



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela Profesional de Historia

**Un foco infeccioso: el puerto del Callao durante los
estragos de la fiebre amarilla de 1868**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Historia

AUTOR

Sally Rosas Elizabeth INGA RUMICHE

ASESOR

Mg. Carlos Guillermo CARCELEN RELUZ

Lima, Perú

2022



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Inga, S. (2022). *Un foco infeccioso: el puerto del Callao durante los estragos de la fiebre amarilla de 1868*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela Profesional de Historia]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios: autor/ asesor

Datos del autor	
Nombres y apellidos	Sally Rosas Elizabeth Inga Rumiche
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	47602387
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8160-2035
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	Carlos Carcelén Reluz
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	10009715
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-7645-4955
Datos de jurado	
Presidente del Jurado	
Nombres y apellidos	José Valdizán Ayala
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01997067
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Marcel Velásquez Castro
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09533945
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Ruth Borja Santa Cruz
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08643884
Datos de investigación	
Línea de investigación	E.4.4.4.3. Historia Social y Política

Grupo de investigación	Seminario de Economía Social, Solidaria y Popular
Agencia de financiamiento	Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vicerrectorado de Investigación y Posgrado. E18150864 – PTPGRADO.
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lima Latitud: -12.092805 Longitud: 77.06209
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2018 – 2021
URL de disciplinas OCDE	Historia https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#6.01.01 Historia y filosofía de la ciencia y la tecnología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#6.03.00



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
 (Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
 VICEDECANATO ACADEMICO

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS EN MODALIDAD VIRTUAL PARA OPTAR EL
 TITULO DE LICENCIADO EN HISTORIA

En Lima, a los nueve días del mes de marzo del dos mil veintidós, se reunieron los miembros del Jurado Calificador bajo la presidencia del doctor José Valdizán Ayala, con la asistencia de los miembros del Jurado, doctor Marcel Velásquez Castro, la Magister Ruth Borja Santa Cruz y el magister Carlos Carcelén Relúz en su condición de asesor, para asistir al acto de sustentación de la tesis titulada:

“Un foco infeccioso: El puerto del Callao durante los estragos de la fiebre amarilla de 1868”

presentada por la Bachiller Sally Rosas Elizabeth Inga Rumiche, para optar al título de Licenciado en HISTORIA.

De conformidad con el Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad, el Estatuto de la Universidad y la Ley Universitaria 30220, el acto de sustentación se dio inicio a las 6:00 pm.

Concluido el acto de exposición y defensa de la tesis, los miembros del Jurado Calificador procedieron a deliberar y acordar otorgar la calificación siguiente:

APELLIDOS Y NOMBRES	NOTA EN NÚMEROS	NOTA EN LETRAS
Sally Rosas Elizabeth Inga Rumiche	19	Diecinueve



Firmado digitalmente por VALDIZAN
 AYALA Jose Alfonso FAU
 20148092282 soft
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 30.05.2022 13:33:31 -05:00

.....
 Dr. JOSÉ VALDIZÁN AYALA
 Presidente

.....
 Dr. MARCEL VELÁSQUEZ CASTRO
 Miembro

.....
 Mg. RUTH BORJA SANTA CRUZ
 Miembro

.....
 Mg. CARLOS CARCELEN RELUZ
 Asesor



Firmado digitalmente por CASALINO
 SEN Carlota Alicia FAU 20148092282
 soft
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 31.05.2022 15:09:40 -05:00

.....
 Dra. CARLOTA CASALINO SEN
 Vicedecana Académica

Lima, 25 de febrero del 2022

INFORME DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD

Operador del Programa informático de similitudes	JOSE VALDIZAN AYALA
Documento Evaluado	TÉSIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN HISTORIA
Título	“UN FOCO INFECCIOSO: EL PUERTO DEL CALLAO DURANTE LOS ESTRAGOS DE LA FIEBRE AMARILLA DE 1868”
Autor del Documento	SALLY ROSAS ELIZABETH INGA RUMICHE
Fecha de Recepción de documento	25-02-2022
Fecha de aplicación del programa informático de similitudes	25-02-2022
Software utilizado	TURNITIN
Configuración del programa detector de similitudes	Exclusión de citas Exclusión de Bibliografías Exclusión de coincidencias (40 palabras)
Porcentaje de similitudes según programa detector de similitudes	7% de índice de similitud
Fuentes originales de las similitudes encontradas	7% de fuentes de Internet 4% publicaciones 1% trabajos del estudiante
Observaciones	SIN OBSERVACIONES
Calificación de Originalidad	Documento cumple criterio de originalidad, sin observaciones
Fecha de Informe	25-02-2022



Firmado digitalmente por VALDIZAN
AYALA Jose Alfonso FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 03.10.2022 20:19:01 -05:00

DR. JOSE ALFONSO VALDIZAN AYALA
Director de la E.P. de Historia

*A aquellos que miran el pasado
para poder comprender mejor su presente.*

*A Erasmo y Erlinda, mis padres,
por su apoyo incondicional.*

RESUMEN

Con el auge económico del guano, se evidencio la necesidad de contar con mano de obra para la extracción de este fertilizante. Debido a ello se contrató a trabajadores de origen chinos para que realizaran esta labor. Tras coincidir el arribo de ellos al Perú con la aparición de la fiebre amarilla, se esparció la idea de eran los responsables de haber traído la enfermedad al país. Ya que serían los agentes portadores de los *miasmas*, descomposiciones orgánicas que se encontraban en el aire y que ocasionaban la enfermedad tras entrar en contacto con el cuerpo humano. Una de las epidemias de fiebre amarilla que causó los mayores estragos del siglo XIX fue la de 1868. Los primeros casos fueron registrados en el Puerto del Callao. Debido a ello las autoridades pusieron en práctica una serie de medidas sanitarias en el primer puerto, lugar donde arribaban navíos con tripulación asiática, situación que lo convertía en un potente foco de infección.

PALABRAS CLAVES: Fiebre Amarilla, Puerto, Callao, Siglo XIX, Foco de Infección, Miasmas.

AGRADECIMIENTOS

Sí bien cierto la elección de un trabajo de investigación parte de un interés propio, este interés, no deja de ser una simple inquietud, sin el apoyo de una infinidad de personas que, a través de sus acertados comentarios y recomendaciones, permiten que dichas inquietudes se cristalicen en preguntas, que nos ayudan no solo a ingresar al tema, sino también a desarrollarlo y concluirlo. Es así como las presentes líneas que se escriben a continuación, pretenden ser un gentil agradecimiento a todas aquellas personas que de forma directa o indirecta me han servido de apoyo en la elaboración de la presente tesis.

En primera instancia, quiero comenzar agradeciendo al Vicerrectorado de Investigación y Posgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por haberme otorgado en el año 2018, una beca para la elaboración de esta tesis. Gracias por el respaldo brindado a este proyecto.

Asimismo, quiero agradecer a mi asesor de tesis, el magister Carlos Carcelén Reluz, por haberme inculcado a través de talleres como el de Historia Ambiental, la importancia de estudiar la relación existente entre el medio ambiente y el hombre. De igual forma, le agradezco el haber acogido este proyecto desde sus inicios y haberme guiado a través de sus valiosas observaciones y recomendaciones en la elaboración y culminación de esta tesis.

De igual modo, agradezco las recomendaciones de la doctora Patricia Palma, historiadora peruanista. A quien tuve la oportunidad de conocer en el año 2019, en el “II Taller de Historia de la Ciencia, la Tecnología y Salud desde y sobre el Perú”. Gracias, por la recomendación de fuentes y bibliografía, así como por su predisposición para leer buena parte de la primera versión de esta tesis. Asimismo, expresé mi agradecimiento al historiador José Ragas, por permitirme llevar clases de manera virtual como alumna libre en el Seminario “Pandemias, Globalización y Sociedad” del Instituto de Historia de la Universidad Católica de Chile. Ello fue muy enriquecedor, no solo por las lecturas sino también por los debates e intercambio de ideas.

Agradezco también a los profesores Ruth Borja Santa Cruz, Marcel Velázquez Castro y Franco Lobo Collante, por haber leído el borrador de la tesis y haberme realizado una serie de recomendaciones y sugerencias, que han sido de gran utilidad para mejorar este trabajo.

Extiendo también mi agradecimiento a la doctora María Emma Manarelli, quién a través del curso de Seminario de Investigación V y VI me asesoró constantemente y me hizo ver la importancia que tiene la fiebre amarilla de 1868 como estudio de caso para el Callao. Gracias por haberme guiado hacia la elección del tema. Asimismo, a los diversos profesores, con los que he tenido la oportunidad de llevar clases en la Facultad de Ciencias Sociales, que han sido determinantes en mi formación. De igual forma, a mis compañeros de carrera por el constante apoyo, especialmente a Yenisa Guizado Mercado, Daniela Roca Ventura, Víctor Andrés Medina, Miller Molina Gutiérrez, Renzo Loza Livia.

También, extiendo mi agradecimiento al historiador naval Michel Laguerre Kleiman, no solo por haberme apoyado con la recomendación de documentación y bibliografía, sino también por haberme guiado desde el año 2015 (fecha en la que inicié mis prácticas pre – profesionales) en el campo de la investigación y tratamiento de fuentes. Permitiendo de esta forma complementar la enseñanza teórica que me brindaba la universidad con la práctica.

Por otro lado, también quiero agradecer a todas aquellas personas que laboran en los siguientes archivos y bibliotecas, que gentilmente me permitieron revisar la valiosa información que custodian en cada uno de estos recintos: Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de San Marcos, Archivo Histórico de la Municipalidad de Lima, Archivo Histórico de la Marina de Guerra del Perú, Biblioteca Nacional del Perú, Biblioteca del Congreso de la República, Biblioteca Central de San Marcos (área de hemeroteca y Fondo Reservado), Biblioteca Museo Temple Radicati, Biblioteca Central de Marina, Biblioteca del Instituto Riva – Agüero.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud a mi familia, los Inga Rumiche, por haber sido un soporte fundamental durante toda la elaboración de la tesis y mi carrera.

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
AGRADECIMIENTOS	4
ÍNDICE	6
ÍNDICE DE CUADROS	9
INTRODUCCIÓN	10
a. Planteamiento del problema	11
a.1.- Problema principal	11
a.2.- Problemas secundarios	11
b. Estado de la cuestión	11
b.1. Políticas sanitarias en el Perú del siglo XIX	12
b.2. La fiebre amarilla	13
b.3. Puertos y epidemias.....	17
c. Objetivos	19
c.1.- Objetivo principal.....	19
c.2.- Objetivos secundarios	19
d. Planteamiento de la hipótesis	20
d.1. Hipótesis principal.....	20
d.2. Hipótesis secundarias	20
e. Justificación.....	20
f. Marco teórico.....	21
f.1. Foco de infección	21
f.2. Xenofobia.....	22
f.3. Discriminación	22
f.4. Prejuicio	22
g. Metodología	22
I. LA REPÚBLICA DEL GUANO Y EL ARRIBO DE LOS CULÍES	26
1. El paso del virreinato a la república	26
1.1. Salubridad.....	27
1.2. Política de puerto cerrados: El proteccionismo económico	28
2. El <i>boom</i> guanero.....	29

2.1.	Características, uso, método de extracción y concesionarios	29
2.2.	Repercusiones sociales	31
3.	Llegada de los culíes al Perú	33
3.1.	¿Migración europea o asiática?	33
3.2.	Escenario internacional chino	35
3.3.	Una aproximación a los oficios, costumbres y tradiciones de culíes en China	36
3.4.	De Macao al Callao: traslado de los culíes y las condiciones sanitarias	38
3.5.	Costumbres, hábitos y prejuicios.....	43
II. EL PUERTO DEL CALLAO EN LOS ALBORES DE 1868		47
1.	Generalidades	47
1.1.	Fundación.....	47
1.2.	Geografía y clima	48
2.	La Provincia Constitucional: Jurisdicción y configuración.....	49
2.1.	El Callao.....	50
2.1.1.	Una descripción panorámica del Puerto	51
2.1.2.	La Junta de Sanidad del Litoral.....	52
3.	Actividad económica	54
3.1.	Del barco a vela al barco a vapor	54
4.	Sociedad	55
4.1.	Cosmopolitismo	56
4.2.	Entre las colonias, los hábitos y las tradiciones	56
4.3.	Demografía.....	59
5.	Estado Sanitario.....	62
5.1.	Esfera pública.....	62
5.1.1.	Hospitales	65
5.1.1.1.	Hospital de San Juan de Dios	66
5.1.1.2.	Hospital de Guadalupe	69
5.1.2.	Cementerios.....	72
5.1.2.1.	Cementerio Británico.....	75
5.1.2.2.	Cementerio del Callao	78
5.1.3.	Mercado.....	79
5.1.4.	Escuela	80
5.2.	Esfera privada.....	81

III. DISCURSOS, TRATAMIENTOS MÉDICOS, Y OTRAS PERSPECTIVAS ACERCA DE LA FIEBRE AMARILLA	84
1. Discursos Médicos.....	85
1.1. Del Anfiteatro Anatómico a la Facultad de Medicina.....	85
1.2. Debates médicos sobre el origen de la fiebre amarilla	91
1.3. El enfoque miasmático	99
1.4. La idea de foco infeccioso.....	101
1.5. Etapas y síntomas de la fiebre amarilla	104
2. Tratamientos médicos y populares	106
2.1. Tratamientos médicos	106
2.1.1. Métodos curativos	106
2.1.1.1. Método Antiflogístico	106
2.1.1.2. Método medicación vomitiva	106
2.1.1.3. Método racional.....	107
2.1.2. Cuarentenas, limpieza, y visitas médicas	109
2.1.2.1. Cuarentenas	109
2.1.2.2. Limpieza del espacio público	112
2.1.2.3. Visitas médicas.....	114
2.2. Tratamientos populares	116
2.2.1. El febrífugo Guerrero	117
2.2.2. Herbolarios chinos.....	122
IV. UN FOCO INFECCIOSO: EL PUERTO DEL CALLAO DURANTE LOS ESTRAGOS DE LA FIEBRE AMARILLA DE 1868	128
1. Los inicios de la epidemia	128
2. Concepción del Puerto del Callao como foco de infección.....	130
2.1. Arribo de embarcaciones provenientes del extranjero	130
2.2. El caso de los inmigrantes chinos.....	133
2.3. Estado sanitario del Puerto	136
2.4. El problema de aglomeración, de los hábitos y las tradiciones	141
3. Los estragos de la epidemia.....	144
4. El fin de la epidemia.....	151
CONCLUSIONES	156
BIBLIOGRAFÍA.....	162

ÍNDICE DE CUADROS

Tabla 1. Actividades económicas de los culíes en Macao antes de migrar al Perú.....	37
Tabla 2. Acontecimientos suscitados en los barcos que iban de Macao al Callao	39
Tabla 3. Inmigración de culíes al Callao en la década de 1960	41
Tabla 4. Horas de viaje en barco a vela y a vapor.....	55
Tabla 5. Número de pobladores en el Callao hacia el año 1836	60
Tabla 6. Entierros realizados en el Cementerio Británico del Callao entre 1835 - 1838	76
Tabla 7. Lista de personas curadas con el "Febrífugo de Guerrero"	118
Tabla 8. Cantidad de enfermos y personas fallecidas en los hospitales y lazaretos de Lima durante la epidemia de 1868	145
Tabla 9. N° Personas sepultadas en el Callao víctimas de la fiebre amarilla de 1868	146
Tabla 10. Cantidad de personas fallecidas en el Callao por fiebre amarilla, entre febrero – marzo de 1868.....	148
Tabla 11. Lugar de procedencia y oficios de los fallecidos por fiebre amarilla en 1868	149
Tabla 12. Mortalidad del mes de mayo de 1868 a consecuencia de la fiebre amarilla	152

INTRODUCCIÓN

Antes que el químico francés Louis Pasteur; descubriera que las enfermedades eran ocasionadas por microorganismos como bacterias y virus, estas solían ser explicadas como un castigo divino, o incluso la venganza de Dios. Hipócrates, el padre de la medicina, entendía las enfermedades como un desequilibrio de los cuatro humores (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema) en el cuerpo humano. Las causas de dicho desequilibrio eran variadas. No obstante, según esta interpretación, el medio ambiente tenía una particular influencia. La relación entre clima y enfermedades se puede resumir en que existen “lugares más saludables que otros y que los cambios del clima en un lugar determinado predisponen o vuelven susceptible al hombre a ciertas enfermedades” (Goberna, 2004, p. 49).

El presente trabajo de investigación titulado *Un foco infeccioso: el puerto del Callao durante los estragos de la fiebre amarilla de 1868*, analiza la forma cómo el desequilibrio en el medio ambiente (atmósfera) ocasionó el surgimiento de miasmas (descomposiciones orgánicas), lo cual causaba la fiebre amarilla, según los discursos médicos de entonces. Esta investigación además reconstruye la forma en que las autoridades y población en general actuaba, reaccionaba y expresaba sus emociones ante una crisis sanitaria.

Hacia la segunda mitad del siglo XIX, el Perú experimentó un gran auge económico producido por la venta del guano, lo que hizo notar la necesidad de contratar mano de obra para su extracción. Ante dicha necesidad se inició un proyecto de importación de trabajadores chinos para esta labor y otras labores agrarias. Al coincidir el arribo de estos trabajadores al territorio peruano con la primera aparición masiva de casos de fiebre amarilla en 1852, comenzó a formarse la creencia de que ellos podían haber importado el mal (aunque debe precisarse que durante esta epidemia los discursos médicos responsabilizaban de forma generalizada a cualquier pasajero que provenga del extranjero). Se pensaba que cualquier persona podría ser portador de los miasmas (descomposiciones orgánicas que causaban la enfermedad) y que estas se contraían fácilmente al respirar el aire infectado.

