ellos eran derivados del hospital de mujeres de Santa Ana luego de que falleciera la madre. Los expósitos eran aquellos expuestos en el torno (ver nota 69), y los depositados, aquellos dejados por sus padres en el asilo.

secas.⁶⁷ conformaban el personal encargado de velar por la sobrevivencia de los infantes. El comisionado de la vigilancia de esta institución, así como del envío de los informes a la Junta de Beneficencia era el inspector. Asimismo, el hospicio contaba con personal que secundaba las labores administrativas y cotidianas, como tenedor de libros, portera, costureras, lavanderas y cocineras.

Sin duda, el reto más difícil al que se debió enfrentar el Hospicio de Lactantes fue la fragilidad de la vida de los menores abandonados en sus primeros días o meses de vida. A diferencia de los otros, este establecimiento reportaba un mayor porcentaje de mortalidad infantil. En ese sentido, tanto el médico encargado, Pedro Valero, como los inspectores, fueron discutiendo y reflexionando en torno a las posibles causas que generaban estos estragos, acción que no estuvo exenta de los prejuicios de la época. Tras la finalización de la ocupación chilena de Lima y el fin de la guerra, se continuaba sosteniendo que la mortalidad infantil tenía una correspondencia con la ilegitimidad de los menores, así como con su condición “racial” y procedencia social; se afirmaba que el mayor porcentaje de fallecimientos correspondía a infantes indios y negros (Varela y Valle 1884, 75).

Tras el término de la guerra, la ilegitimidad —que se presentaba en mayor proporción en mestizos y negros— era una consecuencia del ejercicio de la sexualidad fuera del matrimonio, que contravenía la moralidad, la educación y las buenas costumbres establecidas en la sociedad limeña. Por estas razones, la ilegitimi-

⁶⁷ Las llamadas “amas secas” se encargaban del cuidado de los infantes y asistían a las hermanas de la Caridad. Eran denominadas de esa forma debido a que no amamantaban, solamente, se dedicaban a la crianza.

dad era también un problema social que generaba preocupación en los médicos y otros actores. Al presentar las estadísticas de nacimientos, los médicos señalaban con alarma cómo el número de ilegítimos superaba al de los legítimos. Hacia mediados de 1885, el facultativo Leónidas Avendaño invocó a los encargados de la administración pública y de la educación la promoción de las buenas costumbres, la moralidad y el matrimonio para frenar este problema social (Avendaño 1885, 336-337). En ese sentido, podríamos sugerir que uno de los motivos “morales” que impulsó el funcionamiento del Hospicio de Huérfanos Lactantes fue, además de proteger y velar por la vida de los infantes, el de alejarlos de los vicios asociados a la ilegitimidad, ya que este podía “contaminar” a los otros huérfanos.

Para 1883, fallecieron 88 huérfanos de un total de 226, correspondiente a cerca del 40 % de los infantes del establecimiento (Varela y Valle 1884, 43). Poco más de diez años después, en 1895, la proporción de infantes que fallecían era casi la misma, ya que, del total de 323 huérfanos, fallecieron 126 (Ferreyros 1895, 242). Para entonces, el problema de la ilegitimidad como causa de la mortalidad infantil perdió peso, aunque no cesó la crítica hacia esta práctica.⁶⁸ La búsqueda de las causales se orientó hacia los espacios donde eran criados los menores, la alimentación o las condiciones en las que llegaban al hospicio. En todas estas convergían aspectos relativos a la higiene.

⁶⁸ Para el mismo año, el médico de lactantes Pedro Valero señalaba a la Junta de Beneficencia la necesidad de establecer un hospicio o sociedad que promoviera el matrimonio, no solamente con el fin de disminuir la mortalidad de los infantes, sino también para evitar el desarrollo de enfermedades. En ese sentido, el médico exponía sus motivos basados en los preceptos de la higiene (Varela y Valle 1884, 75).

El local primigenio de la Real Casa de Niños Huérfanos, establecido en 1597 por Luis de Ojeda, apodado Luis “Pecador” (Fuentes 1858, 291), se encontraba ubicada en la antigua calle de Huérfanos, junto a la parroquia Corazón de Jesús. El establecimiento que, tras la república, pasó a llamarse Hospicio de Huérfanos Lactantes, ocupó ese local hasta 1894, año en el que fue trasladado al convento de la Recoleta. Este traslado se debió a diversos motivos, entre ellos, la necesidad de encontrar un edificio con mejores condiciones para acoger a los menores, según los dictados de la ciencia médica, especialmente espacios amplios y ventilados. Aunque se produjeron mejoras en el nuevo local ubicado en la Recoleta, este lugar no representó un cambio sustantivo frente al problema de hacinamiento y ventilación que se buscaba resolver. Por esa razón, la búsqueda de un inmueble con mejores condiciones u otras características particulares, como su cercanía al mar, formaron parte de las exigencias de los inspectores y de la Junta de Beneficencia.

Por otro lado, la situación en la que llegaban los menores al hospicio también como una de las causas de la mortalidad. La existencia del torno⁶⁹ no permitía obtener mayores datos sobre los antecedentes médicos del menor y de su madre, debido al anonimato que permitía ese sistema. De igual manera sucedía con los menores que eran abandonados en la ciudad. El inspector del hospicio Luis Rey señalaba para 1902:

⁶⁹ “Torno. 2. m. Armazón giratoria compuesta de varios tableros verticales que concurren en un eje, con suelo y techo circulares, empleada para pasar objetos de una parte a otra, como en los conventos de clausura”. (Real Academia Española). Esta también se usaba en los hospicios de huérfanos para asegurar el anonimato de la persona que dejaba al bebé.

Deplorable es la mortalidad de seres tan infelices: sabemos que la causa que lamentamos,[sic] no procede de falta de higiene de la casa, ni de los cuidados más exquisitos y esmerados que con abundancia de celoso amor les prodigan las virtuosas hijas de San Vicente de Paul,[sic] desde el momento que los acogen, sino del lastimoso estado en el que son abandonados por las desnaturalizadas madres, arrojándolas [sic] por el torno y en distintos lugares de la ciudad, expuestos al rigor del frío de la noche, sin abrigo que los cubra precipitándolas a la muerte (Olavegoya 1902, 139-140).

Por otro lado, se encontraban aquellos procedentes del hospital de Santa Ana, cuyas madres no sobrevivían al parto o llegaban al hospital a morir por alguna enfermedad. En estos sí se podía contar con información sobre el historial médico de la madre. Incluso algunos de estos menores llegaban al asilo con la enfermedad de su progenitora o con alguna otra adquirida en el nosocomio.

Estaban a cargo de la alimentación de los menores las amas de leche, tanto internas como externas. Las amas internas convivían con los menores dentro del hospicio, mientras que las amas externas se llevaban a los menores a su casa, donde los amamantaban. La diferencia consistía en el salario que recibían: las primeras eran mejor pagadas que las segundas, el sueldo era mayor por quedarse dentro del hospicio. Estas eran preferidas porque podían estar bajo la vigilancia y supervisión de las religiosas y del médico del hospicio, aunque idealmente la figura de las amas de leche venía siendo criticada y vista como perjudicial para la adecuada crianza de los menores. Esta crítica hacia las nodrizas o amas de leche en el Perú puede rastrearse hacia finales del siglo XVIII, en el contexto de la promoción de las ideas ilustradas en torno la maternidad (Zegarra 2001, 195-199). Los cuestionamientos hacia las amas de

leche se pueden comprender, además, al conocer la procedencia étnica y social de las mujeres que se dedicaban a este oficio. Un porcentaje importante de estas tenían un origen afro, morenas, zambas o negras, así como de origen indígena o mestizo; las que cobraban un mayor salario eran las primeras (Quiroz 2020, 63). Ahora bien, para la época, el origen étnico estaba asociado a ciertos valores morales o a su ausencia. Indios y negros, así como los mestizos, estuvieron asociados a características negativas, vicios, ignorancia y otros defectos que —se consideraba—podían ser transmitidos de diversos modos; uno de estos, a través de la lactancia materna (leche), pero también de la crianza.

Dentro del hospicio, las amas de leche fueron consideradas un mal necesario para la alimentación de los párvulos. Si bien se buscó tener mayor número de amas internas, la falta de recursos suficientes de la Beneficencia solo permitía, para la cantidad de huérfanos lactantes, el pago del salario de las amas externas. Según señalan los inspectores, muchas de estas mujeres, dentro de la escala de amas de leche, eran las más económicas, por lo que se entendía que eran aquellas que provenían de los sectores más pobres de la ciudad (Almenara 1902, 20). Esta condición generaba preocupación en las autoridades del hospicio, ya que, al no estar supervisadas, podrían no cumplir adecuadamente con la alimentación, así como exponerlos a crecer en un espacio poco apropiado para una buena crianza. Por esta razón se consideraba que una de las causas de la mortalidad infantil recaía en la alimentación proporcionada por las amas de leche en general, y por las externas en particular.

Una alternativa a las amas de leche fue la alimentación artificial. Esta consistía en la alimentación de los infantes con leche de origen animal. Esta medida fue impulsada inicialmente con el fin de prescindir de las amas de leche externas. Para esto la Benefi-

cencia adquirió algunos instrumentos como esterilizadores de leche (1898). Para 1905 el sistema de nodrizas externas fue suspendido y reemplazado tanto por las amas de leche internas como por la alimentación artificial. Las mejoras de esta política asistencial fueron expuestas por el inspector Arístides Vásquez, quien señalaba cómo antes de esta implementación había 80 niños criados y alimentados fuera del hospicio “en casas de vecindad y callejones antihigiénicos privándoles de la posibilidad de ser criados de forma conveniente” y añade lo siguiente:

Esta medida ha producido, desde luego, un éxito altamente satisfactorio, porque, además de que esos seres desgraciados no recibían en la calle la alimentación ordenada y nutritiva que se usa en este hospicio, estaban expuestos a heredar todos los vicios y defectos morales de que no carece nuestra gente del pueblo; hoy no hay que temer ese daño, por cuanto se ha remediado en la debida oportunidad. (Elías 1905, 91).

No obstante, esta iniciativa no generó un cambio importante en la reversión de la mortalidad infantil dentro del hospicio. Carlos Álvarez Calderón, inspector del hospicio para 1906, señalaba que no había efecto sustancial con la aplicación de la lactancia mixta, y que la cantidad de nodrizas internas que se tenía en el hospicio eran insuficientes, incluso con el aumento de su salario (Elías 1907, 148-149). Aun así, los inspectores del hospicio persistieron en la alimentación artificial, observando otros aspectos que podían mejorar este proceso, como el origen de la leche que adquirirían, el análisis de su pureza, la preparación, supresión de las antiguas mamaderas y otros (Ferreyros 1909, 365-366).

Modernización en el hospicio

Para 1907, aún con los cambios introducidos, no se observaba un cambio importante en las cifras de la mortalidad infantil en el hospicio. Señalaba el inspector Carlos Álvarez Calderón que el problema residía en la ineficiencia de las encargadas de la alimentación de los infantes, tanto amas secas como amas de leche internas; señalaba, además, la necesidad de que se abriera una plaza para un médico pediatra exclusivo para el manejo de la crianza y alimentación de los niños y niñas menores de 2 años del hospicio (Almenara 1908, 401). Para esto ya habían pasado 11 años desde la apertura de la cátedra de Pediatría en la Facultad de Medicina de San Fernando, por lo que se puede inferir que ya existía personal médico especializado en la atención infantil en Lima.

En la misma línea, se observaba la importancia de contratar otro tipo de personal especializado en el cuidado y asistencia infantil, las conocidas nodrizas profesionales, *nurses* o enfermeras diplomadas. Los inspectores del hospicio señalaban la necesidad de solicitar este tipo de especialistas de Europa o de Estados Unidos, para que, al igual que un médico pediatra, se encargara de la organización del servicio de alimentación de los huérfanos (Almenara 1908, 401).

Si bien el hospicio contaba con un médico, este no tenía el conocimiento especializado para atender las dolencias de los huérfanos, así como tampoco la destreza para implementar medidas relativas a cuidar de la salud de estos y de manera especial, el tema alimenticio. En este contexto Carlos Ferreyros, inspector del hospicio, señaló la necesidad de que el hospicio contara con personal capacitado y profesional para organizar el cuidado y asistencia infantil, advirtiéndose una crítica hacia la labor que las religiosas francesas venían cumpliendo dentro hospicio:

[...] dejando casi por completo la dirección de la alimentación de los niños a cargo de las hermanas de Caridad que a pesar de su celo son incompetentes para esta delicada misión. De allí han provenido los graves errores que he señalado y que originan una cifra verdaderamente aterradora de mortalidad en la sección de los niños más tiernos. (Ferreyros 1909, 486).

Para 1908, Carlos Álvarez Calderón, inspector del hospicio, elaboró una propuesta para la Junta de Beneficencia, la cual pretendía resolver la problemática de la mortalidad infantil y disminuirla y propuso lo siguiente:

1. Una plaza de médico puericultor para el Hospicio de Huérfanos Lactantes y para la evaluación de las enfermeras diplomadas.
2. El contrato de enfermeras especializadas.
3. Adquisición de instrumentos y aparatos para esterilización, modificación y administración de la alimentación artificial.
4. Contratos para la compra de leche.
5. Aumento de salario para las amas de leche internas, quienes serían evaluadas por el médico.

Tal parece que los argumentos señalados por el inspector, quien además era médico, sirvieron para aprobar no solamente la plaza para un médico puericultor, sino también la contratación de dos enfermeras diplomadas, la adquisición de implementos para la alimentación artificial, así como una lavandería a vapor y una bomba de agua (Ferreyros 1909, CLIX-CLXI). A inicios de 1909 Francisco Graña asumió la función de médico puericultor y, a mediados del mismo año, las enfermeras diplomadas Bertha

y Rosalía Moori llegaron de Estados Unidos para trabajar en el hospicio de lactantes.

Una vez en el cargo de médico pediatra del hospicio, Francisco Graña realizó un estudio sobre la mortalidad en el lugar. Con los datos que brindaban las historias clínicas de los infantes, destacaba que el mayor porcentaje de niños que fallecían no necesariamente eran aquellos que ya ingresaban al hospicio con enfermedades o convalecientes, sino aquellos que eran alimentados con mamadera (Tovar 1911, 331). Esto coincidía con los abundantes casos de menores fallecidos por enfermedades digestivas. En ese sentido, establece diversas pautas orientadas a la adecuada manipulación de la leche, a asegurarse de que la procedencia de la leche sea buena, su esterilización y otros lineamientos. Tanto la investigación de Graña como sus propuestas acerca de la manipulación de la leche fueron presentadas ante la Junta de Beneficencia, exigiendo, además, la necesidad de adquirir aparatos modernos para la esterilización de la leche (Tovar 1911, 332).

Por otro lado, la presencia de las *nurses* motivó la fundación de una escuela de enfermeras en el hospicio. Bajo la dirección e instrucción de las hermanas Moori y la supervisión de Francisco Graña, estuvo destinada a la formación de especialistas en la atención y asistencia infantil. Las beneficiadas de este programa fueron las niñas del hospicio de huérfanas de Santa Teresa, quienes, gracias a esta formación, podrían emplearse en el hospicio de lactantes y en otros hospicios, incluso cuando cumplieran la edad suficiente como para dejar el asilo (Tovar 1910, 317). Ambas iniciativas, tanto la escuela de enfermeras como la regulación de la preparación de la leche, fueron medidas que permitieron la disminución de amas de leche internas en el hospicio.

Para 1907 se había establecido una organización dentro del hospicio para la atención de los menores. Se establecieron 3 sec-

ciones, la primera se encargaba de los recién nacidos hasta la edad de 2 años, la segunda de 2 a 4 años y la última de 4 a 7 años (Almenara 1908, 400). Dos inspectores se hacían cargo, uno de la primera sección y el otro de la segunda y tercera. El médico Francisco Graña estableció que las *nurses* se encargarían de la primera sección, mientras que las hermanas de la Caridad de la segunda y tercera. Esta medida, orientada por la pericia de las *nurses*, más adelante originaría conflictos dentro del hospicio. Se detalla a continuación lo que en 1911, Carlos Álvarez Calderón, inspector del hospicio, refiere:

Debo hacer presente, no obstante, que en la práctica se han presentado no pocos inconvenientes para la marcha regular de este servicio, debido a la existencia en el mismo local y con atribuciones semejantes, de estas diplomadas y de las hermanas de caridad, lo que ha producido algunos rozamientos, que felizmente han sido salvados, mediante la buena voluntad que unas y otras han demostrado para solucionarlos, de acuerdo con mis recomendaciones. Creo, no obstante, que este estado de cosas no pueda subsistir mucho tiempo sin daño manifiesto, imponiéndose como solución la separación absoluta de los servicios encomendados a las *nurses* de los que tienen a su cargo las hermanas de caridad. (Miró Quesada 1912, 181).

Es probable que la presencia de esta “élite modernizadora”, la cual era representada por las *nurses*, generara conflictos y celos en las hermanas, que desde mediados del siglo XIX se habían hecho cargo del cuidado de los infantes. Aunque existiera simpatía con las religiosas, el papel de las *nurses* en la asistencia infantil y la formación de nuevas enfermeras no pasó inadvertido. En ese sentido, el inspector Álvarez Calderón manifiesta su total convencimiento del papel que cumplían las hermanas Moori en el hospicio:

Juzgando el punto con carácter general, parece incuestionable que por mucho que sea el celo, abnegación e interés de las hermanas de caridad para desempeñar su caritativa misión, y que me complazco en reconocerles, sus conocimientos en la asistencia de las criaturas en su época más delicada y en las enfermedades de que puedan padecer, no pueden ser tan completos ni tener la eficacia de quienes se dedican especialmente a estudiar y practicar la materia, recibiendo al concluir sus cursos el título correspondiente. (Miró Quesada 1912, 181-182)

No obstante, al interior de la institución se propusieron alternativas para la resolución de estos conflictos entre las religiosas y las enfermeras diplomadas Bertha y Rosalía Moori. El médico Francisco Graña sugería que las *nurses* junto con sus alumnas y futuras asistidoras profesionales se encargaran de la asistencia infantil en el local de la clínica Pasteur, cuyo establecimiento estaba en proceso de ser adquirido por la Beneficencia; mientras que las religiosas se hicieran cargo de la administración del hospicio (Miró Quesada 1912, 196).

Aunque la presencia de las enfermeras diplomadas fue reconocida como una mejora del hospicio, luego de tres años no renovaron contrato con la Beneficencia y regresaron a Estados Unidos hacia mediados del 1912. Una de las causas fue la tuberculosis que Bertha Moori contrajo y de la cual le fue difícil restablecerse. Tras la partida de las hermanas enfermeras, la escuela cerró y las alumnas regresaron al Hospicio de Santa Teresa, mientras que las hermanas de la Caridad volvieron a ocuparse de la sección de parvulitos junto a otras quince amas secas (Miró Quesada 1913, CLXXII-CLXXIII).

Resulta interesante observar la opinión del médico inspector Manuel Tirado y Montero con respecto a la ausencia de las *nurses* y la reasignación de funciones:

No se puede menos que lamentar profundamente el retroceso que implica haber perdido los beneficios alcanzados en tres años de afanosa labor, volviendo a entregar las funciones todas de asistencia en esta sección a personas que carecen de los conocimientos y de la preparación técnica indispensables para el objeto. Yo no dudo, muy al contrario, reconozco complacido la buena voluntad, la decisión, la inteligencia de las hermanas a quienes se han encargado los servicios que antes desempeñaban las *nurses*; pero es que la asistencia es hoy una profesión, que se adquiere únicamente por medio de prácticas especiales, y que no es posible improvisar sean cuales fueren las condiciones de inteligencia y voluntad con que se disponga. (Miró Quesada 1913, 220)

Asimismo, señala el temor de la pérdida de los resultados positivos que había generado la presencia de las *nurses* y su escuela de enfermería. Indica que, de haber perdurado, este habría sido un antecedente de la profesionalización de la asistencia en hospitales y hospicios. Por tal razón, los inspectores del hospicio sugieren que se dé la búsqueda de profesionales, en este caso religiosas, que hayan tenido experiencia o formación en instituciones semejantes al hospicio; es decir, en institutos para nodrizas o enfermeras, o en todo caso, enfermeras diplomadas.

Por otro lado, el médico Francisco Graña señalaba que la lucha contra la mortalidad infantil y la infancia desvalida que buscaba la Beneficencia se debía dar no solamente dentro del hospicio, sino también fuera de él. Por tal motivo, propuso que la Beneficencia estableciera una gota de leche y un consultorio externo (Tovar 1911, 317). Así, Graña buscaba atender el problema

de la alimentación infantil, no solamente la manipulación de la leche, sino cubrir su falta en las familias más menesterosas, así como la atención de las dolencias infantiles de los sectores más pobres de la ciudad. Esta iniciativa fue establecida a inicios de 1913, la cual contó con un consultorio a cargo del médico Juan A. Portella y dos enfermeras, cuya consulta comprendería dos horas diarias; asimismo, tenía anexa a esta una gota de leche (Sosa 1914, CLVI-CLVII). Esta medida puede entenderse como una de las primeras iniciativas de la Beneficencia que atendía el problema de las causas de la mortalidad infantil (alimentación y oportuna atención médica), más allá del hospicio, alcanzando a la infancia pobre y desvalida de la ciudad. Graña justificaba su proyecto en los estudios sobre mortalidad y como una medida de lucha contra la despoblación en el país. Más adelante, en 1917, la Beneficencia inauguró dos gotas de leche.

Consideraciones finales

La mortalidad infantil fue vista, tanto por la comunidad médica como por la sociedad en general, como un problema grave y un impedimento para un adecuado y anhelado progreso del país. Así, esta sensibilidad en torno a la infancia se fue evidenciando en la especialización médica de las enfermedades infantiles, con la creación de la cátedra de Puericultura de la Facultad de San Fernando, así como los estudios sobre las principales causas, tanto sociales como biológicas, de ese alarmante número de decesos infantiles durante la época.

Esta preocupación por la infancia, desde la sociedad, se hizo patente con la apertura de espacios para el cuidado y atención infantil, y especialmente orientados a la infancia pobre, como fue el caso de la Sociedad Auxiliadora de la Infancia. Asimismo, desde el Estado, se fueron implementando espacios para la atención in-

fantil, como las salas de cuidados para párvulos e infantes en hospitales como Santa Ana. Estos espacios fueron implementándose de acuerdo con las modernas nociones sobre pediatría e higiene.

El hospicio de Huérfanos Lactantes de la Beneficencia de Lima, uno de los tres asilos para la infancia abandonada y huérfana de la ciudad, no fue ajena a esta corriente modernizadora de la asistencia infantil que se empezó a gestar hacia finales del siglo XIX. La alta tasa de mortalidad infantil, especialmente de párvulos, era un problema que aquejaba sobremanera a esta institución. Para resolverlo, se fueron implementando diversas medidas, como la suspensión de amas de leche, traslado del local del hospicio, cambio de proveedor de leche de origen para el consumo de los infantes. Sin embargo, estas no fueron medidas articuladas. En cambio, la propuesta de Carlos Álvarez Calderón, inspector del hospicio, se trataba de un plan racionalizado y organizado que contaba no solamente con profesionales especializados, como el médico puericultor y las enfermeras diplomadas, sino también aspectos que tenían que ver con la manipulación de los alimentos de los infantes, todas estas propuestas acordes con las nociones de la higiene y puericultura. Este fue un punto importante dentro del proceso de modernización de la asistencia y cuidado infantil en el hospicio.

Esta modernización de la asistencia y cuidado infantil dentro del hospicio no fue del todo fácil. La presencia de las enfermeras diplomadas, y de manera especial, la autoridad que tenían en torno al cuidado infantil, generó conflictos en la institución con las hermanas de la Caridad. Estos conflictos nos permiten observar cómo se manifiesta la resistencia a las nociones modernas de asistencia de los infantes, de la puericultura y la higiene, y una pugna entre las prácticas y saberes de cuidado de ambas partes.

Si bien los informes señalan que la salida de las *nurses* se debió a razones médicas, no descartamos que los conflictos que tuvieron con las hermanas de la Caridad hayan contribuido a que decidieran retornar a su país de origen. Pese a que la salida de las enfermeras significó el cierre de la escuela y motivó que el control del cuidado infantil volviera a manos de las hermanas de la Caridad, esto no significó un retroceso. Se buscaron otras alternativas —aunque no se concretaron—, como enfermeras diplomadas o, incluso, hermanas de la Caridad diplomadas. Asimismo, muchas de las medidas se fueron replicando dentro del hospicio, como fue el caso de las gotas de leche.

Referencias

- Alarco, J. *Memorias que ha presentado Juana Alarco de Dammert a sus consocias y amigas de la Auxiliadora de la Infancia*. Empresa Gráfica Sanmartí, 1947.
- Aljovín, M. “Los concursos del Hospital de Santa Ana”. *Gaceta de los Hospitales*, n. 75, 1907, 2-11.
- Almenara, F. *Mortalidad infantil: informe*. Imprenta Torres Aguirre, 1902.
- Almenara, D. *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Dr. D. Domingo M. Almenara correspondiente al año 1907*. Imprenta de El Bien Social, 1908.
- Armus, D. “La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna”. *Asclepio*, vol. 54, n. 2, 2002, 41-60.
- Avendaño, L. “Estadística demográfica”. *La Crónica Médica*, n. 20, 1886, 336-337.
- Bello, E. et. al. Proyecto de traslación del “Hospital de Santa Ana”. *La Crónica Médica*, n. 323, 1902, 161-173.
- Birn, A. Child health in Latin America: historiographic perspec-

- tives and challenges. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, n. 14, 2007, 677-708.
- Contreras, C. *Sobre los orígenes de la explosión demográfica en el Perú, 1876-1940*. Instituto de Estudios Peruanos, 1994.
- Cueto, M. *Excelencia científica en la periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*. GRADE/Concytec, 1989.
- Cueto, M. "La ciudad y las ratas: la peste bubónica en Lima y en la costa peruana, 1903-1930". *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo xx*. Instituto de Estudios Peruanos. 1997.
- Elías, C. *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director D. Carlos M. Elías correspondiente al año 1905*. Tipografía, Calle de la Pescadería, 1905.
- Elías, C. *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director D. Carlos M. Elías correspondiente al año 1906*. 1907.
- Fernández, A. Mortalidad de la primera infancia en Lima. Ligeros estudios sobre su causa. *La Crónica Médica*, n. 44, 1887, 306-313.
- Ferreyros, C. *Memoria que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Sr. D. Carlos Ferreyros correspondiente al año económico de 1895*. Imprenta Liberal, 1895.
- Ferreyros, C. *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Señor Don Carlos Ferreyros correspondiente al año 1908*. Imprenta de El Lucero, 1909.
- Fuentes, M. *Estadística General de Lima*. Tipografía Nacional, 1858.
- García Calderón, F. *Anales Universitarios del Perú. Tomo XXIV*.

Imprenta Liberal, 1898.