Una de las epidemias de fiebre amarilla que causó mayores estragos en el siglo XIX fue la que asoló a Lima y Callao en 1868. Tras identificarse el primer caso en el Callao, el Estado peruano a través de diversas instituciones puso en marcha una serie de medidas que tenían por finalidad frenar el avance de la enfermedad. Estas medidas fueron aplicadas con gran

intensidad en el primer puerto, no solo porque aquí se identificó el primer caso de fiebre amarilla sino también porque el puerto era (como lo es hasta hoy) una de las puertas principales del Perú al resto del mundo en un nuevo contexto de globalización. Es decir, por aquí ingresaban las mercancías y; los pasajeros, al igual que las enfermedades y costumbres.

Al ser el Callao el primer lugar donde los inmigrantes chinos (supuestos portadores de la fiebre amarilla) tomaban contacto con Perú al igual que pasajeros provenientes de zonas donde la epidemia era endémica (tales como Guayaquil o Panamá), se consideró a este espacio un foco de infección. Debe precisarse que durante esta crisis sanitaria comienzan a evidenciarse en el espacio público los primeros actos discriminatorios hacia los inmigrantes chinos basándose en los preceptos higiénicos.

a. Planteamiento del problema

En el presente trabajo de investigación analizamos cómo se construyó la percepción de que el Callao fue un foco de infección durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868.

a.1.- Problema principal

- ¿De qué manera se construyó la percepción del puerto del Callao como foco infeccioso durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868?

a.2.- Problemas secundarios

- ¿Por qué los discursos médicos señalaron a los trabajadores chinos como los responsables de importar y propagar la fiebre amarilla al Perú en 1868?
- ¿Cuál era el estado sanitario del puerto del Callao antes de la aparición de la epidemia de fiebre amarilla de 1868?
- ¿Bajo qué enfoque médico se explicaba el origen de enfermedades como la fiebre amarilla durante el siglo XIX?
- ¿Cuáles fueron las principales medidas que las autoridades adoptaron en el puerto del Callao durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868?

b. Estado de la cuestión

Antes de pasar a plantear nuestros objetivos e hipótesis de investigación, revisaremos previamente la literatura producida para este periodo, con la finalidad de conocer los enfoques que ya se han abordado en torno al tema que planteamos. Para ello, dividiremos el

presente estado de la cuestión en tres puntos. En el primero veremos cuáles fueron las principales políticas sanitarias que se dictaron en el Perú en el siglo XIX; en el segundo punto revisaremos los trabajos hechos sobre la fiebre amarilla, esto con el objetivo de aproximarnos a la perspectiva que se tenía por entonces sobre las formas de contagio de esta enfermedad (trabajo del siglo XIX) y la metodología usada por los investigadores para abordar este tema (trabajos contemporáneos). Finalmente, en el punto tres abordaremos los principales trabajos realizados con respecto a la relación existente entre enfermedades y puertos.

b.1. Políticas sanitarias en el Perú en el siglo XIX

El trabajo de Alejandro Salinas, *Medicina y salubridad en el siglo XIX* (2000) describe cómo a partir del establecimiento del Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando en 1808 este fue reestructurando hasta convertirse en la moderna Facultad de Medicina (1856). A partir de ello analiza cómo a lo largo del siglo XIX han existido ciertas tensiones entre la comunidad médica, los herbolarios chinos y la Municipalidad. Se menciona además que las enfermedades más recurrentes fueron la viruela y el cólera, razón por la cual se fundó la Junta de Sanidad del Litoral. Esta institución puso en marcha una serie de medidas que tenían por finalidad evitar la propagación de enfermedades, tales como el establecimiento de cuarentenas en la isla San Lorenzo y la fumigación de embarcaciones con azufre.

En el libro de Carlos Enrique Paz – Soldán y Sebastián Lorente, titulado *Cien años de política sanitaria marítima en el Perú* (1924), se compilan todas las leyes, decretos y reglamentos que ha emitido el Estado con el objetivo de regular la salubridad en el ámbito marítimo durante el siglo XIX. Se menciona por ejemplo que una de las principales políticas de la naciente República fue la instauración de la Junta de Sanidad del Litoral. Asimismo, reconstruye el constante debate suscitado en torno a las cuarentenas, debido a que al momento de “cerrar el puerto” se perjudicaba al comercio.

En *Los inicios de la higiene en Lima. Los médicos y la construcción de la higiene* (2006) de Eduardo Zárate, se menciona que una de las primeras políticas de sanidad en ponerse en práctica en el Perú, tuvo lugar durante el reinado de la dinastía borbónica, cuando el virrey Abascal, con el apoyo de su consejero de salud Hipólito Unanue, mandó construir en 1807 el Cementerio General de Lima en las afueras de la ciudad. El objetivo era que ya no se enterrasen a los muertos en las iglesias, pues se pensaba que la descomposición orgánica de

los cuerpos; producía enfermedades. Con la instauración de la República se expidió el primer decreto sobre vacunas en 1822, con el cual se establece una alianza entre el Estado y la Iglesia. Esta alianza establecía que el Estado producía leyes, mientras que la Iglesia debía llevar la vacuna a las localidades mediante sus párrocos. Se señala además que de acuerdo con el imaginario de la época las epidemias eran vistas como castigos de Dios. Asimismo, el autor explica cómo hacia 1826 se estableció una organización central llamada Junta Suprema de Sanidad mientras que a nivel local se estableció la Junta Municipal de Salud. Las atribuciones de la Junta Suprema de Sanidad eran prescribir normas para regular la higiene a nivel público y doméstico. En lo que respecta a las Juntas Municipales estas se encargaban de limpiar las calles, acequia, letrinas, y otros espacios; asimismo, vigilaban las ventas de alimentos y verduras.

b.2. La fiebre amarilla Antecedentes

El trabajo de Carlota Casalino, *La muerte en Lima en el siglo XIX: una aproximación demográfica, política, social y cultural* (2001), menciona que la epidemia de fiebre amarilla se ha presentado en el Perú hasta en seis oportunidades: 1836 – 1837, 1842, 1851 – 1852, 1853 – 1855, 1857 y 1868 – 1869. En América ha sido conocida con el nombre “distemper de bárbaros”, “fiebre hemorrágica”, “malaria de Siam”, “peste”, “vómito negro”, entre otros nombres. La autora señala que 1854, esta epidemia causó la muerte de 810 personas, convirtiéndose en la segunda enfermedad con mayor mortalidad en ese año.

En la tesis de bachiller del médico Juan Corrali llamada *El cólera morbo asiático y la fiebre amarilla ¿son contagiosos?* (1858) se indica que la fiebre amarilla es una enfermedad endémica y propia de ciertos países. Al presentarse esta en países en donde no es originaria lo hace de forma epidémica. Menciona además que esta no es contagiosa, se contraen por infección, es por ello por lo que el establecimiento de cordones sanitarios, lazaretos y cuarentenas son inútiles y pueden perjudicar a los pobladores.

El trabajo de José Toribio Polo llamado *Las epidemias en el Perú* (1913) menciona que, hacia el año de 1852, se desató una epidemia de fiebre amarilla que se inició en el mes de enero en el Callao y llegó a la ciudad de Lima a mediados de febrero. Esta enfermedad se extendió en todos los puertos del Perú que iban desde Paita hasta Iquique. Asimismo, se

indica la existencia de brotes epidémicos en los años 1853 y 1854, hecho que produjo la muerte de 4475 y 4573 personas respectivamente.

El trabajo de Bustíos y Salaverry llamado *La salud en la historia del Perú* (2009) menciona que de acuerdo con lo que planteó el médico Valdizán a inicios del siglo XX, hacia el año 1871 apareció en el Callao una epidemia de *tifus icteroides* que era la denominación de fiebre amarilla. No obstante, este diagnóstico era utilizado con excesiva frecuencia para determinar otras enfermedades. Se alude además que hacia 1851 apareció un brote de fiebre amarilla en el Callao, la cual se inició con un pasajero proveniente de Panamá y continuó con diversos casos en Lima en 1852. En 1853 los casos aumentaron por lo que se tuvo que implementar un lazareto para los epidemiados.

Epidemia de 1868

En el trabajo del doctor Julián Arce, titulado *Sobre la supuesta endemicidad de la fiebre amarilla en la Costa de Perú* (1919) se menciona que en febrero de 1868 apareció la fiebre amarilla, primero en el Callao y luego en Lima, causando en estas poblaciones la hecatombe más pavorosa que registra su historia. La fiebre amarilla se extendió rápidamente por todo el litoral desde Tumbes hasta Iquique. Se precisa además que el primer caso de fiebre amarilla se le atribuye a un enfermo al que asistió el Dr. Almenabas. Se trataba de un señor de iniciales N.N. quién se encontraba alojado en la casa del comerciante Tadeo Terry, la cual estaba situada en la calle de Melchor Malo en el Callao, quién fue atendido por el doctor Almenabas el 18 de febrero. Según lo relatado por el paciente, él había llegado tres días antes en el vapor del *Norte*, proveniente de Santa y desde su llegada a la capital se había sentido mal, con dolores de cabeza y vómitos, atribuyendo estos malestares consecuencias de la navegación. No obstante, al ver que su salud no mejoraba, decidió llamar al médico, quién le diagnosticó fiebre biliosa de mal carácter. Durante la segunda visita médica, notó que la medicación había cesado por completo los vómitos, pero en cambio el paciente había entrado en un estado de adinamia más complejo y a pesar de los medicamentos más estimulantes terminó falleciendo. El doctor Almenabas tras practicar un examen póstumo al enfermo, reafirma que el paciente estaba enfermo de fiebre biliosa y no de fiebre amarilla. No obstante, este caso será considerado oficialmente como el primer caso de fiebre amarilla.

El trabajo del médico Luis Carranza llamado *La ciencia en el Perú en el siglo XIX* (1988) menciona que la fiebre amarilla, tiene cierta predilección destructiva hacia lo que entonces se denominaba la “raza blanca” y “los aborígenes de las regiones andinas”, excluyendo de sus estragos a las personas provenientes del África y de otros lugares cálidos del planeta, ya que la intensidad con la que ataca esta enfermedad a las personas aumenta en proporción a la baja temperatura del país de donde ellos preceden. Es así como la mortalidad causada por esta epidemia en el Perú es mayor entre los migrantes del norte de Europa que en los del centro y de aquellos provenientes de la zona meridional.

En el trabajo de Jorge Lossio titulado *Acequias y gallinazos. Salud ambiental en Lima del siglo XIX* (2003) se plantea que, tras iniciarse la comercialización del guano, hacia el año 1840, se incrementó el arribo de vapores procedentes de las ciudades como Panamá y Guayaquil, lugares donde la enfermedad de la fiebre amarilla era endémica, llegando por esta vía al territorio peruano. La enfermedad apareció en 1850, cuando las condiciones ecológicas, así como las sociales y económicas se mostraban favorables para su desarrollo.

Otro trabajo de Lossio llamado *Fiebre amarilla, etnicidad y fragmentación social* (2002), menciona que durante el siglo XIX existía la creencia que las enfermedades no impactaban de la misma forma a todos los grupos étnicos. Además, se indica que los sectores más acomodados eran víctima de la poca higiene y la poca moral de un creciente sector de la población que con sus malos hábitos estaban afectando negativamente la atmósfera de los ciudadanos y haciéndolas más propensas a los brotes epidémicos. Es por ello que durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868 surgieron una serie de prejuicios, en los que se culpaban a los migrantes chinos o las clases más marginales (mendigos y ebrios) como los responsables de que apareciera la enfermedad. Dichos prejuicios se vieron reflejados de diversas formas, por ejemplo, a través de la prensa escrita, donde se realizaba una serie de denuncias hacia los pobladores chinos y otras clases menesterosas. Por otro lado, las autoridades municipales emitieron una serie de leyes y reglamentos en los cuales se buscaba regular la conducta de los sectores marginales. Durante esta crisis sanitaria, los intelectuales, médicos y autoridades políticas, reafirmaron la convicción de que el Estado debía intervenir en dichos sectores para modificar los hábitos higiénicos de estos grupos sociales (a través de campañas educativas y campañas sanitarias que incluían intervención a sus domicilios) o en casos extremos aislarlos

en lazaretos o hospicios, pues de lo contrario continuarían constituyendo una amenaza para la salud pública.

La tesis de bachiller de Isaías Morales Pacheco llamada *La fiebre amarilla del Callao en los años de 1888 y 1889* (1891) indica que la variabilidad del clima y el contacto de objetos o personas provenientes de lugares infectados, producían un medio atmosférico miasmático o foco de infección que generaba la situación propicia para el surgimiento de la fiebre amarilla.

El trabajo de Daniel Núñez del Prado llamado *Fiebre amarilla: su origen, causas, síntomas, tratamientos, etc.* (1870) describe cómo se originó y desarrolló la epidemia de fiebre amarilla en el año 1868, las fases de la enfermedad y los principales tratamientos para esta enfermedad de acuerdo con la fase en la que se encontraba el paciente.

Por su lado, el trabajo de Gabriel Ramón Joffré, *La muralla y los callejones. Intervención urbana y proyecto político en Lima durante la segunda mitad del siglo XIX* (1999), enuncia que inicialmente cuando aún no existía la certeza de que hubiese ingresado la enfermedad de la fiebre amarilla al territorio, no se controlaban los posibles focos de infección. No obstante, cuando la epidemia apareció en la ciudad, se recurrió al aislamiento y al registro, puesto que se llevó a los enfermos y sospechosos a los extremos de la ciudad o (en su defecto) fuera de ellos. En el caso del Callao se impuso la cuarentena a los navíos provenientes de las zonas contaminados, esta consistía en aislar a la tribulación durante siete días (cuarentena preventiva) y en el caso de encontrarse alguna anomalía mayor se sometía a una cuarentena más rigurosa.

El trabajo de Jan Marc Rottenbacher titulado *Emociones colectivas, autoritarismo y prejuicio durante una crisis sanitaria: la sociedad limeña frente la epidemia de fiebre amarilla de 1868* (2013) señala que durante la epidemia de la fiebre amarilla las elites tomaron una postura ambivalente frente a los sectores menos favorecidos: puesto que su cultura, costumbres y hábitos los hacían parecer personas incivilizadas. Este hecho, legitimaba a su vez la intervención y control de las autoridades sobre ellos. El autor señala además que este tipo de intervención y autoritarismo se puede denominar desde un enfoque psicológico como “psicología política”. Puesto que ella justifica la segregación con respecto al otro. La cual se vio expresada en este caso a través de la forma como se trataron a los

pacientes, las intervenciones domiciliarias, las cuarentenas de embarcaciones, entre otras medidas que buscaban amortiguar el avance de la enfermedad.

Por otro lado, el trabajo del médico Casimiro Ulloa titulado *Origen de la fiebre amarilla en Lima. Discurso pronunciado en la sociedad de medicina de Lima, el 25 de octubre de 1856* (1924) menciona que para que la fiebre amarilla sea importada a nuestro país deben coexistir cuatro condiciones, la 1° que esta enfermedad no se haya presentado con anterioridad, 2° que su aparición coincide con la llegada de pasajeros o mercaderías procedentes de otros lugares donde ella existiera de forma epidémica o endémica, 3° que las primeras personas en contraer la enfermedad son aquellas que estuvieron en contacto con los pasajeros o mercaderías procedentes de los lugares donde existía la fiebre amarilla, 4° las personas que se enferman siguen el mismo orden de sucesión en el que se relacionaron con las personas o mercaderías infectadas. Debido a que ninguna de estas cuatro condiciones coexistió, para Ulloa era imposible acreditar la teoría de la importación. Por otro lado, argumenta que para que la enfermedad surja de forma espontánea deben existir grandes cambios como inundaciones, terremotos, huracanes. Fenómenos que desde su perspectiva estaban sucediendo y ocasionando cambios imperceptibles en la atmósfera.

El trabajo de Eduardo Zárate Cárdenas titulado *La mayor epidemia del siglo XIX. Lima, 1868 fiebre amarilla* (2014) plantea la idea que al ser Lima el centro político del país, presentaba una población en constante crecimiento. No obstante, este no se daba hacia afuera sino hacia adentro. Es decir, había una mayor concentración (tugurización) de personas en una vivienda. Lo que dio paso a la forma de callejones. Desde la perspectiva del autor esta situación favoreció la rápida expansión de la fiebre amarilla. En lo que respecta al puerto del Callao señala que este sitio era el lugar introductorio de la epidemia por lo cual toman medidas preventivas como la cuarentena.

b.3. Puertos y epidemias

El trabajo de Ricardo Camuñas llamado *Las epidemias en el siglo XIX y la formación de políticas de salud pública. Una visión sobre Puerto Rico* (2014) describe el contexto en el que se fueron formando las políticas de salud en Puerto Rico a lo largo del siglo XIX. Para ello comienza mencionando que las políticas de salud públicas surgen por primera vez en Francia (al trasladar desde el centro de la ciudad hacia sus extremos a los cementerios y

mataderos). Se menciona además que hacia el año 1796, en Inglaterra, el médico Eduardo Jenner descubrió la vacuna contra la viruela. Dicho descubrimiento hizo que el 1 de septiembre de 1803, el monarca de España Carlos IV, ordenara la organización de un transporte naval para conducir la vacuna (por medio de niños) a las Islas Canarias y otras colonias de España en América. No obstante, al llegar a este sitio, el gobernador ya había impartido la vacuna, gracias a una delegación danesa que había llegado meses antes con la vacuna desde Inglaterra. Es así como nace la primera política de salud pública en Puerto Rico. Menciona además que las epidemias venéreas (contraídas por encuentros sexuales) eran muy comunes en los puertos, por la misma naturaleza de estos espacios, hecho que motivó a que las autoridades de Puerto Rico desplazaran una serie de medidas preventivas que iban desde emisión de reglamentos, pasando por visitas médicas y llegando hasta sanciones.

Por otro lado, encontramos el artículo de Diego Galeano titulado *Médicos y policías durante la epidemia de fiebre amarilla* (Buenos Aires, 1871) (2009), el cual describe cómo hacia la segunda mitad del siglo XIX, el pensamiento médico empezó a reemplazar la idea de que el clima era el causante de las enfermedades, y pasó a indicar que era más bien el medio urbano el causante de las enfermedades. Es así como empieza a tener mayor acogida la idea de que los miasmas (descomposiciones orgánicas que se encontraban en el aire) eran los responsables de causar enfermedades como el cólera o la fiebre amarilla. De allí que las políticas sanitarias se enfocarán en enviar a los extremos de la ciudad a aquellos establecimientos que contaminaban el ambiente (cementeros, hospitales, mataderos) y en realizar inspecciones mediante la Comisión de Higiene a las casas de inquilinato, con el objetivo de evitar la tugurización y llenado de las letrinas. El autor analiza además cómo tras aparecer la fiebre amarilla de 1871, existieron diversas querellas entre los médicos y policías (ya que cada una de estas autoridades reclamaba ser la que guíe las medidas que evitarían el avance de la fiebre amarilla).

Asimismo, encontramos la investigación de Valeria Silvina Pita denominada *Intrusiones municipales en tiempos de fiebre amarilla: Buenos Aires, 1871* (2016). La autora menciona que las principales políticas que puso en práctica la Municipalidad de Buenos Aires para combatir esta enfermedad consistieron en nombrar inspectores de higiene.

Su labor consistía en inspeccionar el estado sanitario de las viviendas y hacer cumplir los reglamentos municipales relacionadas con la higiene, tales como la limpieza de las letrinas o el blanqueamiento de las paredes con cal. Durante las visitas higiénicas existieron diferentes formas de fiscalizar y hacer cumplir las normas, dichas diferencias se basaron en prejuicios y estigmas, por ejemplo, el tratamiento que recibió el cónsul del imperio del Brasil tras encontrarse en su domicilio una letrina sucia no fue el mismo que recibieron otros hombres que carecían de credenciales políticas. Cabe mencionar además que desde el principio de la epidemia existieron querellas entre quienes, desde la municipalidad, intentaron delimitar las competencias y las intervenciones.

c. Objetivos

c.1.- Objetivo principal

- Reconstruir y analizar los discursos médicos decimonónicos que asociaron la llegada de los inmigrantes chinos al Perú y la repentina aparición de la fiebre amarilla, y cómo estos fueron claves en la construcción de la idea que el puerto del Callao fue un foco de infección durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868.

c.2.- Objetivos secundarios

- Exponer la relación entre la llegada de trabajadores chinos y la expansión de la fiebre amarilla. Asimismo, explicar cómo su estilo de vida fue un factor determinante para la formación de discursos anti-chinos basado en prejuicios higiénicos.
- Demostrar que la carencia de limpieza en los espacios públicos y privados y la turgurización de personas, habían producido el colapso sanitario del puerto del Callao antes de que apareciera la fiebre amarilla de 1868.
- Analizar los discursos médicos que explicaban el origen de las enfermedades a través de los miasmas y ver cómo ellos contribuyeron a formar la percepción del puerto como foco de infección.
- Explicar por qué las leyes y medidas adoptadas durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868 fueron ineficientes debido a que el origen de la enfermedad no lo producían los miasmas sino la picadura del *Aedes aegypti*.

d. Planteamiento de la hipótesis

d.1. Hipótesis principal

- El enfoque médico basado en la teoría miasmática sumado a las condiciones higiénicas y sociales, generaron la percepción que el puerto del Callao fue un foco de infección durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868.

d.2. Hipótesis secundarias

- Los discursos médicos decimonónicos señalaron a los trabajadores chinos como los responsables de traer la fiebre amarilla al Perú debido a que sus hábitos y estilo de vida diferente favorecían el surgimiento de miasmas.
- Antes de que surgieran los primeros brotes de fiebre amarilla en 1868, el estado sanitario del Callao ya había colapsado lo que produjo las condiciones necesarias para el rápido desarrollo de la enfermedad.
- El principal enfoque médico que explicaba el origen de las enfermedades en el siglo XIX fue el miasmático, debido a que en el puerto del Callao arribaban los portadores de dichos miasmas, fue señalado este espacio como un potente foco de infección.
- Las principales medidas adoptadas durante la epidemia de 1868 en el puerto del Callao fueron ineficientes ya que no se contrarrestaba al mosquito *Aedes aegypti* verdadero vector trasmisor de la enfermedad.

e. Justificación

Al evocarse en la historiografía a los puertos, suele señalarse a dichos espacios como aquellos lugares donde arriban y zarpan barcos (a cargo del traslado de personas o mercancías), encallan buques de guerra o en su defecto se les recuerda como el escenario de algún combate. Muy pocas veces se ve al puerto como aquel lugar por donde hace su ingreso tradiciones, costumbres o hábitos¹. Los puertos, especialmente antes de la masificación del transporte aéreo, eran la puerta del país, ciudad o pueblo al mundo, y por ende también estaban más expuestos al ingreso de enfermedades.

¹ Por ejemplo, según el historiador José del Busto Duthurburu, los hombres de mar introdujeron al puerto del Callao el culto a la virgen del Rosario durante la época virreinal, el cual se expandió con el pasar de los años a todo el Perú. Del Busto Duthurburu, José (1973)- *Historia Marítima del Perú. Siglo XVI – Historia Interna*. Tomo III, vol. 1. Lima: Instituto de Estudios Históricos – marítimos, p. 224.

Debido a ello, al momento de detectarse una enfermedad en el extranjero, las autoridades solían ejercer más control sobre este espacio. Por ejemplo, se ordenaba examinar a los tripulantes de las embarcaciones que arriban a su territorio con el objetivo de descartar que alguno de ellos sea portador de la enfermedad. O en situaciones más extremas se prohibía la llegada de naves procedentes del lugar donde se originó la enfermedad. No obstante, durante la aplicación de estas políticas de control, las autoridades solían caer en actos discriminatorios o xenofóbicos, tal como viene sucediendo en varias ciudades del mundo en las que en el intento de frenar el avance del coronavirus se vienen registrando actos de esta índole contra ciudadanos chinos.

La presente investigación tiene como finalidad exponer la importancia que tienen los puertos al momento de buscar controlar una enfermedad como la que asoló al Perú en 1868. Asimismo, quiere mostrar cómo reaccionaban y expresaban sus preocupaciones hace 150 años las autoridades y pobladores durante una crisis sanitaria, con el fin de hacer paralelos con el presente.

f. Marco teórico

Los conceptos teóricos que se emplearan para la presente investigación son los siguientes:

f.1. Foco de infección

En el libro *El Perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social siglo XVIII y XIX* (1987) se aborda la historia científico-médica de los siglos XVIII y XIX que se centra en el reconocimiento de lo pútrido, el aire por entonces es considerado como un caldo espantoso donde se mezclan humaredas, azufres; vapores acuosos, oleosos y salinos, los cuales son exaltados por la tierra, también tiene aire mefíticos que se desprenden de los pantanos, de los insectos y de sus huevos, además de los miasmas que surgen de los cuerpos en descomposición. Todo ello en su conjunto generaban un foco de infección

De acuerdo con el *Diccionario of epidemiology (2008)* un foco infeccioso es: A defined and circumscribed locality containing the epidemiological factors needed for transmisión: a human community, a source of infection, a vector population, and appropriate environmental conditions

Una definición más actual y amplia, la brinda el Ministerio de Salud Pública de Cuba (2012) el cual define un foco infeccioso como el espacio físico donde se encuentran los reservorios o fuentes de infección de una enfermedad transmisible. Las características epidemiológicas de este lugar son las siguientes: 1. incubación de larvas de mosquitos transmisores de la enfermedad; 2. pródromos, síntomas iniciales que preceden al desarrollo de una enfermedad; 3. manifestaciones clínico – epidemiológicas de la enfermedad; 4. recuperación de los pacientes infectados; 5. extinción del vector transmisor de la enfermedad. La extinción del foco se da cuando todas las fuentes de infección o reservorios han desaparecido, es decir no existen agentes biológicos viables. Asimismo, cuando después de haber transcurrido el período máximo de incubación de la enfermedad no se han registrado nuevos casos, aunque no se haya corroborado la no existencia de agentes biológicos en el medio.

f.2. Xenofobia

Según Ulloa (2002) la xenofobia es la intolerancia hacia personas de otras naciones, razas o grupos étnicos distintos al propio. La xenofobia ha servido muchas veces como pretexto para someter a pueblos arguyendo razones religiosas, culturales, raciales, etc. La mayoría de las veces la xenofobia se justifica en el sentimiento exacerbado de protección de una nación.

f.3. Discriminación

Rodríguez (2006) define a la discriminación como aquella conducta de desprecio hacia una persona o grupo de personas, teniendo como base un prejuicio negativo o estigma que tiene relación con una desventaja inmerecida. Dicha conducta tiene por efecto (intencional o no) atropellar sus derechos y libertades fundamentales.

f.4. Prejuicio

Según del Olmo (2005) el prejuicio es la idea que se forma sobre una persona antes de un juicio. Es decir, es una idea que se construye o adquiere mediante otras personas y no en base a una experiencia personal. El prejuicio construido puede tener connotaciones positivas al igual que negativas.

g. Metodología

Tradicionalmente al escribir sobre la historia de la medicina, las investigaciones suelen abordar temas que van desde la elaboración de biografías de doctores ilustres hasta el cambio de tratamientos médicos, mostrando con esto último el inevitable avance de la ciencia. No

obstante, tal como lo plantea Diego Armus en *La enfermedad en la historiografía de América Latina Moderna* (2002) la nueva historia de la medicina, que surge en la década de 1980², ha cambiado el foco de investigación y se ha centrado en estudiar aquellos tratamientos médicos que no prevalecieron en el tiempo, asimismo, analiza el proceso de formación de la salud pública, estudiando para ello la interacción de la política, el estado y la profesión médica. Y principalmente, busca evidenciar sobre el impacto social que tuvieron las enfermedades en la sociedad, es por ello por lo que centra su estudio en actores tradicionalmente no analizados en el proceso de sanación, como pacientes o sanadores no profesionales.

Dentro de este último campo se encuentra el estudio de las epidemias. La investigación sobre estos flagelos que han aquejado constantemente a la humanidad, muestra (como hemos dicho antes) el impacto que las enfermedades han tenido sobre la sociedad. Paralelamente a ello van exhibiendo, el panorama social en el que surge la enfermedad, las políticas implementadas para frenar su avance, así como las reacciones de los gobiernos, la élite, los grupos de profesiones y el resto de la ciudadanía. Exponiendo así el vínculo entre el estado de salud de la sociedad y la infraestructura sanitaria³.

El presente trabajo pretende seguir la línea de investigación planteada por la nueva historia de la medicina, es por ello por lo que a través de los cuatro capítulos que componen esta investigación, intentará reconstruir y mostrar a partir de las fuentes primarias y secundarias el impacto que tuvo la fiebre amarilla de 1868 en el Callao. De forma particular, expondrá las ideas, creencias y prejuicios de las autoridades y la población en general, así como las medidas adoptadas para amortiguar el avance de la epidemia. A continuación, pasaremos a ver de forma más detallada el desarrollo de cada capítulo.

² De precisarse que según Armus, los estudios sobre la historia de las enfermedades en la historiografía de la América Latina moderna se han dado de forma desequilibrada, mientras que en Brasil existe un subcampo, en el resto de América Latina es un proceso aún en consolidación, muchas veces las investigaciones responden a iniciativas individuales. Armus, Diego (2002). “La enfermedad en la historiografía de América Latina Moderna”. En *Asclepio*, Vol. LIV, pág. 60. Recuperado de <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/viewFile/140/137>.

³ Para trabajos respecto a la historia social de la salud en el análisis de epidemias ver: Cueto, Marcos (2000). *El Regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; Armus, Diego (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y la cultura en Buenos Aires, 1870 – 1950*. Buenos Aires: Edhasa; Azevedo de Brito, N. (1997) “La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro”. En *História Ciências Saúde, Manguinhos*, IV, (1), pág. 11-30.

En el capítulo uno, abordaremos cómo a raíz del auge económico del guano iniciado en la segunda mitad del siglo decimonónico, se producen una migración masiva de trabajadores chinos a nuestro país. Asimismo, describiremos cuáles fueron las condiciones sanitarias en las que fueron trasladados y cuáles eran sus principales costumbres y hábitos. Esto con la finalidad de comprender cual era la percepción que tenía la población peruana sobre ellos. Para esto consultamos la sección documental Prefecturas (1867, 1868) del Archivo Histórico de Marina, lo cual fue complementado con bibliografía especializada referente a este periodo.

En el capítulo dos, reconstruimos la manera cómo se encontraba configurado el Callao hacia la década de 1868, ello con el objetivo de analizar en qué condiciones sanitarias se encontraba el primer puerto al momento de surgir el brote epidémico de fiebre amarilla de 1868. Para ello utilizamos las memorias de viajeros y personajes ilustres del siglo XIX como Ernst Middendorf, (1973), George Squier (1977), Juan Jacobo Von Tschudi. (1966). Esta información fue complementada con notas periodísticas de los diarios de la época, tales como *El Comercio* (1868), *El Amigo del Pueblo. Periódico Universal* (1861) y estudios especializados como el de Rosendo Melo (1919), Eleuterio Vigil Peláez (1946) y Francisco Quiroz (1990, 2007).

En lo que respecta al tercer capítulo revisaremos las principales posturas médicas del siglo XIX, poniendo énfasis en la teoría miasmática, ello con el objetivo de comprender cómo comprendía la sociedad el origen de las enfermedades y sus posibles formas de contagio, asimismo, veremos cómo se formó la idea de foco de infección. Para ello consultamos las tesis decimonónicas de Isaías Morales Pacheco (1891), Juan Corrali (1858), Lisandro Maúrtua (1885), Rufino López (1858), empleamos además las publicaciones hecha por la comunidad médica en *La Gaceta Médica* (1856, 1865, 1868) y otros trabajos especializados como la de los médicos Casimiro Ulloa (1924) y Daniel Núñez del Prado (1870).

Finalmente, en el cuarto capítulo analizamos cómo el enfoque médico basado en la teoría miasmática, sumado al arribo de los trabajadores chinos (quienes se caracterizaban por tener un estilo de vida que disociaban de los patrones comunes de la población) y la coincidente aparición de fiebre amarilla en el Perú, construyeron en el imaginario social la idea de que el puerto del Callao es un foco de infección (lugar donde se centraba la enfermedad) durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868. Asimismo, se expone como empieza a formarse y

evidenciarse los primeros discursos anti - chinos basándose en los preceptos higiénicos. Además, veremos cuáles fueron los estragos que causó la epidemia en el Callao. Para ello empleamos los diarios como *El Comercio* (1868), la memoria que dejó Manuel Pardo como encargado de la Beneficencia en 1868 y la memoria del cónsul británico H. Hutchinson (1976). Asimismo, utilizamos la documentación de Prefecturas del Callao (1867, 1868) custodiada por el Archivo Histórico de la Marina.

LA REPÚBLICA DEL GUANO Y EL ARRIBO DE LOS CULÍES

En los preludios de 1840, fueron redescubiertas las propiedades fertilizantes del guano, el cual fue altamente cotizado por países europeos en vías de desarrollo. Lo que trajo como consecuencia un incremento económico para el Estado peruano, ello permitió a los gobernantes de turno llevar a cabo “una generosa política fiscal” (Mücke: 2010, p. 40). Puesto que fue cancelada la deuda interna y externa, abolido el tributo indígena y pagada la manumisión de los esclavos. Asimismo, se llevaron a cabo la construcción de una serie de obras públicas tales como las líneas ferroviarias, el panóptico de Lima, el Hospital Dos de Mayo (Ramón, 2000). “Asimismo, se adquirieron embarcaciones como el *Rímac* – primer barco a vapor- la cañonera *Pilcomayo*, los monitores *Manco Cápac* y *Atahualpa* entre otros para la modernización de la Armada Peruana” (Inga & Carcelén, 2020, p.185). Para extraer este producto solo era necesario contar con mano de obra no calificada, pese a ello existieron grandes limitaciones. Es por ello que se trajeron trabajadores de origen chino para esta labor. En el presente capítulo buscamos reconstruir el contexto social en el cual se llevó a cabo la migración masiva de culíes hacia el Perú, para ello explicaremos previamente como el redescubrimiento de las propiedades fertilizantes del guano en la década de 1840, generó en el país una serie de cambios en la esfera política, económica y social.

1. El paso del virreinato a la república

Tras emanciparse el Perú de la corona española, la naciente república carente de instituciones fuertes que remplazaran a las antiguas instituciones virreinales ingresó en un periodo de anarquismo político:

Revisando la lista de los gobernantes de las primeras cuatro décadas de la república, se puede observar: su carácter básicamente militar, la brevedad de sus mandatos y la constante simultaneidad de gobiernos. De los cincuenta y siete encargados que el gobierno del Perú tuvo entre 1821 y 1858, prácticamente todos fueron militares y sólo dos pudieron cumplir con el plazo establecido de sus mandatos. En estos treinta años se sucedieron cuarenta y siete ministros de Hacienda y cuarenta y nueve de Guerra y Marina. El promedio general de duración de cada ministro en su cartera (doscientos uno en total) no superó los dos meses y quince horas. Estas cifras no sorprenden si se considera que ni siquiera el territorio peruano estaba claramente definido [...] (Ramón, 1999, p. 42).