Kleiber, J. *La iglesia en el Perú: su historia social desde la independencia*. Pontificia Universidad Católica del Perú-Fondo Editorial, 1996.

La Berge, A. "Medicalization and moralization: the creches od nineteenth-century Paris". *Journal of Social History*, vol. 25, n. 1, 1991, 65-87.

Mannarelli, M. *Limpias y modernas. Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos*. Ediciones Flora Tristán, 1999.

Martínez, L. "Los inicios de la legislación laboral española: la ley Benot". *Revista Aequitas: Estudios sobre historia, derecho e instituciones*, n. 1, 2011, 25-70.

Miró Quesada, J. *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Sr. J. A. Miró Quesada correspondiente al año 1911*. Imprenta de M. A. Dávila, 1912.

Miró Quesada, J. *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Sr. J. A. Miró Quesada correspondiente al año 1912*. Imprenta M. A. Dávila, 1913.

Muñiz, M. "Servicio especial de Estadística y Meteorología". *La Crónica Médica*, n. 6, 1884, 189-192.

Muñiz, M. "Natalidad y mortalidad de Lima". *La Crónica Médica*, n. 44, 1887, 313-317.

Olavegoya, D. *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Don Domingo Olavegoya correspondiente al año 1902*. Lima: Imp. Liberal, 1902.

Palma, P. y J. Ragas. "Desenmascarando a los impostores: Los médicos profesionales y su lucha contra los falsos médicos en Perú". *Salud Colectiva*, vol. 15, n. e2162, 2019, <http://www.>

scielo.org.ar/pdf/sc/v15/1851-8265-sc-15-e2162.pdf

- Porras, R. *Doña Juana Alarco de Dammert. Fundadora de la Asistencia Infantil en el Perú*. Editorial Ausonia, 1975.
- Quiroz, L. “‘Madre solo hay una’: la invención de los modelos de la buena/mala madre en el Perú de los siglos XIX y XX”. *Investigaciones Feministas*, vol. 11, n. 1, 2020, 57-66. <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/63989/4564456553415>
- Rabí, M. et al. *Del hospital de Santa Ana (1549 a 1924) al Hospital Nacional Arzobispo Loayza (1925-1999)*. Serie Historia de la Medicina Peruana, tomo II. Gráfica Fina, 1999.
- Real Academia Española. (s. f.). *Diccionario de la lengua española*. <https://dle.rae.es/torno?m=form>
- Rodríguez, R. “Saber del cuerpo: positivismo, empirismo y pragmatismo en la Universidad de la República del novecientos”. *Políticas Educativas-PoEd*, vol. 3, n. 2, 2010, <https://seer.ufrgs.br/index.php/PoEd/article/view/22725>
- Sosa, B. *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Dr. D. Belisario Sosa correspondiente al año 1913*. Imprenta M. A. Dávila, 1914.
- Tovar, A. *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Señor Don Agustín Tovar correspondiente al año 1909*. Imprenta de El Lucero, 1910.
- Tovar, A. *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Señor Don Agustín Tovar correspondiente al año 1910*. Imprenta de El Lucero, 1911.
- Ulloa, J. “Estadística mortuoria”. *La Crónica Médica*, n. 2, 1884, 34-36.
- Varela y F. Valle. *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director El Dr. Felipe Varela y Valle*

en la Junta General reunida el 31 de diciembre de 1883. Imprenta El Teatro, 1884.

Vélez, A. “Memoria leída por el Decano de la Facultad de Medicina en la clausura del año escolar de 1896”. *Anales Universitarios del Perú*. Tomo xxiv, Imprenta Liberal, 1898, 133-137.

Zegarra, M. “La construcción de la madre y de la familia sentimental. Una visión del tema a través del Mercurio Peruano”. *Histórica*, vol. 25, n. 1, 2001, 161-207, <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/historica/article/view/8617>

Cuarteles melancólicos: una aproximación a los debates sobre los padecimientos mentales en el Ejército peruano desde la nostalgia y el consumo de alcohol (1896-1920)

Jesús J. Llerena Durand⁷⁰

Introducción

Días antes del 1 de mayo de 1910, el sargento 2.º Casimiro Urdanivia languidecía en un calabozo “sufriendo un castigo” sin causa específica. Pese a la medida, a los encargados de la enfermería de la Escuela Militar de Chorrillos les consternaba la marcada agresividad de Urdanivia, especialmente si se tenía en cuenta su falta de antecedentes de abuso de alcohol u otras sustancias. No obstante, el doctor Evaristo Chávez, entonces jefe de la Sanidad Militar y Naval, al llegar a la Escuela Militar, levantó un informe médico informando de “visibles manifestaciones de trastorno cerebral y pérdida del uso de la

⁷⁰ Licenciado en Historia por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Correspondencia: jesus.llerena@unmsm.edu.pe. Algunas partes del presente artículo están adaptadas de su tesis de licenciatura titulada *El ejército convaleciente: el Servicio de Sanidad Militar, la cultura sanitaria castrense y la presencia de enfermedades en el Ejército peruano (1850-1920)*, 2023.

palabra”⁷¹ Por la particularidad del caso, el personal sanitario militar decidió no continuar recluyéndolo en una celda, sino internarlo en el Hospital Militar de San Bartolomé como correspondía, pues todo parecía indicar que la aparente falta que lo llevó al calabozo tenía causa médica. Ya en el nosocomio, el cuadro del sargento 2.º se agravó, a tal punto que Urdanivia cogió una navaja y “amenazaba herirse o herir a cualquiera de los que lo rodeaban con tal de irse a su casa”⁷². En vista del estado del paciente y su rango —era sargento 2.º— la administración de San Bartolomé decidió dejarlo salir el mismo día del incidente y lo derivó al Hospital Dos de Mayo. El destino esperado para este tipo de pacientes, el manicomio del Cercado, se caracterizaba entonces por su hacinamiento y porque se admitía principalmente a gente de los estratos inferiores de la sociedad (Ruiz Zevallos 1995, 388; Amaya 2018, 70; Stucchi-Portocarrero 2015, 156). Se le concedieron tres meses de licencia con goce de haberes.

Felizmente, el desenlace de este sargento no tuvo un final trágico.

Compárese ahora el colapso mental de Urdanivia con otro sonado caso ocurrido seis años después. Agobiado por una peritonitis tuberculosa que venía arrastrando, el sargento 2.º Justo Guerrero Howard fue enviado a Chosica a buscar alguna mejora para su salud. En vista de que esto no sucedió, se decretó que Guerrero pasara por una intervención intestinal de emergencia el 21

⁷¹ Archivo Histórico Militar del Perú (AHMP) 1910, Caja 2, cirujano mayor jefe de Sanidad Militar y Naval al señor general jefe de Estado Mayor General del Ejército, 12 de mayo de 1910.

⁷² AHMP 1910, Caja 2, cirujano mayor jefe de Sanidad Militar y Naval al señor general jefe de Estado Mayor General del Ejército, 12 de mayo de 1910.

de junio de 1916. Lamentablemente, no logró entrar a la sala de operaciones: a las 9:33 a. m. en un cuartel limeño ocupado por el Regimiento de Infantería 5 y aprovechando que el resto de la tropa hacía ejercicio, el sargento se encerró y cargó su arma “disparándose un tiro de fusil en la mandíbula inferior atravesándose el cráneo”, acabando así con su vida.⁷³ La nota de suicidio difundida por este sargento en *La Crónica Médica* el 22 de junio de 1916 nos muestra con detalle sus terribles últimos momentos:

No siento alivio, no puedo sufrir más; *mis propias pisadas son agujas que hieren a mis intestinos; estoy desmoralizado y físicamente vencido. He resuelto, pues, eliminarme del número de los mortales. No me llaméis cobarde en mi determinación final: meditad, habéis sido testigos de mi sufrimiento. Dichosos vosotros que quedáis al servicio de la patria. [...] Desgraciado de mí que el destino me arranca de las filas; pero yo que he amado tanto a mi patria a ella le dedico mi última palabra: ¡Viva el Perú!*⁷⁴ (Drinot 2009)

En el testimonio de Guerrero Howard se destacan dos aspectos importantes que nos ayudarán a entender su caso y de otros militares que se analizarán en el presente artículo. En primer lugar, sobresale el énfasis del sargento al indicar que su decisión final no estuvo motivada ni por la cobardía ni por la huida del deber: era el gran dolor que padecía lo que lo llevó a autoeliminarse. En segundo lugar, su caso alcanzó gran difusión en el público letrado limeño, remeciéndose la conservadora capital de entonces.⁷⁵

⁷³ AHMP 1915, Caja 3, teniente coronel comandante del Regimiento de Infantería 5 al señor coronel jefe de Estado Mayor General del Ejército, 21 de junio de 1916.

⁷⁴ Cursivas del autor.

⁷⁵ AHMP 1915, Caja 3, teniente coronel comandante del Regimiento de Infantería 5 al señor coronel jefe de Estado Mayor General del Ejército, 21 de junio de 1916.

Precisamente, por la propia naturaleza de estos terribles sucesos es que analizar otros casos similares representa un gran desafío al investigador, pues, como se hará notar a lo largo de este capítulo, a diferencia del mediático suicidio del sargento Guerrero Howard, las menciones en los archivos militares o prensa respecto de la situación mental de los militares son sumamente escasas tanto por el propio secretismo del Ejército como por lo contencioso del tema para la época.

En cuanto a nuestra hipótesis, creemos que los años finales del siglo XIX y principios del XX constituyeron un periodo de transición en el que los miembros del Ejército estuvieron sujetos a fuertes presiones que los afectaron psicológicamente y que obligaron a la institución a optar por el silencio y la innovación. En el caso de los oficiales, un Ejército desprestigiado y una reforma militar hicieron que el alcohol fuera un refugio para aquellos uniformados que tuvieron dificultades para adecuarse a los nuevos vientos en la institución. No obstante, se decidió no hablar mucho de esto para no mancillar honores. En el caso de los subordinados, tras la llegada de miles de jóvenes indígenas a los precarios cuarteles con la implantación del Servicio Militar Obligatorio (SMO) creemos que se asentó la presencia de un padecimiento psicológico poco estudiado llamado entonces “nostalgia” que forzó al personal sanitario militar a investigar y adoptar estrategias novedosas ante los súbitos afectados y que fueron —en última instancia— moldeadas por explicaciones raciales e higienistas.

Con todo, el objetivo de este artículo es brindar un acercamiento al difuso mundo de las patologías mentales castrenses a inicios del siglo XX. Para ello, iniciaremos abordando el consumo de alcohol entre los oficiales del Ejército, asumiendo la bebida como agente intoxicante, como síntoma de condiciones psicológicas previamente existentes y la incidencia de nuevos desafíos que

ellos enfrentaban en un tiempo de cambios en la institución. Asimismo, nos centraremos en uno de los diagnósticos médicos más controvertidos entre las tropas a inicios del siglo xx: la nostalgia. Tanto el consumo de alcohol como los padecimientos mentales en el Ejército durante estos años han sido obviados por los investigadores, lo cual es entendible por la dificultad de encontrar fuentes de calidad. Como veremos más adelante, se ha escrito sobre manicomios, alcoholismo y melancolía, pero en la esfera civil peruana. Por su parte, en el extranjero ha habido más interés por las neurosis de guerra, por el consumo de drogas en conflictos y hasta por el alcoholismo entre tropas coloniales. Influidos por estos últimos trabajos, esbozaremos una aproximación sobre el estado mental de oficiales y conscriptos de finales del siglo xix e inicios del siglo xx en el caso peruano, lo cual esperamos fomente el interés en estos importantes temas.

La botella y el oficial: ansiedades, rango militar y raza en el Ejército a inicios del siglo xx

Es necesario proceder primeramente indicando un hábito que repercutía en la salud mental de militares y que a la vez era un síntoma que expresaba el frágil estado de la psique de algunos de estos uniformados para inicios de siglo xx. Nos referimos al consumo de alcohol, elemento con gran presencia en los ámbitos civiles y también militares. El consumo de bebidas alcohólicas en ambientes castrenses puede ser indicativo de la presencia de padecimientos mentales, como la depresión y la angustia ante los rigores de la vida castrense. Aparte de síntoma, la ingesta de alcohol también contribuye a agravar desórdenes psiquiátricos y psicológicos debido a que produce cambios dramáticos en el temperamento, entre ellos tristeza, irritabilidad y nerviosismo (Anthenelli et al. 2002). También es completamente factible que los uniformados

buscaran acceder a la bebida para matar el tiempo mientras estaban acuartelados.

En suma, creemos que en el Ejército se configuró una cultura ética que incentivaba el consumo de preparados alcohólicos entre oficiales y subalternos. No obstante, notamos que a la hora de criticar a los oficiales profesionales y sanitarios por su asiduo consumo de alcohol se procedió de una manera particular. Veremos por qué.

En las últimas décadas del siglo XIX diversos miembros de las élites letradas advertían en las calles de Lima la presencia de hombres en completo estado de ebriedad con gran preocupación, formándose como respuesta ligas de temperancia en 1896 en Lima y en el Callao (Fonseca 2000, 6). Los médicos —tanto civiles como militares— también tomaron parte de estos movimientos antialcohólicos preocupados por la degeneración de sociedades enteras.⁷⁶ Estos galenos asociaron el aumento del consumo de bebidas alcohólicas y el futuro del país, sosteniendo que el alcohol tenía la capacidad de degenerar física y moralmente a la descendencia del consumidor: se tendrían niños propensos a enfermedades y con claras tendencias inmorales propias de futuros ladrones entregados al “crimen” (Villar 1896, 168; Campos Marín y Huertas 1992, 126). En palabras del catedrático de fisiología doctor Antonio Pérez Roca, peligraban las futuras generaciones:

⁷⁶ En el ámbito mundial, en esa época, circulaban en espacios académicos diversas versiones de la teoría de la degeneración desde su planteamiento inicial por el psiquiatra francés *Bénédict Morel* en 1857. Se sostenía que los males hábitos podían atrofiar a la descendencia y hacer peligrar el futuro de un país. En el mundo de habla hispana esto tuvo también presencia en círculos académicos, así como en España (Campos Marín 1999, 431).

A semejanza de la mancha de aceite, que va extendiéndose lenta y sigilosamente sobre la superficie en que se deposita, así el *alcoholismo invade nuestras capas sociales, por modo alarmante, agostando la savia de la juventud, cultivando la siembra de multitud de dolencias* y originando un gran número de males, *con evidente perjuicio de las próximas generaciones, fatalmente sometidas a las ineludibles leyes de la herencia.*⁷⁷

(Pérez Roca 1895, 275)

De esta forma, mientras en el espacio civil las preocupaciones iban más ligadas al futuro de la nación peruana, en los ambientes castrenses el interés se centraba en la falta de disciplina de los subalternos y la carencia de profesionalismo de los oficiales bebedores. La vida social en el Ejército peruano a fines del siglo XIX e inicios del XX reservaba un papel especial para el alcohol, especialmente si estaban en comisión de servicio lejos de los ojos inquisidores de los inspectores.⁷⁸ En septiembre de 1898, el subteniente Carlos Alcázar, quien destacado a la región altoandina del país (Arequipa y Puno) fue capturado no una sino dos veces por “embriagarse al extremo de caerse y rebulsar [sic] [...] por las calles públicas”, pidiéndose para él la inmediata separación “pues un oficial nocivo como este es inaparente para continuar

⁷⁷ Cursivas del autor.

⁷⁸ Por supuesto que esto no era patrimonio exclusivo del Ejército peruano. Para el siglo XIX, el consumo de alcohol era elemento central de la vida militar de las fuerzas coloniales acantonadas lejos de metrópolis, refrendada por la anuencia, complicidad o desidia de gobernadores militares o altos oficiales, quienes también eran bebedores habituales. El caso de las fuerzas coloniales inglesas en Bombay es interesante, pues el alcohol era básicamente usado para matar el tiempo por los uniformados de cualquier rango (Wald 2014).

prestando servicio a un cuerpo del Ejército”.⁷⁹ Otros miembros de mayor rango no tuvieron reparos en beber en la capital limeña a vista y paciencia de colegas, como ocurrió con el teniente coronel Aureliano Maldonado, quien en 1899 era regularmente visto “haciendo diario uso inmoderado del alcohol” llegando al extremo de abandonar el cuartel para procurarse de bebidas alcohólicas.⁸⁰ Lo particular era que Maldonado era un reincidente y al ser disciplinado en el pasado justificó su recurrente ebriedad alegando padecer lo que él denominaba como “males imaginarios”.⁸¹ Creemos que lo declarado por este oficial no necesariamente pudo ser una excusa, sino de verdad la causa de su constante recurrencia al alcohol: buscaba aplacar los males de la mente, especialmente en el caso de aquellos oficiales que presenciaron guerras civiles, campañas militares y otros episodios de gran violencia propios del convulso siglo XIX.

Los años finales del siglo XIX fueron tiempos de suma precariedad y frustración para gran parte de los oficiales veteranos, ya que era un Ejército desprestigiado tras la derrota frente a los pierolistas en 1895 con los salarios militares que alcanzaron valores reales ínfimos y que pendía la constante amenaza de ser pasados al retiro por haber pertenecido a las vencidas fuerzas caceristas. Asimismo, tenían dificultades para adecuarse a las demandas de profesionalización que exigía la reforma militar de finales del siglo XIX (Velásquez 2013, 138-152).

⁷⁹ AHMP 1898, Caja 1, comandante del Batallón 6 Balbuena al Sr. general jefe de Estado Mayor General del Ejército, 18 de setiembre de 1898.

⁸⁰ AHMP 1899, Caja 1, Alejandro Herreras al señor general jefe de Estado Mayor General, 20 de junio de 1899.

⁸¹ AHMP 1899, Caja 1, Alejandro Herreras al señor general jefe de Estado Mayor General, 20 de junio de 1899.

Para 1900, los locales de expendio de bebidas alcohólicas eran objeto de crítica y preocupación no solo de oficiales sino del gremio médico. Al ser visto el consumo de alcohol como una realidad en el ambiente castrense, tempranamente se propuso adoptar una perspectiva más pragmática, similar a la que en esa misma época se buscó aplicar para otro problema social que también afectaba a la población militar: la prostitución (Drinot 2020, 195-196; Wald 2014, 156). Con el fin de evitar que visitasen bares, antros y prostíbulos donde los militares en última instancia accedían al alcohol, las autoridades castrenses e intelectuales de la época consideraron que era mejor optar por buscar mejoras a la calidad de la bebida que se expendía en la ciudad, más que prohibirla del todo.

El consumo de alcohol para estas épocas tampoco escapaba de las lógicas raciales, especialmente si hablamos de la tropa. Se sostenía tradicionalmente que los indígenas eran bebedores consuetudinarios y ya para mediados del siglo XIX se cristalizó este prejuicio, tal como se puede verificar en uno de los libros de referencia de la intelectualidad peruana decimonónica: el *Atlas del Perú* (1865) de Mariano Felipe Paz Soldán. Allí se presentó a un indígena con vestimentas rasgadas, sucio, sosteniendo un vaso de chicha mientras mira perdidamente al frente, imagen que caló fuertemente entre las élites modernizadoras (Méndez 2011). El imaginario científico del indígena borracho estaba ya presente a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Desde el lado de la medicina, el tesista de la Facultad de Medicina Justo Amadeo Vigil propuso a inicios del siglo XX en su trabajo sobre la higiene de los cuarteles lo siguiente:

[...] Algunos higienistas, fundándose en que es imposible una estricta reglamentación, opinan por su supresión [de bebidas alcohólicas], pero con esto solo se conseguiría fomentar el negocio de los establecimientos próximos al cuartel, donde el

soldado [indígena] *encuentra bebidas más malas* o peligrosas a las que se venderían en las cantinas.⁸² (Vigil 1900, 95-96)

En esta cita podemos confirmar la existencia de voces que abogaban por un acercamiento más pragmático que prohibitivo, posturas a las que Vigil se muestra a favor. Él destacaba la facilidad y proximidad de la bebida para los subalternos: el soldado podía conseguir tragos de dudosa procedencia si en caso no la tuviera disponible en los propios cuarteles, pues solo era necesario cruzar la acera.⁸³ El consumo de alcohol de mala calidad siguió siendo un motivo de preocupación los años siguientes, especialmente entre médicos militares conocidos como los doctores Leonidas Avendaño y Manuel Zavala y Zavala. Para 1906, estos galenos llamaban la atención sobre los jefes de cuerpos, los que supuestamente brindaban todos los días a la tropa copas de alcohol con quinina para hacerle frente a los casos de paludismo. Preocupados, denunciaban ante la comunidad militar esta práctica del uso de bebidas etílicas “[...] cuyos perniciosos efectos son bien conocidos y cuya ingestión debe proscribirse por completo en la alimentación del Ejército” (Avendaño y Zavala 1906, 1749-1760). Si bien el alcohol era usado como un medio profiláctico contra la malaria, es muy probable que en un ambiente tan extenuante como los cuarteles y sus pésimas condiciones infraestructurales el alcohol aligerara momentáneamente las existencias de estos soldados.⁸⁴ Pero este

⁸² Cursivas del autor.

⁸³ Intelectuales civiles cuestionaban al Ejército como un espacio donde los efectivos podían acceder al alcohol. En el caso de los indígenas conscriptos, José Antonio Encinas señalaba en 1914 que, así como en las fiestas patronales el indio bebía licores, en la conscripción militar también, lo cual contribuía a su “deplorable situación” (Fonseca 2000, 344).

⁸⁴ Sobre las terribles condiciones habitacionales en las que vivían los miembros del Ejército a inicios del siglo xx, revisar Vigil 1900, 127-129.

consumo no estaba libre de peligros, de ahí la condena de Avendaño y Zavala.

Médicos militares extranjeros también hacían notar su preocupación por este problema del Ejército peruano. El inspector de sanidad francés teniente coronel Eduardo Vergne proponía un abordaje más selectivo: tras cerciorarse de la frecuencia de los oficiales nacionales para “empinar el codo” y analizar los métodos europeos para lidiar con este problema propuso regularizar el consumo de “bebidas fermentadas” —la cerveza, el vino o la chicha— y que se descartasen las “bebidas destiladas cuyo efecto pernicioso ustedes conocen y que en ningún caso deben ser toleradas en el Ejército” (Vergne 1914, 412). El inspector presentaba al aguardiente como “arma peligrosa y un alimento tóxico, nocivo para los órganos” por su capacidad para desestabilizar los cuerpos y mentes de los militares a lo largo del tiempo.⁸⁵ Pese a ello, Vergne reconocía que la prohibición del consumo de bebidas alcohólicas en su totalidad dirigida al cuerpo de oficiales era un deseo con pocas posibilidades de concretarse en la realidad al ser algo que estos uniformados solían hacer: tomar. Al respecto, veamos a Vergne:

[...] *No podrá fácilmente obtener el higienista militar la prohibición del alcohol para oficiales y sería demasiado severo prohibirles igualmente el uso de licores y vinos variados. Sin embargo, señores, decidme si no daría el cuerpo de oficiales del Perú un magnífico ejemplo de abnegación y disciplina si consintiera en someterse a la ley común y si reivindicara el*

⁸⁵ La teoría de la degeneración de Morel seguía una lógica acumulativa: los daños físicos, psicológicos y morales se agravaban a lo largo de grandes periodos de tiempo. Cuando se llegaba a tal grado de degeneración por el consumo de alcohol se podía concluir que ya no había posibilidad de cura para el enfermo (Caponi 2009, 433).

derecho y el deber de dar por sí mismo el ejemplo a su tropa cuyos comedores son tan vecinos a sus mesas [...]. (Vergne 1914, 412)⁸⁶

La cultura de la bebida de la cual formaban parte el subteniente Alcázar o el teniente coronel Maldonado resultaba difícil de corregir para inicios del siglo xx, como mostraba Vergne. Estos oficiales que bebían en próximo contacto con la tropa eran los mismos que ordenaban darles copas diarias de alcohol a los soldados supuestamente contra la malaria, actividades rutinarias y contacto diario que constituyeron, en última instancia, una cultura ética común entre oficiales y subalternos.⁸⁷

Por su parte, difícilmente estos oficiales bebedores hubieran sido internados en el manicomio del Cercado de Lima, debido a que los pacientes que eran llevados hasta allá desde 1877 pertenecían a los bajos peldaños de la pirámide social: indigentes y vagabundos (Ruiz Zevallos 1995, 389; Aguirre 2019, 32). Enviados a ese nosocomio especializado pudieron ser los subalternos, quienes por su rango y mayoritaria procedencia indígena no hubieran generado demasiada polémica entre los círculos de altos oficiales del Ejército. Muy difícilmente hubiera sido internado un oficial allí.

Por si fuera poco, no fueron los únicos en el Ejército por estas fechas que aprovechaban sus cargos para poder acceder a la

⁸⁶ Cursivas del autor.

⁸⁷ Se debe considerar para esto a los ejércitos como instituciones que son “zonas de contacto” para sus diversos miembros, puesto que por ellos pasan personas de diferentes regiones. Empleando este concepto de Mary Louis Pratt, nótese que diversas costumbres y tradiciones entran en “contacto” y se modifican o transculturán en los cuarteles. Las culturas éticas, musicales y culturales de oficiales y soldados no serían la excepción (Pratt 2010).

bebida con mayor facilidad. Personal sanitario del mismo tipo que atendió a los sargentos Urdanivia y Guerrero Howard fueron acusados de dipsómanos por el reformador y director de la Sanidad Militar de entonces, el doctor Gerardo Alarco. En este caso, Alarco se mostró alarmado no solo porque el personal no contaba con los mínimos requisitos profesionales, sino también porque algunos eran asiduos bebedores:

En cuanto al reclutamiento del personal [sanitario militar], ya está asegurado entre los mejores alumnos de la Facultad de Medicina; pasaron los tiempos en que bastaba tener influencias personales o políticas [...] los nombramientos se hacían con el fin de permanecer en Lima, *¡también tuvimos ebrios!*^{88 89}

Observamos entonces que el consumo de bebidas etílicas en los cuarteles era algo que permeaba toda la estructura militar para el periodo en cuestión y preocupaba a los representantes de diversos sectores, tales como médicos, oficiales y delegaciones extranjeras. Como vimos, las propiedades neurodepresoras del alcohol fueron causa de alteraciones orgánicas y “morales” en el comportamiento como en las capacidades mentales del bebedor uniformado, pero el consumo de alcohol también fue un síntoma que revelaba la existencia de procesos psicológicos, como los “males imaginarios” a los que hizo referencia el teniente coronel Maldonado.

Por si fuera poco, podemos apreciar la extensión de una “cultura” etílica común entre los miembros de una institución que in-

⁸⁸ AHMP 1918, Caja 8, *Memoria presentada por el director de la Sanidad Militar correspondiente al año 1917-1918*, 1 de mayo de 1918, 45.