Como consecuencia de ello durante los primeros años de la república, existieron escasas políticas por parte de los gobiernos de turno para mejorar la administración del país:

[...] una escasa inversión en el rubro del ornato urbano, y específicamente en las denominadas obras públicas. El régimen republicano inicial, ante de construir edificaciones se limitó a adoptar viejos edificios para las nuevas funciones, tal como sucedió con la cámara de diputados, para la cual se aprovechó parte de la Universidad de San Marcos, o la Biblioteca Pública, para la que se usó el antiguo Colegio del Príncipe, expropiado a los Jesuitas [...] (Ramón, 1999, p. 42).

1.1.Salubridad

Esta dejadez del gobierno peruano, también se hizo notar en las precarias medidas sanitarias adoptadas para mejorar la salubridad del país. Puesto que se limitaron principalmente a mantener las reformas sanitarias hechas durante el virreinato. Por ejemplo, se conservaron las medidas adoptadas, durante el gobierno del virrey Francisco Abascal (1806 - 1816) las mismas que prohibieron los entierros en las Iglesias e impulsaron la creación del Cementerio General de Lima en 1807. Otra de las reformas, que introdujo la dinastía borbónica y se mantuvo en el tiempo, fue la inoculación de vacunas.

La aplicación de la vacuna en las colonias de España se llevó a cabo entre 1806 – 1809, para el caso concretó del Virreinato del Perú, la campaña de vacunación estuvo a cargo del médico José Salaverry y Lleopart (Casalino, 2001). No obstante, antes de que se llevara a cabo dicha expedición, Lima ya había experimentado la inoculación de la vacuna. “Cuando en 1802 se produjo la epidemia de viruela en Lima, Hipólito Unanue ya había vacunado a varias con el fluido que un barco mercante transportaba a Filipinas” (Casalino, 2001, p. 225).

Como se ha mencionado anteriormente, con la caída del Virreinato y la instauración de la república, algunas de estas medidas implementadas por las reformas borbónica siguieron en pie, como la de prohibir los enterramientos dentro de los monasterios o iglesias, o la de llevar a cabo campañas de vacunación para evitar la propagación de enfermedades.

Una excepción a esta política de mantener las medidas sanitarias dadas durante el virreinato se dio en 1826 durante el Consejo de Gobierno liderado por el Mariscal don Andrés de Santa Cruz. Puesto que el médico, político e ideólogo Hipólito Unanue, en su rol de consejero de gobierno, elaboró junto a su compañero de la Cartera del Interior, José María Pando, *El Primer código Americano de Sanidad*. Con el cual se colocó las bases de nuestra

organización sanitaria y se señaló los derroteros primarios de nuestra política sanitaria exterior. Dentro de este tratado se establecía la creación en la capital de una Junta Suprema de Sanidad, de forma simultánea debía establecerse en cada departamento del Perú una Junta Superior de Sanidad. Y en aquellos lugares donde existiese una población considerable debía establecerse una Junta Municipal de Sanidad.

Dentro de este reglamento también se estipuló la creación de las Juntas de Litorales, las cuales debían funcionar en los “puertos de mar y poblaciones marítimas por donde puedan introducirse contagios exóticos” (Paz Söldan & Lorente, 1924, p. 8).

1.2. Política de puertos cerrados: El proteccionismo económico

Otra de las particularidades de la naciente república, consistió en seguir manteniendo como centro geopolítico a Lima, lugar desde donde se seguía llevando a cabo actividades comerciales. Las mismas que trataban de hacer evitando la competencia económica de agentes extranjeros. Para lograr este cometido pusieron en práctica el proteccionismo económico, política que consistía en colocar una serie de trabas a los comerciantes extranjeros, lo que generaba una competencia desigual:

Entre sus prácticas rudimentarias, de hechura doméstica, encontramos aranceles elevados, la prohibición de las importaciones, la exclusión de los comerciantes extranjeros, los tratados comerciales discriminatorios y monopolios y privilegios nacionales. Los voceros justificaban estas políticas con un nativismo puro y simple, con la necesidad de promover una “clase capitalista nacional” para un Estado endeble, ventajas compensatorias para los asediados empresarios “hijos del país” (Gootenberg, 1998, p. 44 – 45).

Además de las medidas extremadamente proteccionistas, la falta de una red de vías basadas en el transporte de animal de montura o rueda impidió desarrollar un mercado interno. Ello a causa del dificultoso acceso del agua y al forraje, por lo que solo podían realizarse viajes por tierra a corta distancia (Monsalve, 2011). Cualquier producto que quisiera ser trasladado hacía la serranía debía ser desarmado en fragmentos que no superarse de manera individual los cien kilos, de manera que pudieran cargarse sobre el lomo de algún animal de montura (Contreras, 2012).

Debido a ello, cuando se quería transportar mercancías a larga distancia y a una mediana o gran escala, debían realizarse en embarcaciones, para ello se utilizó a los diversos puertos

y caletas que se encontraban ubicados a lo largo de la costa peruana desde el virreinato. Debe precisarse que el Puerto del Callao era el único que contaba con embarcaderos, almacenes y la infraestructura adecuada para atender el comercio nacional e internacional (Monsalve, 2011).

Además, debido a las leyes extremadamente proteccionistas, la actividad comercial en la costa se encontraba limitada a las embarcaciones que llevaban la bandera peruana. Este hecho lejos de favorecer a la creación de un mercado interno a través de la edificación de embarcaciones ocasionó que el comercio marítimo fuese más pausado, puesto que, al no contarse con la madera suficiente y apropiada en el Perú, los empresarios peruanos se vieron en la obligación a comprar embarcaciones en el extranjero de segunda mano que tenían un tonelaje mayor al que se requería por lo que se sobrepasaban las capacidades de las pequeñas caletas costeras (Monsalve, 2011). Estos inconvenientes no permitieron desarrollar un mercado interno en nuestro país durante los primeros años de la república.

2. El *boom* guanero

El panorama dibujado por el anarquismo político (falta de políticas que mejoren la administración del país) y el proteccionismo económico comenzó a cambiar hacia la década de 1840 partir del descubrimiento de las propiedades fertilizantes del guano. Para poder entender cómo este fertilizante produjo un revuelo en el Perú, describiremos a continuación, las características, uso, método de extracción y concesionarios de este producto.

2.1. Características, uso, método de extracción y concesionarios

El guano es la deposición seca de las aves marinas. Las condiciones naturales sumada a la corriente del Humboldt, produjo con el paso de los siglos, “depósitos asombrosos de excrementos, ricos en nitrógeno y fósforo no lixiviado, que lo convirtieron en el mejor fertilizante natural que la humanidad conoce” (Gootenberg, 1998, p. 17).

Su color por lo general es amarillento, pero se puede alterar de blanco a un amarillo con tonalidad rojiza, y de este a un pardo. Ello debido a la cantidad de agua que absorben (ya que esta es una sustancia higrométrica). “En efecto se nota que el guano sacado de las capas inferiores presenta un color mucho más claro que el que ha quedado expuesto al aire por algún tiempo el cual tiene un color oscuro” (UNMSM, 2003, p. 148).

Una de las primeras personas en dar a conocer las propiedades fertilizantes de este producto en Europa fue el naturalista Alexander Von Humboldt, quién tras su breve estadía en el Perú en 1802⁴

[...]remitió muestras de este “estiércol de ave” que tanto le llamó la atención, para ser analizadas en París. A su regreso a Europa, Humboldt recurrió a sus amigos Vauquelin y Fourcroy, quienes habían recibido las muestras de guano enviadas desde el Perú para ser analizadas. Los resultados señalaron que el guano peruano era más rico en nitrógeno y fosfatos que cualquier otro fertilizante utilizado hasta la fecha y que, sin duda, revitalizaría los terrenos agrícolas afectados por una larga e intensiva explotación (O’Phelan 2010, p. 3).

No obstante, a pesar de conocerse tempranamente en Europa, el beneficio de este fertilizante recién comenzó a emplearse en la década de 1840. Los elementos que pueden explicar la tardanza en la exportación y explotación de este producto son “el carácter restringido del mercado británico de fertilizantes, los altos costos de transporte oceánico y cierto grado de timidez por parte de los comerciantes peruanos” (Mathew, 2009, p. 52).

Debe precisarse además que para la extraer el guano “no se necesitó contar con una tecnología especial o efectuar una gran inversión de materiales e infraestructura, simplemente había que palearlo en sacos y llevarlo a las naves que lo esperaban” (Mücke, 2010, p. 38), “de allí que se diga que el guano fue un monopolio sin costo de producción” (Hunt, 2011, p. 100). Los investigadores Rory Miller y Robert Greenhill, señalan a este sistema de extracción y comercialización como cadenas de mercancías.

Durante los primeros años de la comercialización del guano este estuvo en manos de varias casas o agentes comerciales extranjeros. Uno de los concesionarios más importantes sin lugar a duda fue la casa comercial Gibbs, la cual ejerció durante estos primeros años de exportación una especie de monopolio comercial en el mercado británico. Tras vencer su contrato en 1862, el gobierno peruano liderado por el Mariscal Ramón Castilla decidió no renovar con ellos, pasando de este modo la concesión a los comerciantes peruanos, quienes se

⁴ Alexander Von Humboldt, recorrió el Perú entre el 1 de agosto de 1802 y el 25 de diciembre del mismo año. Durante su travesía recorrió unos mil doscientos kilómetros, atravesando los pueblos de Huancabamba, San Felipe, Jaén, Montán y Hualcayoc. Lo acompañaron el botánico francés Aimé Bonpland y su amigo de Quito, don Carlos Montúfar. Sus apuntes de viaje abarcaron todos los conocimientos: desde la botánica, la zoología, la geología, la geografía, la etnografía y la arqueología hasta la economía y la industria, la minería y la situación social y política. Núñez, Estuardo (2013). *Viajes y viajeros extranjeros por el Perú*. Fondo editorial de la Universidad Ricardo Palma, pág. 165 – 166.

encontraban asociados bajo el nombre de Compañía de Consignatarios Nacionales. Posteriormente esta concesión pasó a las manos de la casa comercial Dreyfus.

2.2.Repercusiones sociales

Las ganancias producidas por la comercialización del guano permitieron al Estado peruano tener estabilidad económica y con ello tomar cartas en el asunto con respecto a una serie de problemas que habían dejado de lado durante los primeros años de la república. Asimismo, permitió la eliminación de una serie de impuestos y se pagaron las deudas adquiridas durante el proceso de independencia. Por ejemplo, en el año 1854 se eliminó la contribución indígena, uno de los impuestos más importantes por entonces “Las recaudaciones anuales de este impuesto se mantuvieron más o menos constantes de 1. 4000.000 pesos en los años anteriores a su eliminación” (Hunt, 2011, p. 104).

Debe precisarse además que el 16 de marzo de 1850 fue aprobada la ley denominada consolidación de la deuda interna. La que reconocía el pago de las deudas contraídas por el Gobierno peruano durante el proceso de independencia y que favorecía a los prestatarios nacionales, por ejemplo “fueron declarados con derecho a indemnización los dueños de esclavos enrolados en el ejército, los propietarios de ganado y sementeras que sirvieron para sostener las tropas” (Bonilla, 1984, p. 21).

El pago de la deuda interna y sobre todo la entrega de la consignación del guano, generó que un grupo de comerciantes acumulará cierto capital y desplegará un consumo suntuario dado sus altos ingresos. El consumo de este tipo de artículos tenía por finalidad remarca la diferencia entre la élite respecto al resto de la sociedad. Se expresaba en la importación de productos mobiliarios domésticos, bebidas y prendas de vestir (Contreras, 2012). Mientras que un 90% de la población estaba privada de este consumo comercial por su aislamiento geográfico, su género rural de vida, su sometimiento servil y sus bajos ingresos (Contreras, 2012).

De forma simultánea, los gobiernos de turno comenzaron a invertir en la edificación de obras públicas, que permitieran mejorar las vías de comunicación y con ello el comercio:

Se desató, entonces, un frenesí en la contratación de obras públicas para la construcción de ferrocarriles, proyectos de irrigación, puentes embarcaderos, muelles, edificios públicos y mejoras

públicas sin un cálculo sólido de rentabilidad y factibilidad. La mayoría de estos proyectos no se terminaban o ni siquiera comenzaban. Sin embargo, estas obras públicas anunciaban a la ciudadanía como la varita mágica que llevaría a la riqueza y el desarrollo (Quiroz, 2013, p. 167).

Asimismo, se comenzó a invertir en diferentes áreas del sector público, aunque como lo señala el historiador Carlos Contreras éste no fue equitativo puesto que mientras que en el Ministerio de Gobierno se invirtió entre los años 1847 – 1867, un 13% del presupuesto anual, lo que evidencia la gran importancia que tenía mantener el orden interno. Al ministerio de Justicia, Instrucción, Beneficencia y Culto, tan solo se le proporcionó un 5% del presupuesto entre los años 1847 – 1878, lo que hace notar el irrisorio interés que se tenía a la educación y la salud por parte de los gobiernos (Contreras, 2012).

Esta bonanza también hizo posible poder llevar a cabo la “liberación” de los esclavos, aunque debe precisarse que este gesto responde más a una rencilla política que a un consenso por parte del Estado:

En 1854 se produce un levantamiento armado dirigido por Ramón Castilla (quién había sido presidente en el período 1845 – 1851), contra la administración de Rufino Echenique, quien aparecía acosado por denuncias sobre corrupción vinculadas al pago de la deuda interna. De forma simultánea a este hecho Echenique, buscando atraer el apoyo de la población esclava, emitió un decreto en el cual, ante la necesidad de “asegurar el triunfo de las instituciones y del orden social”, disponía que todo esclavo doméstico o de hacienda que se presentase al servicio del Ejército obtendría su libertad y la gracia se hará extensiva a su mujer legítima. La única condición era llevar a cabo un servicio mínimo de dos años. Asimismo, se anunciaba una indemnización para los propietarios (Aguirre, 2005, p. 185 – 186). Por otro lado, la respuesta de Castilla no se hizo esperar y el:

[...] 3 de diciembre de 1854 emitió un decreto en el cual, después de aclarar que esta medida ya se había pensado hacer para cuando triunfara la “revolución”, anuncia que el gobierno “restituyese, sin condición alguna, la libertad de los esclavos y siervos libertos, cumpliendo solemnemente un deber de justicia nacional” [...] Castilla también anunció la indemnización a los propietarios, una promesa que los dineros del guano garantizaban que se podía cumplir” (Aguirre, 2005, 185 – 186).

Como se desprende de la cita anterior la “liberación” de los esclavos en realidad fue una manumisión puesto que el gobierno de turno pagó por la libertad de cada uno de ellos. Además, se nota que el gesto fue una respuesta política más que una ley planificada y

debatida desde los poderes públicos del Estado. Lo cierto es que tras la caída del régimen esclavista hubo la necesidad de reemplazar esta mano de obra, la cual había sido empleada durante siglos en diversos trabajos manuales dentro de las haciendas, talleres, pequeñas industrias, entre otros.

3. Arribo de los culíes al Perú

Tal como se ha señalado líneas arriba para la extracción del guano, no era necesario contar con una sofisticada tecnología, solo era necesario emplear obreros para que la extrajeran. Pese a ello existieron grandes limitaciones, puesto que se carecía de trabajadores, situación que se agudizó aún más con la manumisión de los esclavos. Debido a ello se buscó nuevas fuerzas de trabajo; en un principio se pensó en emplear a los pobladores de la sierra pero las “barreras sanitarias como el paludismo o la malaria que se cebaban en los migrantes serranos al llegar a la costa, sumada a la ausencia de una presión demográfica sobre la tierra que empujara a los campesinos de la sierra a la migración” (Contreras & Cueto, 2007, p. 140) hacían complicado emplearlos. Ante esta situación la clase política vio conveniente fomentar la migración de extranjeros hacia el Perú. Los cuales trabajarían no solo en la extracción del guano sino también para otras labores como la agricultura, la industria y el comercio.

3.1.¿Migración europea o asiática?

Al momento de debatirse la migración de extranjeros al Perú, existió el consenso de que estos migrantes debían ser de origen europeo ya que al ser una raza superior ayudarían a mejorar a la sociedad peruana la cual era predominantemente indígena. Es decir, la migración se pensó bajo la lógica de la eugenesia, aunque debe precisarse que por entonces ni los médicos, ni los políticos, ni los ilustrados, empleaban dicho término. Este recién es introducido al Perú con la llegada del siglo XX de la mano del médico Carlos Enrique Paz Soldán, quién describió la eugenesia como:

La Eugénica estudia el bienestar físico de la raza y la influencia que en todo orden determina su mejoramiento y degeneración. Esfuerzos por descubrir y practicar el arte de mejorar la descendencia humana han sido hecho desde épocas primitivas [...]” (como se citó en Yzu, 2016, p. 56)

Como se ha señalado líneas arriba el ideal de eugenesia estuvo presente en los debates de las autoridades políticas decimonónicas, hecho que se puede cristalizar con correspondencias como la enviada de la Casa del Supremo Gobierno en Lima al Gobernador de la Provincia Litoral del Callao el 9 de junio de 1848:

Con el motivo de los sucesos ocurridos á principios de este año en varios Estados y capitales de Europa, se presenta una buena oportunidad para atraer á la república la inmigración de brazos y capitales que tanto necesita para el progreso de la agricultura, de la industria y del comercio nacional, y deseando S.E. facilitar la relación de esta importante mira, me manda á decir á V.S. que se sirva á reunir á las personas notables dedicadas á la agricultura y les exponga este propósito, como también favorable de la ocasión que se ofrece; pues [es] mui natural que en la época de transición en que se hallan aquellos estados escasee el trabajo á muchos brazos de la clase laborosa [...]⁵.