⁸⁹ *Cursivas del autor.*

centivaba el acceso a alcohol entre los efectivos. Empero, la crítica a la presencia de estas bebidas en el Ejército se centró en los hábitos etílicos de una oficialidad que era la llamada a llevar a cabo la “misión civilizadora” para con los conscriptos indígenas, pero que fomentaba el consumo directamente de estas bebidas y cuyos miembros muchas veces fueron captados tomados por las calles. La falta de información estadística sustancial que permita dimensionar el problema del consumo rutinario de alcohol entre el cuerpo de oficiales dificulta continuar con el análisis, pero esperamos que otros investigadores aborden este importante tema en el futuro. A continuación, profundizaremos en el rol civilizatorio que fue encomendado a los oficiales profesionales, los cambios que trajo el servicio militar obligatorio en cuanto al reclutamiento masivo de finales del siglo XIX e inicios del XX y un síndrome que empezó a volverse más prevalente entre los conscriptos: la nostalgia.

Debates sobre los efectos de la nueva vida militar en las mentes de los conscriptos: la nostalgia

Como señalamos anteriormente, el grueso de los conscriptos desde el siglo XIX había sido indígena o descendientes de ellos (Velásquez 2019, 230). Es más, era precisamente esta característica que hizo del Ejército peruano una institución que se perfilaba no solo a formar fuerzas para la defensa de la patria, sino, especialmente, a cumplir un papel civilizador para con los conscriptos que entraban al servicio militar obligatorio (Toche 2008). Si bien es cierto que se consideraba la enseñanza de corte civil como una forma de “civilizar” a los indígenas, el Ejército se presentaba como una opción más efectiva en tanto allí se aplicaba un modelo de instrucción donde el papel central lo tenía la férrea disciplina castrense. Era tanta la rigurosidad que muchos indígenas al enterarse de que habían salido sorteados buscaban la forma de evadir su

reclutamiento y evitar pasar varios extenuantes años en tierras lejanas.⁹⁰ Realidades como estas no eran ajenas al conocimiento de los oficiales. El coronel subjefe del Estado Mayor General, Enrique Valera, mostraba su preocupación en 1907 por “[...] aquel fundado terror y profunda aversión que sienten los ciudadanos al ser llamados al Servicio Militar Obligatorio [SMO]”.⁹¹ Y es que ingresar al SMO implicaba un esfuerzo del conscripto en adaptarse rápidamente a una serie de cambios en diferentes ámbitos de su vida hasta que eventualmente se incorporaba a las nuevas rutinas, consecuencias que atestiguaba el jefe de la Sanidad Militar doctor Evaristo Chávez en 1909:

[...] en todos los Ejércitos del mundo, el cambio de vida, de alimentos, de vestidos, de costumbres, de régimen, en fin, es causa conocida de tuberculización en los contingentes, de tal manera que, en los primeros meses de un ingreso al Ejército, la tuberculosis y aún otras infecciones causan numerosas bajas, disminuyendo paulatinamente, cuando con el transcurso del

⁹⁰ Para inicios del siglo xx, se estableció una condición médica relacionada con la actividad militar de los conscriptos peruanos. Era llamado *surmenage* por el personal sanitario militar al cuadro de asfixia, cianosis, síncope (pérdida de conocimiento) y asistolia (falta de sístole, síntoma del paro cardíaco). Definido como “exceso de trabajo en proporción a la aptitud de las fuerzas del organismo”, corresponde con un diagnóstico de fatiga severa cuyas consecuencias pueden ser mortales (Chávez 1907, 1046). Los futuros oficiales de la Escuela Militar de Chorrillos también presentaron cuadros de *surmenage* para 1908 “debido a la falta de costumbre y a la poca preparación para la vida militar”, por lo que terminaron en enfermerías o recibieron descansos médicos por un par de días (Sanidad Militar 1908, 28).

⁹¹ AHMP 1907, Cajas 1-2-3, coronel subjefe de Estado Mayor General Enrique Valera al señor general jefe de Estado Mayor General, 21 de marzo de 1907.

tiempo van amoldándose a las costumbres y modo de ser de la vida militar.^{92 93}

Como podemos ver, según lo relatado por el jefe de Sanidad Militar, este proceso multidimensional de nuevos hábitos a adquirir tenía un claro impacto en los primeros meses del servicio militar, debilitando las defensas del cuerpo de los conscriptos y volviéndolos propensos a sufrir una diversidad de males como la tuberculosis señalada por el doctor Evaristo Chávez. Un elemento central en este razonamiento —quizás el más importante que sobresalió desde 1898 a raíz de la ejecución del SMO— era el cambio de localidad geográfica: el indígena debía dejar el “medio embrutecedor en el que vive” para que “con el conocimiento de los lugares a que se le traslade y sus costumbres y luego con la adaptación a esas costumbres” lograra abrazar la “vida civilizada que no existe en las aldeas” (Paz Soldán 1909, 291). En resumen, vemos que la idea entonces era disciplinarlo para así desarraigarlo de su terruño y, en ese camino, aculturarlo. El conscripto, al llegar a los cuarteles de la costa, experimentaba no solo una atmósfera particular, sino una forma de vida muy diferente a la de su lugar de origen: se exponía a un fuerte cambio cultural (Mabat 2020, 198-199). Al experimentar esto, la gran mayoría de veces contra su voluntad, debieron quedar marcas psicológicas en los soldados por la aparente inevitabilidad de la vida militar.

Con la llegada del nuevo siglo, se puede identificar en la documentación propiamente castrense una condición médica que llama la atención por la manera en la que fue presentada. El 6 de

⁹² AHMP 1909, Caja 3, cirujano mayor jefe de Sanidad Militar y Naval E. M. Chávez al señor coronel director de Guerra, 24 de marzo de 1909.

⁹³ Cursivas del autor.

junio de 1900, personal del Hospital Militar San Bartolomé reportó que en sus instalaciones se encontraba un grupo de tropa en calidad de internados. Aparentemente, no había nada de especial en esa lista de doce individuos atacados por enfermedades tan dispares como la tuberculosis, nefritis, sífilis crónica, hemorroides, reumatismo o disentería crónica. Entre estos cuadros médicos, sin embargo, destaca el caso del soldado internado en la cama 39, el joven arequipeño José Escalante. Este hombre fue diagnosticado con “nostalgia” compartiendo la habitación con “individuos que se encuentran inútiles para el servicio militar”.⁹⁴ En otras palabras, el parangón entre las patologías nombradas anteriormente con las mentales nos hace deducir que sufrir de “nostalgia” era tan grave como un cuadro de tisis o disentería crónica: deshabilitaba al soldado y lo postraba en una cama a tal punto que eventualmente se le separaría del Ejército.

En 1903, tres años después de este informe, se llevó a cabo una sistematización de las bajas en el Ejército que comprendió un periodo de tres meses del año: octubre, noviembre y diciembre (como se presenta en la tabla 1). En esta presentación estadística destacaban otras dos enfermedades no tanto por sus números, sino por su particularidad: la epilepsia y el “idiotismo”.⁹⁵ Al igual que con la

⁹⁴ AHMP 1900, Caja 1, doctor Luis del Solar al coronel jefe del Estado Mayor General, 6 de junio de 1900.

⁹⁵ En el mundo de habla hispana el concepto de “idiotismo” como entidad médica fue legado por el precursor de la psiquiatría Philippe Pinel (Francia, 1745-1826). Este establecía dos tipos de idiotas, los de tipo automático o sin instintos, y los que contaban con instintos, y los imbéciles. Los primeros carecen de voluntad, los segundos cuentan con algunas funciones instintivas, mientras que los últimos sí cuentan con ideas, pero son muy limitadas (Hurtado 1847). En el Perú de la segunda mitad del siglo *XI* el Dr. Casimiro Ulloa incluía a los “idiotas” entre los locos, junto a los “tranquilos”, los “excitados periódicamente” y los “furiosos” (Ruiz Zevallos 1995).

nostalgia, estas patologías eran también estimadas como causas suficientes para recomendar el licenciamiento por motivo de salud y según los cuadros estadísticos estaban en la misma categoría mortal que otras enfermedades como la temida tuberculosis.

Tabla 1

Bajas en el ejército por enfermedades incompatibles con el servicio en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1903	
Enfermedades que han ocasionado la baja	Casos
Tuberculosis (en varias formas)	52
Nostalgia	1
Fistula del ano	2
Reumatismo crónico	3
Escrofulosis	16
Hernia inguinal doble	1
Epididimitis crónica	2
Otitis media	1
Enfermedades cardiacas	6
Hernia inguinal simple	2
Idiotismo	2
Uta	1
Sifilis	2
Epilepsia	4
Paludismo	1
Eczema crónico	1
Ceguera	1
Epitelioma nasal	1
Total casos	99
Total efectivo del ejército	3000

Fuente: AHMP 1909, Caja 1, general jefe de Estado Mayor General Paul Clément al señor coronel ministro de Guerra y Marina, 19 de agosto de 1909.

Tabla 2

Resultados de revisión médica militar a nivel nacional llevada a cabo entre el 01/06/1905 y 04/06/1905	
Enfermedades que han ocasionado la baja	Casos
Tuberculosis (varias formas)	28
Idiotismo	4
Bocio	1
Fractura	3
Mielitis	1
Cardíacos	1
Leocoma	1
Alteraciones musculares	1
Otitis media	1
Reumatismo	3
Alcoholismo	1
Otitis simple	1
Epilepsia	1
Anemia	1
Asma	1
Paludismo	3
Polidactilia	1
Epitelioma nasal	1
Total casos	54
Total efectivo del ejército	3000

Fuente: De Piérola 1907.

Analizando estas tablas, la “nostalgia” está entre las patologías con menor presencia. Para 1905 permanecía desplazada por la epilepsia y el “idiotismo” (Tabla 2),⁹⁶ y pocas veces aparece en los años posteriores. Para ilustrar mejor nuestro punto recurrimos a la siguiente tabla que contiene información sobre diversas revisiones sanitarias de 1906 a 1913:

⁹⁶ AHMP 1909, Caja 1, general jefe de Estado Mayor General Paul Clément al Sr. coronel ministro de Guerra y Marina, 19 de agosto de 1909.

Tabla 3

Relación de padecimientos mentales en militares licenciados (1906-1913)							
Fecha/enfermedad	Neurastenia	Nostalgia	Idiotismo	Parálisis nerviosa	Epilepsia	Neurosis	Total declarados "inútiles" por cualquier enfermedad
10/03/06	28				1		54
10/02/07	4		2		1		60
12/04/09	1				1		49
07/05/09	3			1			49
28/02/10	1	1	1				36
16/11/10	1				2		34
14/09/10	1					1	18
17/05/10	1		1		1		28
1911-1913	1		1		3		135

Fuentes: AHMP 1906, Caja 1, 10/05; AHMP 1907, Cajas 4-5-6, 10/02; AHMP 1909, Caja 3, 12/04-07/05; AHMP 1910, Caja 7, 28/02 y AHMP 1910, Caja 5, 16/11; AHMP 1911, Caja 4, 14/09/1910 y AHMP 1910, Caja 5, 17/05.

Fernández, Guillermo. "Selección médica de los contingentes. Resultados de los reconocimientos de los años 1911, 1912 y 1913". *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, n. 11, 692, 1914.

Hasta ahora, se puede inferir una tendencia en los padecimientos mentales de licenciados militares: la epilepsia y el idiotismo eran las condiciones más prevalentes de licenciamiento entre todas las registradas desde 1906 hasta 1913. Nótese el caso de la nostalgia: solamente se licenció a un militar por este padecimiento en 1909. De igual manera sucedió con la neurastenia. Entendida en ese entonces como la fatiga física y mental causada por la incapacidad de lidiar con el inevitable y creciente cambio de la vida moderna, los médicos peruanos civiles la emplearon para explicar actos de gran controversia pública como el suicidio, especialmente cuando se le asociaba a sectores de la élite limeña (Drinot 2009,

227-229).⁹⁷ Finalmente, en cuanto a la “parálisis nerviosa”, esta era una manifestación explícita, un síntoma claro de un proceso mórbido a diferencia de la difusamente definida “neurosis”.⁹⁸ Destaco estos últimos casos porque muestran que muchas veces tanto los practicantes como los galenos militares se enfrentaban a varios padecimientos mentales definidos como la parálisis nerviosa, lidiando también con cuadros cuya sintomatología era más tentativa por más experimentados que pudieran ser los médicos tratantes. En estos últimos colocamos a la nostalgia.

Es necesario retomar la discusión sobre este síndrome. A diferencia de las otras afecciones mentales mostradas hasta ahora, la nostalgia y condiciones similares ya habían sido identificadas en otros contextos. Esta se había presentado ya en la Guerra de Secesión norteamericana, en la que cirujanos militares identificaron una serie de alteraciones en el comportamiento de los soldados que los incapacitaba severamente de poder enfrentarse al enemigo, la que se denominó entonces como “corazón de soldado” (Gabriel 2013, 177-225). Las principales características de esta afección eran la depresión, el adormecimiento y el insomnio; el cuadro era acompañado de desórdenes gastrointestinales y ali-

⁹⁷ A diferencia de otras enfermedades mentales, a la neurastenia se le asignaba un claro sello de élite, una aristocracia que sufría las demandas que la creciente “civilización” industrial. Estas claras ansiedades de las clases altas ante el cambio y el temor de verse relegadas por sectores emergentes u organizados eran tratada con reposo en cama, aislamiento, consumo de postres lácteos y masajes (Porter 2002, 151). Por ejemplo, en el medio militar inglés de la Primera Guerra Mundial, por este carácter de élite la neurastenia era una enfermedad de oficiales, mientras que para las tropas se tenía reserva a la “histeria”, una afección nerviosa más violenta. El tratamiento también era distinto: para los primeros se recomendaba reposo, para los últimos era *electroshock* (Bogacz 1989, 255).

⁹⁸ La neurosis era entendida para la época como “enfermedad de índole puramente nerviosa” (Real Academia Española 1899, 692).

menticios, fatiga física, dificultades para concentrarse y frustración (Kamiński 2016, 77). El detalle está en que cirujanos militares describían estos síntomas en los campos de batalla cada vez más destructivos. Por contraste, en el caso peruano, identificar “nostalgia” en un contexto donde a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX no hubo combates a gran escala entre ejércitos profesionales llama poderosamente la atención. Esto no debe llevarnos a pensar que no hubo violencia y secuelas psicológicas en el Perú decimonónico.

Es necesario mencionar los constantes enfrentamientos entre caudillos y diversas facciones del Ejército que caracterizaron al siglo XIX, pese a no existir ejércitos profesionales y modernos para la época (Aljovín 2000, 42). Lima fue escenario de eventos de inédita violencia donde el uso de nuevos rifles causaba gran estupor entre civiles y militares peruanos. Heridas de bala causadas por los modernos rifles chilenos causaron terror en la Guerra del Pacífico y motivaron varias tesis de estudiantes de medicina peruanos por varios años.⁹⁹ Asimismo, la guerra civil entre caceristas y pierolistas en 1894-1895 ocasionó una enorme cantidad de muertos y altísimos niveles de violencia como en la toma de Lima (1895), precisamente porque la sociedad peruana estaba armada a causa

⁹⁹ Desde 1881 aumentó el número de tesis sobre el tratamiento de heridas por armas de fuego, empezando por el estudiante J. V. Palza y su investigación *Estudio de las heridas por armas de fuego* (1881). La última tesis del siglo XIX sobre este tema apareció precisamente en tiempos donde se tomaría Lima por montoneras pierolistas tras cruentos combates calle por calle: G. Olano con su investigación titulada *Fracturas conminutas por proyectiles de guerra de pequeño calibre sin amputación en el servicio del doctor Ernesto Odriozola* (1895).

de la Guerra del Pacífico y porque algunos sectores contaban con rifles de últimos modelos.¹⁰⁰

Para inicios del siglo xx se manejaban otras posibles causas de nostalgia, no necesariamente ligadas a enfrentamientos bélicos. Desde el lado civil, se tuvo al connotado médico Hermilio Valdizán, quien desde la década de 1910 se dedicó a estudiar la melancolía indígena desde el paradigma degenerativo. Sostenía que los indios serranos vivían sumidos en la tristeza tanto por verse brutalmente sometidos por los españoles, por el paternalismo de los patrones y por la fuerte influencia religiosa (Ríos Molina 2022, 609-621). En lo que él denominó “decadencia psicofísica” los indígenas vivían añorando los buenos tiempos del Incario, lo cual se ve en su primitivo folklore (Ríos Molina 2022, 615). Veamos que en la medicina militar; sin embargo, estos intereses por la psique indígena se vieron antes: para 1901 el entonces tesista de medicina Felipe Merkel revisaba un contingente de conscriptos enviados desde Cusco y Puno a Lima: “a los pocos días se llenaron completamente las salas del servicio y se asistían en él más de 130 enfermos, muchos de ellos padeciendo el mal que me ocupa [la nostalgia]” (Merkel 1902, 338). En este caso destacan las grandes proporciones de afectados. Debido a la naturaleza aparentemente súbita y recurrente de este padecimiento colectivo, durante la segunda parte del siglo xx se esbozó una explicación de corte adaptativa: psicólogos y psiquiatras como Carlos Alberto Segúin concibieron a esta enfermedad como la imposibilidad de ciertos

¹⁰⁰ Para más información sobre los “cruentos combates” en la toma de Lima por las fuerzas pierolistas y cómo el nuevo gobierno de Piérola hizo uso de nuevos rifles de precisión Manlicher para debelar movimientos campesinos huantinos desencadenando masacres, consulte Velásquez 2013, 34-158.

individuos de adaptarse a un medio urbano, Lima en este caso. Estaba restringida a “muchachos [...] cuya edad oscila entre los 15 y 25 años, de raza india o mestiza, que han abandonado pequeñas comunidades [...] en la Sierra [...]” (Seguín 1962, 33). La nostalgia fue denominada científicamente por él como “síndrome psicossomático de desadaptación”, no estando restringido solo a miembros del Ejército, sino en general a trabajadores migrantes indígenas serranos que encontraban a Lima como muy hostil social, cultural y climáticamente (Seguín 1962, 31-33). En otras palabras: vemos que estos síntomas mentales supuestamente propios de indígenas ya habían sido identificados por personal sanitario militar antes que Valdizán propusiera su “decadencia psicofísica” y Seguín acuñara el término “síndrome psicossomático de desadaptación” en 1962. Veamos la incidencia de la nostalgia entre diversas otras enfermedades gracias al director de Sanidad Militar doctor Evaristo Chávez en 1905:

Entre las diferentes causas de inutilidad, tradicionalmente *la tuberculosis ocupaba los primeros lugares* en sus diferentes formas, siendo adquiridas en el ámbito castrense en el hospital de “San Bartolomé”. *Vienen de seguida la epilepsia, la nostalgia, el idiotismo, sordera, etc.*, cuando son confirmados después de un tiempo prudente de observación.¹⁰¹ (Chávez 1905, 32)

Aun así, la nostalgia —a juzgar por las palabras del jefe de la Sanidad Militar— ocupaba un rol no menor y se posicionaba en tercer lugar de incidencia entre los licenciamientos por enfermedad, después de la tuberculosis y la epilepsia. Nótese aquí que

¹⁰¹ Cursivas del autor.

en 1905 el Estado peruano no estaba en guerra, pese a lo cual los médicos castrenses identificaban casos con dicho padecimiento. ¿Por qué entonces, si los casos aparentemente no eran pocos, no aparecían masivamente en los registros de licenciamiento? Para empezar, creemos necesario comprender que la nostalgia era concebida de manera compleja. Como hemos visto, a este síndrome se le categorizaba como una condición que favorecía la aparición de otro mal más pernicioso y más importante para la sanidad militar en términos de prevalencia: la tisis. Esto pudo significar que a la hora de licenciar por nostalgia se buscara a los casos que también presentarían tuberculosis. Por otro lado, de tener presencia masiva, es posible que solo se diera de baja a los cuadros más manifiestos y graves de “nostalgia” propiamente hablando, a diferencia de la tuberculosis que en cualquiera de sus formas requería de inmediato licenciamiento. Así, vemos necesario presentar una hipótesis adicional. Influenciado por las teorías del racismo científico y las representaciones raciales como las de Mariano Paz Soldán sobre el “indio”, la medicina militar peruana intentaba explicar estos cuadros depresivos de los soldados, pero se enfrentaba a una disyuntiva: al interpretar la causa principalmente como racial, los médicos militares no podían licenciar a todos los enfermos indígenas que surgieran como nostálgicos; de hacerlo, el Ejército no podría desarrollar su “misión civilizadora” por falta de efectivos. De ahí que el médico militar Felipe Merkel llamara la atención a sus colegas, quienes prefirieron tratar a los cuadros de nostalgia con cierto desdén: “[...] [es necesario] llamar la atención sobre un mal [la nostalgia] que estamos acostumbrados a mirar con demasiada ligereza, ya que no con indiferencia” (Merkel 1902, 388). Se esperaba que entre los soldados indígenas se presentara un número regular de casos de nostalgia, pero solo debían licenciarse algunos por este motivo, razón por la cual muchas veces se ignoraba la

presencia de uniformados nostálgicos. Para analizar esta supuesta predisposición racial depresiva del soldado, véase cómo el médico militar doctor Luis de Piérola analizaba el temperamento de los conscriptos provenientes de la sierra en 1907:

Hemos reiterado nuestro examen [...] que la tuberculosis ganglionar existía en gran número de veces; *el temperamento linfático de nuestra raza, la manera brusca con que el soldado es arrancado de su hogar para traerlo a las filas, la poca o ninguna idea de Patria y deber, [...] produce en su sistema nervioso una depresión bien notable que se manifiesta en una honda melancolía constituyendo en ellos una verdadera dolencia y que debilita su resistencia orgánica para cualquier enfermedad aguda* que los ataque, el cambio violento de sus costumbres, la alimentación completamente nueva y sobre todo el aire.¹⁰² (De Piérola 1912, 737)

Una vez más, la enfermedad que era relacionada con esta “depresión bien notable” no era otra que la tuberculosis. En este caso, lo que contribuyó a no considerar la nostalgia como una enfermedad en sí misma, fue precisamente el hecho de que para los médicos parecía ser más bien un síntoma, una predisposición, una suerte de condición previa que llevaba finalmente al desarrollo de la tuberculosis en el medio militar. Siguiendo con el razonamiento de De Piérola, según él el soldado indígena peruano estaba predeterminado a padecer de esta “depresión”: era parte de su temperamento linfático que se caracterizaba por ser supuestamente más susceptible a los cambios ocurridos a su alrededor. Más allá del estereotipo del indígena como taciturno, creemos que

¹⁰² Cursivas del autor

efectivamente sí hubo espacio para la depresión entre conscriptos, pero en lugar de causas raciales vemos la impronta de los diversos cambios propios de la vida militar que repercutían en el uniformado, debilitándolo de tal manera que el bacilo de Koch podía enfermar al joven más fácilmente. Precisamente, no fueron pocos los cambios que los conscriptos pasaron, los cuales muchas veces implicaban modificaciones severas de costumbres y hábitos con potenciales consecuencias en su salud, tales como cambios alimenticios, nuevas rutinas higiénicas, control del tiempo y distanciamiento del núcleo familiar. Pero, mientras podemos reconocer que estos cambios pudieron impactar en la psique de los jóvenes indígenas conscriptos, para inicios del siglo xx se configuraba una patologización de las supuestas condiciones psicológicas de los indígenas, teniendo, en última instancia, a la raza como agravante. La nostalgia en el caso peruano, al ser vista entonces como una enfermedad circunscrita a los indígenas nos muestra que el concepto *raza* era central para construir una teoría o hipótesis que explique problemas de interés médico sobre sujetos considerados “inferiores” inherentemente, pero de suma importancia para el proyecto nacional de la República Aristocrática. Pese a reconocer los médicos las difíciles condiciones cuartelarias a las que estaban sometidos los conscriptos, para estos intelectuales los indígenas eran melancólicos *per se*. En tal sentido, concordamos con la historiadora de la psiquiatría Waltraud Ernst, quien sostiene que no es que las nociones raciales deformen o corrompan teorías médicas, sino que estas mismas están claramente implicadas en la construcción de las identidades asignadas a poblaciones enteras (Ernst 2001, 19). Este fue el caso.

¿Pero cómo se podía entonces dar solución a este problema de la nostalgia, una condición cuya naturaleza era tan tenue para la ciencia médica de inicios de siglo? En 1902 el tesista Merkel sos-

tenía que “no hay tratamiento terapéutico posible, porque el sufrimiento moral no se combate con drogas” (Merkel 1902, 385). Esta realización de las limitaciones del conocimiento médico señalada por Merkel no llevó, sin embargo, a que los galenos militares no investigaran: lograron proponer medidas para hacerle frente a esta condición. Este es el caso del propio Merkel, que a pesar de lo mencionado parte de una premisa fundamental que le habilitaba poder plantear posibles soluciones: el enfermo de nostalgia no era en última instancia responsable de la enfermedad que lo aquejaba al poseer un “espíritu débil” ya que “[...] la nostalgia reclama el puesto que le corresponde y tendrá que concedérsele” (Merkel 1902). La respuesta típicamente militar del uso de severa disciplina para corregir a efectivos de “espíritu débil” no tendría lugar, sino más bien era el acompañamiento médico el que tendría mayor probabilidad de éxito. Para él, esta era la forma de lidiar con el “sufrimiento moral” del indio. Por esto, no sorprende que Merkel plantee como última solución lo siguiente:

[...] Presentado el caso, el *facultativo con tino y paciencia, debe convertirse en amigo, consolar al enfermo [el conscripto] si este le hace confidencias* y prometer restituirlo al seno de los suyos. Si todas estas medidas son estériles, no queda otra que el licenciamiento.¹⁰³ (Merkel 1902, 387)

Esta relación que plantea Merkel entre el facultativo y el enfermo es particular, pues a diferencia de otras formas de intervención más verticales esperables en un medio como el militar, identificamos aquí que la aproximación es de consuelo, fungiendo el médico de confidente del conscripto gracias a los recursos del

¹⁰³ Cursivas del autor

tino y la paciencia. Ya para el siglo XIX según la doctrina del tratamiento moral en boga en el Perú se tuvo la necesidad de establecer formas racionales de comunicación con el paciente en un medio controlado como el hospital mental (Stucchi-Portocarrero 2015, 155). Por su parte, lo dicho por Merkel se diferencia de lo anterior en cuanto este no se apoya necesariamente en el manicomio, además de no creer que el individuo enfermo sea un sujeto irracional, sino que solo estaba necesitado de consuelo por estar lejos de su tierra. Se puede notar una cierta aproximación al método de la psicoterapia en cuanto a la importancia de los canales de diálogo y de la confianza entre paciente y personal profesional, de especial boga a partir de 1956 en el Perú gracias al trabajo del referido psiquiatra Carlos Alberto Seguín. De esta manera, el propio Merkel reconocía el desafío que planteaba la nostalgia para la medicina militar peruana de inicios del siglo XX. Por lo tanto, dejaba la ventana abierta para el directo licenciamiento por enfermedad en caso no funcionara su propuesta de abordaje del conscripto deprimido.