Como se desprende de la cita anterior, la intención de los gobernantes de turno era atraer inmigrantes europeos al Perú, no solo por su superioridad racial sino también por ser una clase laboriosa de buenas virtudes para la agricultura. No obstante, debe precisarse que los “europeos no veían con entusiasmo a un país que ofrecía menos oportunidades económicas que los Estados Unidos y que el Cono Sur del continente” (Gonzales, 2016, p. 139). Es bajo este panorama como durante el primer gobierno de Ramón Castilla (1845 – 1851), se aprueba el 17 de noviembre de 1849, una ley que señalaba:

Que ante la postración que se halla la agricultura del país por la falta de brazos, es de necesidad remover este mal, protegiendo la inmigración extranjera; que la representación nacional debe fomentar este nuevo género de industria premiando á los empresarios y con especialidad á los primeros introductores de colonos en atención á los mayores riesgos á que se hallan expuestos [...]⁶.

Tal como se cita líneas arriba con la aprobación de esta ley se permitía traer trabajadores extranjeros al Perú, asimismo, se señalaba que los primeros comerciantes en introducir dichos trabajadores debían recibir un incentivo por correr riesgos económicos, en adición a ello se indicaba que estos podían ser hombres o mujeres, cuyos rangos de edad oscilaran entre los 10 y 40 años. Asimismo, se indicaba que el número de colonos introducidos no debía bajar de 50 individuos (Rodríguez, 2012).

Esta ley además otorgaba a los comerciantes Domingo Elías y Juan Rodríguez la exclusividad de ser los únicos introductores de colonos por un período de cuatro años. Los cuales debían desembarcar en las regiones de Lima y la Libertad. Al ingresar al Perú estos

⁵ Correspondencia enviada de la Casa del Supremo Gobierno en Lima al Gobernador de la Provincia Litoral del Callao el 9 de junio de 1848. Archivo Histórico de la Marina de Guerra del Perú, sección Prefecturas del Callao 1848, caja 16, sobre 138, folio 76.

⁶ Archivo digital del Congreso, ley de 17 de noviembre de 1849. Recuperada de internet de <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/LeyesXIX/1849071.pdf>.

quedaban “extensos de pagar contribuciones y de hacer servicio militar por un lapso de diez años, para lo cual se tendría en cuenta su fecha de ingreso al país” (Rodríguez, 2012, p. 67).

De acuerdo con lo planteado por especialista Humberto Rodríguez en su artículo *El inicio de la trata amarilla al Perú y sus actores* (2012) esta ley fue promulgada inicialmente con la finalidad de atraer migración en general a nuestro país (con cierta preferencia hacia los migrantes europeos). No obstante, darse la introducción de chinos en gran cantidad se le comenzó a llamar la “ley china” aunque desde su punto de vista debió nombrarse “ley china” ya que inició el tráfico amarillo a nuestras costas.

3.2. Escenario internacional chino

Tras aprobar el Congreso la ley que fomentaba y facilitaba la migración extranjera en general, se empezó a introducir al territorio peruano una gran cantidad de trabajadores chinos. Para poder comprender cuáles fueron las razones que impulsaron a estos trabajadores a migrar a nuestro país, dejando de lado a sus familias y costumbres, explicaremos brevemente cuál era el contexto político por el que pasaba China durante los años de la migración.

Entre 1839 y 1842 el imperio chino gobernado por la dinastía Manchú, se enfrentó a Inglaterra durante la conocida Primera Guerra del Opio. Como consecuencia de ello China debió aceptar la imposición de un tratado desigual, que conllevó a la entrega de isla de Hong Kong, la apertura de puertos para el comercio extranjero y el pago de una indemnización por la guerra (Valladares, 2012).

Posteriormente, entre los años 1856 y 1860, ambos países se volvieron a enfrentar durante la Segunda Guerra del Opio. Este conflicto finalizó tras la firma de un nuevo tratado en el cual se obligaba a China aceptar la libre comercialización de los ingleses en su territorio. Asimismo, se les obligaba volver legal la venta del opio, asumir los gastos de la guerra entre otras medidas (Valladares, 2012).

A este panorama desolador se sumó las guerras internas que tuvieron lugar en el sur de China entre los años 1849 y 1864. Las cuales cobraron alrededor de 20 millones de vidas. Esta situación empeoró aún más con las sequías que se esparcieron a lo largo del país, que produjeron el “el empobrecimiento de campesinos, cargadores, artesanos, empleados y servidores públicos, obligaban a muchos de ellos a escapar de sus localidades de origen para convertirse en trabajadores migrantes o en bandoleros [...]” (Anguiano, 2018, p. 239). Es

bajo este contexto social en el que los chinos comienzan a migrar a diversos países de América.

3.3. Una aproximación a los oficios, costumbres y tradiciones de culíes en China

Los trabajadores chinos, que llegaron al territorio peruano durante la segunda mitad del siglo XIX provenían de las ciudades Amoy, Swatow, Catón y Macao, siendo el puerto de esta última ciudad el lugar desde donde partían.

En lo que respecta a su fisionomía estos se caracterizaron por ser de “rostro carnudo, labios gruesos, nariz achatada, poca o ninguna barba, cabellos negros, los ojos se hallan distanciados entre ellos, son semiabiertos, y en su mayor parte oblicuos, labios trompudos, tez bronceada” (Rodríguez, 2017, p. 25 – 27). Solían rasurarse el cabello con cuchillas excepto en la zona de la nuca, sitio donde se dejaban hacer crecer una larga trenza.

Por otro lado, su alimentación, estaba compuesta de dos dietas al día, siendo el arroz parte principal de ellas, el cual se cocina sin condimentos; se terminaban de cocinar cuando se convertían en una masa compacta (Rodríguez, 2017). A ello se le sumaba pequeñas raciones de carnes rojas o de aves. Como bebida principal tenían té o cha.

Adicionalmente a su alimentación, una gran cantidad de chinos consumía opio, hecho que los conducía a un estado de anorexia. Los hacía adelgazar de forma extrema, perdiendo de este modo una gran cantidad de fuerzas. Este hecho les impedía muchas veces poder realizar trabajos físicos. En lo que respecta al ámbito religioso en China se practicaba por aquellos años tres tipos de religiones: el *Juchian*, el budismo y el *Tauchián* (Rodríguez, 2017).

Como se desprende de la cita anterior la doctrina católica, bajo la cual se regía el Estado y la sociedad peruana del siglo XIX, no era practicada en China por aquellos años. De allí que, al llegar estos trabajadores a nuestro país, se haya considerado a sus creencias idólatras.

En el ámbito laboral, notamos que la gran mayoría de culíes antes de emigrar al Perú ofertaban sus servicios en empresas privadas. En el siguiente cuadro, elaborado en base al artículo *Macao en tiempos de la trata amarilla* de Humberto Rodríguez, exponemos de forma más detallada dichas actividades económicas.

Tabla 1. Actividades económicas de los culíes en Macao antes de migrar al Perú

ACTIVIDAD ECONÓMICA	Nº DE PERSONAS	%
EMPRESAS (miembros de asociaciones comerciales, empleados de estas asociaciones)	4 599	21.3
Semindustria (empleados de fábricas de té, cigarreros)	711	3.5
COMERCIO (ambulantes, vendedores de opio cocido, panaderos, librereros, carboneros, porqueros, carniceros)	1 587	7.4
SALUD (boticarios, herbolarios)	314	1.5
RELIGIÓN (en 12 pagodas, con bonzos y empleados)	66	0.3
DIVERSIÓN (casas de juego, lotería china, taberneros)	354	1.6
EMPLEADOS PÚBLICOS (casas de emigración china, iluminación pública, policía de mar)	318	1.5
TRATA DE CULÍES (corredores de culíes)	413	1.9
SERVICIOS (empeñadores, caleseros, caleseros de entierro, conductores de carretas, lectores de la suerte, sirvientes de europeos, sirvientes de chinos, meretrices)	7 226	33.5
OFICIOS Y PROFESIONES (pescadores, calafateros, fotógrafos, pintores, ebanistas, carpinteros, relojeros, orfebres, costureras, zapateros para gusto chino, zapateros para gusto europeo, barberos, profesores, constructores de loza, cereros, dulceros, pedreros, músicos, hojalateros, sombrereros al gusto de europeos, alijibeles, tejedores, sogueros, criadores de ganado, criadores de cabras, matadores de ganado, capadores, agricultores, jornaleros, engominadores de lavanderías, toneleros, cerrajeros, sastre al gusto de chino, curtidores)	5 525	25.7
OTROS (mendigos y presos)	425	2.0
TOTAL	21 594	100.0

*Cuadro tomado del libro: RODRÍGUEZ PASTOR, Humberto (2017). *Presencia, influencia y alcances. Chinos en la sociedad peruana 1850 – 2000*. Lima: Fondo editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, pág. 31- 33.

Algunas de las peculiaridades que se infiere del cuadro anterior es que, durante los años de la trata amarilla, existió un modesto grupo de chinos que se dedicaban en China a la venta de hierbas y de plantas medicinales. Motivo por el cual recibieron el nombre de médicos o boticarios. Debe precisarse que algunos de los aprendices de este oficio, tras llegar al Perú, seguirán practicando este tipo de medicina ancestral, causando una serie de controversias y querellas entre la comunidad médica concentrada en la Facultad de Medicina de Lima, tal como lo analizaremos con más detalle en el capítulo tres.

3.4. De Macao al Callao: traslado de los culíes y las condiciones sanitarias

Antes de que los culíes partieran de Macao hacia el Callao, firmaban un contrato en el cual se comprometían a trabajar por un período de ocho años a cambio de ello se le “prometía un salario mensual de 4 pesos, un adelanto del mismo, comida y cuidado médico gratuito, más el pasaje al Perú” (Gonzales, 2016, p. 141). Estos contratos fueron firmados en idioma castellano y en chino. Posteriormente a ello se les embarcaban en un navío, a bordo del cual realizaban un viaje que duraba aproximadamente de “120 a 150 días, se trataba de un viaje de cerca de 17 000 kilómetros” (Rodríguez, 2017, p. 73).

Debe precisarse que antes de zarparan las naos, estas tenían que ser visados por el capitán de puerto antes y posteriormente al embarque de los culis. Quienes verificarían que los culíes que ya habían firmado contrato por ocho años no acepten un nuevo contrato hasta que finalice el primero. A parte de este trámite, el cónsul debía entregarle al capitán del barco un certificado o patente de sanidad, en el que se especificaba las condiciones higiénicas de la embarcación.

Las condiciones higiénicas en las que viajaban eran muchas veces precarias, aunque esto no se veía reflejado necesariamente en los certificados de sanidad expedidos por el consulado. Según lo planteado por el doctor Víctor Alzamora Castro, durante la travesía, los culíes eran tratados como mismos animales:

[...] “Se embarcaron cuantos chinos era posible almacenar con seguridad”. Eran tratados como si fueran animales, se les daba de comer en pailas y se repartía agua en cántaros. Por temor a las revueltas, las puertas que los guardaban estaban reforzados con hierros y sólo se abrían cuando era indispensable la limpieza de los hediondos recintos. Varios fallecían durante el viaje, este acontecimiento ya estaba previsto. Se encostaba al difunto y amarraba una gran piedra, se decían unas cortas oraciones y se fondeaba el cadáver (Alzamora, 1963, p. 145).

Por otro lado, en la novela *Nurerdin Kan*⁷ la cual fue publicada en 1872 a manera de folletín en el semanario *El Correo* (cuando aún estaba vigente la inmigración china a nuestro

⁷ Esta novela se publicaba de manera anónima en el diario *El Correo*. No obstante, se adjudica la autoría a Trinidad Manuel Pérez. Para más información se recomienda revisar: Pérez, Trinidad (2020). *Nurerdin- Kan*. Edición crítica de Johnny Zevallos. Lima: Ediciones MYL.

país) se narra la forma como eran trasladados estos migrantes a nuestro país. Además, en uno de estos pasajes literarios se cuenta la epidemia que se vivió a bordo de la embarcación *Doria*:

La peste, que acabó por declararse a bordo, venía diezmando el número de los chinos, y aunque para el capitán era cosa harto fácil echar al agua diariamente tres o cuatro cadáveres, temía sin embargo que los marineros la gente del buque, cómo él lo llamaba, se viesen acontecidos de repente por la terrible enfermedad. El bergantín por otro parte, separado constantemente de la costa por vientos contrarios, no había podido arribar a ningún puerto, de manera que los víveres escaseaban y más de quince o veinte chinos habían muerto por falta de agua, que, en pequeñísimas raciones se les distribuía diariamente, no pudiendo aumentar la porción que tocaba a cada uno de los enfermos (Pérez, 2020, p. 24 – 25).

Cómo se desprende de las dos citas anteriores, las paupérrimas condiciones higiénicas, sumadas a la falta de una alimentación adecuada, hicieron que un gran número de migrantes chinos fallecieran en su trayecto hacía el Perú. El siguiente cuadro tomado del libro *Presencia, influencia y alcances. Chinos en la sociedad peruana 1850 – 2000* (2017) de Humberto Rodríguez Pastor, nos brinda una idea de cuáles eran las principales causas de muerte en el trayecto de Macao al Callao.

Tabla 2. Acontecimientos suscitados en los barcos que iban de Macao al Callao

BARCA	BANDERA	FECHA DE PARTIDA	Nº DE CULÍES	SUCESOS
<i>Claire</i>	Francesa	Diciembre 1862	297	Viaje duró 123 días. Murieron de diversas enfermedades 15 chinos. El resto se encontraba en perfecto estado de salud con excepción de 12 que luego de desembarcar los llevaron al lazareto. Antes del desembarco el buque fue fumigado.
<i>Teresa</i>	Chilena	Diciembre 1861	100	4 chinos murieron de forma natural, y otros 5 fueron arrebatados por un golpe de agua en una tempestad.
<i>Petronila</i>	Peruana	Julio 1861	300	En este viaje hubo muchas desgracias por eso demoró 300 días; llegaron 297 chinos. La barca fue tomada por un temporal en el Mar de la China, maltratada llegó a la isla de Sándich, tuvo que detenerse en Honolulu pues hacía mucha agua. De ahí al Callao fueron 85 días de viaje.
<i>Camilo Cavour</i>	Italiana	Diciembre 1863	586	El 17 de diciembre falleció de muerte natural el capitán del buque.

<i>Bacalán</i>	Francesa	Junio 1864	310	Murieron durante el viaje 100 chinos como causa de mucho uso de opio.
<i>Cristina Liguria</i>	Peruana Italiana	Junio 1865	603	148 migrantes murieron de disentería. Artículo de 3 de febrero de 1866 informa una gran mortalidad de chinos. Un intérprete declara que los sobrevivientes señalaban que ni el trato ni la comida habían sido buenas. La prefectura puso multa al consignatario pues en la baja de los chinos tenían mucha culpa los capitanes pues por ahorrar reducían las raciones.
<i>Karl</i>	Hamburgo	Abril 1866	201	Llegaron al Callao 200 culíes en buen estado de salud, solo uno fallecido.
<i>Camilo Covour</i>	Italiana	Abril 1866	634	Viaje lleno de sucesos: motín de chinos; tifón de seis horas y el viento se llevó tres gavias bajas y la trinquetilla pasó a popa; casi choca con un arrecife cerca de las islas Moisés.
<i>Dolores Ugarte</i>	Portugal	Setiembre 1866	670	Ya en el Callao el capitán de la nave no quise presentarse ante el capitán de puerto, solo se mostraron de mala manera y displicencia piloto contra maestre. Durante el viaje hubo 170 muertos incluyendo tripulantes, no se conoce motivos. De los 500 restantes 1 murió en el hospital, 11 tenían tifoidea, 11 en estado de extrema flacura, 80 con escorbuto y otros con enfermedades leves. No hubo contagiosos. Barca llegó sin médico ni intérprete. Había en la nave españoles con inexplicable presencia.
<i>Julián</i>	Portugal	Setiembre 1866	467	Solo llegaron 318 chinos y cinco españoles de carácter sospechoso.
<i>Pratolongo</i>	Italia	Octubre 1866	455	Solo tuvo una pérdida de 6 chinos, el resto son inmigrantes vigorosos y sanos.
<i>Asia</i>	Italia	Julio 1866	500	Luego de 142 días de viaje, solo llegaron al Callao 397. La pérdida de 103 se debía a la pésima calidad de los alimentos y por embarcar más chinos de lo establecido.
<i>Amelia</i>	Bremen	Octubre 1866	256	Viaje de 193 días con 21 culíes que sobrevivieron, de éstos 10 con escorbuto. Travesía sin precauciones.
<i>Galileo</i>	Italiana	Diciembre 1867	413	De Macao pasó por Japón. Del tramo de Paita al Callao mueren 111 chinos. Pérdida si humanitariamente sensible también lo es desde el punto de vista comercial.
<i>Uncowak</i>	Italiana	Enero 1868	505	Viaje de tan solo 95 días que solo tuvo 7 chinos fallecidos y el resto viene por completo en el mejor estado de salud de robustez.

<i>Luisa Canevaro</i>	Peruana	Enero 1874	766	Solo hay indicación del número de culíes que llegaron, entre ellos 10 muchachos. Se informa que esta es la última expedición de culíes contratados por 8 años. Lo que no fue cierto.
<i>Manco Cápac</i>	Peruana	Marzo	600	Solo fallecieron 9 de enfermedad natural y 2 que se arrojaron al agua. Muchos saben hablar castellano antes trabajaron en Cuba, hay calafates y carpinteros competentes.
<i>Florencia</i>	Peruana	Julio 1874		Salió de Hong Kong con carga general y 20 pasajeros chinos, primero llegó a Paita y luego al Callao, algo que sucedía algunas veces. Esta nave era de un sistema mixto, esto es vapor y velas.
<i>Lola</i>	Peruana	Julio 1874	375	En la travesía solo murieron 6. Este fue el último viaje de barcas chineras.

*Cuadro tomado del libro: RODRÍGUEZ PASTOR, Humberto (2017). *Presencia, influencia y alcances. Chinos en la sociedad peruana 1850 – 2000*. Lima: Fondo editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, p. 39.

Como se desprende del cuadro anterior, durante el periodo de navegación hubo una gran cantidad de culíes fallecidos. La gran parte de ellos a causa de enfermedades como la disentería, escorbuto o cólera. Para tener una idea aún más detallada de la cantidad de chinos que fallecieron durante el viaje, citaremos a continuación la memoria dejada por el cónsul británico H. Hutchinson, en la que se detallada el número de chinos que zarparon, fallecieron y arribaron al Callao en la década de 1860.

Tabla 3. Inmigración de culíes al Callao en la década de 1960

AÑO	LLEGARON	EMBARCADOS	MUERTOS
		DESDE MACAO	EN EL VIAJE
1860	1,413	2,007	594
1861	1,440	1,860	420
1862	1,003	1,716	713
1863	1,628	2,301	673
1864	6,410	7,010	600
1865	4,540	4,794	254
1866	5,929	6,543	614
1867	2,184	2,400	216

1868	4, 266	4, 387	121
1869	2, 291	2, 366	75
1870	7, 544	7, 917	373
Totales	38, 648	43, 301	4, 653

*Cuadro tomado del libro: Bonilla, Heraclio. “Gran Bretaña y el Perú 1826 – 1919. Informes de los cónsules británico” Volumen III. Lima: Instituto de Estudios Peruanos – Fondo del libro del Banco Industrial del Perú, 1976, pág.

De acuerdo con el cuadro anteriormente citado del 100% de chinos viajaron al Perú en la década de 1860 un 7% de ellos fallecieron durante el viaje. Debido a ello era común encontrar en la correspondencia remitida por la capitanía al Prefecto del Callao, noticias como estas:

En la mañana de hoy ha fondeado en este puerto la fragata Portuguesa *Pedro 1º* procedente de Macao en cuyo puerto embarco 680 colonos asiáticos de los cuales vienen a su bordo 653 y de estas 14 se hallan con escorbuto⁸.

Con la fecha del 4 de setiembre último, me dice el Cónsul de la República de Macao que se ha despachado para el Callao la fragata italiana “Dea del More” conduciendo quinientos seis (506) colonos chinos contratados en esa ciudad por cuenta de los señores Canevaros y Ca de Lima. En “El Nacional” del 22 del presente aparece y es notorio que aquel buque ha llegado solamente con 268, lo cual acredita que ha fallecido casi la mitad de los que salieron de Macao⁹.

En el “Comercio” de ayer se leí la noticia de que colonos asiáticos que conducían al Perú la Barca “Amalia” han muerto 231 y que de los 21 que quedan con vida, había 10 atacados con escorbuto¹⁰.

Cómo lo evidencian las fuentes, la principal enfermedad que contraían los colonos durante el viaje era el escorbuto. Aunque debe precisarse que, en la mayoría de las embarcaciones, llegaban culíes, qué como consecuencia de los accidentes ocurridos durante el viaje, quedaban incapacitados para realizar labores. Por lo cual debían mendigar para poder subsistir:

⁸ Informe del Capitán de Puerto al Prefecto del Callao del 2 de febrero de 1868. Archivo Histórico de Marina, sección Prefectura del Callao, 1868, caja 3, sobre 25, folio 5- 6.

⁹ Correspondencia al señor secretario de Relaciones Exteriores, fechado el 25 de enero de 1866. Archivo Histórico de Marina, 1866, Caja 20, sobre 163, folio 126.

¹⁰ Correspondencia enviada al Prefecto de la Provincia constitucional del Callao, fechada el 10 de abril de 1867. Archivo Histórico de Marina, 1867, caja 20, sobre 166, folio 199.

No hay un solo buque que venga de Canton trayendo chinos, que no cuente entre ellos algunos ciegos e inutilizados por otras causas. Como estos no pueden ser objeto de ganancia para los especuladores que trafican con dichos chinos, vendiéndolos á muy crecido precio, abandonan á su suerte á los inválidos, llenándose la población de estos nuevos desgraciados, y sirviendo su vista de un triste espectáculo, sin que la piedad pública tenga medios de remediar el mal que deplora por ser muchos los chinos que se hallan en el estado que he indicado. Yo creo, y no sin fundamentos, que á quienes toca asistir y cuidar á los infelices referidos, es á los mismos traficantes [...]¹¹.

3.5. Costumbres, hábitos y prejuicios

Como se ha mencionado líneas arriba, antes de que los trabajadores chinos partieran de Macao, firmaban un contrato de 8 años a cambio de una remuneración. “Una vez llegado al Perú, es vendida la contrata por el introductor al patrón peruano, quién eventualmente, puede venderla a otro tercero” (Trazegnies, 1994, p.151). Posterior a esto, los trabajadores chinos eran trasladados hacia la hacienda donde realizarían trabajos de agricultura, artesanía, industria o servicio doméstico. “El patrón decide de manera absoluta el uso que le dará al chino, con la única excepción contractual (a partir de 1860) de que no puede destinarlo a la extracción del guano de las islas” (Trazegnies, 1994, p. 151 – 152).

Durante estos años de servicios, los chinos eran obligados a trabajar en jornadas que comenzaban con la salida del sol y concluían con la puesta de él. Por las noches descansaban en galpones, construcciones bastantes primitivas que se cerraban con llaves para evitar que se escaparan en la oscuridad. En compensación a estas labores y de acuerdo a lo estipulado por sus contratos recibían “[...] en principio una paga semanal, alimento diario, dos vestidos, una camisa de franela, una frezada al año [...] atención médica y vivienda” (Trazegnies, 1994, p. 151). Debido a sus precarias condiciones de trabajos se puede aseverar que ellos trabajaban bajo condiciones de semi esclavitud.

Con el arribo de los chinos al territorio peruano se resolvió el inconveniente de la mano de obra, puesto que alrededor del 90% de ellos fueron destinados a las haciendas costeñas, para el cultivo del algodón y la caña de azúcar. Se sabe incluso que al culminar sus contratos alrededor del 30 al 40% fueron recontratados. No obstante, con su llegada surgieron nuevos problemas, puesto que sus costumbres y hábitos, disociaban de los patrones comunes de la

¹¹ Correspondencia al Prefecto de la Provincia Constitucional del Callao, fechada el 25 de septiembre de 1866. Archivo Histórico de Marina, Fondo Prefectura, 1866, caja 20, sobre 164, folio 5

población. Lo que generó una serie de estigmas en torno a ellos. Sobre todo, en aquellos chinos que tras cumplir su contrato no fueron recontratados por lo que quedaron libres y buscaron nuevas formas de subsistencia. Empleándose así en actividades como la construcción de ferrocarriles, agricultura (algunos eran recontratados), talleres y comercio. De acuerdo con los testimonios de la época, los chinos se inclinaron a tres oficios especialmente: el de garitero, fondero y usurero. En lo que respecta a las fondas chinas, según Atanasio Fuentes, aquí se comía gato por liebre. Para el caso de los garitos, ellos se jugaban hasta sus ropas. En cuanto a la usura “los chinos la llevan hasta donde no la llevaron nunca los judíos. El interés mínimo que exigen por las sumas prestadas es el cincuenta por ciento; y no solo usan sino que también alquilan las especies que reciben en prenda” (Atanasio, 1985, p. 90).

A consecuencia de sus nuevos oficios se establecieron en pueblos que se encontraban ubicados cerca de las haciendas en donde trabajaban o en su defecto en las ciudades. Para el caso de Lima, la comunidad china se estableció en los alrededores del Mercado Central “cerca del Mercado de la Concepción, cuya base y eje principal era la Calle del Capón (actual Jirón Ucayali) y el Jardín Otaiza” (Palma & Ragas, 2018, p. 166). Lugar que prontamente se conocería como Barrio Chino. Debe precisarse que en este lugar la comunidad china no solo residía sino también tenía negocios, siendo uno de los más controversiales, las boticas o droguerías.

La concentración de la población china en este espacio público hizo que prontamente los vecinos y autoridades de la ciudad, desplegaran una serie de reclamos y prejuicios hacía ellos. Por ejemplo, se cuestionó que residieran una gran cantidad de personas en una sola casa, puesto que al existir aglomeración¹², con la tugurización podrían surgir algunas enfermedades, situación que se agudizaba aún más con la falta de higiene:

Los chinos son muy aficionados á la cocina y muchos se han hecho en Lima, excelentes cocineros: sin embargo, es preciso desconfiar mucho del aseo en sus operaciones. A este intento referimos a una anécdota, ocurrido á uno de nuestros amigos. Tenia este un chino que preparaba el puchero Limeño á

¹²Debe precisarse que de acuerdo con lo planteado por la historiadora Carlota Casalino en su artículo: Casalino, Carlota (2005). “De cómo los chinos se trasformaron y nos transformaron en peruanos. La experiencia de los inmigrantes y su inserción en la sociedad peruana, 1849 – 1930”. En *Investigaciones Sociales*, IX (15), pág. 109 - 132. La austeridad practicada por la comunidad china era parte de las costumbres de este grupo social, asimismo ello le permitía ahorrar dinero a largo plazo, lo cual le permitía invertir en un futuro.

la perfección: un día que convite para la comida criolla, entre otras personas de confianza, entró nuestro amigo a la cocina para inspeccionar el puchero; al destapar la cacerola vé con horror, sobre las coles, una hermosa rata; reconvenido acremente el chino contestó con la mayor frialdad: *no tengas cuidado; puchero para ti, rata para mi* (Atanasio, 1985, 89 – 90).

En adición a ello, algunos de los hábitos de la comunidad china como el de fumar opio, fueron catalogados como vicios que corrompían a la sociedad peruana. A esta crítica se sumaba también su predilección por los juegos de azar, motivo por el cual en más de una ocasión fueron sancionados por las autoridades locales:

Jugadores asiáticos. - En número de 58 fueron conducidos ante[ayer] á la Intendencia de policía, por haberseles encontrado jugando. Después que se les detuvo en el calabozo algunas horas, se les puso en libertad, abonando antes una multa de dos soles en libertad, abonando antes una multa de dos soles por cada asiático [...]¹³.

Por otro lado, debemos mencionar que la comunidad china, no profesaba la religión oficial del Perú es decir la religión católica. Tal como lo hemos señalado líneas arriba, durante los años de la migración en el país oriental se tenía como principales religiones el Juchian, el budismo y el Tauchián, motivo por el cual al migrar los culíes a tierras peruanas serán señalados herejes o idolatras. No obstante, debe precisarse que con el paso de los años algunos de ellos se fueron convirtiendo al cristianismo. Por ejemplo, en el censo que se llevó a cabo en Lima en el año 1860, se evidencia que apenas el 10% de los culis que residían en la capital habían recibido el sacramento del bautismo. Los mismos que se realizaron a petición de los patrones, quienes se sentían más tranquilos al saber que tenían a su servicio a chinos civilizados por el sacramento del bautismo (Wang, 2017).

A los hechos descritos anteriormente se sumaron discursos como el del médico César Borja, quién sustentó en su tesis: *La migración china es un mal necesario de evitar* (1887), que la raza amarilla era una raza inferior, puesto que sus genes transmitían una serie de vicios como la adición a los juegos de azar. O en su defecto enfermedades, por lo cual era necesario evitar matrimonios entre las peruanas y chinos:

Las leyes de la herencia son inflexibles y al mezclarse la raza china con las nuestras, no hace más que prestar un elemento más al desarrollo y generalización de terribles enfermedades, demasiado comunes entre nosotros [...] situación que *comprueba* al observar las estadísticas del hospital 2 de mayo, donde

¹³ *El Comercio*, Lima, lunes 17 de agosto de 1868, segunda edición, jugadores asiáticos, pág. 2

más del 30% de muertes por disentería y tuberculosis son asiáticos (Como se citó en Paroy, 2016, p. 184).

Como podemos inferir hasta aquí, la colonia china no solo fue estigmatizada por sus costumbres, hábitos, creencias tales como las de fumar opio, practicar juegos de azar, o el hecho de no ser católicos, sino también se cuestionó su esencia biológica. Pues se les señaló como una raza inferior, capaz de generar la declinación de la sociedad peruana mediante de su reproducción. Es decir, según la percepción de entonces la educación o conversión al cristianismo no eran elementos suficientes para mejorar esta raza. Puesto que ella estaba predestinada al fracaso por su propia naturaleza, de allí que cuestione su existencia en sí. Las secuelas de estas incidencias se vieron reflejados en la estigmatización y prejuicios con el que fueron tratados los chinos dentro de la sociedad peruana.

II

EL PUERTO DEL CALLAO EN LOS ALBORES DE 1868

En la segunda mitad del siglo decimonónico, el medio de transporte por excelencia entre una nación y otra eran los barcos, los cuales tenían como lugar de partida un puerto y lugar de llegada otro. Al arribar una embarcación comercial a algún puerto esta solía desembarcar sus mercancías y venderlas, iniciando así toda una cadena comercial. De allí que estos sitios hayan sido un atractivo foco comercio para las personas de diversas nacionalidades y credos. Debido a ello los comerciantes en su afán de estar más cerca a sus negocios, comenzaron a construir sus viviendas en las zonas aledañas a estos espacios, edificándose así (claro está que es de manera involuntaria) una nueva ciudad.

Esta lógica no fue ajena al surgimiento del Callao, puesto que hacia 1537, tras otorgarle el Cabildo de Lima una licencia a don Diego Ruiz, para la construcción de un tambo, que sirviera como almacén de las mercancías desembarcadas (Rodríguez, 2018), se comenzó a edificar alrededor de esta una serie de viviendas. Por ello se considera al año de 1537, como la fecha de fundación del Callao ya que es la primera vez que aparece este nombre en los libros de cabildo. No obstante, antes de este año ya existían poblaciones residiendo en este espacio.

Lo cierto es que cuando inicia el *boom* del guano en el Perú, el Callao ya había dejado de ser conocido como el puerto de Lima, tras haber alcanzado su autonomía política en 1836 al ser declarada provincia. Hecho que se rectificó en 1857 con su nombramiento como provincia constitucional. En el presente capítulo abordaremos los aspectos geográficos, políticos, sociales y de salubridad del Callao en los albores de 1868, ello con el objetivo de ver cuáles eran condiciones con las que tuvo que enfrentar la epidemia de fiebre amarilla de 1868.

1. Generalidades

1.1. Fundación

Tras la invasión española y el establecimiento de Jauja como capital del virreinato, los conquistadores notaron prontamente que el acceso a esta zona era dificultoso, motivo por lo que buscaron una nueva capital. La que debía tener un rápido acceso al mar, es así como tras

analizar las características de la bahía que se encontraba rodeada de la comunidad indígena Piti Piti, se informó que:

su amplia y apacible rada podían albergar gran cantidad de embarcaciones durante mucho tiempo, sin necesidad de un tratamiento especial para los barcos dado que la frialdad de sus aguas impedía el desarrollo de la broma y otros moluscos que perforaban la madera de los cascos (Quiroz, 2007, p. 27).

Estas condiciones hicieron que, tras el establecimiento de Lima, como la capital del virreinato, el 18 de enero de 1535, este lugar se convirtiera en el puerto de Lima, el puerto de los Reyes, el Callao de Lima. Hecho lo que lo convirtió prontamente en un atractivo foco comercial:

El Callao era una de las entradas de los visitantes al país. La gran actividad comercial que en él se efectuaba era un atractivo especial para captar inmigrantes del interior y exterior del país. Esto hizo al puerto un lugar de variada población, donde se encontraba gente de todas las razas, nacionalidades y oficios (Quiroz, 2007, p. 70).

Esta dinámica se mantendría a lo largo del virreinato. Con la instauración de la república, dicha situación no cambiaría puesto que el Callao, seguiría manteniendo su condición de primer puerto, llegando a su máximo apogeo en la segunda mitad del siglo XIX con el *boom* del guano.

1.2. Geografía y clima

A nivel geográfico, el Callao se encuentra ubicado a los “12° 3’ 53” de latitud S. y 77° 13’ de longitud O. de Greenwich, es segura y limpia de bajos y arrecifes; su fondo progresivo, de una á veinticinco brazas, es de greda y piedra menuda. [...]” (Cisneros & García, 1898, p. 21).

A pesar de la gran frialdad de sus aguas (hecho que impedía el desarrollo de broma) durante los meses de verano, surgía en ellas un fenómeno llamado pintor:

[...]diciembre á abril, un fenómeno singular que consiste en emanaciones fétidas de gas sulfhídrico, acompañado en cambios más o menos notables en el color del agua. Se conoce bajo distintos nombres como el de Aguje y los de Callao Barber ó Callao Painter (Barbero ó Pintor del Callao) por la propiedad que tiene de teñir de un color negrusco plateado, la parte de los buques pintadas de blanco por medio del albayalde [...] (Cisneros & García, 1898, p. 21).

En lo que respecta al clima, de acuerdo con lo planteado por el médico Lisando Maúrtua en su tesis de bachillerato *Estudio médico– sociales del Callao* (1885) este espacio no tenía

grandes variaciones climáticas, por lo que se podría hablar de dos estaciones “[...] una estación de verano y otra que más bien puede llamarse primavera que de invierno” (Maúrtua, 1985, p. 3), ya que pocas veces podían notarse durante la estación de invierno grandes vientos y las copiosas lluvias como las que habían en otras regiones del Perú: “mientras en Lima llovía con gran fuerza, al Callao calentaba un sol de estío” (Maúrtua, 1985, p. 3). No obstante, lo cálido de su clima no impedía su alto nivel de humedad:

[...] pues siendo como es el fondo de su suelo esencialmente pedregoso las filtraciones de las aguas del mar, del río y de las acequias inmediatas se realizan con facilidad, y por su constante evaporación como consecuencia, engendren una humedad excesiva [sic] en toda la llanura chalaca (Maúrtua, 1985, p. 3).