Sostenemos que la propuesta de Merkel contenía una preocupación fundamental: no solo era necesario tratar a los nostálgicos en el Ejército, sino sobre todo hacer lo posible para prevenir la aparición de estos cuadros en primer lugar si se asume la supuesta tendencia a la tristeza del indígena. Bajo esta lógica es que creemos que se guiaba en 1907 el director de Sanidad Militar doctor Evaristo Chávez al plantear ante la opinión militar en el *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina* que era necesario modificar el proceso de reclutamiento y acuartelamiento entonces vigente, de tal manera que se aligeraba el impacto de la nueva vida militar en los conscriptos:

La precaución contra esta afección fatal [la nostalgia] estaría en mucho, en la *incorporación regional de los conscriptos*; esto

es, en la división territorial para el acuartelamiento de ellos, de manera que *alejarlos lo menos posible de los lugares o poblaciones de su residencia normal*.¹⁰⁴ (Chávez 1907, 728)

En vez de que todos los conscriptos se concentraran en Lima como era en los primeros años del siglo xx, lo que propuso Chávez era mantenerlos lo más cerca a sus poblados y así evitar la causa principal de la nostalgia: el alejamiento del terruño. Esta propuesta también implicaba que un conscripto estaría al lado de sus paisanos mientras recibía instrucción militar. A pesar de que el doctor Chávez dejó la dirección de la Sanidad Militar para 1911, la incorporación regional fue implantándose paulatinamente para entonces, siendo esta una de las pocas medidas que trajeron beneficios concretos a la salud de los conscriptos (Beúnza 1911, 260).

Con todo, este interés de Merkel y Chávez fue escasamente seguido por las nuevas generaciones de médicos militares. Una de las últimas menciones a la nostalgia en el ámbito castrense en la década de 1910 fue una suerte de pedido que hizo el médico militar doctor Carlos Enrique Paz Soldán en 1912 a los oficiales para que tuvieran un rol más importante en el reclutamiento regional que se estaba implementando entonces:

Vosotros, señores *Jefes y Oficiales, verdaderos padres de vuestros soldados*, no olvidéis este factor de la *nostalgia*, enfermedad del espíritu que repercute desfavorablemente sobre la nutrición de quien la sufre y que rápidamente produce un debilitamiento general del organismo, que en la mayoría de los casos no es sino el *preludio de una tuberculosis* [...] *no cerréis vuestro corazón a la piedad*, prodigadle vuestra atención [al

¹⁰⁴ Cursivas del autor

soldado], *consultad con vuestros colegas médicos y sobre todo alejad de vuestro espíritu fuerte, la idea algo generalizada, de que este mal, fruto de un organismo sensible es solo patrimonio de los cobardes. Procediendo así, tendréis una gratitud: la del indígena que es al fin un compatriota y un soldado, y una satisfacción, la de haber abierto vuestro corazón a la realización de una obra de piedad y de justicia.*¹⁰⁵ (Paz Soldán 1912, 737)

En palabras de Paz Soldán, los oficiales actuando como “padres” debían velar por brindarle la atención necesaria a los soldados. La idea fuerza aquí es algo que hemos visto diez años antes en 1902 con el entonces tesista de medicina Merkel: era necesario desterrar esta idea de que la nostalgia era solo enfermedad de los débiles de mente y, tal como criticaba Paz Soldán, los “cobardes”. De haberse sostenido esta idea, creemos que hubiera comprometido la supuesta misión civilizadora del Ejército y el servicio militar obligatorio puesto que contingentes enteros de conscriptos como los mencionados por el doctor Merkel en 1901 hubieran tenido que ser señalados como “cobardes”, negando su sufrimiento y volviéndose el preludio de futuros cuadros tuberculosis en los cuarteles. Pero esto tampoco hubiera significado que los médicos militares hubieran tenido que licenciar a todos los conscriptos deprimidos al considerarlos como pacientes: de haber hecho esto, el Ejército hubiera perdido efectivos en grandes números. Esta fue una disyuntiva que se refleja en las estimaciones y citas que hemos visto anteriormente: por un lado, los galenos militares reconocían la presencia de la nostalgia, pero a la vez licenciaban a muy pocos efectivos afectados por esta ya sea por carecer de herramientas

¹⁰⁵ Cursivas del autor

que afinaran el diagnóstico, ya para evitar que “cobardes” se hagan pasar por enfermos nostálgicos y se vacíen las filas del Ejército.

Finalmente, es necesario reflexionar brevemente sobre el impacto de la “nostalgia” en el Ejército peruano a inicios del siglo xx y su significado en la imagen del soldado de origen indígena. Que esta haya sido definida de manera nebulosa por los galenos de la época y que a la vez fuera principalmente relacionada con la tuberculosis no restaba al hecho de que el personal sanitario militar detectase alteraciones verosímiles en el comportamiento de los conscriptos indígenas. Esta apatía y actitud cabizbaja de algunos conscriptos en este periodo muestra no la debilidad del carácter de estos hombres sino el coste mental que conllevaba iniciar el servicio de las armas a los jóvenes andinos: dejar de lado familia y los mejores años de vida en una distante travesía que podía muchas veces tornarse fatal. Nos muestra también las preocupaciones médicas por la subjetividad del indígena: este ya no era solo visto como un soldado subordinado pendiente de civilizar, sino que ahora era reconocido como un “compatriota”, cuyos sacrificios debían ser considerados, su dolor y tristeza reconocidos y sus desasosiegos aliviados por el Ejército, pues —como decía Paz Soldán— esta era “una obra de piedad y de justicia” (Paz Soldán 1912, 737).

En este análisis de la dimensión emocional de los conscriptos de parte de los galenos militares, debemos mencionar el papel que cumplían las famosas “rabonas”, las mujeres que acompañaban a los soldados en el siglo xix y que fueron desapareciendo progresivamente de los ambientes castrenses con la aplicación paulatina de la reforma militar en el siglo xx y el movimiento higienista. Las parejas de los conscriptos que llegaban de tierras lejanas a Lima y otros cuarteles regionales no solo tuvieron una labor fundamental en el aprovisionamiento de alimentos, sino que también propor-

cionaban apoyo emocional al conscripto (Rosas 2021). Esto se vio especialmente en lugares distantes como atestiguaba la presencia de 15 mujeres en una expedición militar cerca de San Luis de Shuaro en 1899.¹⁰⁶ Lima tampoco fue la excepción para estas fechas: en el cuartel de Santa Catalina de esa ciudad era considerado como normal que los 500 hombres que se alojaban en tal local lo hicieran con “las mujeres que acompañan a las tropas” (Vigil 1900, 125). Justo para esta fecha, sin embargo, las cosas empezaban a cambiar. Desde una mirada higienista, el mismo tesista de medicina Vigil vio como incómoda la presencia de las acompañantes de los soldados que estaban “[...] en compañía de sus animales domésticos y entregadas a diversas ocupaciones que viciando más la atmósfera [...] forman activísimos focos de infección. [...]” (Vigil 1900, 131). Oficiales también vieron con desdén la presencia de las también llamadas “cantineras”, cuales “rémoras para la disciplina de las tropas, para la conservación de la salud”, pronto fueron desplazadas por el sistema más ordenado del rancho (Ministerio de Guerra y Marina 1900, 8). Para 1907, las rabonas habían sido sustituidas por un sistema reformado integrado por el “paisano maestro de cocinero, el oficial del rancho y el jefe de cuerpo” que hizo del rancho algo más regularizado en los cuarteles.¹⁰⁷ Con la partida de las rabonas, creemos que el aislamiento emocional de los conscriptos se ahondó al configurarse el cuartel como un espacio claramente delimitado y aislado de todo tipo de civiles, incluidas las acompañantes de los soldados. Lamentablemente, las

¹⁰⁶ AHMP, 1899, Baldomero [ilegible] al Sr. coronel director de Guerra, 14 de agosto de 1899.

¹⁰⁷ AHMP, 1907, Caja 8. Reporte enviado al señor general jefe de Estado Mayor General del Ejército, 24 de noviembre de 1907.

estadísticas militares de la época son muy escuetas al respecto, pero consideramos que es un tema que merece ser abordado en otras investigaciones centradas en la importancia de la rabona en la vida diaria de los soldados a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX.

Los conscriptos, los jefes y médicos militares reconocieron los estragos causados por el consumo de alcohol y la depresión entre los soldados y oficiales. El Ejército, institución central para el proyecto modernizador de la República Aristocrática, no solo se ocupó de cuerpos racializados disciplinables y rangos cuyo decoro debía mantener, sino también de personas cuyo sufrimiento fue tomado en cuenta bajo lógicas raciales y propias del grado militar. En última instancia, muchas medidas planteadas en la época quedaron en el plano discursivo, siendo desplazadas por otras prioridades más apremiantes como la lucha contra la tuberculosis y las medidas antivenéreas. Pese a que la salud mental ha sido un tema generalmente obviado por los académicos debido al carácter marcial e inexpugnable del Ejército, hemos esbozado una aproximación a las preocupaciones psicológicas de soldados y oficiales, médicos y superiores, esperando que posteriores trabajos contribuyan a ilustrar con mayor profundidad este tipo de investigaciones.

Conclusiones

El consumo de alcohol en el Ejército fue parte de una “cultura etílica” que permeó a las diferentes clases dentro de la institución. Esto se vio bajo los prismas de la raza y el rango, en cuanto los subalternos de mayoría indígena eran concebidos como bebedores consuetudinarios, mientras que los oficiales criollos fueron ocasionalmente criticados de manera intrainstitucional pese a los escándalos que realizaban en estado de ebriedad. Creemos que

hubo una mayor reserva del Ejército para tratar este tema, especialmente en un momento en el que a los oficiales se les encomendaba la tarea de “civilizar” a los indígenas. Más allá de este silencio del Ejército, el consumo étlico entre los oficiales nos muestra la existencia de procesos psicológicos negativos, siendo una suerte de síntoma que revela “males imaginarios” a los que estos oficiales se enfrentaban en una época de profundos cambios para el Ejército y la sociedad peruana a finales del siglo XIX e inicios del XX.

La medicina militar de inicios del siglo XX debe ser considerada en la historia de las ciencias de la mente peruanas. Creemos que las observaciones y apreciaciones llevadas a cabo por galeños castrenses antecedieron a las conclusiones de los pioneros de la psicología y la psiquiatría nacionales como Hermilio Valdizán y Carlos Alberto Seguín, especialmente en cuanto a la llamada “nostalgia” que el personal sanitario militar pudo identificar entre los miles de conscriptos indígenas que llegaban a los cuarteles. Enfatizamos en la necesidad de recurrir al “consuelo” y la figura paterna que médicos castrenses como Merkel y Paz Soldán propusieron para establecer canales de diálogo entre los soldados deprimidos y el personal sanitario, tratamiento que nos recuerda a los procedimientos de la psicoterapia impulsados por Seguín y su “síndrome psicossomático de adaptación” a mediados del siglo pasado.

Finalmente, creemos que hace falta investigar a la medicina militar en su ámbito psicológico y psiquiátrico. Siendo el Ejército una institución clave para la historia republicana, pasaron por sus filas miles de ciudadanos que sirvieron al país muchas veces en condiciones precarias que contribuyeron a desarrollar padecimientos mentales. Hemos realizado una aproximación al estado mental de los efectivos del Ejército a inicios del siglo XX, pero creemos que hace falta tratar este tema en otros contextos, espe-

cialmente en la segunda mitad del siglo pasado. Esperamos que el presente capítulo contribuya a despertar el interés entre los y las investigadoras al respecto.

Referencias

- Aguirre, C. *Donde se amansan los guapos: Las cárceles de Lima, 1850-1935*. Fondo Editorial Universidad del Pacífico, 2019.
- Aljovín, C. *Caudillos y constituciones. Perú 1821-1845*. Fondo de Cultura Económica-Instituto Riva Agüero, 2000.
- Amaya, E. “Ingenieros, arquitectos, médicos y locura. La construcción del Asilo Colonia de la Magdalena (1896-1918)”. *Devenir*, vol. 5, n. 10, 2018, 65-90.
- Anthenelli, R. et al. “Alcoholism and psychiatric disorders”. *Alcohol Research & Health*, vol. 26, n. 2, 2002, 91.
- Avendaño, L. y Zavala, M. “Informes de la Sanidad Militar”. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, n. 21, 1906.
- Beúnza, N. “Servicio Militar del País”. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, n. 5, 1911, 260.
- Bogacz, T. “War neurosis and cultural change in England, 1914-1922: The work of the War Office Committee of Enquiry into Shell-shock”. *Journal of Contemporary History*, vol. 24, n. 2, 1989, 255.
- Campos Marín, R. “La teoría de la degeneración y la clínica psiquiátrica en la España de la Restauración”. *Dynamis*, n. 19, 429-456, 1999.
- Campos Marín, R. y Huertas, R. “Alcoholismo y degeneración en la medicina positivista española”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XII, n. 41, 125-129, 1992.
- Caponi, S. “Para una genealogía de la anormalidad: La teoría de la degeneración de Morel”. *Scientle Studia*, vol. 7, n. 3, 425-445, 2009.

- Chávez, E. “Sección técnica”. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, n. 1, 1905.
- Chávez, E. “Higiene”. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, n. 10, 1907.
- De Piérola, L. “Profilaxia de la tuberculosis en el Ejército”. *Revista Universitaria*, n. 10, 1907.
- De Piérola, L. “La tuberculosis en el Ejército peruano. Conferencia del curso anexo de sanidad leída en la Escuela Superior de Guerra”. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, n. 12, 1912.
- Drinot, P. “Locura, neurastenia y ‘modernidad’: Interpretaciones médico-legales y populares del suicidio en la República Aristocrática”. *El rastro de la Salud en el Perú*, editado por M. Cueto y C. Pasco. Instituto de Estudios Peruanos, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2009.
- Drinot, P. *The Sexual Question. A History of Prostitution in Peru, 1850s-1950s*. Cambridge University Press, 2020.
- Ernst, W. Introducción de *Race, Science and Medicine, 1700-1960*, editado por W. Ernst y B. Harris, Routledge, 2001.
- Fernández, G. “Selección médica de los contingentes. Resultados de los reconocimientos de los años 1911, 1912 y 1913”. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, n. 11, 1914.
- Fonseca, J. “Antialcoholismo y modernización en el Perú”. *Histórica*, vol. xxiv, n. 2, 2000, 327-364.
- Gabriel, R. *Between flesh and steel: A history of military medicine from the middle ages to the war in Afghanistan*. University of Nebraska Press, 2013.
- Hurtado, M. *Enciclopedia de terapéutica o tratado de terapéutica especial médica y quirúrgica*, vol. 1, n. 1, Imprenta de Severiano Omaña, 1847.
- Kamieński, L. *Shooting up. A short history of drugs and war*. Oxford

University Press, 2016.

- Mabat, Y. "Veterans of Christ: Soldier reintegration and the Seventh-Day Adventist Experience in the Andean Plateau, 1900-1925". *The Americas*, vol. 77, n. 2, 2020, 198-199.
- Méndez, C. "De indio a serrano: Nociones de raza y geografía en el Perú (siglos XVIII-XXI)". *Histórica*, vol. 35, n. 1, 2011, 82-83.
- Merkel, F. "La tuberculosis en el Ejército nacional". *Anales Universitarios*, n. 30, 1902.
- Ministerio de Guerra y Marina. *Memoria que el ministro de Guerra y Marina presenta a la Legislatura Ordinaria de 1900*. Imprenta del Estado, 1900.
- Olano, G. de. (1895). *Fracturas conminutas por proyectiles de guerra de pequeño calibre sin amputación en el servicio del doctor Ernesto Odriozola*. Tesis de bachillerato en Medicina. Facultad de Medicina de Lima, 1895.
- Palza, J. de. *Estudio de las heridas por arma de fuego*. Tesis de bachillerato en Medicina. Facultad de Medicina de Lima, 1881.
- Paz Soldán, C. E. "La tuberculosis en el Ejército peruano". *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, n. 12, 1912.
- Paz Soldán, L. A. "El servicio militar como factor educativo en el Perú". *Revista Universitaria*, n. I., 1909.
- Pérez Roca, A. "Represión del alcoholismo". *Monitor Médico*, n. 227, 1895, 275-280.
- Porter, R. *Madness. A Brief History*. Oxford University Press, 2002.
- Pratt, M. L. *Ojos imperiales. Literatura de viajes y transculturación*. FCE, 2010.
- Real Academia Española. *Diccionario de la lengua*, XIII ed. Imprenta de los Sres. Hernando y compañía, 1899.
- Ríos Molina, A. "Indígenas tristes y degenerados: la mirada psiquiátrica de Hermilio Valdizán sobre la diferencia racial en Perú, 1910-1925". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol.

- 29, n. 3, 2022, 607-624.
- Rosas, C. “Mujeres en los campos de batalla. Las rabonas en las guerras entre la independencia y la formación del Perú republicano”. *Mujeres de armas tomar*, editado por C. Rosas, Ministerio de Defensa, 2021, 150-154.
- Ruiz Zevallos, A. “Medicina mental y modernización: Lima, 1850-1900”. *Mundos interiores: Lima 1850-1950*, editado por A. Panfichi y F. . Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 1995.
- Sanidad Militar. “Anexo N.º 2. Memoria del jefe de la Sanidad Militar y Naval”. *Memoria del ministro de Guerra y Marina*. Tipografía El Progreso Literario, 1908.
- Seguín, C. A. *Psiquiatría y sociedad: estudios sobre la realidad peruana*. UNMSM, 1962.
- Stucchi-Portocarrero, S. “El tratamiento moral y los inicios del manicomio en el Perú”. *Revista de Neuropsiquiatría*, vol. 78, n. 3, 2015, 153-158.
- Toche, E. *Guerra y democracia: Los militares peruanos y la construcción nacional*. CLACSO, 2008.
- Velásquez, D. *La reforma militar y el gobierno de Nicolás de Piérola, el Ejército moderno y la construcción del Estado peruano*. UNMSM, 2013.
- Velásquez, D. “La reforma de la conscripción en el Perú en el tránsito del siglo XIX al XX. La aplicación de la Ley del Servicio Militar Obligatorio de 1898”. *Historia Caribe*, vol. XIV, n. 35, 2019, 213-246, <https://doi.org/10.15648/hc.35.2019.8>
- Vergne, E. “Cuarta Conferencia de Higiene Militar: Las bebidas y el agua de alimentación del soldado peruano”. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, n. 6, 1914.
- Vigil, J. *Higiene de los cuarteles*. Facultad de Medicina, 1900.
- Villar, L. “Discurso del presidente entrante Dr. Leonardo Villar,

pronunciado en la Academia Nacional de Medicina en la Sesión inaugural de junio de 1896”. *Monitor Médico*, n. 235, 1896, 164-171.

Wald, E. *Vice in the barracks. Medicine, the Military and the Making of Colonial India, 1780-1868*. Palgrave, 2014.

La institucionalización de la meteorología: la influencia de los sistemas de observación médicos en la meteorología peruana (1757-1879)

Renzo Martín Loza Livia¹⁰⁸

Los sistemas de observación: una metodología para el contexto peruano

La génesis de la meteorología sinóptica¹⁰⁹ surgió en Europa entre los siglos xvii y xviii con los inventos de los nuevos instrumentos de medición (termómetro, barómetro) y la conformación de observatorios meteorológicos (Gramelsberger 2017). A inicios del siglo xix, la mayoría de países de Europa contaba con servicios meteorológicos, los cuales afianzaron las prácticas científicas de la meteorología. Sin embargo, la ciencia del tiempo estaba lejos de establecerse como una práctica reconocida socialmente.

La meteorología es una ciencia que tiene un desarrollo histórico complejo, que se va formulando por el contexto social, económico, cultural y científico del país, el cual está inmerso en

¹⁰⁸ Licenciado en Historia por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Docente en Enseña Perú. Correspondencia: renzo.livia25@gmail.com. Algunas partes del capítulo están adaptadas de su tesis de licenciatura en Historia por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos: *La institucionalización de la meteorología: Desde los sistemas de observación hasta la formación del Servicio Meteorológico Nacional (1759-1933)*.

¹⁰⁹ La meteorología sinóptica centra su estudio en la observación de diferentes variables meteorológicas para contribuir con la elaboración de mapas sinópticos que faciliten la predicción meteorológica de la zona y la climatología del lugar donde se realizan.

las dinámicas globales científicas. En Europa, sociedades como la inglesa no lograron afianzar su servicio de predicción hasta finales del siglo XIX, pues la existencia de predicciones astro-lógicas asociadas a la religión, además de la escasa uniformización del servicio meteorológico, complicó su establecimiento (Anderson 2005). De igual manera sucedió en Estados Unidos, donde para finales del siglo XIX e inicios del XX se tuvo que lidiar con una sociedad que recurría a la astrología, la cartoman-cia y la quiromancia para satisfacer sus requerimientos sobre la predicción del clima (Heymann et al. 2017). En ambos países la demanda de la sociedad por tener una previsión del clima llevó a los servicios meteorológicos a buscar estrategias de diversifi-cación de las observaciones utilizando almanaques, fotografías de nubes, estadísticas, etc. A través de estos planeamientos, los servicios meteorológicos públicos lograron afianzarse (Anderson 2005, Heymann et al. 2017).

En Latinoamérica, el avance de la meteorología tuvo sus pro-pias características. La frágil gobernabilidad política de las jóvenes naciones y las recurrentes crisis económicas influyeron en el lento avance de la ciencia meteorológica; producto de esto, la dinámica de su desarrollo fue diferente.

En algunas zonas de Latinoamérica, la meteorología fue de-sarrollándose en diferentes sistemas de observación, como asocia-ciones científicas, agrícolas y médicas. En el caso de México, por ejemplo, el impulso de las ideas positivistas durante el porfiriato fomentó la constitución de un organismo central de observacio-nes meteorológicas en 1877. Sin embargo, antes de su creación, existieron iniciativas de personajes amateurs y profesionales de recopilación de datos pluviométricos en beneficio de la agricul-tura. Estas observaciones tuvieron como objetivo la composición de un registro del promedio mensual y anual de las lluvias (Vega

y Ortega, y Moreno 2016). De esta forma, estas iniciativas luego se condensaron para ser parte de un corpus más grande como el Servicio Meteorológico.

En otros casos como Chile y Costa Rica, la meteorología se fue desarrollando bajo la influencia de otras ciencias. En Chile, el Observatorio Astronómico Nacional, en el siglo XIX, institucionalizó la práctica de la meteorología al tener astrónomos especialistas que realizaron observaciones y estudios sobre la atmósfera; de esta forma, quedó permanentemente una estación fija para la observación meteorológica (Leyton 2019).

Del mismo modo sucedió en Costa Rica. En 1888, bajo el gobierno liberal y progresista de Bernardo Soto, se constituyó el Instituto Físico-Geográfico Nacional, organismo que tenía como función principal crear una cartografía nacional y realizar estudios sísmicos en el país. Dentro de esta institución, la sección meteorológica fue desarrollando observaciones y estudios, lo cual facilitó su institucionalización dentro de otro organismo (Amador et al. 2013). No obstante, este proyecto se construyó también con el apoyo del cuerpo médico local que desde la época colonial venía realizando observaciones meteorológicas (Díaz y Solano 2006).

En estos casos se puede constatar que el contexto político, económico y social fueron decisivos para el desarrollo de la meteorología. Su fomento estuvo ligado a la utilidad material que podía brindar a otras ciencias y al Estado. También es importante destacar la importancia de la implementación de diferentes sistemas de observación, como las sociedades agrícolas o médicas, para la constitución de los proyectos estatales centralizadores de observaciones meteorológicas.

El caso peruano tuvo también su propia dinámica. Impulsado por la corriente de la Ilustración y nuevos instrumentos de

medición del tiempo, desde finales del siglo XVIII el Cosmografía registró la información meteorológica. A inicios del siglo XIX, con el surgimiento de la corriente higienista, la élite médica empleó las variables meteorológicas para entender el medioambiente en relación con las enfermedades nativas. De esta manera, en el transcurso del siglo, la medicina dotó a la meteorología de técnicas más sofisticadas, como el registro empírico y la constitución de observatorios meteorológicos.

Al término del siglo XIX, las ciencias en el Perú adquirieron una inusitada relevancia. Luego de la derrota bélica ante Chile, la clase gobernante buscó en la doctrina positivista una vía de modernización y progreso para el Estado. En ese camino, la ciencia fue considerada como una fuerza progresista para las políticas estatales de la Reconstrucción Nacional. Así, mientras se fueron formulando los primeros observatorios meteorológicos en asociaciones médicas e instituciones estatales, diversas asociaciones científicas e industrias agrícolas fueron realizando observaciones meteorológicas para sus propios fines.

Como centro de formación y cultivo de la ciencia peruana y al contacto con los progresos exteriores de la meteorología, en 1909, en la Facultad de Ciencias de la Universidad de San Marcos se inauguró un observatorio meteorológico. Desde su constitución, en 1868, de esta facultad egresaron los primeros científicos, quienes fueron también parte importante del desarrollo de la ciencia del tiempo. De esta forma, la creación del observatorio permitió sentar las bases para una temprana profesionalización de la meteorología al formar observadores meteorólogos y centralizar y procesar las observaciones meteorológicas para el Estado.

De esta forma, se puede advertir que en el desarrollo local de la meteorología se fueron formulando heterogéneos sistemas de observación. A través de la formulación del proyecto de sistemati-

zación de observaciones meteorológicas impulsado por el aparato gubernamental, esos sistemas pasaron a ser agrupados. Sin embargo, como veremos en esta investigación, la institucionalización de la meteorología tuvo un desenvolvimiento discontinuo. A pesar de la adversidad económica y el escaso apoyo institucional, los médicos y científicos peruanos pudieron mantener las observaciones y el registro de información. Este panorama fue cambiando a finales del siglo XIX cuando se empezaron a formar equipos de trabajo que permitieron dar los primeros pasos para consolidar la labor de los observadores meteorólogos.

La institucionalización de cada ciencia tiene sus propias dinámicas de desarrollo debido a una combinación de factores que pueden ser contextuales. Estas características de institucionalización se entienden normalmente como el establecimiento de instituciones en las que se realiza, desarrolla, difunde, enseña, comunica, fomenta o profesionaliza la práctica científica, como en universidades, laboratorios de investigación, museos y sociedades, que en su conjunto reflejan la estructura social y el robustecimiento de una disciplina (Michán y Macías 2013). Sin embargo, no todas las ciencias tienen un desarrollo que deba compararse con estos estándares; por lo tanto, para nuestro estudio plantearemos otra forma de ver la institucionalización.

Para estudiar el proceso de institucionalización de la meteorología tomamos como referente la investigación del historiador español Aitor Anduaga, quien plantea para su estudio el concepto de *sistemas de observación meteorológica* (Anduaga 2012). Este historiador rescata la propuesta *system* de James Rodger Fleming, quien define los sistemas como las diversas formas de recopilación de datos meteorológicos mediante instrumentos. Estos se caracterizarán por su diversidad y por emerger de tradiciones, prácticas y disciplinas diferentes. Anduaga aplica esta conceptualización de

sistemas para el desarrollo de la meteorología decimonónica europea y especialmente para el caso español.