Como dato adicional debe mencionarse que frente al Callao se encontraban ubicadas las islas Palomino y San Lorenzo. En lo que respecta al suelo, según el médico Maúrtua, su peculiar estructura geológica lo convertía en uno de los lugares más insalubre que podía habitar el hombre, de allí que, para él, haya sido este elemento, el causante de una serie de enfermedades como la fiebre amarilla:

El suelo del Callao es uno de los más insalubres que puede habitar el hombre. Su estructura geológica, como ya se ha dicho favorece las filtraciones del mar, del río Rímac y de las acequias de las chacras inmediatas, dando lugar estas filtraciones a los pantanos y lagunas que se encuentran alrededor en conservación perpetua. Siendo indudablemente estos focos de emanaciones telúricas los que proceden en el apogeo del verano la fiebre amarilla (Maúrtua, 1885, p. 5 – 6).

2. La Provincia Constitucional: Jurisdicción y configuración

Al no formar la provincia Constitucional del Callao, parte de Lima, esta se encontraba fuera de los cuarteles y las murallas. Por lo que tenía su propia jurisdicción y configuración. Debido a que no contamos con una referencia exacta de cuáles eran los límites que tenía la Provincia Constitucional del Callao hacia la década de 1860, o de forma más específica hacia el año 1868, hemos visto conveniente tomar como referencia lo planteado en el año 1885 por estudiante Maúrtua en su tesis sobre el Callao. Si bien es cierto esta tesis fue sustentada 17 años después de nuestra fecha de interés, intuimos que el declive en la venta del guano sumado al estallido de la guerra con Chile, hicieron que este lugar no tuviera un crecimiento demográfico sostenible como el que había experimentado en las últimas décadas, por lo que

su extensión territorial tampoco debió haber variado mucho. Explicado esto, indicamos que en la segunda mitad del siglo decimonónico, la Provincia Constitucional del Callao limitaba:

[...]por el N. el río Rímac, por el Sur el océano Pacífico que limita la península, por el Oeste el mismo océano, con su muelle y dársena y por el Este la multitud y chacras y haciendas que forman parte del valle de Lima (Maúrtua, 1885, p. 2).

A nivel jurisdiccional la Provincia Constitucional del Callao, tenía bajo su administración dos zonas o en términos contemporáneos dos distritos; el primero conocido con el nombre Callao, abarcaba las viviendas, negocios y espacios públicos que se habían edificado alrededor de la bahía o puerto, es decir era el producto de la actividad comercial que se había forjado desde los primeros años del virreinato.

La segunda zona conocida con el nombre de Bellavista era consecuencia del terremoto y maremoto que asoló al Perú, el 28 de octubre de 1746. Tras haber quedado destruida la zona del Callao, el virrey José Antonio Manso de Velasco, conocido también como el Conde de Superunda, fundó una nueva ciudad a un cuarto de legua del puerto, ello con el objetivo de salvaguardar la vida de los habitantes ante un nuevo siniestro. El ingeniero Louis Godin, fue el encargado de trazar esta planta.

Pese a las restricciones que existieron de habitar o colocar sus negocios en los espacios aledaños al puerto, este lugar fue nuevamente poblado. Para fines de la presente investigación, la cual busca analizar el desarrollo de la epidemia de fiebre amarilla en el Puerto del Callao hacía el año 1868, hemos visto conveniente reconstruir (hasta donde las fuentes nos lo permitan) como se encontraba configurado el Callao.

2.1.El Callao

La zona del Callao se extendía “[...] desde la actual plaza Grau hasta el inicio del distrito de La Punta” (Quiroz, 2007, p. 156) es decir abarcaba parte de lo que hoy conocemos como Callao Cercado y Chucuito. Según el testimonio del filósofo y médico alemán Ernest Middendorf, se encontraba dividido en dos zonas, una nueva y otra antigua:

El Callao está compuesto por una parte antigua y una nueva. En la primera, situada más cerca de la orilla, se encuentran las tiendas comerciales, las oficinas del puerto y de los agentes de la Aduana, otros locales de negocio, como hoteles y cantinas. Con excepción de dos calles – la Calle del Comercio y la Calle de la Aduana – casi todas son estrechas y torcidas; la mayor parte de las casas son de

materiales ligeros y están mal construidas, aunque por lo general bien pintadas. La nueva ciudad está situada detrás de la antigua, tiene calles más anchas, que se cortan en ángulos rectos. Con muchas casas bien construidas y de agradable aspecto (Middendorf, 1973, p. 28).

En lo que respecta a la parte antigua, aquí se encontraban ubicados los muelles o desembarcaderos, por lo que era conocido como la zona del puerto, debe señalarse además que en este espacio se encontraban establecidos la gran mayoría de instituciones, así como negocios. Para poder elaborar un análisis más detallado hemos visto conveniente describir en el siguiente punto, los muelles y la Junta de Sanidad del Litoral que se encontraban en la zona del puerto.

2.1.1. Una descripción panorámica del Puerto

Al momento de arribar un barco al puerto del Callao, este anclaba en un muelle “construcción de piedra, ladrillo o madera realizada en la mar que permite a barcos y embarcaciones atracar a efectos de realizar las tareas de carga y descarga de pasajeros o mercancías” (Vega, 1870, p. 20). Los cuales eran administrados o bien por el Estado o por alguna empresa o compañía privada.

Aunque desconocemos el número exacto de muelles que existían en el Callao para el año 1868, de acuerdo con las descripciones hechas por el comandante Aurelio García y García, en su libro *Derrotero de la Costa del Perú*, publicado en 1863, hemos logrado identificar cuatro muelles. Dos de estos pertenecían al Estado, el primero de ellos recibía el nombre de muelle del Estado, estaba destinado a desembarcar personas y mercancías en general, mientras que el segundo llamado Chucuito era usado exclusivamente para el desembarque de trigos y harinas.

En lo que respecta a los otros dos muelles, estos eran administrados por la empresa privada, el primero de ellos pertenecía a la compañía del dique, mientras que el segundo a la compañía de vapores:

Hay además sobre la misma costa los muelles de la compañía del dique, de la antigua empresa de nieve y de los de la Compañía Británica de Vapores, que sirven estos últimos también para la descarga. Tiene a sus inmediaciones los almacenes de depósito, casas habitaciones, factorías y otros establecimientos de las empresas respectivas (Como se citó en Quiroz, 1990, p. 19).

A parte de los muelles o desembarcaderos en la zona del puerto existían también instituciones como la Fortaleza de la Independencia o Castillo de la Independencia, la

Aduana, la Capitanía del Puerto, la estación del ferrocarril y la Junta de Sanidad del Litoral. Para fines de la siguiente investigación pasaremos más detallada de esta última institución:

2.1.2. La Junta de Sanidad del Litoral

Se encontraba establecida en el Callao (y en general en todos los puertos del Perú) era la Junta de Sanidad de Litoral. Fue fundada en 1826, mediante *El Primer Código Americano de Sanidad* (el cual tendrá vigencia hasta el año 1887). Su misión consistía en velar por la salubridad del puerto. Las personas que conformaban esta institución eran “comandante de marina, donde lo haya capitán de puerto, administrador de aduanas, un médico y un vecino [...]” (Paz Soldán & Lorente, 1924, p. 9). En lo que respecta a sus funciones estas estaban especificadas entre los artículos 15 y 33 del código anteriormente mencionado (véase anexo 1).

La principal función de la Junta del Litoral consistió en inspeccionar a los barcos procedentes de algún puerto donde existiesen enfermedades. Esto con la finalidad de verificar que ninguno de los tripulantes o pasajeros se encuentre enfermo y por ende introduzca este mal al territorio peruano. En el caso de que la referida junta encontrará un enfermo o sospechoso, esta tenía la potestad de someter a tripulación completa a cuarentena.

Como ya hemos mencionado, durante las primeras décadas de la república existió una gran dejadez por parte del Estado, lo que se vio reflejado en la falta de atención de varias demandas que aquejan por entonces a la sociedad y sus instituciones. Una de ellas fue la desatención hecha a la Junta Litoral de Sanidad, quien solicitó en 1840, la designación de un médico para la Junta establecida en el Callao, que le permitiera llevar a cabo una adecuada inspección de sanidad:

Sabedor el Gobierno de que la visita de sanidad que[es] para la capitania[sic] de este puerto á [sic] los buques extranjeros [sic] que arriban á el, se practican sin la precisa asistencia del medico [sic] que debe componer esa junta con el fin de precaver que introduzca en el país alguna enfermedad cuyo contajío [sic] debe procurarse evitando con toda la escrupulosidad que demanda precauciones de tan vital importancia, dispondrá U.S. [sic] que de los médicos facultativos que reciden [sic] en ese pueblo nombren uno que se encargue de visitar a los buques [...] ¹⁴

¹⁴ Archivo Histórico de Marina, Prefectura del Callao. Correspondencia enviada a la Casa de Gobierno de Lima, el 20 de octubre de 1840. Año 1840, caja 27, sobre 206, folio 120.

Como se desprende de la cita anterior, si hacia 1840, el Estado aún no podía atender demandas no tan complejas como la designación de un médico, deducimos que aún más, no poseía el poder suficiente para aplicar las cuarentenas de manera rigurosa. Sobre todo, durante los meses en que existió la amenaza de introducirse alguna enfermedad en el puerto del Callao u otro puerto peruano. Puesto que, dichas medidas afectaban inevitablemente el comercio proveniente del exterior, colisionando, de este modo, con algunos sectores sociales (Inga, 2020).

Lo cierto es que, de haberse aplicado dicha política, esta no tuvo tanta repercusión en materia económica durante las primeras décadas de la república, ya que esta favorecía el proteccionismo económico puesto en práctica por las élites peruanas. Debe anotarse que, según lo planteado por Jorge Lossio, por entonces podría identificarse dos tipos de médicos, de acuerdo a la relación que guardaban estos con las cuarentenas:

[...] los contagionistas (que propiciaban las cuarentenas) eran acusados de ser proteccionistas (es decir, apoyaban el desarrollo industrial local vía los altos aranceles o la prohibición de importar productos foráneos) mientras que a los anti – contagionistas (en cualquier tipo de cordón sanitario o control portuario) se les relacionaba con los intereses de las grandes casas comerciales (Lossio, 2002, p. 81).

No obstante, al cambiar el panorama comercial hacía la segunda mitad del siglo XIX con el *boom* del guano, se incrementó el número de barcos que arribaban al Callao y con ello aparecen “nuevas” enfermedades como la fiebre amarilla (como lo veremos más adelante). Por lo que se ordenó que todos los buques antes de desembarcar sean sometidos a una inspección, por parte del capitán de puerto y un médico. Por lo que podríamos imaginar que hubo un mayor control con respecto al ámbito sanitario.

Sin embargo, estas visitas, desde nuestro punto de vista, no eran nada más que una formalidad, ya que como lo hemos expuesto en el capítulo uno, al momento de arribar una embarcación con culíes al Callao, las cuales se caracterizaban por poseer pésimas condiciones higiénicas (por lo que perecían varios culis durante el viaje), estas no eran sometidas a cuarentenas. Es decir, los referidos inspectores no hacían más que elaborar su informe, a pesar de existir evidencias suficientes como para someter a la embarcación a cuarentena, o quemar sus mercancías tal como lo indicaba el reglamento. Puesto ello significaba chocar con los intereses económicos del país. Debido a ello al momento de

estallar la fiebre amarilla de 1868, existieron grandes controversias de sí cerrar o no el puerto o someter a cuarentena a tal o cual embarcación.

3. Actividad económica

Con en el *boom* de guano, las actividades económicas incrementaron en la zona del Puerto y espacio aledaños, dicha situación se vio reflejada con la presencia de pequeños negocios:

Para la primera quincena de noviembre de 1865, más de un chino había ya asentado su situación económica emprendiendo modelos de negocios tan populares en el puerto como lo eran las chingadas y las fondas, que combinaban el servicio de alojamiento con la preeduría de alimentos y bebidas. Ese era el caso de “José Mercedes Mendoza” (35 años, soltero), natural de Cantón, residente en esta, fondero, católico [...] (Flórez -Zúñiga, 2017, p. 849).

Asimismo, se establecieron grandes negocios, como las casas comerciales extranjeras, las cuales en su mayoría eran de origen británico y se dedicaban principalmente a la exportación e importación de todo tipo de productos, para ello “se valían del alquiler de sus propias flotas de barcos para traer todo tipo de artículos de Gran Bretaña del mismo modo que trasportaban hasta allá los principales productos del Perú (oro, plata, cuero y algodón” (Linares, 2012, p. 56).

Sí bien es cierto el establecimiento de estos pequeños y grandes negocios, son consecuencia de la fluidez comercial que experimentó el país durante era del guano, debe tenerse en cuenta este no fue el único factor que aceleró proceso. Puesto que, a raíz del descubrimiento y perfeccionamiento del barco a vapor, las comunicaciones y con ello el intercambio comercial entre un país y otro se transformaron completamente.

3.1. Del barco a vela al barco a vapor

La primera embarcación de este tipo que arribó al puerto del Callao fue el vapor *Perú* (4 de noviembre de 1840) de la compañía inglesa Pacific Steam (Denegri, 1981). Desde entonces comenzaron a acelerarse las comunicaciones y con ello las actividades comerciales entre un puerto y otro, sobre todo con el inicio del auge exportador del guano. En el siguiente cuadro comparativo veremos cuánto tiempo se invertía al viajar en un barco impulsado a vela y a vapor.

Tabla 4. Horas de viaje en barco a vela y a vapor

DESTINO	VIAJE A VELA		VIAJE A VAPOR	
	DÍAS	HORAS	DÍAS	HORAS
Del Callao a Valparaíso	22		7	12
Del Callao a Iquique	18		3	12
Del Callao a Arica	18		3	
Del Callao a Islay	18		2	
Del Callao a Huanchaco	4		1	3
Del Callao a Paita	6		2	5
Del Callao a Guayaquil	8		3	2
De Valparaíso al Callao	11		6	6
De Iquique al Callao	7		3	
De Arica al Callao	6		2	12
De Islay al Callao	4	12	1	18
De Huanchaco al Callao	7		1	12
De Paita al Callao	15		2	7
De Guayaquil al Callao	21		3	4 21”

*Cuadro tomado del libro: Denegri Luna, Félix. “Los primeros buques a vapor”. En *historia marítima del Perú. La república 1826 a 1851*. Tomo VI, Volumen 2. Lima: Instituto de estudios histórico – marítimo del Perú, 1981, pág. 43.

4. Sociedad

El Callao en su condición de puerto atrajo desde tiempos virreinales a diversos grupos sociales, quienes veían en este lugar una buena oportunidad para hacer negocios. Estos grupos en su mayoría no compartían ni la lengua, ni la religión, ni las costumbres, el único lazo en común que tenían, como ya lo hemos dicho, era su interés por el comercio. Esta lógica convirtió al puerto en uno de los lugares más cosmopolitas del mundo.

4.1. Cosmopolitismo

A consecuencia del *boom* guanero, se acentuaron en el Callao al igual que otras ciudades portuarias de la costa peruana, un sinnúmero de pobladores, que hicieron aún más diverso, de lo que ya era, este lugar. Es quizás por eso, que los diversos viajeros que llegaron al Perú por aquellas décadas al momento de describir al Callao lo señalaban como un espacio complejo y pintoresco. Un claro ejemplo de ello nos lo brinda el testimonio de George Squiner, quien tras arribar al Perú 1863, describe a la población chalaca de la siguiente forma “Habían chinos y cholos, ingleses y franceses, suecos y genoveses, que vociferaban de consumo en la libre jerga de todos los puertos marítimos del mundo: “Havee Boatee?” “Much bueno boatee” “Ver good embarcation, sare! [...]” (Squiner, 1977, p. 15).

Otro testimonio acerca del cosmopolitismo nos lo brinda Ernst Middendorf, quien, hacia 1865, describe a los chalacos de la siguiente manera:

Las tripulaciones de las lanchas peruanas del Callao, ofrecen un muestrario bastante complejo de las poblaciones peruanas de la costa. Quizás en ninguna otra parte del mundo se ven juntas tantas y variadas razas humanas y facciones. Marineros de todas las naciones marítimas de Europa, que aquí abandonaron sus buques, negros, indios, chinos y los mestizos productos de la unión de todas las razas, con tez de todos los matices en tono oscuro, y con pelo castaño, lanoso, ondulado e hirsuto. Sin embargo con excepción del color de la cara y de las características del cabello, estos vovcingleros mozos se diferenciaban poco de sus compañeros de gremio de otros lugares, ya que los lanjeros y cocheros de todo el mundo tienen las mismas costumbres (Middendorf, 1973, p. 122).

Debe precisarse que los tres principales grupos sociales que se encontraban en el puerto eran los británicos, italianos y franceses.

4.2. Entre las colonias, los hábitos y las tradiciones

A pesar de que, en el puerto del Callao, existían colonias muy marcadas, no obstante, creemos que esta clasificación, aunque útil no nos permite entender del todo la complejidad social del puerto.

Es por ello, que siguiendo la idea de Agustín Guimerá Ravina, quien plantea en su artículo *Puertos y ciudades portuarias (Ss. XVI – XVIII): una aproximación metodológica* (2002) que en los puertos coexisten dos grupos sociales. El primero de ellos vendría a ser la élite portuaria cuyas actividades económicas gira en torno al comercio, la industria en gran escala, se caracterizan por tener un alto nivel educativo que muchas veces es desarrollado en el

extranjero y tienen como pasatiempo disfrutar de las pinturas, la música, las tertulias, además suelen desarrollar una arquitectura muy particular. En lo que respecta al segundo grupo, este está conformado por la cultura de las clases menesterosas como es la de los hombres de mar cuyos hábitos consisten en practicar una religión mezclada entre el catolicismo, anticlericalismo y la superstición, además de ser sociables y solidarios, pero al mismo tiempo tender a la violencia y ser proclives a la soledad (Gumerá, 2002).