Como sostiene Anduaga (2012), la forma tradicional para evaluar el desarrollo de la meteorología ha sido mediante la creación de servicios meteorológicos nacionales y la comparación cronológica de estos. Sin embargo, esta metodología sirve poco para evaluar las diferentes dinámicas de desarrollo de la ciencia meteorológica. De esta forma, los sistemas de observación permiten dar cuenta del desarrollo y dinamismo de la meteorología mediante diferentes tradiciones, como las academias médicas, sociedades agrícolas y la marina, las cuales impulsaron las observaciones meteorológicas para sus propios fines.

Por lo tanto, nuestro estudio analiza el proceso de institucionalización de la meteorología usando la teoría de los sistemas de observación. De esta forma, el desarrollo de esta institucionalización gira en torno al sistema de observación médica, en la cual analizaremos sus propias prácticas de medición del tiempo empleadas para fines particulares y sociales. También es relevante explicar el contexto político, económico y social donde va formándose la meteorología, ya que estos entornos son importantes para descubrir los avances e inconvenientes que fueron teniendo hasta su consolidación. Asimismo, haremos una comparación con otros sistemas que se fueron desarrollando paralelamente y detallaremos sus similitudes y diferencias. Por último, expondremos el aporte del sistema médico en la meteorología.

El paradigma higienista: relaciones entre la meteorología y la medicina (1753-1820)

Desde 1753, la meteorología en el Perú empezó a distanciarse de la astrología¹¹⁰ y comenzó a afianzarse como una ciencia con el inicio de los primeros registros meteorológicos que realizó el cosmógrafo mayor Juan Rehr. Esta recopilación de información se logró gracias al contacto con los viajeros científicos que se convirtieron en enlace importante entre los cosmógrafos peruanos y los adelantos instrumentales de medición meteorológica¹¹¹ usados en Europa (Seiner 2004).

Anteriormente se mencionó que la meteorología fue una ciencia que se desarrolló en diversos sistemas de observación como en las sociedades agrícolas, la navegación y las sociedades médicas. Esta última desarrolló en el siglo XVIII una corriente médica llamada higienismo,¹¹² la cual, determinó que el medioambiente era un factor que tenía relación con las enfermedades, especialmente las epidémicas y las estacionales; por lo tanto, para tener certeza de estas patologías era necesario tener el conocimiento de las variables meteorológicas (temperatura, humedad, presión atmosférica, orientación del viento) y climáticas de la zona, ya que, con estos datos era posible establecer una terapia eficaz contra las enfermedades (Urteaga 1980; Casco 2001).

¹¹⁰ Durante la Edad Moderna aún la astrología era la ciencia que especulaba sobre los fenómenos atmosféricos por el movimiento de los astros (Alonso y García 2007).

¹¹¹ El invento de instrumentos como el termómetro de Galileo Galilei en 1607 y el barómetro de Torricelli en 1643 permitieron que la meteorología tuviera una independencia de la astronomía.

¹¹² El higienismo empezó a tener relevancia debido a la expansión de la teoría de las constituciones, postulado que empleó el médico inglés Thomas Sydenham en el siglo XVII para revalorizar el concepto hipocrático de *constitución epidémica (katástasis)*.

Estas ideas sobre los factores ambientales y su incidencia en la salud tuvieron una rápida difusión en Europa y América, lugares donde el estudio de las constituciones fue reelaborado entre el siglo XVIII e inicios del siglo XIX, materializándose en el uso de los términos *geografía médica* o *topografía médica* (Martin 2015). Estas topografías, a través del estudio de las variables meteorológicas y climáticas, podrían determinar qué zonas eran habitables y a la vez posibilitar una terapia eficaz contra las enfermedades (Urteaga 1980). Según Casco, tuvieron la siguiente estructura:

se abordan desde una perspectiva higiénico-sanitaria y que comprenden, por regla general, la descripción física del punto —situación, clima, suelo, hidrografía— y la del entorno biológico —flora y fauna—; los antecedentes históricos, el temperamento físico y el carácter moral de sus habitantes, las costumbres, las condiciones de vida, los movimientos demográficos, las patologías dominantes y la distribución de las enfermedades. Y todo ello abordado con el fin de promover medidas para prevenirlas y remedios para tratarlas y mejorar el estado de salud de los individuos (2001, 213-214).

Así, el Perú colonial también se vio influido por el nuevo paradigma médico. Como señala Seiner (2004), el fin práctico que tuvo la meteorología en el siglo XIX fue el de brindar registro empírico del clima para que los galenos pudieran entender mejor las enfermedades de la población y abordar acciones de salubridad pública.

A finales del siglo XVIII y en el siglo XIX no se registraron topografías médicas en el Perú; sin embargo, podemos verificar que se realizaron diversos tipos de investigaciones que guardaban similitudes con algunas características de las topografías. Estos estudios fueron realizados en su mayoría por científicos y médicos que usaron los registros meteorológicos como parte de la explica-

ción de la génesis de enfermedades o también para prevención de estas. De esta forma, analizaremos los medios de difusión usados donde confluyen la relación estrecha entre la ciencia médica y la ciencia del tiempo.

A partir de 1755, el Cosmografiato¹¹³ empezó a registrar una serie de datos meteorológicos que fue publicada en *El Conocimiento de los Tiempos*. El primer registrador oficial fue el matemático jesuita Juan Rehr, quien falleció en 1756 (Seiner 2004). Lo sucedieron en el cargo tres médicos: Cosme Bueno, Gabriel Moreno y José Gregorio Paredes, quienes estuvieron al mando de la institución desde 1757 hasta 1839. Es relevante para la historia de la meteorología en el Perú el papel que cumplen los médicos a cargo del Cosmografiato en este lapso debido a que la corriente médica higienista usó las observaciones meteorológicas para sus fines propios. Además, estos médicos estuvieron influidos por la corriente de la Ilustración, lo cual es posible de observar en las publicaciones que tuvieron: en el caso de Bueno publicó temas sobre geografía, medicina y astronomía en *El Conocimiento de los Tiempos*. Moreno y Paredes hicieron lo mismo en el *Almanaque Peruano y Guía de Forasteros de Lima*.

Así, existió esta relación de la medicina y la meteorología a través de las publicaciones que elaboraron dichos cosmógrafos.¹¹⁴

¹¹³ El Cosmografiato fue una institución colonial que desde su establecimiento en el siglo xvii cumplió las labores de predicción, realización de cartas de navegación y, con el tiempo, se implementaron las observaciones meteorológicas.

¹¹⁴ Cosme Bueno publicó en *El Conocimiento de los Tiempos* desde 1756 hasta 1795; luego de su deceso, el nuevo cosmógrafo, Gabriel Moreno, publicó en el *Almanaque Peruano y Guía de Forasteros* desde 1799 hasta 1808; por último, quien le sucedió en el cargo, José Gregorio Paredes, continuó publicando hasta 1820, año en el cual se modificó el nombre de la publicación, que pasó a denominarse *Calendario y Guía de Forasteros*, donde publicó desde 1821 hasta 1839.

Cosme Bueno en *El Conocimiento de los Tiempos* estuvo a cargo de un importante segmento denominado “Juicio del año”, en el cual se brindó una opinión general del clima, se hicieron vaticinios sobre patologías médicas y de cómo tomar medidas para prevenirlas. Bueno era consciente que no se podía dar un pronóstico certero sobre el clima, como lo menciona en el “Juicio del año” de 1765:

Si como la memoria nos repite lo pasado, tuviéramos otra facultad que naturalmente nos representará lo futuro, no fuera difícil averiguarle al año su genio [...] prediciendo lo que ha de acontecer en su curso y las precauciones, que debíamos tomar contra los sucesos adversos. Pero a falta de esta nos contentaremos con la conjetura, deduciendo de lo pasado las consecuencias de lo venidero. Con esta protesta creo que se puede poner a salvo toda la predicción (Bueno 1764, s. p.).

Sin embargo, al final de la cita, desde su práctica como observador del tiempo, infiere que desde la experiencia de la observación se puede deducir lo venidero, lo cual lo reafirma en la continuación de su escrito: “El año no será de los mejores, porque al empezar con una epidemia, que, siendo herencia del pasado, si no la aumentase, no dexara de conservarla” (Bueno 1764).

En ese mismo “Juicio del año” de 1765, se observa cómo persisten las conjeturas astrológicas:

Mucho me asustará esta Estacion al ver pasar a Marte por nuestro Zenith, si al mismo tiempo no viniera a socorrernos la benigna Venus, la qual al paso que aquel se aleja, viene a ser inquilina de nuestro hemisferio y a controlarnos con sus influxos de los males, que aquel nos ha hecho (Bueno 1764, s. p.).

No obstante, a pesar de estas conjeturas, el aragonés vaticinó un verano más caliente que en otros años basado en su experiencia como observador:

No obstante recelo el tiempo, desde el principio de la Estacion, mas caliente que otros años, y en lo resaltante muy ardiente. Este temperamento producirá Tercianas, dysenterias, reumatismos, y garrotillos. Las aguas serán abundantes en la Sierra, y por consiguiente bastantes para fertilizar nuestros valles. Urge abundante refrigerio; y tengase cuidado con la salud de los niños (Bueno 1764, s. p.).

Esta aseveración de que el inicio del estío sería más caluroso fue producto de las observaciones meteorológicas que constataron que el verano sería más ardiente que el anterior:

Los días en que se sintió mayor calor el año pasado de 1764, fueron desde 30 de enero hasta 8 de febrero, y desde 13 de febrero hasta 20, en los cuales llegó el licor, en el thermometro de Mons. Reaumur, a 23 grados sobre el termino de la congelación del agua, fue menos el calor que el año precedente de 63 (Bueno 1764, s. p.).

De esta forma, a pesar de que Bueno consideró las predicciones astrológicas, también vaticinó el clima del año a través de su experiencia como observador meteorológico de Lima. Asimismo, observamos que en la cita sobre el pronóstico del verano de 1764 se predijo el rebrote de enfermedades como producto del clima reinante, brindando, además, consejos para prevenirlas. Esta fórmula la vamos a observar en los siguientes números de *El Conocimiento de los Tiempos*, lo cual nos da a entender que Cosme Bueno emuló algunas de las características de las constituciones y a la vez estuvo influenciado por la corriente higienista que estaba en boga en esos años.

El legado de Bueno para la meteorología fue resaltante, porque fue desligándola de las predicciones astrológicas y además logró dotarla de datos empíricos por 41 años (1757-1798), la cual se basó principalmente en el registro de los días con temperatura máxima y mínima en el año. A su deceso, el cargo fue asumido por su discípulo, el médico Gabriel Moreno,¹¹⁵ quien empezó a publicar en 1798, con un cambio en el título de las publicaciones: *El Conocimiento de los Tiempos* cambió por el *Almanaque Peruano y Guía de Forasteros*. Como señala Seiner (2004), el contenido de la publicación añadió una nueva forma de estudio del comportamiento del clima, en el cual se refleja la influencia directa de su formación médica.

En el periodo que estuvo Gabriel Moreno al mando del Cosmografiato fue más notorio que las observaciones meteorológicas estuvieron supeditadas a la corriente médica predominante de la época: el higienismo. Como hemos mencionado anteriormente, en el medio peruano no se usó el término *topografía médica*; sin embargo, en el siglo XIX se constata la influencia de la teoría de las constituciones. La evidencia de que Moreno empleó estos postulados lo constatamos en la introducción del *Almanaque Peruano* de 1803, donde mencionó la importancia de Hipócrates y su influencia que tuvo en médicos, como el inglés Sydenham:

¹¹⁵ Gabriel Moreno nació en Huamantanga, Canta, en la provincia de Lima en 1735. Fue médico, científico y matemático. En 1760 se graduó en Medicina y al poco tiempo fue nombrado fiscal del Real Tribunal de Protomedicato y catedrático de Anatomía. En 1766 se doctoró en Medicina y fue pasante de la cátedra de Prima de Matemáticas en reemplazo del que fuera su maestro, Cosme Bueno. En 1789 fue opositor en la cátedra del Método de Galeno, al fallecer su anterior regente Pablo de Amaviscar y, al morir Cosme Bueno en 1798, obtuvo la regencia de la cátedra de Prima de Matemáticas de la cual era pasante. Con dicha cátedra se convirtió en cosmógrafo mayor del virreinato, cargo que ocupó hasta su muerte en 1809 (Tamayo 2015, 33).

En cuanto á la Medicina, Hipócrates, genio que ha ilustrado mas que nadie la Ciencia Médica, y cuya memoria se conserva en sus Obras mas reciente quanto cada Siglo las aparta del de su composición, después de persuadir al que quiera poseer enteramente la Medicina que debe observar la naturaleza del clima, la constitución del año y sus estaciones, la mutación propia y accidental de estas, la fuerza y efectos de sus variaciones: le asegura que siguiendo ese plan podrá predecir la condición de lo futuro, las enfermedades que correrán en él, y prevenir su curación. Plan que han adoptado los Médicos posteriores Balonío, Sydenham, Van Swieten, Huxham y otros Varios (Moreno 1803a, s. p.).

Moreno publicó un contenido diferente al de Bueno. Las publicaciones del médico constaban de detalles nuevos, como la intensidad y frecuencia de las precipitaciones, fluctuaciones de temperatura y explicación de otros fenómenos (Seiner 2004). A esto se le sumó que la presentación de estos estudios tuvo la esencia de una constitución: presentó las variables meteorológicas y climáticas para brindar un vaticinio de las enfermedades y cómo prevenirlas:

Invierno. El día 21 de junio; comenzó cerrado y húmedo. El termómetro baxo desde 16° hasta 11°, con el descenso lento de dos grados poco menos por mes. [...] La lluvia o por mejor decir tenaz garúa, principalmente por las noches, empañó las Calles de la Ciudad [...]. En las lomas pudrió las plantas. Las exalaciones corrompidas de estas y de las calles, elevadas a la atmósfera por el calor, hicieron la fiebre eruptiva que se dexó ver en la Primavera, cuya descripción dimos en el Almanaque anterior, y su fin se verá en la estación que sigue (Moreno 1803b, s. p.).

Este extracto es parte de lo que el mismo Moreno menciona como “Constitución del año de 1802”; además de tener similitud con una constitución epidémica, también se mencionó en el mismo texto las “exhalaciones corrompidas” y su influencia en la salud. Esta alusión es parte de la teoría miasmática, la cual hace referencia al miasma: “Desde antiguo se sospechaba que el miasma resultaba de la acción conjunta del aire, del agua y de la elevación de la temperatura sobre la materia orgánica, asociándose con las zonas pantanosas, aguas estancadas y materias corruptas” (Rivas-plata 2015, 78). Esta teoría prevaleció en los círculos médicos en el siglo XIX y debido a ello se implementaron medidas sanitarias¹¹⁶ desde el Estado para contrarrestar las zonas insalubres.

Así, Moreno publicó la sección “Constituciones”, que se diferenció de la de “Juicio del año”: las constituciones eran resúmenes del año anterior y los juicios eran, más bien, vaticinios del año venidero. En estas constituciones, el médico detalló en cada estación lo siguiente: 1) las temperaturas máximas y mínimas; 2) fenómenos meteorológicos y sus efectos en las sociedades; y 3) detalles de las enfermedades o epidemias. Estas constituciones dejaron de publicarse en 1806, año en que se estableció una sección autónoma denominada “Meteorología del año anterior”, la cual resumió las descripciones de las estaciones a comparación del análisis más detallado que se realizó en la sección de “Constituciones”.

De esta forma, Moreno evidenció en sus publicaciones que el paradigma médico higienista fue influyente en su paso como cosmógrafo mayor. A través de estas secciones “Constituciones” y “Juicio del año” observamos la tendencia ambientalista y miasmá-

¹¹⁶ Lossio (2003) y Casalino (2008) exploran las medidas sanitarias en el siglo XIX.

tica sobre la salud. Además, el galeno buscó brindar otra utilidad a las observaciones meteorológicas, ya que estuvo consciente de que el servicio de esta ciencia no solo era para el campo médico, sino también para la agricultura. Estas apreciaciones las constatamos en la introducción del Almanaque de 1803:

Con respecto a la Agricultura, [...]. Los Modernos atienden a estas mismas circunstancias con mas proxilidad: observan las mutaciones de la atmósfera con instrumentos exquisitos de la mejor construcción: notan por horas la humedad, pesadez, calor, frío, lluvias y demás meteoros: comparan por su registro los días, meses y estaciones de un año, que confrontado con otro y otros (Poleni, Cotte y Toaldo lo hicieron por mas de sesenta) les da no solo las modificaciones de la atmósfera, sino en cierto modo el retorno de las mismas variaciones y la inclinación constante de unos días a ciertas afecciones (Moreno 1803b, s. p.).

La mención a los registros de larga duración para entender las modificaciones de la atmósfera y la referencia a los meteorólogos como Poleni y Toaldo¹¹⁷ nos dan a entender que Moreno estuvo al tanto de la traducción del libro del italiano Toaldo: *Saggio Meteorologico*. En el prólogo de la traducción hecha por el español Alcalá Galiano se manifiesta la utilidad de la meteorología en la agricultura y la medicina:

Oygamos al Sr. de Mairan: Asiduas observaciones sobre la constitucion, variaciones y diferentes pesos de la atmósfera; una historia seguida y bien circunstanciada de los vientos, de las lluvias, de los meteoros, del calor, del frio de cada año,

¹¹⁷ Giovanni Poleni y Giuseppe Toaldo fueron dos observadores meteorólogos que recogieron datos de observación termométrica en el siglo XVIII (Bertolin y Camuffo 2012).

estacion y dia; una comparacion continua de todas estas vicisitudes con el producto de los frutos de la tierra, y con el temperamento, salud y enfermedades de sus habitantes: hechas que sean todas estas observaciones con cuidado por muchos años y siglos en todos los países, producirán verosimilmente algun dia una Agricultura y una Medicina mas perfecta y segura, que todo lo que pudiera esperarse de las especulaciones mas sublimes de la Física, desnudas de este auxilio.

[...] Además, si tuviésemos, dice el Sr. Malouin, observaciones medicinales y meteorológicas de muchos siglos en un mismo país, hay razon para creer que podria preverse el retorno de las enfermedades epidémicas y de los meteoros al cabo de un cierto tiempo, y los primeros que se viesen acometidos de semejantes enfermades no peligrarían (Toaldo 1786, XI-XII).

Estos extractos del prólogo de Alcalá son reflejados en el pensamiento de Moreno sobre la utilidad de las observaciones meteorológicas, tanto para la medicina como para la agricultura. Como observamos anteriormente en su introducción del Almanaque de 1803, existe un interés en los datos de larga duración, lo cual evidenció el entendimiento de las variaciones de la atmósfera y la constatación de la repetición de estas fluctuaciones. Esta visión de Moreno se remarcó en la sección de “Meteorología del año anterior” de 1806:

La observación constante seguida por algunos años es el único medio de averiguar en las Estaciones el predominio del calor y frio; estas calidades se apoderan de un clima por periodos determinados, se intensan y remiten graduadas hasta cierto punto, desde el qual varían, su direccion, de golpe ó por escala. En las tablas de los Meteorologistas hay exemplos

de un aumento y descenso continuados largo tiempo (Moreno 1806, s. p.).

Gabriel Moreno publicó hasta el año de su deceso en 1809. Su discípulo, el también médico Gregorio Paredes¹¹⁸, fue quien lo relevó en el cargo de cosmógrafo mayor en 1812. Paredes fue un personaje que contribuyó a la ciencia peruana con sus producciones en diversos campos, como la física, matemática y meteorología; además, en su periodo como cosmógrafo siguió produciendo datos meteorológicos de parámetros térmicos y barométricos que se complementó con la de sus antecesores (Seiner 2004).

Paredes fue el último médico que estuvo a cargo del Cosmografiato. En su gestión, el galeno continuó con las secciones donde aún se constató la influencia del pensamiento higienista. El apartado “Juicio del año” fue escrito de 1809 hasta 1810, posteriormente no volvió a escribirse este artículo. El mismo Paredes señaló que ante los acontecimientos políticos que sucedieron en España por las guerras de Independencia contra Francia, se tuvo que detener el “Juicio del año” por la incertidumbre (Paredes 1815). Otra sección que también continuó el discípulo de More-

¹¹⁸ José Gregorio Paredes nació el 19 de marzo de 1778 en Lima y falleció en la misma ciudad el 16 de diciembre de 1839. En enero de 1795, a los 16 años, José Gregorio Paredes ingresó a la Escuela de Pilotaje para aprender navegación náutica. A pesar de su juventud, dirigió navegaciones por la costa peruana, haciendo apuntes y observaciones de interés científico. Luego abandonó la carrera de piloto y pasó a estudiar filosofía en el Convictorio de San Carlos, bajo la conducción del ilustre Miguel de Otermin y Moreno, regente de estudios de filosofía en dicho centro de formación académica y catedrático de Vísperas de Matemáticas en la Universidad de San Marcos. En esta universidad rinde el examen general de Matemáticas y Filosofía en 1797, eligiendo como tema “hallar por medio de tres observaciones los elementos de la órbita de un cometa”. En San Marcos Paredes finalmente estudia Medicina bajo la conducción de Gabriel Moreno e Hipólito Unanue y se titula en 1804. Las autoridades del nuevo gobierno republicano lo confirman como cosmógrafo mayor del Perú y es, además, nombrado diputado y vicepresidente del Congreso Constituyente de 1822 (Tamayo 2015).

no fue “Constitución del año anterior”, la cual mantuvo la misma estructura que realizó su antecesor. Este apartado apareció irregularmente en los años de 1815, 1818 y 1819. A partir de 1820, las secciones de “Juicio del año” y “Constitución del año anterior” no volvieron a tener presencia en las publicaciones de Paredes y tampoco de ningún cosmógrafo.

De esta manera, en los tres periodos donde estuvieron a cargo los médicos Bueno, Moreno y Paredes, hemos apreciado la influencia del paradigma médico higienista y la utilización de las observaciones meteorológicas para sus fines: la relación del clima con las enfermedades y su correcta prevención. Así, la ciencia del tiempo también logró beneficiarse al tener registros termométricos y barométricos, los cuales fueron una manifestación de sofisticación de los datos meteorológicos, lo cual demostraba que se alejaba de los preceptos astrológicos. Finalmente, esta dependencia de la meteorología con la medicina se mantuvo hasta fines del siglo XIX como relataremos a continuación.

El legado del higienismo en la meteorología: el camino hacia la sistematización en el siglo XIX

Paralelamente a la labor de los médicos en el Cosmografiato, también resaltó la figura de Hipólito Unanue, quien, al igual que sus homólogos, estuvo influenciado por la corriente higienista. En su obra cumbre *Observaciones sobre el clima de Lima y su influencia en los seres organizados, en especial el hombre* (1806), se evidencia un texto que va en afinidad con las topografías médicas. Salaverry (2016) señala que la obra de Unanue fue un nuevo tratado médico que incluye apreciaciones y adaptaciones locales con los tópicos ilustrados que sintonizaron con las topografías médicas elaboradas en Europa, todo lo cual lo llevó a proponer reformas urbanísticas para la higiene de la ciudad.

Dentro de las secciones de la obra de Unanue, encontramos el quinto apartado titulado “Constitución médica del año 1799”. Esta parte, al igual que las constituciones elaboradas por Moreno y Paredes, observaba las variables meteorológicas y climáticas para relacionarlas con los problemas patológicos; al mismo tiempo, brinda recomendaciones para combatir y prevenir las enfermedades. Este legado de Unanue tuvo continuidad en el siglo XIX, tal como se puede observar en las diferentes publicaciones que hicieron los galenos en las revistas médicas.

La primera revista médica en Perú fue elaborada por el médico francés Abel Victorino Brandin quien publicó *Anales Médicales del Perú, Semanario de Medicina, Cirujía, Boticaria, Historia Natural* en 1827, la cual constó de cinco números; sin embargo, parece ser que estos registros desaparecieron con el incendio de la Biblioteca Nacional en 1945 (Pamo 1997). Según Valdizán (1929), Brandin en su revista recomendó el estudio de la geografía médica en Perú.

Fue en la segunda mitad del siglo XIX cuando empezaron las primeras publicaciones de revistas médicas realizadas por peruanos. *La Gaceta Médica de Lima* (1856-1868) fue la primera, y tuvo su continuación en *La Gaceta Médica* (1875-1880). En ambas pu-

blicaciones hemos buscado los artículos que resaltaron la estrecha relación del discurso médico con la temática ambiental.

Tabla 1

Artículos de la Gaceta Médica de Lima que contienen relación entre la medicina y las observaciones meteorológicas

Número / fecha	Sección / artículo	Autor	Contenido
5 (15 de octubre de 1856)	<i>Estadística médica</i>	Luis Bignon	Cuadro estadístico para indagar si existe alguna relación entre la temperatura y las muertes causadas en Lima por la fiebre epidémica.
30 (30 de octubre de 1857)	<i>Constitución médica actual de Lima</i>	J. Sandoval	Mención del estado atmosférico y su influencia en inflamaciones de vías respiratorias.
41-45	<i>Geografía médica / Geografía de las enfermedades en los climas del Perú</i> (publicada en el <i>New Philosophical Journal</i> de Edimburgo)	Archibaldo Smith Traducción: L. Villar.	Estudio sobre la recurrencia de enfermedades en las distintas regiones del país. El estudio enfatiza cómo los distintos climas y la altura influyen en las enfermedades.
88 (15 de mayo de 1860)	<i>Constitución médica de la capital</i>	J. C. Ulloa	Descenso de temperatura, registrada en el termómetro en el mes de mayo por consiguiente han aparecido las enfermedades por las causas meteorológicas.
168 (15 de enero de 1864)	Constitución médica de 1863	J. C. Ulloa	Mortalidad de las epidemias en 1863, las cuales tienen sus picos más altos en los cambios de estaciones y los cambios atmosféricos.

Nota: Elaboración propia basada en La Gaceta Médica de Lima (1856-1864).

Tabla 2

Artículos de la Gaceta Médica que contienen relación entre la medicina y las observaciones meteorológicas

Número	Sección / artículo	Autor	Contenido
1 (15 de febrero de 1875)	<i>Inserciones / Ensayos sobre el estudio de la condición sanitaria de los habitantes de Lima</i>	Juan N. Valdivia (tesis para optar el grado de bachiller en Medicina)	La primera parte de la tesis: "Clima y localidad" contiene un resumen del estado higrométrico de la ciudad de Lima, lo cual genera algunas enfermedades.
2 (1 de marzo de 1875)	<i>La constitución médica</i>	J. C. Ulloa	Mención a la humedad en la atmósfera y el registro de temperatura de 29 °C en el estío, lo cual provoca diversas afecciones.
3 (15 de marzo de 1875)	<i>Memoria que presenta el inspector de higiene al Concejo Provincial de Lima en cumplimiento del inciso 4, artículo 33 de la Ley Orgánica de Municipalidades. 1874. Condiciones sanitarias de la capital (continuación)</i>	M. Arosemena Quezada	Estudio sobre la situación geográfica, posición topográfica y condiciones meteorológicas de la ciudad. En esta última se enfatiza en el calor y la humedad, las cuales son causas directas de enfermedades.
4 (1 de abril de 1875)	<i>La constitución médica</i>	J. C. Ulloa	Constitución de los últimos 15 días, mención al estudio termométrico y a las medidas higiénicas aplicadas en la ciudad.

19 (21 de agosto de 1875)	<i>Constitución médica</i>		Se enfatiza que para tener una mejor constitución atmosférica es necesaria la instalación de un observatorio meteorológico, el cual precisará la relación con las enfermedades.
20 (28 de agosto de 1875)	<i>Inserciones / Influencia del clima de los Andes de los 11° a 13° lat. S., sobre la tisis.</i>	Evaristo D'Ornellas	Estudio de las temperaturas mínimas y máximas de Jauja para determinar el favorable clima que posee para los enfermos de tisis.
46 (18 de noviembre de 1876)	<i>Climatología / Observaciones climatológicas del departamento de Piura</i>	Pedro Mendoza	Descripción geográfica y meteorológica de las regiones de Piura. También hay una descripción de las enfermedades que según el autor se dan más por la raza que por la misma temperatura.
1 (31 de marzo de 1877)	<i>Climatología / Observaciones climatológicas del valle de Jauja</i>	José María Zapater	En rasgos generales se describe el buen clima de Jauja y el buen cuidado de la higiene de la ciudad. También se describen algunas enfermedades a causa de las condiciones atmosféricas.

2 (30 de abril de 1877)	Constitución médica		Temperatura. Causas y efectos de su elevación. Enfermedades cutáneas. Colerinas. Muertes súbitas. Estado sanitario durante la canícula. Causa de la epidemia. Su manera de obrar. Explicación de sus principales fenómenos. Origen probable del miasma productor del dengue.
-------------------------	---------------------	--	--

Nota: Elaboración propia basada en La Gaceta Médica (1875-1877).

En las tablas 1 y 2, elaboradas con datos de las dos únicas revistas médicas de mitad del siglo XIX, se resalta que el higienismo todavía se encontraba vigente dentro del círculo médico. Además, sobresalen las constituciones médicas y otros apartados, como estudios de climatología y observaciones meteorológicas de ciudades. Todas estas investigaciones tienen en común el mencionar las condiciones meteorológicas como influyentes en los cuadros epidemiológicos de las regiones. Así, se tienen observaciones termométricas e higrométricas para determinar la temperatura mínima y máxima y la humedad de las ciudades, respectivamente. Estos estudios fueron hechos por médicos que residieron en provincias, quienes buscaron determinar si sus ciudades tuvieron un clima adecuado para llevar terapias contra las enfermedades; en este caso, la enfermedad que entró más en discusión fue la tisis pulmonar.

Dentro de estas investigaciones resaltó el trabajo del médico inglés Archibald Smith,¹¹⁹ quien elaboró un trabajo inédito para ese tiempo. Su obra *Geografía de las enfermedades en los climas del Perú* fue una investigación que no tuvo antecedentes en nuestro país, ya que normalmente los estudios hechos por los médicos peruanos eran zonales. Por otro lado, el artículo de Smith fue una investigación que buscó determinar las enfermedades más comunes en las tres regiones que él mismo subdividió como costa, sierra y montaña; además, determinó los climas y las enfermedades de estas regiones (Smith 1858, 248-249). Como menciona Lossio (2003), este estudio realizado por Smith era parte de la concepción geográfica decimonónica, la cual buscó ser parte de los trabajos realizados por otros médicos europeos que realizaron geografías médicas en países de otros continentes con la intención de tener posibles zonas de colonización.

Los trabajos más cercanos a una geografía médica fueron las constituciones médicas y las observaciones meteorológicas de diferentes regiones. Urteaga (1980) señala que la diferencia entre una topografía y una geografía médica radica en que la primera estudia lugares o regiones y la segunda lo hace a una escala mayor a nivel nacional. Por lo tanto, estas investigaciones peruanas fueron más cercanas a una topografía médica. Sin embargo, a finales de 1879, hubo un intento de tener una geografía médica del Perú. El médico Francisco Almenara Butler, quien se encargó de la Dirección de Estadística de la Gaceta, buscó que se encarguen a los médicos residentes de provincia mediante un oficio titulado “*Sobre la necesidad de estudiar la geografía climatológica de la capital*”:

¹¹⁹ Para una aproximación a su biografía y la labor que realizó como médico en el Perú, revisar Lossio 2009.

[...] el proyecto de que los médicos residentes en las provincias de la Republica estudien en la mayor extensión posible, la climatología de las localidades en donde residen, refiriéndose no solo a las observaciones de temperatura, sino, muy especialmente, a las variaciones atmosféricas de cada estación del año; para ver si es posible, como lo creo, encontrar sean provechosos a la salud y temperamento de los enfermos atacados de la tisis pulmonar, tuberculosis... (Huguet 1879, 243).

A pesar del entusiasmo de Almenara, la respuesta fue negativa por parte del subprefecto e intendente por la siguientes razones: 1) la tarea estuvo encomendada a los médicos policías, quienes se encargaban de tareas atenuantes y no disponían de tiempo para encomendarse a una labor tan exigente, y 2) para lograr una adecuada climatología del lugar era necesaria la formación de observatorios meteorológicos, que dispongan de instrumentos especializados y un número requerido de empleados para tal labor (Huguet 1879, 243-245).

Como señaló el subprefecto, era necesario que se constituya un observatorio meteorológico, institución que ya funcionaba en las grandes metrópolis y se encargaba de sistematizar las observaciones en cuadros meteorológicos. A partir de esta información, se desarrollaban análisis para lograr medir el tiempo y anticipar fenómenos meteorológicos. Tal tarea aún no era desarrollada por los médicos. El único vestigio de una posible sistematización y análisis a partir de datos meteorológicos se dio en el número 2 de la *Gaceta Médica de Lima* en 1856:

tematización en los siguientes números de la *La Gaceta Médica de Lima*.

De esta manera, hasta 1879, las observaciones meteorológicas fueron de utilidad para los médicos peruanos, quienes usaron estas mediciones para determinar la salubridad de las ciudades. A través de estos datos, se determinaron qué enfermedades eran reinantes en las distintas estaciones del año, también qué zonas eran insalubres y qué lugares eran habitables para llevar a cabo una correcta terapia para enfermedades como la tisis pulmonar. Finalmente, observamos que en 1879 hubo la intención de constituir observatorios meteorológicos, pero solo con la disposición de ser funcionales para determinar qué lugares eran provechosos para enfermos con tisis y tuberculosis. Es probable que este proyecto no volviera a ser mencionado porque en este año empezó la guerra con Chile y los médicos peruanos estuvieron más inclinados a constituir las brigadas de Cruz Roja.

Un hito importante en la historia del Perú es sin lugar a dudas la derrota en la Guerra del Pacífico. Esta coyuntura generó un proceso de reflexión colectiva, tanto de los intelectuales como de la élite dominante, quienes se plantearon seriamente cómo se reconstruiría el país luego de esta debacle.

El positivismo peruano ofreció la noción de progreso a la sociedad civil, enfatizando la incapacidad de los gobiernos militares y preferían asegurar el orden y la estabilidad necesaria para la normal evolución de la sociedad. La adecuación de estos conceptos de orden y progreso, característicos del positivismo francés, fueron utilizados por los partidos civiles, en especial el Partido Civil, que pudieron legitimarse como dirigentes de la Reconstrucción Nacional.

Así como en diversos países de Latinoamérica que venían de una misma tradición colonial, en Perú las distintas coyuntu-

ras llevaron a la clase oligárquica a plantearse diversos retos. De esta manera, la corriente positivista influenció en cada país latinoamericano. Aunque en cada nación el movimiento tuvo una concepción diferente, la reflexión iba siempre por los males latinoamericanos, siempre poniendo énfasis en la ausencia de orden y estabilidad política, interrupción del progreso económico y la ausencia de una cultura científica (Kristal 1991).

Así, para finales del siglo XIX, existieron nuevas publicaciones científicas como *La Crónica Médica*, en la que observaremos un esfuerzo de dotar a la meteorología de una base empírica, no solo para beneficio de la medicina, sino también para realizar estudios de larga duración. El médico Juan Byron constituyó con Manuel Muñiz el Servicio Especial de Estadística y Meteorología en enero de 1884. A partir de julio del mismo año, la sección pasó a denominarse Servicio Especial de Meteorología, la cual funcionó continuamente hasta febrero de 1885. Byron fue un médico que también fue influenciado por el paradigma higienista, pues así lo hace saber en el estudio mensual de febrero de 1884: “Ejercen los climas importantes modificaciones en las enfermedades, que el médico no debe desconocer si desea adquirir conocimientos prácticos, verdaderamente útiles en el ejercicio de su augusta misión” (Byron 1884, 53).

También el galeno estuvo informado de la próxima construcción del Observatorio Meteorológico de la Municipalidad de Lima, lo cual consideró que era un idea que tenía que ser concebida por todas las municipalidades de la República para que proporcionen datos más relevantes: “Prestarán así un positivo servicio á la ciencia, pues solo de esa manera podran establecerse en el Perú las líneas isotermas, isoteras, curvas barométricas etc. Totalmente desconocidas entre nosotros” (Byron 1884, 53). Esta mención nos permite inferir que Byron estuvo al tanto de los avances de la

meteorología en las grandes metrópolis ya que estas líneas isotérmicas fueron investigaciones realizadas por físicos como Urbain Le Verrier del Observatorio de París que propuso que las áreas de baja presión podían predecirse mediante mapas de isobaras. Estos estudios fueron conocidos como parte de la meteorología sinóptica del siglo XIX (Anduaga 2020).

De esta forma, Byron constituyó un observatorio meteorológico particular que realizó estudios termométricos (temperatura), barométricos (presión atmosférica), higrométricos (humedad) y anemométricos (intensidad del viento). Además, realizó observaciones de las condiciones atmosféricas y sismográficas, tal como observamos en la Figura 2. El observatorio dejó de funcionar en marzo de 1885, mes en que Byron viajó a Italia a estudiar su doctorado en medicina en la Universidad de Nápoles (Montagne 2017).

El legado del médico Byron es importante para el desarrollo de la meteorología, ya que fue el primer médico que dotó a esta ciencia de datos empíricos a través de cuadros meteorológicos y resúmenes estadísticos por el transcurso de un año y un mes, en lo que serían los preceptos de la meteorología moderna. De esta forma, la influencia de la medicina higienista no solo consistió en utilizar a las observaciones meteorológicas para sus propios fines, sino que le brindó a la meteorología análisis empíricos más refinados. Por lo tanto, desde la formulación de datos estadísticos meteorológicos podemos ya constatar la tradición médica como una forma de *sistemas de observación*.

Otro de los centros que estuvo influenciado por el impacto del higienismo y del positivismo fue la Academia Libre de Medi-

cina¹²⁰. Esta institución resurgió después de la Guerra del Pacífico y tuvo que afrontar la restauración de la medicina en el Perú, prácticamente desarticulada en lo que respecta a formación e infraestructura, ya que la mayoría de equipos de laboratorio e instrumental fueron embalados y remitidos a Chile como botín.

La Academia Libre de Medicina llevó a la práctica amplios programas de estudios científicos y problemas médicos sociales. Así veremos que en la década de 1880, los médicos tuvieron interés en la meteorología, ya que la consideraban un ámbito utilitario para la salud pública. En este razonamiento puede notarse la persistencia del paradigma médico higienista. Así, para 1884 los médicos organizaron una comisión para establecer un observatorio meteorológico que llevaría por nombre de Observatorio Meteorológico Unanue.¹²¹ Los representantes fueron los médicos Colunga, Romero, Becerra, Artola, Vignon, Remy y Avendaño.

¹²⁰ La Academia Libre de Medicina se fundó el 10 de octubre 1884; su primer presidente fue el Dr. Manuel Odriozola (Lastres, 1951).

¹²¹ Homenaje al científico que escribió la ya comentada obra *Observaciones sobre el clima de Lima*.

Figura 2

Resumen meteorológico, enero 1885

RESUMEN METEOROLÓGICO--ENERO. 1885.
 Lima: latitud Austral 12° 52' 34". Long. O. de París 79° 57' 45". Altura sobre el nivel del mar 100 m.

Fecha.	TERMOMETRO				HUMEDAD		VIENTO		OBSERVACIONES.		
	TERRESTRE.		BOVEDA.		Dirigido	Fuerza	Dirigido	Fuerza			
	Más	Mén	Más	Mén							
1300	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SO, SE.	17. A las 12. 17. Día claro noche nublada, caldas copiosas de invierno.
1310	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	18. Id. mañana nublada sereno; id.
1320	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	19. Día y noche clara, caldas copiosas hasta las 7.45.
1330	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	20. Día claro noche nublada, caldas copiosas de invierno hasta las 7.45.
1340	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	21. Día y noche clara e intercalada, caldas copiosas.
1350	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	22. Id. id. id. mañana nublada.
1360	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	23. A las 10. 28. Día y noche clara, caldas copiosas hasta las 7.45.
1370	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	24. Día y noche clara, caldas copiosas.
1380	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	25. Día y noche clara, caldas copiosas.
1390	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	26. Día y noche clara, caldas copiosas.
1400	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	27. Día y noche clara, caldas copiosas.
1410	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	28. Día y noche clara, caldas copiosas.
1420	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	29. Día y noche clara, caldas copiosas.
1430	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	30. Día y noche clara, caldas copiosas.
1440	20.0	16.0	77	53.1	17.0	76.7	61.4	73	5.0	SE.	31. Día y noche clara, caldas copiosas.

Unidad del Perú. Decana de América

Fuente: La Crónica Médica (1885).

A partir de 1892, la Academia Nacional de Medicina administró el Observatorio Meteorológico Unanue, cumpliendo un rol importante en su funcionamiento. El galeno Manuel Artola fue nombrado primer director y contó con dos ayudantes: los científicos Francisco Aguayo y Federico Remy,¹²² quienes constituyeron un equipo que estudió la dinámica del clima a fines del siglo XIX.

El trabajo del Observatorio Unanue fue publicando de manera continua los resultados obtenidos, en los cuales se fueron notando cambios rotundos en el recojo constante de los datos y el correcto uso de los instrumentos meteorológicos. En las figuras

¹²² Federico Remy fue un científico especializado en Ciencias Físicas por la Facultad de Ciencias. Fue uno de los observadores meteorológicos con más trayectoria en la historia del siglo XX del Perú.

3 y 4 se observan una tabla meteorológica de 1893 y otra de 1898, respectivamente, en las que se destaca que al final del año 98 el registro de la temperatura a la intemperie y el registro del viento se recogen de manera diaria. Además, se añade el registro de la radiación solar, lo cual denotó el correcto uso del actinómetro. Por último, se aplicó de manera adecuada el uso del heliógrafo para el registro de las horas del sol y la correcta observación de las fases lunares.

Las exploraciones meteorológicas del Observatorio Unanue se realizaron de manera ininterrumpida desde 1892 hasta 1899. Durante estos años, Francisco Aguayo —uno de los ayudantes registradores, egresado de la Facultad de Ciencias— realizó un trabajo con los datos meteorológicos de los 7 años, presentando su tesis doctoral sobre la temperatura de Lima en la especialidad de Ciencias Naturales (Aguayo 1901). Sin embargo, otras publicaciones se interrumpieron debido a los cambios constantes del local del Observatorio y a la poca importancia que le dio el Estado.

Figura 3

Cuadro de observaciones meteorológicas de enero de 1893 del Observatorio Meteorológico Unanue.

Fuente: Artola 1893, 13.

Figura 4

Cuadro de observaciones meteorológicas de junio de 1898 del Observatorio Meteorológico Unanue.

Fuente: Artola 1901, 249.

Como observamos anteriormente, el paradigma médico higienista se valió de la meteorología para entender las condiciones climáticas que incidieron en las enfermedades. Este panorama continuó tras la Guerra con Chile como se verifica en los números de la revista *La Crónica Médica*. Este interés por la meteorología prosiguió en la figura del médico Juan Byron, quien con sus apuntes meteorológicos efectuados en un observatorio hizo posible que tal ciencia produjera datos empíricos que se anotaron en cuadros meteorológicos a finales del siglo XIX, constatándose que estos estuvieron acordes con los preceptos de la meteorología moderna.

Años más tarde, los médicos asociados en la Academia Nacional de Medicina aún influenciados por el paradigma higienista conformaron una comisión que consiguió, por medio de nexos personales e institucionales, un local adecuado e instrumentos meteorológicos para erigir un observatorio meteorológico, al cual llamaron Observatorio Unanue. Tal institución se constituyó sólidamente en sus primeros años (1892-1899) a pesar de que el impulso del higienismo fue decayendo a finales del siglo XIX.

A inicios del siglo XX, podemos observar una separación entre la medicina y la meteorología al ser el Observatorio Meteorológico Unanue y su director parte de un proyecto estatal para constituir una red de estaciones meteorológicas por todo el territorio peruano. Así, a través de la medicina, la meteorología pasó de tener valoraciones cualitativas a análisis más sofisticados, como la conformación de tablas meteorológicas, estudios comparativos, investigaciones climatológicas y la constitución de un observatorio meteorológico. De esta forma, este capítulo analiza la tradición médica dentro del sistema de observaciones que constituyeron a la institucionalización de la meteorología.

Consideraciones finales

En este artículo hemos analizado el desarrollo del sistema de observación médico entre los siglos XVIII y XIX. Mostramos cómo la corriente higienista se valió de las observaciones meteorológicas para tener conocimientos del medioambiente y, por intermedio de este conocimiento, recomendó precauciones para prevenir enfermedades y medidas de higiene. De esta forma, en el Cosmografiato se aprecia la acción de tres médicos, quienes impulsados por dicha corriente llevaron a cabo recopilaciones de las temperaturas máximas y mínimas. Con estos datos empíricos, empezaron a brindar anualmente predicciones sobre el clima del año y de las estaciones.

La influencia de esta corriente continuó en el círculo médico hasta finales del siglo XIX. Aún los médicos buscaban determinar terapias o buscar causas de las enfermedades mediante la observación del ambiente. Así, las observaciones meteorológicas se siguieron desarrollando con mediciones básicas termométricas, higrométricas y barométricas. Este panorama fue cambiando luego de la independencia del Perú, pues nuevos científicos realizan observaciones para misiones como es el caso de Antonio Raimondi. También se realizaron sondeos para asociaciones médicas, como es el caso del químico José Eboli para la *Gaceta Médica de Lima* en 1852. En estos casos ya se observa la sofisticación del proceso en cuadros meteorológicos, sin embargo, no son observaciones continuas, sino que se realizan esporádicamente en una región en particular.

El periodo de Reconstrucción Nacional trajo consigo cambios en la gestión de gobierno por la influencia de la corriente positivista. Así, la élite civil, en este contexto, vio en la ciencia y la tecnología una vía para modernizar la sociedad. De esta forma, en la meteorología observamos una sofisticación, que se traduce en una

sistematización de las observaciones en cuadros meteorológicos, comparaciones climatológicas y constitución de observatorios. Estos avances se realizaron en los observatorios de instituciones médicas como en el Servicio Especial de Estadística y Meteorología y en el Observatorio Meteorológico Unanue a finales del siglo XIX. En estos observatorios se observan notables diferencias, en el primero participa un científico/médico en solitario mientras que en el segundo ya se encarga un equipo de trabajo.

Así, a finales del siglo XIX, la meteorología se desarrolló gracias al paradigma higienista y también por el impulso del positivismo. Finalmente, podemos concluir que este sistema de observación sirvió de nexo para que el Estado, a inicios del siglo XX, pudiera diseñar un proyecto estatal, en el que ocurre un distanciamiento con la medicina y la independencia y configuración de la meteorología como una ciencia física.

Referencias

- Aguayo, F. "Disertación sobre la temperatura de Lima". *Boletín de la Sociedad Geográfica de Lima*, tomo 11, 1901.
- Alonso, J. y J. García. "El arte de conocer el tiempo". *Lurralde. Ingeba*, vol. 30, 2007, 73-93.
- Amador, J. et al. *La institucionalización de la meteorología en Costa Rica (1860-1910)*. Editorial Nuevas Perspectivas, 2013.
- Anderson, K. *Predicting the weather: Victorians and the Science of meteorology*. The University of Chicago Press, 2005.
- Anduaga, A. *Meteorología, ideología y sociedad en la España contemporánea*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2012.
- Andauga, A. "La domesticación del tiempo". *Investigación y Ciencia*, vol. 521, 2020, 54-55.
- Artola, M. "Observaciones meteorológicas correspondientes al

- mes de enero de 1893”. *Monitor Médico*, vol. 9, n. 13, 1893.
- Artola, M. “Observaciones meteorológicas correspondientes al mes de junio de 1898”. *Boletín de la Sociedad Geográfica de Lima*, vol. 11, n. 485, 1901.
- Bertolin, C. y D. Camuffo. “Recovery of the early period of long instrumental time series of air temperature in Padua, Italy (1716-2007)”. *Physics and Chemistry of the Earth, Parts A/B/C*, n. 40, 2012, 23-31.
- Bueno, C. “Juicio del año”. *El Conocimiento de los Tiempos*, 1764.
- Byron, J. “Servicio Especial de Estadística y Meteorología”. *La Crónica Médica*, vol. 2, n. 53, 1884.
- Casalino, C. “Hipólito Unanue: El poder político, la ciencia ilustrada y la salud ambiental”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 25, n. 4, 2008, 431-438.
- Casco, J. “Las topografías médicas: revisión y cronología”. *Asclepio*, n. 53, 2001, 213-244.
- Díaz, R. y F. Solano. “Las ciencias médicas y su aporte a la institucionalización de la meteorología en Costa Rica (1678-1936)”. *Diálogos Revista Electrónica de Historia*, vol. 7, n. 1, 2006, 150-183.
- Gramelsberger, G. “Calculating the weather: Emerging cultures of prediction in late nineteenth –and early twentieth– century Europe”. *Cultures of prediction in Atmospheric and Climate Science. Epistemic and cultural shifts in computer-based modelling and simulation*, editado por Heymann, M. et al., Routledge, 2017, 45-67.
- Huguet, F. “Higiene pública. Sobre la necesidad de estudiar la geografía climatológica”. *La Gaceta Médica*, vol. 8, n. 243, 1879.
- Heymann, M. et al. *Cultures of prediction in Atmospheric and Climate Science. Epistemic and cultural shifts in computer-based modelling and simulation*. Routledge, 2017.

- Kristal, E. *Una visión urbana de los Andes. Génesis y desarrollo del indigenismo en el Perú 1848-1930*. Instituto de Apoyo Agrario, 1991.
- Lastres, J. *Historia de la medicina peruana. La medicina en la República*. Imprenta Santa María, 1951.
- Leyton, P. “El Observatorio Astronómico Nacional (OAN) y el desarrollo de la meteorología en Chile (1852-1865)”. *Una aproximación a las Ciencias de la Tierra en el Chile decimonónico*, editado por Saldivia, Z. et al., Bravo y Allende Editores, 2019, 130-175.
- Lossio, J. *Acequias y gallinazos: salud ambiental en Lima del siglo XIX*. IEP, 2003.
- Lossio, J. “La ciencia médica y la salud pública en el Perú decimonónico: la visión del médico británico Archibald Smith”. *El rastro de la Salud en el Perú*, editado por Cueto, M. et al., 2009, 91-109.
- Michán, L. y Macías, L. “Cienciometría para la historia de la taxonomía: colecciones y tipos de información”. *La institucionalización de las disciplinas científicas en México (siglos XVIII, XIX y XX): estudios de caso y metodología*, editado por Kleiche, M. et al. UNAM, 2013, 467-500.
- Martin, J. “El higienismo y la noción de contagio. El caso de la sífilis en los Anales de la Universidad de Chile”. *Intus-Legere Historia*, vol. 9 n.1, 2015, 69-86.
- Montagne, A. *Dr. Juan Byron Markholz, su vida y obra*. Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú, 2017.
- Moreno, G. “Cronología”. *Almanaque Peruano y Guía de Forasteros*, 1803a.
- Moreno, G. “Constitución del año de 1802”. *Almanaque Peruano y Guía de Forasteros*, 1803b.
- Moreno, G. “Meteorología del año anterior”. *Almanaque Peruano*

y *Guía de Forasteros*, 1806.

Pamo, O. “Anales Medicales. La primera revista médica peruana”. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, vol. 10, n. 3, 1997.

Paredes, J. “Introducción”. *Almanaque Peruano y Guía de Forasteros para el año bisiesto de 1816*, 1815.

Rivasplata, P. “El clima ‘miasmático’ limeño según algunas percepciones de autoridades, médicos y viajeros durante los siglos XVI al XIX”. *Temas americanistas*, vol. 34, 2015, 76-98.

Salaverry García, O. *Las observaciones sobre el clima de Lima (1806) de Hipólito Unanue como topografía ilustrada*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca, Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico, 2016.

Seiner, L. “Los inicios de la meteorología en el Perú y la labor del Cosmografiato, 1753-1856”. *Proceedings of the International Commission on History of Meteorology*, n. 1), 2004, 1427.

Smith, A. “Geografía Médica”, *Gaceta Médica de Lima*, n.41, 1858.

Tamayo, A. *Hombres de ciencia y tecnología en el Perú. Cinco siglos de investigación científica en el territorio peruano*. C. Argos Productos Editoriales EIRL, 2015.

Toaldo, G. *La meteorología aplicada a la agricultura. Memoria presentada por la Sociedad Real de las Ciencias de Montpellier*; traducida e ilustrada con varias notas por Vicente Alcalá-Galiano. A. Espinosa, 1786.

Urteaga, L. “Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medioambiente en el siglo XIX”. *Cuadernos Críticos de Geografía Humana*, vol. 29, 1908, 5-52.

Valdizán, H. *Crónicas médicas*. Talleres Gráficos del Asilo Colonia Víctor Larco Herrera, 1929.

Vega y Ortega, R., y Moreno, A. “Aportaciones a la historia de la meteorología a través de los estudios ambientales de las aso-

ciaciones científicas de la ciudad de México, 1857-1910”. *Letras Históricas*, vol. 15, 2016, 99-121.

“Un complejo esfuerzo para crear una tecnología nacional”. Políticas tecnológicas, ingenieros y el programa de desarrollo tecnológico en energía solar durante el Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas (Perú, 1968-1980)

Elías Amaya Núñez¹²³

El 9 de octubre de 1969, a tres días de haber tomado el poder, el general Juan Velasco Alvarado dirigió un destacamento de la primera región militar del norte al complejo industrial de la Brea y Pariñas, ubicado en el departamento de Piura. La expropiación de los yacimientos de petróleo y la refinería más importante del país puso fin a una larga y encrespada relación con la International Petroleum Company sobre la propiedad del territorio peruano y sus recursos explotados. Este proceso dio inicio a un conjunto de políticas radicales que buscarían transformar las estructuras de una sociedad oligárquica por una nacionalista, en la que el Estado cumpliría un rol de re-

¹²³ Universidad de Tarapacá (Chile). Correspondencia: eliasamayanu@gmail.com. Este artículo es una versión revisada y ampliada del capítulo 2 del libro Historia de la energía solar. 50 años de investigación y desarrollo tecnológico en la UNI, 2020, Centro de Historia UNI.

gulador y garante de la estabilidad social (Rojas 2021, 19). La reivindicación de la soberanía nacional sobre el petróleo no fue solo un gesto simbólico que rescataba la “dignidad nacional” de los intereses de las empresas transnacionales, sino uno que buscaba asegurar el provisionamiento de un recurso energético estratégico para esas políticas desarrollistas del autodenominado Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas (GRFA).

Si bien la crisis global de los hidrocarburos de la década de 1970 fue una piedra en el zapato para los militares, las iniciativas implementadas para hacerle frente no se redujeron únicamente al incentivo de las energías convencionales, especialmente con una nueva política petrolera encarnada en la empresa pública Petroperú (Torres 2008), sino incluyeron, entre otras áreas, la promoción de recursos energéticos renovables, como la energía solar. La realización de este innovador campo de investigación fue posible a través de un sistema que incentivó la investigación tecnológica industrial de acuerdo con las particularidades y requerimientos de la política de desarrollo nacional del velascato.

Como parte de su ambicioso proyecto de reformas estructurales, el GRFA no dejó ámbito de la sociedad peruana en el que no se hiciera sentir su intervención. En el último quinquenio, a raíz de los 50 años del golpe de Estado que dio inicio a la “revolución peculiar”, han surgido renovados estudios que se han enfocado en aspectos poco explorados del régimen, particularmente procesos sociales y culturales, y políticas culturales (Aguirre y Drinot 2018). Sin embargo, han sido escasos aquellos que han abordado el rol de la tecnología, como señalábamos, un aspecto clave del gobierno revolucionario (Flit 1994, Sagasti 1975, Bravo 1982). Como sugieren algunos investigadores como Edén Medina, la tecnología no es “neutral”, ya que lejos de ser un producto exclusivo del trabajo técnico, es más bien fruto de negociaciones sociales

y sirve muchas veces a objetivos políticos (Medina 2013, 27-29). Desde mediados del siglo xx, la ciencia y la tecnología tomaron un protagonismo inusitado en las políticas de los Gobiernos de América Latina influidos por las propuestas de los intelectuales de la CEPAL. En líneas generales, sostenían que, para superar la condición de atraso y dependencia, los Estados de los países subdesarrollados no solo debían tomar un rol activo en la promoción industrial, sino además fomentar las capacidades en ciencia y tecnología, según las condiciones de la realidad latinoamericana. De esta manera, el desarrollo científico-tecnológico se convirtió en una vía para el cambio social y la solución de los urgentes problemas nacionales (Medina et al. 2014, 8-9). Durante el gobierno de los militares progresistas, esa relación entre política y tecnología se hizo más estrecha y visible que en periodos anteriores, al grado que políticas sectoriales de gran trascendencia, como el programa industrializador de la economía, consideraron ineludible el desarrollo tecnológico para el progreso de una moderna industria.

Sostenemos que la implementación de un “sistema tecnológico nacional”, dirigido por el Instituto de Investigación Tecnológica Industrial y Normas Técnicas (Itintec) al servicio de las necesidades tecnológicas de las empresas industriales y los urgentes problemas nacionales, permitió el desarrollo de innovadoras líneas de investigación orientadas al aprovechamiento de las energías renovables, especialmente la solar. Motivado por la revitalización en el mundo occidental de las investigaciones aplicativas en energía solar y apoyado en experiencias previas locales, principalmente a su paso por el Instituto de la Energía de la Universidad Nacional de Ingeniería, un colectivo de profesionales técnicos partícipes del proceso revolucionario dio marcha a uno de los primeros programas estatales de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables. Aunque distante ideológicamente del pensamiento

reformista militar, pero compartiendo algunos de sus postulados reivindicativos, estos actores, en su mayoría ingenieros, estimaron que el desarrollo de tecnologías o artefactos que aprovecharan la radiación solar podía ser una fuente de progreso para las comunidades rurales del país. En contraste con otros casos de la región, como el chileno, en donde el aprovechamiento industrial de la energía solar estuvo en gran parte dominado por la lógica del mercado y, en consecuencia, el sector privado (Román e Ibarra 2019, 157-158); en el Perú, el Estado asumiría el papel de gestor en su investigación, experimentación y divulgación. El objetivo de este artículo es analizar la implementación y los aportes del programa de investigación tecnológica en energía solar durante el gobierno revolucionario. Para ello, hemos organizado el artículo en tres apartados. En el primero, describimos la importancia y el estado de las capacidades científicas y tecnológicas a principios del velscato. En el siguiente apartado, estudiamos las singularidades de los profesionales técnicos partícipes del proyecto militar y su rol en la implementación de un sistema tecnológico nacional. Finalmente, examinamos el estado de las investigaciones y el programa de desarrollo tecnológico en el aprovechamiento de la energía solar impulsado por el equipo técnico del Itintec. Metodológicamente, este estudio se sustenta en el análisis exhaustivo de una variedad de fuentes primarias, tales como revistas científicas, folletos, tesis, artículos periodísticos y entrevistas.

Las capacidades científicas y tecnológicas a inicios del GRFA

La promoción de una industria nacional formó parte fundamental de las reformas estructurales que el régimen militar se propuso ejecutar con su instalación en el poder. Si la reforma agraria iba a transformar a los campesinos indígenas en pequeños propietarios

de cooperativas y potenciales consumidores, la política industrial debía “modernizar la economía, consolidar el sector empresarial y fortalecer la clase trabajadora estable” (Rojas 2021, 87). En contraste con las políticas económicas de los gobiernos anteriores que se limitaron a ejecutar incentivos tributarios y medidas proteccionistas focalizadas, los militares concibieron un programa industrializador que subrayó las prioridades e incentivos que las empresas industriales debían seguir para un desarrollo permanente y autosostenido que asegurase la independencia económica nacional (Ley General de Industria 1970). Influidos por las propuestas de los intelectuales de la CEPAL, que aún se mantenían vigentes en la región, los militares y sus profesionales técnicos implementaron una política radical de industrialización por sustitución de importaciones que puso énfasis en el avance tecnológico (Funes 2018, 217-218; Campodónico 2015, 179).

Esta sobreestimación de las capacidades científicas y tecnológicas en la producción fue un punto en común en las políticas de los países de la región. La compleja y acelerada tecnificación de la producción manufacturera de los países industrializados posicionó el “contenido tecnológico” como un factor determinante en la concreción del desarrollo e independencia económica y política. Bajo esta lógica, el atraso y la subordinación de los llamados “países periféricos” o “subdesarrollados”, esencialmente productores de materias primas y carentes de recursos técnicos, podía ser explicado a través de una inevitable “dependencia tecnológica” que los subordinaba a las naciones industrializadas (Sagasti 1977, 19-25). Destacados actores del régimen militar, como el ministro de Industria y Turismo, el general Alberto Jiménez de Lucio, interpretaron este escenario desde una perspectiva bélica, indicando que el dominio en la “era tecnológica” se concretaba a través del conocimiento producido por una “retaguardia de científicos” y un

“ejército de técnicos” de las naciones desarrolladas. Para Jiménez, el saber tecnológico cargaba un “cariz político” y por ello podía transformarse en un instrumento de dominación económica y cultural (Jiménez 1974, 7-9). Bajo esta lógica, la importación de tecnología foránea no solo significaba la pérdida de importantes divisas, sino también la subordinación del país al oligopolio de las grandes corporaciones y organizaciones extranjeras. Al no existir un control estatal sobre la adquisición de tecnología importada, las industrias locales estaban sometidas a una relación de coerción y al cumplimiento de exigencias injustas, como la adquisición de equipos de un único proveedor o la obligación de negociar únicamente con las empresas aliadas a las naciones desarrolladas (Itintec 1975c, 4). Pero el lastre de la dependencia tecnológica era más profundo, y se vislumbraba como un problema estructural e histórico que gravitaba en torno al rol del Estado respecto de la investigación y desarrollo tecnológico. Para los especialistas y miembros del régimen militar, a lo largo de su historia el Estado peruano había hecho muy poco por desplegar “desde arriba” sus capacidades científicas y tecnológicas. Para el analista e ingeniero Francisco Sagasti, quien también fungía de asesor ministerial, en gran parte de los países de América Latina no existía la capacidad de crear tecnología y, mucho menos, de seleccionar y absorber tecnología importada (1977, 23). En términos más duros, el ministro Jiménez de Lucio aseguró que la investigación tecnológica para la industria nacional era inexistente (Itintec 1974, 1). Si bien en el presente estas críticas pueden resultar exageradas y fruto de una retórica revolucionaria encargada de evidenciar las falencias del orden oligárquico, los datos recopilados daban cuenta del limitado y fracturado desarrollo de las capacidades científicas y tecnológicas que existía a inicios de la década de 1970.

De acuerdo con el estudio del “sistema científico tecnológico” del Consejo Nacional de Investigación, en 1970 las actividades de investigación y desarrollo estuvieron lideradas por 193 institutos —entre empresariales, universitarios y gubernamentales— y 1925 científicos y técnicos a nivel nacional. Como era de esperarse, el sistema superior educativo o universitario centralizaba el mayor número de institutos, personal, proyectos y recursos financieros. Paradójicamente, esta concentración no favoreció las actividades de desarrollo experimental más próximo a los sistemas productivos, ya que el subsector de “ingeniería y tecnología” encargado de esta labor era ampliamente superado en iniciativas y recursos por subsectores más atractivos, como el de “ciencias exactas y naturales” y las “ciencias médicas”. Mientras que estos últimos sumaban un total de 61 dependencias con 356 proyectos en curso, el de ingeniería y tecnología apenas tenía 15 institutos que impulsaban 45 proyectos (CONI 1975, 12, 43-45). Por otro lado, aunque la universidad peruana experimentó un crecimiento inusitado de sus estudiantes de ingeniería, duplicando su número entre los años de 1960 y 1970, principalmente en la Universidad Nacional de Ingeniería, a nivel general el aumento de las especialidades orientadas a las tecnologías fue inferior al de las profesiones tradicionales, como las ciencias sociales. Como si fuera poco, un porcentaje de los profesionales técnicos y científicos graduados eran susceptibles a emigrar a las naciones desarrolladas en búsqueda de mejores oportunidades, dándose así el fenómeno calificado como “fuga de cerebros” (Sagasti 1975, 867-868).

En el ámbito general las actividades desempeñadas por los institutos a nivel nacional mostraban poco diálogo entre ellos y una desconexión con las urgencias nacionales sobre todo del sector productivo. Gran parte de las investigaciones se llevaban de forma independiente, tenían escasa difusión y no existía un equi-

librio en las áreas exploradas, ya que algunas disciplinas gozaban de mayores recursos foráneos y locales, como el subsector agrario, las ciencias médicas, y las ciencias exactas y naturales (CONI 1975, 44-47). Analizado desde una perspectiva regional, existía en las comunidades científicas de América Latina una predisposición por abordar temas “exóticos”, inspirados por la tendencia del momento o “moda científica” y con el objetivo de ganar prestigio en la comunidad científica internacional (Sagasti 1977, 24-25). En resumidas cuentas, según con el Consejo Nacional de Investigación, los conocimientos producidos desde el sector estatal no lograban servir de insumo a otras dependencias y mucho menos a las industrias manufactureras que, de manera independiente, realizaban sus propias actividades de desarrollo experimental y de investigación aplicada, configurando así el cuadro típico del subdesarrollo (CONI 1975, 44-47).

Para muchos especialistas y profesionales técnicos, el desenvolvimiento fallido del sistema tecnológico nacional o —en el peor de los casos— su ausencia no solo había acentuado la dependencia del aparato productivo peruano a las tecnologías foráneas, sino además neutralizado cualquier iniciativa que pudiera desplegar sus competencias locales. Salir del abismo del subdesarrollo implicaba reformas profundas en el sistema universitario y en el sector productivo para aunar sus competencias en la línea directriz del programa económico del gobierno revolucionario. Una de las mejores síntesis que explica los principales aspectos que los militares progresistas y sus profesionales técnicos buscaron transformar para fomentar la capacidad nacional de generación y conducción tecnológica lo podemos ubicar en el discurso del director general del Itintec. En 1975, el ingeniero Isaías Flit enumeró siete “preocupaciones” que “todos los profesionales” debían tener en cuenta en sus actividades para contribuir al desarrollo nacional

desde la ciencia y la tecnología. Estas siete pautas eran 1) enfocar las investigaciones a la resolución de los problemas nacionales, 2) evaluar las deficiencias y potencialidades del sistema universitario, 3) estudiar la mejor manera de aprovechar los recursos humanos y de infraestructura en ciencia y tecnología, 4) establecer un diálogo permanente entre los proyectos de los investigadores y los requerimientos de la producción industrial, 5) formar a los agentes del cambio tecnológico con capacidades para seleccionar y adaptar las tecnologías importadas, 6) generar mecanismos para emplear al máximo los recursos, legales, administrativos, financieros e institucionales brindados por el gobierno militar, y 7) capacitar en los proyectos de investigación a los nuevos profesionales y técnicos que el país requería (Itintec 1976b, 1-2). Si bien para el año de la conferencia muchos de los puntos señalados por Flit estaban siendo atendidos, especialmente en el sector productivo a través del Itintec, es necesario explicar cómo esta institución se llegó a implementar y dio cabida a innovadoras líneas de investigación.

“Un complejo esfuerzo para crear una tecnología nacional”. Los primeros años del Itintec

Desde los primeros meses del GRFA, quedó en evidencia la relevancia que la investigación tecnológica tendría en la transformación socioeconómica del país. Como muchas otras reformas transcendentales —lo que explica también la rigurosa verticalidad del poder en el velascato—, las políticas de desarrollo tecnológico se impusieron “desde arriba” a través de decretos que luego fueron materializados por autoridades con perfil técnico y especialistas. La promulgación de la Ley General de Industria, en 1970, fue considerada por los adherentes al gobierno como un parteaguas en la evolución de una política que promoviera las capacidades técnicas en la industria nacional. Sin embargo, una de las primeras medi-

das llevadas a cabo fue la creación del Consejo Nacional de Investigación en noviembre de 1968, dependencia que estaría destinada a definir las prioridades de investigación a través de un fondo propio y un sistema nacional que reuniría a los institutos y laboratorios del país. Las desavenencias políticas que surgieron entre su principal impulsor, el general Ángel Valdivia, y el presidente Juan Velasco Alvarado, y pese al esfuerzo de personajes como el ingeniero Mario Samamé por revitalizarla redujeron su labor a la realización de estudios de diagnósticos y propuestas de sistematización de actividades científicas y tecnológicas (Huamaní 2013, 40-41; Sagasti 1995, 32). En su lugar, el Gobierno apostó por un sistema que descentralizara las actividades de investigación a través de institutos sectoriales enfocados en áreas determinadas de la producción y la telecomunicación.

El ambicioso proyecto de industrialización de los militares —plasmado en la Ley General de Industrias— dispuso la creación del Itintec y la implementación de un novedoso mecanismo de financiamiento (Flit 1994). Aunque esta dependencia estuvo enfocada inicialmente en la investigación tecnológica y la normalización técnica y, con el paso del tiempo, a la regulación de la propiedad industrial, la transferencia de tecnología y la información técnica (Itintec 1979, 6), para efectos de este artículo nos enfocamos en las disposiciones estatales orientadas al desarrollo tecnológico. Desplegar estas competencias no sería tarea sencilla. La Ley General de Industria y la Ley Orgánica del Itintec establecieron los lineamientos generales de la política industrial y los pormenores de la investigación tecnológica, no obstante, la implementación de una política tecnológica nacional sería un trabajo de largo aliento que necesitaría la colaboración de asesores y especialistas civiles, sobre todo profesionales técnicos.

Como sucedía en otros regímenes autoritarios de la región, el GRFA contó con la participación de civiles en las esferas afines al diseño de las reformas estructurales (Silva 2010). La oportunidad histórica y la capacidad de maniobra que hallaron en las políticas revolucionarias llamaron la atención de destacados intelectuales, académicos, políticos, profesionales técnicos, entre otros, que se adhirieron al régimen militar como asesores de alto nivel y apoyos civiles. Fue muy común que estos actores se insertaran en la administración pública y ocuparan importantes cargos técnicos en los órganos de poder muy cercanos al núcleo duro de Velasco —el mayor ejemplo fue el Comité de Asesoramiento del Presidente de la República— además, en algunos casos, contribuyeron en la construcción de un discurso ideológico-revolucionario (Rojas 2021, 34-41; Sánchez 2002, 113-118). De este amplio colectivo de especialistas, cabe destacar la participación de tecnócratas e ingenieros que, de acuerdo con Mark Carey, durante el gobierno militar expandieron y solidificaron ese protagonismo que venían cosechando desde finales del siglo XIX (Carey 2018, 320-321). En el caso que nos ocupa, es significativo el rol que desempeñaron los profesionales técnicos desde el Itintec al gestionar el desarrollo de una “tecnología nacional”, ejecutar sus políticas a través de innovadoras líneas de investigación y dotar de un perfil propio a sus investigaciones.

Si bien la esfera ideológica no fue un lugar común entre militares y civiles, distinguiéndose este último sector por su pluralidad política; ambos compartían un sentimiento colectivo por renovar los cimientos de la sociedad peruana. Esta confluencia amparada en la transformación, pero sujeta a la verticalidad del poder castrense, llevó a muchos civiles de perfil técnico a alinearse a los parámetros del pensamiento reformista militar (Sánchez 2022, 113-118). Dentro del marco discursivo difundido por auto-

ridades militares y profesionales técnicos en favor del desarrollo tecnológico nacional, es posible hallar una concepción común y singular de lo que la revolución consideraba por “investigación tecnológica” y qué esperaba de ella. El director general del Itintec, el ingeniero Isaías Flit, la definió como la “aplicación de la imaginación de los peruanos en la búsqueda de soluciones propias a nuestros problemas técnicos” (Flit 1974, 15). De igual forma, el ministro de Industria, Jiménez de Lucio, consideró que la finalidad de la investigación era “lograr que los problemas de nuestra industria se resuelvan, mediante el ejercicio de la imaginación de nuestros profesionales y técnicos, en base a un esfuerzo innovativo en el que debían de participar todos los trabajadores peruanos” (Flit 1974, 29). En esta metodología, la imaginación actuaba como una fuerza creadora, resultado de la experiencia colectiva y unificadora de una pluralidad de actores (trabajadores, empresarios, docentes, alumnos, profesionales, técnicos, entre otros) que al estar inmersos desde sus campos y dependencias en el sector productivo conocían a fondo su problemática y potencial. La generación de una tecnología que liberara el desarrollo industrial de la humillante dependencia extranjera era una tarea que involucraba a todos los peruanos sin distinción alguna (Jiménez 1974, 30).

Por otro lado, las autoridades consideraron que la solución de los problemas técnicos de la industria implicaba el desarrollo de un amplio espectro de actividades tecnológicas que debían estar organizadas en proyectos o líneas de investigación interdisciplinarias. Esta propuesta tenía como objetivo dejar atrás la forma tradicional en la que estaban constituidas las investigaciones; es decir, esquemas verticales formados por dependencias especializadas, ya sea por disciplinas o ramas de la ciencia y la tecnología, además de evitar las cansinas discusiones que gravitaban en torno a la separación de las investigaciones básicas y aplicadas (Sagasti

1975, 871; Flit 1974, 16). En la lógica de las autoridades, al ser los industriales los que mejor conocían las falencias, necesidades y proyecciones de su sector, estos debían formular los proyectos por investigar, enmarcados en las prioridades de la política de desarrollo industrial nacionalista. Para llevar a cabo estas propuestas, el GRFA derivó un flujo de recursos inédito en las políticas de ciencia y tecnología peruanas. Se dispuso que el 2 % de la renta neta de las empresas industriales se destinara a la investigación industrial y sea administrado por el Itintec (Ley General de Industria, 1970). De esta manera, los industriales podían presentar sus proyectos, y si estos eran aceptados por la Dirección de Tecnología del Itintec, obtenían la posibilidad de dirigirlos con sus propios equipos o derivarlos a los centros universitarios, institutos de investigación, personas naturales o al personal técnico del Itintec. Si en caso eran rechazados o se abstuvieran de participar, los fondos pasarían a los programas impulsados por la dependencia rectora (Itintec 1979, 10). En palabras del ministro de Industria, el Itintec estaba creando un “sistema de interrelaciones estrechas entre las empresas industriales las universidades, los centros de investigación y toda persona capaz de aportar ideas y conocimientos” (Jiménez 1974, 12). En esa red de relaciones tejidas por el Itintec, la universidad peruana tendría un rol gravitante para el desarrollo de las capacidades tecnológicas.

Para la década de 1970, la universidad peruana seguía concentrando los mayores recursos estatales dedicados a la labor científica y tecnológica y, a pesar de las voces contrarias, sus miembros ansiaban fortalecer esa condición. A propósito de la ceremonia que celebraba el convenio de diversas universidades con el Itintec en 1975, el presidente del Consejo Nacional de Universidades del Perú, el químico Juan de Dios Guevara, reclamó para la universidad la “capacidad y el derecho a la investigación científica”, ya que

esta era la “madre de la eficacia y del progreso industrial” que formaba a los profesionales técnicos que hacían posible su desarrollo (Itintec 1975a, 2-4). Esta imagen fecundadora de la universidad, así como de portadora de recursos especializados, era compartida por los tecnócratas de la revolución que privilegiaron su inclusión en el sistema de desarrollo tecnológico. Recordemos que en sus “preocupaciones”, Flit había hecho un llamado para “estudiar nuestro sistema universitario con minuciosidad científica” (Itintec 1976b, 1-2). Así, los técnicos del Itintec procedieron a divulgar y discutir la política de desarrollo tecnológico en las casas de estudio del país y a indagar sobre los recursos universitarios (Itintec 1975b, 1-2). A partir de 1975 fue común el desplazamiento de funcionarios de la Dirección de Tecnología a las universidades públicas del país, llegando a recorrer en una sola gira las ciudades de Trujillo, Chiclayo, Arequipa, Pucallpa, Iquitos y Huancayo (Itintec 1975e, 4). En el mes de septiembre ya se habían establecidos convenios de cooperación con la UNI, la Universidad de San Marcos y la Universidad Nacional Agraria (Itintec 1975a, 2-4). Por otro lado, se inició un proceso de identificación y sistematización de los recursos humanos y de infraestructura en ciencia y tecnología. En una de las primeras convocatorias de registro de profesionales y técnicos se llegaron a inscribir 900 especialistas (Itintec 1974, 3). Paralelamente, se solicitó información a las universidades de sus equipos y laboratorios. La identificación de la capacidad tecnológica instalada ayudaría a la implementación de una base de datos pública que se posicionaba clave para el aprovechamiento racional de los recursos y su adecuada canalización en los proyectos de investigación a ejecutar. De esta manera, a través del Itintec se fomentaría un ambiente de estrecho diálogo entre la universidad y las empresas industriales, en donde docentes investigadores y estudiantes podían participar y perfeccionar su

formación dirigiendo o asistiendo las demandas de conocimiento y tecnología que la industria requería para su progreso. En líneas generales, se estaban estableciendo lazos entre la producción, la investigación tecnológica y los centros de enseñanza a nivel nacional.

Hasta 1979, el Itintec había logrado conducir importantes programas de investigación. Si bien es complejo definir el éxito de estos proyectos, aun teniendo en cuenta la férrea oposición de un sector del gremio industrial a las políticas reformistas, principalmente la Sociedad Nacional de Industrias (Zapata 2018, 67-75), su implementación era considerada por los funcionarios una prueba de la viabilidad del sistema tecnológico. En una de las primeras convocatorias, llevadas a cabo a inicios de 1975, el Itintec había recibido 189 proyectos por un monto de 350 millones de soles; 160 propuestas habían sido enviadas por las empresas industriales, mientras que 27 por la universidad y otras dependencias, y las restantes, por personas naturales (Itintec 1975d, 1-2). Durante la segunda mitad de los años setenta, se habían evaluado 386 propuestas, de las cuales 259 fueron autorizadas con una inversión de 820 millones de soles (Itintec 1979, 18). Paralelamente, el Itintec desarrollaba sus propios programas de investigación de “prioridad nacional” a través de la Dirección de Tecnología y, cuando lo requería, contratava los servicios de otras dependencias, sobre todo universitarias. En contraste con las costosas áreas en las que se desenvolvían los proyectos industriales, destacándose —destacaban la de productos químicos y de alimentos, y el impacto directo que producían en la economía—, esta Dirección apostó por la implementación de tecnologías menos complejas y costosas, que aprovecharan los recursos locales disponibles y sirvieran como fuente de desarrollo a sectores que históricamente habían sido marginados por el Estado oligárquico. Al igual que otras políticas

estructurales, como la reforma agraria, las medidas dispuestas en el campo de la investigación tecnológica industrial tuvieron como sujeto y escenario de reivindicación a los pobladores de las zonas rurales costeras y andinas. Para los profesionales técnicos del Itintec, el atraso material de las comunidades campesinas se podía explicar como efecto de “problemas tecnológicos” que podían ser revertidos a través de la transferencia de artefactos diseñados a la medida de los recursos naturales y sus particularidades socioculturales y económicas. La crisis mundial que asediaba a la producción de petróleo en la década de 1970 y la ausencia de este recurso energético en las zonas rurales del país llevaron a estos actores a desarrollar tecnologías que aprovecharan los recursos renovables, como la energía solar.

El Itintec y los programas de energía solar

Para la década de 1970, la investigación y el desarrollo en tecnologías en energía solar volvieron a tomar impulso como una alternativa energética a causa de la crisis global de la producción de petróleo y los pronósticos desalentadores que indicaban el ineludible agotamiento de este recurso. A pesar de que estas experiencias tuvieron distintas escalas de intensidad y no lograron situar a las tecnologías solares en una posición hegemónica, cabe destacar la circulación de los conocimientos alcanzados por medio de una red tejida por especialistas, grupos de investigación universitarios y empresarios distribuidos principalmente en el mundo occidental (Arellano-Escudero 2018). Por su parte, en Perú, al igual que otras naciones de la región, contaba en los años sesenta con considerables progresos en el campo de la energía solar. Si por un lado, el uso de artefactos termosolares artesanales fue algo común en el sur del país —al punto que algunos ingenieros establecieron sus orígenes en los albores del siglo xx—; por el otro, se contaba con

un grupo de ingenieros que a su paso por el Instituto de la Energía de la Universidad Nacional de Ingeniería, en algunos casos, universidades extranjeras, como el MIT, desarrollaron estudios de análisis teórico, tejieron lazos con organismos internacionales y divulgaron las virtudes de la radiación solar en el progreso de las regiones altoandinas (Amaya 2023; Coz 1983, 13). Así también, algunos de estos jóvenes expertos pasaron a formar parte de proyectos financiados y dirigidos por ministerios estatales y Fuerzas Armadas. Para esta década se puede constatar la cercanía y las coincidencias —aunque no siempre ideológicas— entre civiles profesionales técnicos y militares respecto de la investigación de las energías no convencionales.

Resulta interesante destacar que, con la irrupción del velascato, varios de estos especialistas fueron llamados para materializar los proyectos de la revolución, como el del sistema tecnológico nacional. El caso más notable fue el del ingeniero Isaías Flit, quien luego de integrar la Oficina de Investigación y Desarrollo del Ministerio de Marina, dirigido por el contraalmirante Alberto Jiménez de Lucio, a mediados de los años sesenta, fue convocado por este último para la institucionalización del Itintec, en calidad de director general. Esta red de influencia que llegaba a la médula misma del poder por medio de la figura ministerial de Jiménez y el carácter maleable de las políticas castrenses en el desarrollo tecnológico permitieron la llegada de ingenieros que habían tenido una experiencia previa en el estudio de los recursos solares. Entre ellos destacaban jóvenes egresados de la Universidad Nacional de Ingeniería, cuyas inquietudes técnicas coincidían con el de la “revolución peruana”. De acuerdo con su propio testimonio, Flit actuó como intermediario en la llegada de jóvenes especialistas que pasaron a ocupar puestos clave en el Itintec, como ocurrió con el ingeniero mecánico Alfredo Oli-

veros, quien ocupó el mando de la Dirección de Tecnología.¹²⁴

Así se pueden citar otros casos de investigadores, como el de Federico Coz, Javier Verástegui, Gustavo Flores Guevara, Rafael Espinoza, entre otros. Esta circulación les permitió continuar con esas indagaciones técnicas nacidas en las aulas universitarias. No obstante, esta vez contaban con un andamiaje institucional más amplio y mayores recursos que les permitieron investigar, diseñar, ensayar y transferir tecnologías termosolares a comunidades rurales establecidas en las regiones más pobres del país. Como veremos a continuación, se puso en marcha un programa de investigación en energías renovables que aprovechó las virtudes del sistema tecnológico nacional en marcha.

La abrupta geografía del territorio peruano representó, desde los albores de la vida republicana, un gran desafío para el Estado y sus élites profesionales en el camino de propiciar el desarrollo nacional. A lo largo de la historia peruana, las épocas de bonanza económica favorecieron la modernización de Lima y las principales ciudades del país a través de la irrupción de nuevas tecnologías. Estos dispositivos y sistemas transformaron recursos energéticos convencionales como combustibles fósiles y la energía hidráulica en energías que iluminaron el espacio público y los hogares urbanos, ampliaron los medios de entretenimiento y terapéuticos mediante novedosas tecnologías, acortaron las distancias geográficas a través de la velocidad y fuerza de vehículos motorizados, expandieron y automatizaron la producción, especialmente agrícola en las haciendas costeras y serranas, entre otros cambios (Gonzales 2016, 81-116). Sin embargo, los beneficios de estas energías no lle-

¹²⁴ Entrevista a Isaías Flit. Lima, 15 de abril de 2019.

garon a superar el histórico centralismo urbano por el alto costo que implicaba el desarrollo de infraestructuras que los trasladaran al medio rural y, por ende, a las comunidades campesinas.

Para el momento en que el GRFA se instauró en el poder, gran parte de estos pobladores estaban acentuados de manera dispersa en la serranía y seguían satisfaciendo sus demandas energéticas a través de recursos orgánicos o biomasa (leña, estiércol y bagazo). Al juicio de algunos ingenieros poseídos por la idea civilizatoria de la energía, estas limitaciones explicaban el estancamiento histórico o “estado fosilizado” del poblador andino (Vargas 1966, 3; Basalla, 1979). Por su parte, el equipo del Itintec consideraba que estos recursos tradicionales eran insuficientes para hacer frente a las condiciones geográficas y climáticas de la costa norte y la serranía, y más aún en periodos en los que el flujo de la temperatura podía llegar a valores extremos, ya sean heladas y friajes u olas de calor, lo que perjudicaba las actividades domésticas y productivas (Oliveros y Verástegui, 1981). Con el uso de tecnologías y sistemas que aprovecharan las energías naturales, los ingenieros buscaron resolver algunos de los problemas generados por la falta de agua o las temperaturas extremas, como las aguas heladas o salinas de difícil consumo, viviendas expuestas a la inclemencia del frío, frutos y tubérculos desperdiciados por su pronta putrefacción, ganados y cultivos perdidos.

En las evaluaciones técnicas elaboradas desde los años sesenta, la radiación solar no solo era presentada como una alternativa energética que podía hacer frente al inminente agotamiento de los recursos fósiles, sino también como un potencial recurso útil en zonas remotas en las que las energías convencionales no podían llegar. Así, técnicos como Javier Verástegui estimaron a la energía solar como la “mejor alternativa”, describiéndola como “abundante, descentralizada, no contaminante y potencialmente

barata” (1984, 13). En 1966, el ingeniero Adolfo Vargas afirmó que los pueblos altoandinos eran los más promisorios para aprovechar la radiación solar, ya que eran “los primeros en recibir los rayos del sol, cuentan con cielo diáfano, libre de humedad y contaminación atmosférica propia de las ciudades costeñas” (1966, 3). En el mapa solar producido años más tarde por el ingeniero César Kadono, las ciudades del centro y sur del país (Arequipa, Puno, Junín, Ayacucho, Ica, Moquegua y Tacna) fueron identificadas como las de mayor intensidad y permanencia de radiación solar (Kadono 1972, 8). Estas y otras experiencias y estimaciones procedentes de la literatura extranjera fortalecieron la certeza de que el aprovechamiento racional de la radiación solar y recursos renovables podía ser una fuente de progreso para las comunidades campesinas. De esta manera, al poco tiempo de creado el Itintec, la Dirección de Tecnología estableció el Programa de Energías Naturales que, en 1978, por la importancia que habían tenido los proyectos hidráulicos, se pasó a dividir en el Programa Microcentrales Hidroeléctricas y el Programa de Energías Naturales No Convencionales (Itintec 1979, 29). Si bien esta última línea de investigación estuvo abocada al desarrollo de tecnologías eólicas y termosolares, para los objetivos de este artículo nos enfocamos en este último campo.

El Programa de Energías Naturales estuvo constituido en dos etapas diferenciadas, pero graduales, de tal forma que en cada una de ellas se abordó un espacio distinto de acción con sus respectivas problemáticas y soluciones tecnológicas. Si en la primera etapa los investigadores desarrollaron artefactos y sistemas experimentales de menor escala para dotar de energía las actividades domésticas y productivas de familias campesinas; en la siguiente, sirviéndose de la experiencia acumulada, se enfrascaron en la tarea de implementar una industria de equipos y sistemas termosolares orienta-

dos a las grandes empresas, dependencias públicas y el mercado. En contraste con el decenio anterior, donde el acercamiento a la energía solar se había limitado a lo teórico, esta vez, al contar con los medios económicos y una amplia literatura disponible, los profesionales técnicos se orientaron a una labor ejecutiva, donde el principal desafío radicaba en “adaptar” los avances tecnológicos a la medida de las carencias y potencialidades del medio rural costero y andino. De esta manera, si bien los métodos de cálculo provenían de la bibliografía especializada, la labor innovadora radicaba en diseñar artefactos termosolares simples, eficientes, baratos y, sobre todo, que pudieran ser reproducidas de manera artesanal o en pequeños talleres por los lugareños (Coz 1983, 15). Siguiendo el marco temporal de este trabajo nos abocamos a la descripción de la primera etapa mencionada.

Como se ha señalado, el empleo de dispositivos solares de mediana complejidad no fue una práctica desconocida en el Perú de la revolución militar. Desde los años treinta, el sur del país, precisamente en la ciudad de Arequipa, venía acumulando una valiosa experiencia en el uso de calentadores solares de agua. Más tarde, a comienzos de la segunda mitad de la centuria, estos y otros dispositivos, como destiladores y cocinas solares, pasaron a ser estudiados por ingenieros y técnicos residentes en Lima, quienes evaluaron teóricamente sus posibilidades aplicativas (Meza 1970; Vargas 1966; Pareja 1963).

Figura 1



Nota: Prototipo de calentador solar puesto a prueba por expertos del Itintec, la Universidad Nacional de Ingeniería y la Universidad Nacional Agraria (Vargas 1976, 11).

La irrupción del GRFA y sus políticas tecnológicas establecieron las condiciones para materializar esas iniciativas gestadas en los centros universitarios; 1976 sería un año especial para el desarrollo de las tecnologías termosolares no solo porque marcó el inicio oficial del Programa de Energías Naturales, sino también por la diversidad de proyectos ejecutados.¹²⁵ Es, precisamente, en abril cuando la prensa empezó a registrar las primeras noticias sobre el estado del proyecto inaugural Desarrollo de Unidades Modulares de Colectores Solares, dirigido por el ingeniero Alfredo Oliveros (Itintec 1976c, 5). De acuerdo con esta nota, gracias

¹²⁵ Si bien existe información que señala que el proyecto de Desarrollo de Unidades Modulares de Colectores Solares empezó en octubre de 1975, hemos preferido considerar los datos de la narrativa oficial del Itintec, el cual establece 1976 como el inicio del Programa de Energías Naturales.

al financiamiento directo del Itintec se había logrado constituir un equipo multidisciplinario de físicos e ingenieros mecánicos de la UNI, que se encargó de construir colectores y equipos solares para el calentamiento de agua y secado solar, y de evaluar los parámetros físicos de sus componentes (Quiñones y Ueda 2010, 118). Posteriormente, los prototipos implementados fueron puestos a prueba en la estación meteorológica Alexander von Humboldt de la Universidad Nacional Agraria (Vargas 1976, 13). Estas unidades modulares servirían como “patrones de referencia” de los diseños que se realizarían en lugares representativos de las zonas rurales. De esta manera, en los posteriores años se fue reportando la instalación de prototipos de calentadores solares de diversas dimensiones (Figura 1). En junio de 1976, el equipo del Itintec anunció el deseo por instalar calentadores de agua en algunos centros educativos de Puno y Huancayo, concretándose únicamente la instalación de un equipo de 200 litros de capacidad en esta última ciudad (La Prensa 1976, 17). Más tarde, afines de 1978, ocurriría lo mismo, pero esta vez el artefacto estuvo destinado a una quesería de San Juan de Chuquibambilla de Puno (Canedo 1978). Quizás una de las experiencias más interesantes en esta etapa —y de la que no tenemos mayores registros— fue la implementación de prototipos unifamiliares de 150 litros en campamentos mineros de Casapalca y Morococha (Palacios 1986, 5).

Al tiempo que se implementaban calentadores solares de agua, el equipo desarrolló prototipos de deshidratadores solares. La escena recurrente y paradójica de centros poblados pobres que a falta de una infraestructura vial que los comunicara con los mercados urbanos dejaban que se descompusieran grandes cantidades de sus frutos producidos motivó a los ingenieros a potenciar “ancestrales” prácticas en su valoración, como el secado a la intemperie, pero esta vez empleando dispositivos que aprovecharan

racionalmente la radiación solar. De esta manera, desde 1975, en la estación Alexander von Humboldt se estudió inicialmente el comportamiento de colectores solares elaborados con calaminas planas y corrugadas, y la distribución del aire caliente en las cámaras de secado, para luego hacerlo de manera conjunta usando como fruto de ensayo el melocotón blanquillo (Espinoza 1979, 13). Esta planta portátil de secado solar fue puesta en práctica en Chosica y Huayupampa (Lima), lugares reconocidos por ser productores de melocotón (Oliveros 1977, 2). Así también, se puso en evaluación, en la ciudad de Huancayo, otra planta compuesta por dos colectores planos modulares y una cámara de secado elaborados con materiales disponibles en la región. Con la finalidad de reemplazar la harina de trigo importada, esta vez se ensayó con tubérculos como papa y yuca (Oliveros y Verástegui 1981, 11). Más que una industria de la fruta seca, en el país, especialmente en el sur, existía una pluralidad de empresas que practicaban el secado de productos (uvas, higos, lúcuma, plátano, melocotones, guindas) a la intemperie o empleando métodos convencionales (Espinoza 1979, 8-12). Se consideraba que el uso de dispositivos solares para la deshidratación de frutos no solo sería una fuente de ingresos para las comunidades campesinas, sino que abriría el camino para el desarrollo potencial de la industria nacional.

Paralelamente a las investigaciones de colectores realizadas en las instalaciones de la UNI, en el norte y sur del país se experimentaban otros sistemas y artefactos. En junio de 1976 el *Boletín*, revista oficial del Itintec, informó sobre la construcción de una planta de desalinización activada con energía solar en la comunidad de Castilla, provincia de Piura (Itintec 1976a, 4). Estas y otras comunidades ubicadas en la región más desértica del Perú carecían de un flujo constante de agua para sus actividades domésticas y agrícolas, y se servían estacionariamente del río Piura

y de pozos lejanos de aguas salinas para el riego de sus tierras y la hidratación de su ganado, respectivamente. Para cambiar esta realidad apremiante y aprovechar los recursos naturales locales, el equipo dirigido por el ingeniero Guido Ucelli diseñó una planta piloto compuesta por 8 destiladores solares con techos de vidrio en forma de V, un molino de viento con rotor tipo savonius, una bomba y varios reservorios de agua. A través de la circulación del agua salobre extraída de pozos por este sistema de artefactos solares y eólicos, construido con materiales y mano de obra locales, se esperaba obtener agua apta para el consumo humano (Oliveiros y Verástegui 1981, 10). Cabe destacar que el proyecto no solo tuvo como finalidad cubrir las demandas del recurso hídrico de la población norteña, sino también realizar evaluaciones técnicas necesarias para su continuo perfeccionamiento.

En la región sur, precisamente en la provincia de Ayacucho, se estaban evaluando otros tipos de artefactos solares mediante un convenio directo entre el Itintec y el Instituto de Investigaciones de Aplicaciones de Energías Naturales, vinculado a la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. Esta dependencia, creada en 1972 por el matemático Maximiliano Durand, contó con aproximadamente 250 000 soles para el desarrollo de dispositivos que aprovecharan la energía solar como fuente de calor, tales como cocinas, deshidratadores y termas solares (Vargas 1976, 13). En contraste con sus colegas técnicos, que mostraron tímidamente el sustento ideológico de sus proyectos emprendidos, Durand manifestó abiertamente que sus actividades tenían como objetivo implementar tecnologías que permitieran el desarrollo de una “industria artesanal” a “quienes poseen la mano de obra y no el capital”. En vista del alto costo que resultaba el uso de combustible en las labores domésticas de las familias ayacuchanas, el Instituto de Investigaciones de Aplicaciones de Energías Naturales elaboró

varios modelos de cocinas solares familiares empleando diversos materiales, tales como arcilla, barro cocido y acero inoxidable. Para finales de 1980, Durand afirmó haber diseñado dos cocinas solares (Ayacucho 54 y Ayacucho 90) bajo su concepto de “tecnología artesanalmente industrializable”, las cuales destacaban por su alto poder de concentración de radiación y la cocción de alimentos en un tiempo medianamente superior al de una cocina que empleaba kerosene (El Diario Marka 1980, 11). No obstante, al parecer, estos artefactos no tuvieron la aceptación deseada en algunas comunidades (Coz 1983, 18). En cuanto al campo del secado solar, donde además el instituto era pionero (Espinoza 1975, 1), se había logrado superar la fase de ensayos con frutas y vegetales locales, y se elaboraron deshidratadores solares de manera artesanal y se difundieron las posibilidades económicas de la comercialización de productos secos (Espinoza 1979, 12).

Consideraciones finales

Los trabajos de experimentación en artefactos termosolares del Itintec supervivieron al fin del GRFA, especialmente a la llamada “segunda fase”, llegando a otras regiones del Perú y superando la capacidad de los dispositivos diseñados. En el balance realizado por el ingeniero Federico Coz, en uno de los estudios más completos sobre el desarrollo tecnológico solar peruano, se asevera que el Perú contaba para 1980 con una “tecnología nacional” en el campo de los colectores solares de agua de uso doméstico y que podía ser reproducida artesanalmente, mientras que en el sector de secado de productos agrícolas y calefacción aún quedaba “trabajo por realizar, a fin de elevar la eficiencia y obtener mayores temperaturas de aire” (Coz 1983, 15). Por su parte, los técnicos Alfredo Oliveros y Javier Verástegui no solo resaltaron el logro del Itintec al poner a disposición del país y de la región “tecnologías

energéticas apropiadas al desarrollo del medio rural”, sino además por haber creado una “red nacional tecnológica”, conformada por “equipos multidisciplinarios y descentralizados de investigación, así como laboratorios y talleres básicos especializados” (Oliveros y Verástegui 1981, 13).

Efectivamente, el sistema tecnológico nacional impulsado por el GRFA y sostenido por el Itintec permitió que al mismo tiempo que se establecieron los convenios de financiamiento de proyectos de desarrollo tecnológico en energía solar surgieran grupos de investigación en distintas universidades del país que luego conformarían una red nacional que aspiraba a la descentralización. Los casos de los grupos de investigación de la Universidad Nacional de Ingeniería y del Instituto de Investigaciones de Aplicaciones de Energías Naturales son quizás las experiencias más importantes en este periodo y las que han sido escasamente exploradas. En lo que respecta a la Universidad Nacional de Ingeniería, a la par de la realización del proyecto de colectores solares, se fueron formando grupos de investigación, tanto en el Departamento de Física como en el de Energía y Mecánica, liderados por el físico Manfred Horn y el ingeniero mecánico Rafael Espinoza, respectivamente. Ambos no solo tendrían un rol gravitante en la investigación de nuevas formas de aprovechar la energía solar, especialmente a través del desarrollo de celdas solares, sino además en la institucionalización de las energías renovables por medio de la creación de la Segunda Especialización Profesional en Energía Solar en el Programa de Ciencias y la Asociación Peruana de Energía Solar.

Referencias

Aguirre, C. y Drinot, P. Introducción. *La revolución peculiar. Repensando el Gobierno Militar de Velasco*, editado por C. Aguirre y P. Drinot, Instituto de Estudios Peruanos, 2018.

- Amaya, E. “Solar energy in Peru: The Energy Institute of the National University of Engineering (1962-1969)”. *ICON. The Journal of the International Committee for the History of Technology*, vol. 27, n. 2, 2022, 72-89.
- Arellano-Escudero, N. “Búsquedas paralelas del poder solar en la década de 1970: MIT, Universidad de Barcelona, Corfo y Batelle Institute”. *Quaderns d’Història de l’Enginyeria*, vol. XVI, 2018, 261-276.
- Basalla, G. “Energy and Civilization”. *EPRI Journal*, vol. 4, n. 6, 1979, 21-25.
- Bravo, J. *Aproximación crítica a la tecnología en el Perú*. Asociación Cultural Peruano Alemana, 1982.
- Campodónico, H. “El proceso económico”. *Perú. La búsqueda de la democracia*. Tomo 5, coordinado por A. Zapata. Taurus y Fundación Mapfre, 2015.
- Canedo, J. “Por la ruta del sol”. *La Imagen*, n. 188, 1978.
- Carey, M. “Regando el desierto, alimentando la revolución: la influencia de Velasco en las leyes del agua y la agricultura en la costa norte del Perú (Chavimochic)”. *La revolución peculiar. Repensando el Gobierno Militar de Velasco*. Instituto de Estudios Peruanos, 2018, 319-352.
- Consejo Nacional de Investigación (CONI). *Potencial científico-tecnológico del Perú*. Organización de los Estados Americanos, 1975.
- Coz, F. “La energía solar en el Perú”. *Inti-Llamkachiy*, vol. 1, n. 1, 1983, 7-29.
- El Diario Marka. “Ayacucho ingresa a la era de la energía solar”. 1980, 11.
- Espinoza R. “Colectores solares planos para calentamiento de aire”. 3.^a Reunión del Congreso Nacional de Ingeniería Mecánica Eléctrica y ramas afines. Memorias de Trabajo, 1975.

- Espinoza, R. *Diseño de una planta piloto de secado solar para 15 kg/día (promedio) de melocotón*. Proyecto para obtener el título profesional de ingeniero. Universidad Nacional de Ingeniería, Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica, 1979.
- Flit, I. “El papel del Itintec”. *Hacia una política tecnológica nacional*, 1974.
- Flit, I. “Políticas económicas e instituciones tecnológicas. Un estudio de caso: el Itintec”. *Espacios*, vol. 15, n. 1, 1994. <https://www.revistaespacios.com/a94v15n01/110941501.html>
- Funes, P. *Historia mínima de las ideas políticas en América Latina*. El Colegio de México, 2018.
- Gonzales, M. *Azúcar y trabajo. La transformación de las haciendas en el norte del Perú 1860-1933*. IEP-BCRP, 2016.
- Huamaní, E. *Samam*. Eduni, 2013.
- Itintec. “Ministro de Industria y Turismo destaca significación de la tecnología nacional”. *Boletín Itintec* n. 4, 1974, 1.
- Itintec. “Itintec y las universidades: hacia un objetivo común”. *Boletín Itintec* n. 21, 1975a, 24.
- Itintec. “La investigación tecnológica industrial y la universidad”. *Boletín Itintec* n. 18, 1975b, 1-2.
- Itintec. “Condicionamiento en transferencia de tecnología eliminará Itintec”. *Boletín Itintec* n. 17, 1975c, 4.
- Itintec. “El complejo esfuerzo por crear una tecnología nacional”. *Boletín Itintec* n. 15, 1975d, 1-2.
- Itintec. “Itintec promueve tecnología industrial a nivel nacional”. *Boletín Itintec* n. 13, 1975e, 4.
- Itintec. “Planta piloto de desalinización activada con energía solar se construye en Piura”. *Boletín Itintec* n. 25, 1976a, 4.
- Itintec. “La investigación en el Perú. Siete preocupaciones”. *Boletín Itintec* n. 23, 1976b, 1-2.

- Itintec. “Investigación sobre energía solar”. *Boletín Itintec* n. 24, 1976c, 5.
- Itintec. *Instituto de Investigación Tecnológica Industrial y de Normas Técnicas*. Itintec, 1979.
- Jiménez, A. “Contra la nueva dependencia”. *Hacia una política tecnológica nacional*. Itintec, 1974.
- Kadono, C. *Radiación solar en el Perú*. Tesis para obtener el grado de bachiller en Ingeniería Mecánica y Eléctrica. Universidad Nacional de Ingeniería, Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica, 1972.
- La Prensa. “Primer calentador solar instalarán en Huancayo”, 14 de agosto de 1976, 17.
- Ley General de Industria 18350. Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas. 1970. <https://docs.peru.justia.com/federales/decretos-leyes/18350-jul-27-1970.pdf>
- Medina, E. *Revolucionarios cibernéticos. Tecnología y política en el Chile de Salvador Allende*. LOM, 2013.
- Medina, E. et al. “Beyond imported Magic”. Introducción. *Beyond Imported Magic. Essays on Science, Technology, and Society in Latin America*, The MIT Press, 2014.
- Meza, J. *Cálculo y diseño de un calentador de agua*. Tesis para optar el grado de bachiller en Ingeniería Mecánica y Eléctrica. Universidad Nacional de Ingeniería, Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica, 1970.
- Oliveros, A. y Verástegui, J. *Experiencias en la utilización de fuentes de energía no convencionales en zonas rurales del Perú*. Serie Energía Solar. Itintec 1981.
- Oliveros, A. “Aporte del Itintec al desarrollo de tecnología en el aprovechamiento de las energías naturales en el Perú”. *IV Reunión del Congreso Nacional de Ingeniería Mecánica Eléctrica y ramas afines*. Memoria de trabajos, 1977.

- Palacios, G. *Diseño de un sistema solar de calentamiento de agua para fines de lavado de lana*. Tesis para obtener el grado profesional en Ingeniería Mecánica y Eléctrica. Universidad Nacional de Ingeniería, Facultad de Ingeniería Mecánica, 1986.
- Pareja, A. *Aplicaciones de la energía solar*. Tesis para optar el grado de bachiller en Ingeniería Mecánica y Eléctrica. Universidad Nacional de Ingeniería, Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica. 1963.
- Quiñones, L. y Ueda, M. *50 años de la Facultad de Ciencias*. Proyectos Historia UNI, 2010.
- Rojas, R. *Los años de Velasco (1968-1975)*. Instituto de Estudios Peruanos, 2021.
- Román, R. e Ibarra, C. “El desarrollo de la energía solar en Chile, una visión integradora”. *El sol al servicio de la humanidad. Historia de la energía solar en Chile*, editado por M. Osses, C. Ibarra y B. Silva. RIL Editores, Universidad Técnica Federico Santa María y Serco, 2019, 145-180.
- Sagasti, F. “The ITINTEC System for industrial. Technology Policy in Peru”. *World Development*, vol. 3, n. 11-12, 1975, 867-876.
- Sagasti, F. *Tecnología, planificación y desarrollo autónomo*. Instituto de Estudios Peruanos, 1977.
- Sagasti, F. “Política científica y tecnológica en el Perú: Los últimos 30 años”. *Tecnología y Sociedad. Revista Latinoamericana*, vol. 3, 1995, 31-38.
- Sánchez, J. *La Revolución peruana: Ideología y práctica política de un gobierno militar 1968-1975*. CSIC y Universidad de Sevilla, 2002.
- Silva, P. *En el nombre de la razón. Tecnócratas y política en Chile*. Ediciones Universidad Diego Portales, 2010.
- Torres, V. “El gobierno revolucionario de la Fuerza Armada”. *Historia del petróleo en el Perú*, coordinado por M. Guerra. Edi-

ciones Copé, 2008, 231-270.

Vargas, A. *Calentadores solares*. Proyecto para obtener el grado de bachiller en Ingeniería Mecánica y Eléctrica. Universidad Nacional de Ingeniería, Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica, 1966.

Vargas, M. A. “Energía solar. Una realidad en el Perú”. *Dominical. El Comercio*, 1976, 11-13.

Verástegui, J. “Aprovechamiento de las fuentes de energía no convencionales”. *Información Tecnológica*, n. 2, 1984, 13-15.

Zapata, A. *La caída de Velasco. Lucha política y crisis del régimen*. Taurus, 2018.

PATRICIA PALMA

(ppalma@academicos.uta.cl)

Universidad de Tarapacá



Patricia Palma es doctora en Historia en América Latina por la Universidad de California, Davis. Actualmente se desempeña como Profesora Asistente del Departamento de Ciencias Históricas y Geográficas de la Universidad de Tarapacá (Arica, Chile). Entre sus líneas de investigación y publicaciones destacan la historia sociocultural de la salud en Perú y América Latina, con énfasis en sanadores no occidentales y/o profesionales. Su proyecto actual de investigación analiza políticas migratorias restrictivas en Chile y Perú. Es miembro fundador de la Asociación Peruana de Historia y Estudios Sociales de la Ciencia, la Tecnología y la Salud y editora junto con Jorge Lossio de *Desarrollo y Sociedad en el Perú del Centenario*.

I·R·A ira.pucp.edu.pe



INSTITUTO
**RIVA-
AGÜERO**

ISBN: 978-612-4496-18-9



9 786124 496189