Planteamos que, para el caso del puerto del Callao, este postulado se cumple, puesto que, al margen de la nacionalidad, color de piel, religión o idioma; coexistieron marcadamente dos grupos sociales. Uno que vendría a ser el de los grandes comerciantes, empresarios, profesionales liberales (médicos, ingenieros, técnicos) quienes se caracterizaron por ser los vecinos ejemplares del primer puerto, ya que practicaban la filantropía y tenían buenos hábitos y costumbres. Un caso bastante curioso, sí se tiene en cuenta que al ser la mayoría de ellos al ser extranjeros y cristianos no católicos, era fácil catalogarlos como herejes, idólatras, tal como sucedía con otras colonias como la china.

En lo que respecta al segundo grupo aquí se encontraban básicamente aquellos trabajadores de estratos muy bajos, quienes empleaban por lo general sus manos como fuerza de trabajo. Entre estos destacaban los hombres de mar, cuyos oficios eran los de pescadores, estibadores, playeros, lancheros, arrumadores, guardines. Practicaban un catolicismo entre mezclado con el anglicanismo y la superstición y eran proclives a los juegos. Razón por la cual era necesario regular su conducta. Debe precisarse que algunos hombres de mar eran ex – marineros, quienes tras haber desertado de sus barcos optaban por ejercer dichos oficios, ante la imposibilidad de ser incorporados a la Marina Peruana. Puesto que para formar parte de ella era necesario presentar papeletas firmadas por los cónsules de su país:

No se permitirá el enganche de marineros extranjeros, sino en vistas de papeletas firmadas por los cónsules o agentes consulares de sus respectivas naciones y constancia de los roles que acrediten haber quedado libres de anteriores obligaciones y aptos para celebrar nuevas contratas; y á falta de tales agentes consulares [...] (Flores, 1862, p. 11).

De aquí deducimos que aquellos marineros extranjeros que llegaron a formar parte de la Armada Peruana, rompieron de manera diplomática con sus países, puesto que lograron que se le emitieran sus respectivas papeletas. Debe precisarse además que, con el propósito de evitar la presencia de marinos desertores en el territorio peruano, el gobierno ordenó que cada

vez que llegara una embarcación extranjera a nuestro país está entregase a cada uno de sus tripulantes, un permiso expedido “por los cónsules de las naciones á que pertenezcan, á fin de que con la constancia que en ella pongan la capitania, los posaderos reciban sin embarazo á esos individuos” (Flores, 1862, p. 9). Con esta medida lo que se buscaba era evitar que aquellos marinos que hayan desertado al momento de llegar al Callao pudieran hospedarse en algún posadero del primer puerto:

El capitán del puerto cuidará de que no se hospeden ningún marinero que no tenga papeleta dada por el capitán del buque á que pertenezca y visada por la Capitanía [...] El posadero que admitiese marineros sin este requisito, será penado por cada persona que admita, con una multa de 50 pesos que señala el reglamento de policía (Flores, 1862, p. 9).

El plazo máximo de días que estos marineros podían estar en el posadero era de diez, pues se estimaba que, pasado esta fecha, ellos junto a sus embarcaciones deberían estar zarpando hacía otro destino:

Los capitanes de puerto ordenarán y harán observar estrictamente, que no se de posada á marinero por más de diez días, excepto en los casos de enfermedad, en cuya circunstancia, el posadero, dará inmediatamente aviso a la Capitanía, para que mande a reconocer a la capitania, para que mande reconocer al enfermo; y resultando estarlo, podrá permanecer en la posada hasta su establecimiento, ó hasta que sea su traslado al hospital ó su buque (Flores, 1862, p. 10).

Todo esto se realizaba con la finalidad de evitar que estos marineros desertaran. Es por ello por lo que la capitania pasaba inspección a estos establecimientos, un ejemplo de esto lo podemos ver en la correspondencia remitida por el oficial de la Marina Peruana Pedro Jon Carreño al Prefecto del Callao, el Callao, abril de 6 de 1864:

Con esta fecha se ha pasado una revista escrupulosa, en todas las posadas de marineros, y no se ha encontrado otra falla que la de haber sorprendido en la Duch Jack al marinero Fred Arns desertor, de la fragata N.A. “Juliet Trundy” y al que he puesto á disposición del Cónsul de los E. U. en este puerto, asi como impuesto al posadero, la correspondiente multa de reglamento¹⁵.

Como hemos señalado líneas arriba, este grupo tuvo una gran afición por los juegos de azar. Lo que ocasionó que diversos viajeros que llegaron al Perú, durante este periodo, percibieran al puerto como un espacio donde reinaba el vicio y las malas costumbres:

¹⁵ Correspondencia enviada al Prefecto del Callao el 6 de abril de 1864. Archivo Histórico de Marina, Prefectura del Callao – Capitanía del Callao 1864, caja 3, sobre 24.

Ruschenberger contaba que los salones de billar y las pulperías eran el refugio de marineros, negros y lo más bajo de la población. Estos lugares son escenarios de todo tipo de vicios [...] (Quiroz, 2007, p. 246).

La práctica de estos juegos no solo se llegaba a cabo en las pulperías sino también en los hospedajes de marineros. Debido a ello la capitanía realizaban constantemente inspecciones: “en estas visitas, cuidará el capitán de puerto [...] que no se propine á los marineros bebidas dañosas, de que haiga juegos prohibidos y que se observe un buen orden en general” (Flores, 1862, p. 10). Como se ha visto existió una serie de políticas que buscaban regular la estadía y el comportamiento de los marineros que llegaban al Callao, pues se creían que sus vicios y malos hábitos perturbaban a la población, aunque como ya se ha señalado, ellos no eran los únicos en poner en práctica dicho hábitos, no obstante, al encontrarse los marinos sujetos a una serie de protocolos era un poco más manejable que la capitanía pudiese regular su conducta.

4.3. Demografía

Al estallar la enfermedad en 1868, no se sabía de manera exacta cuántos pobladores residían en el Perú y mucho menos en el Callao. Los últimos dos censos que se habían llevado a cabo eran los de 1860 y 1866, los cuales habían sido elaborados por el periodista Manuel Atanasio Fuentes. Según muchos ilustrados de la época, el modelo de censo creado por Fuentes era “Una verdadera revolución en los conocimientos estadísticos [...]” (Peloso & Ragas, 2001, p. 280). Puesto que utilizó categorías antes no usadas como sexo, edad, estado, civil, profesión, culto y propiedades. No obstante, pese haber sido una innovación para la época, dicho censo presenta serias limitaciones en lo que respecta al presente estudio. Estas limitaciones radican en el hecho que, al ser solo censados los residentes de los cuarteles de Lima, los habitantes del Callao no fueron incluidos en él, debido a que pertenecían a otra jurisdicción.

Antes esta situación hemos visto conveniente recurrir al trabajo de José María Córdova y Urrutia, titulado *Estadística histórica, geográfica industrial y comercial de los pueblos que componen las provincias del departamento de Lima* (1839). El autor quien era ex – secretario de la prefectura de Lima y del gobierno político militar del Callao, plasma a partir del padrón de 1836, un cuadro en el que detalla cuántos pobladores residía en el primer puerto, hacia mediados de la década de 1830:

Tabla 5. Número de pobladores en el Callao hacia el año 1836

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Blancos	272	219	491
Indígenas	309	360	669
Castas intermedias	472	545	1,017
Esclavos	65	59	124
	1,118	1,183	2,301

*Cuadro tomado del libro: Córdova Y Urrutia, José María (1992). *Estadística histórica, geográfica, industrial y comercial de los pueblos que componen las provincias del departamento de Lima*, edición facsimilar Lima: Sociedad “Entre Nous”, pág. 103.

A pesar de que el cuadro anteriormente expuesto, nos da luces al respecto de la cantidad de pobladores que residían en el Callao a mediados de 1830, este presenta también una serie de limitaciones, una de ellas radica en que la data recogida no considera a los pobladores extranjeros. Los cuales residían (aunque no de manera numerosa) desde tiempos virreinales. Otra limitación consiste en que al haber sido extraída la data de un padrón que fue elaborado por el gobierno del Callao, es probable que este haya tenido fines económicos (mejor recaudación de impuestos). Y a consecuencia de ello algunos de los pobladores del Callao hayan ocultado información con el objetivo de no pagar más tributos. A ello se suma la falta de especificidad en lo que respecta a edades y oficios.

Lo cierto es que según este cuadro residían en el Callao un total de 2,301 personas de los cuales 1,118 eran varones mientras 1,183 eran mujeres. Es decir, la población femenina era mucho mayor a la masculina. Este hecho que puede ser explicado en base al desbalance se produjo a consecuencia de las “pérdidas humanas en las guerras de independencia” (Quiroz, 2007, p. 241).

Debe precisarse además que, de acuerdo con la clasificación hecha por Córdova y Urrutia, el distrito de Bellavista que se encontraba dentro de la jurisdicción del Callao albergaba hacia finales de esta década un total de 306 personas:

Hasta el indicado año residían en el pueblo mas de cuatro mil personas y en la actualidad solo existen trescientos seis individuos de todas castas: ciento veinte y cuatro hombres, ciento setenta y seis mujeres y seis esclavas (Córdova y Urrutia, 1992, p. 117).

Sumado a los pobladores que residían en el Callao con los de Bellavista, notamos que a mediados de la década de 1830 residían en esta jurisdicción un total de 2,607 personas.

Este número de pobladores incrementó durante los primeros años de la década de 1840 (periodo en que inicia la venta del guano) según el *Calendario y guía de forasteros de la República Peruana para el año bisiesto de 1844* “La población del Callao consta de 4 á 5 mil habitantes, y la de Bellavista 200; pero en la primera no es fijo este número por la continua movilidad de estos siendo una gran parte los extranjeros transeúntes [...]” (De Carrasco, 1843, p. 66). Como se desprende de esta cita hacia el año 1844 residían entre el Callao y Bellavista aproximadamente entre 4,200 y 5, 200 habitantes, un número bastante elevado si lo comparamos con los 2, 607 que residían en este sitio hacia el año 1836.

De acuerdo con esta misma fuente, para el año de 1848 la población chalaca estaba compuesta 6,000 habitantes y la Bellavista por 300, lo que daba un total de 6,300 habitantes, número al que se sumaba los extranjeros transeúntes. Como podemos inferir de estos datos, en 4 años habían incrementado alrededor de 1,000 habitantes. En lo que respecta al año de 1850, el número de pobladores que vivían en el Callao no había sufrido mayores alteraciones mientras que los que residía en Bellavista había incrementado al número de 306 “Hasta el año 1825 existía en el pueblo más 4,000 personas, pero al presente solo cuenta con 306 individuos de todas las castas, 124 hombres, 176 mujeres y 6 esclavos” (De Carrasco, 1843, p. 130). Con la llegada de la década de 1860 y la explosión de *boom* guanero el número de moradores de la provincia Constitucional del Callao, incrementó aún más:

Los empadronamientos oficiales muestran que en 1859 el Callao albergaban a 18. 700 habitantes. Para 1862 la Provincia Constitucional cuenta con 17.539 habitantes. De ellos 10.294 eran varones (58%) y 7.245 mujeres (41,3%). De los varones, más de las dos terceras partes eran adultos (7.340 vs. 2.954 menores). Esto es, la población era no solo predominantemente masculina sino también predominantemente adulta. En 1866 se calculaba en sólo 14,800 población en la provincia (Quiroz, 2007, p. 245).

Para el año que nos concierne, 1868, no existen cifras exactas de cuántas personas radicaban en el Callao, no obstante, para fines de la presente investigación hemos visto conveniente trabajar sobre el número de 14, 800 pobladores (cifra estimable de habitantes para el año de 1866). Aunque somos conscientes por los datos expuestos con anterioridad, que la población chalaca tenía una tendencia a crecer, sobre todo al estallar el *boom* guanero, consideramos que en lapso de dos años el número de pobladores no pudo haber variado drásticamente.

5. Estado Sanitario

Como hemos señalado en el capítulo número uno, hacia finales del siglo XVIII y durante los primeros años del siglo XIX, la corona española liderada por la dinastía borbónica realizó reformas sanitarias, que tenían como objetivo mejorar el erario público y frenar la aparición de enfermedades. No obstante, tras la independencia, la joven república peruana, cayó en el anarquismo político, hecho que impidió que se sostuvieran y mejoraran las políticas sanitarias iniciadas unos años antes.

5.1. Esfera pública

Durante los primeros años republicanos era común percibir en diversos sitios de Lima y del primer puerto, acopios de basura, excremento de animales y barro, situación que atraía a mosquitos y otros animales transmisores de enfermedades. Razón por la cual era común encontrar en la ciudad una gran cantidad de gallinazos. El viajero Juan Jacobo Von Tschudi, nos brinda un testimonio sobre la presencia de este animal hacia la década de 1830:

El extranjero que pisa por primera vez la Costa del Perú, se sorprende por la cantidad enorme de buitres negros que ve en toda la calle sobre todo en los techos. En el Callao, como en los demás puertos, se encuentra principalmente los gallinazos de cabeza colorada (*cathartes aura jllig*), más al interior, se ven con más frecuencia el gallinazo negro (*cathartes foetens jllig*). El primero es un pardo oscuro, casi negro, con cabeza y cuello desnudos, rojos. El segundo se le parece en tamaño y forma pero su cabeza y cuello son grises. El gallinazo negro es flojo y pesado y no vuela mucho; busca su alimento saltando sobre la tierra con las patas juntas, si quiere avanzar más rápido se ayuda con las alas pero sin volar. Durante el tiempo caluroso de mediodía, estos gallinazos se sientan sobre los techos o los muros, en fila de hasta sesenta y aun ochenta ponen las cabezas de bajo de las alas y duermen, son muy voraces y tragan todo lo que encuentran de sustancias y saltan en las calles más concurridas entre la gente y los animales [...] El gallinazo negro por lo general anida en techos de casas, Iglesias, ruinas y muros altos (Tshudi, 1966, p. 53).

La presencia de estos animales adquirió “un simbolismo especial en el imaginario social limeño por sus peculiares costumbres alimenticias (daban cuenta de los restos de los animales muertos que encontraban abandonados en las calles y las acequias)” (Lossio, 2003, p. 22). Para muchos pobladores “los gallinazos eran un mal necesario, ya que permitía la eliminación de basura y cadáveres de animales abandonados en la calle” (Lossio, 2003, p. 22).

Este panorama desolador e infeccioso no cambió para el Callao con el auge del guano, puesto que seguía habiendo presencia de basura en las calles, asimismo, el agua seguía transportándose por acequias o en su defecto esta era transportada en el lomo de burro por los aguadores. Ante el constante problema ocasionado por el agua, el gobierno del Mariscal Ramón Castilla intentó remediar la situación sin éxito alguno:

En este afán, el Mariscal Castilla, llegó a muchos acuerdos con el Dr. Gallagher, quien tuvo compromiso especial con el Gobierno de Castilla, para proveer de mayor cantidad de agua a la población, por medio del puquio “El Chivato”. El referido Dr. Gallagher, intervino ante la señora Ramírez de Orellana, propiedad del fundo “Baquíjano”, a fin de poder construir acequias y demás facilidades para el mejor cometido de dicho contrato. Parece que el Dr. Gallagher, no triunfó en sus propósitos, y fue necesario por parte del Mariscal Castilla, celebrar un nuevo compromiso con el Ingeniero Prentice, en agosto de 1859, para aumentar el caudal de agua y para conseguirlo se ahondó más el puquio y sacando unas acequias algo profundas, pues llegaron a tener de profundidad más de seis varas. En esta obra se gastó la suma de S/. 6.000,000, y sin resultado práctico pues fracasó la obra (Vigil, 1946, p. 300 – 301).

La presencia de basura en las calles y una inadecuada distribución del agua generaban una serie de problemas para la higiene pública del Callao. Al momento de estallar la fiebre amarilla en 1868, el panorama de insalubridad que había descrito Jacobo Von Tschudi en la década de 1830, aún prevalecía. Tal como se expone en la libreta que escribió el doctor Cecilio Velázquez en 1868:

Al mencionar al Puerto del Callao, no se pude menos que recordar, lo pantanoso de su área las cuatro quintas partes de su población, muy particularmente en el vecindario que se extiende de la calle del Peligro para Pueblo Nuevo, Cruz Verde, Casa de Gallos, Beneficencia, Camal, etc. Y la que hay por la calle de Lima, Colón, Condesa y Jardín de Boza, las lagunas, basureros y la práctica fatal de hacer la baja policía de doscientos abrómicos cuando menos diariamente por la mar brava (barlovento de la ciudad) unida al pestilente carro de aguas puercas que atraviesa todo el día la población; dan grandes y poderosos motivos para una atmósfera fétida y corrompida de millares de peces muertos en cierta época del año, se introduzcan en las casas estrechas, bajas y mal ventiladas y produzcan fiebres perniciosas y trasmisibles (Velázquez, 2016, p. 45).

Como se desprende de la cita anterior, los problemas de higiene que presentaba el Callao, no solo se debía a sus características naturales, geográficas como es la presencia de un terreno pantanoso o su cercanía al mar, sino también el arrojado de abrómicos (residuos fecales) al mar por parte de la Baja Policía. Lo que a la larga terminaba corrompiendo la atmósfera y con

ello infectando la población debido a la propagación de miasmas. Otro trabajo donde se da a notar la insalubridad del primer puerto es en la tesis *Estudio médico– sociales del Callao* (1885) del doctor Lisandro Maúrtua:

Hablar señores, de la higiene pública del Callao se lamenta hondamente la ignorancia, la incuria y el olvido mas completos de los preceptos de la higiene por parte de las autoridades [...] Sabido de notoriedad es cuanto influye en la salubridad pública de un lugar un sistema bien ordenado de canalización ó de alcantarillas, que arrastrando por diferentes canales las agua de las lluvias, las aguas sucias de los sumideras, las materias escrementicias, los residuos líquidos de las industrias, los desperdicios de las fábricas de bebidas, fermentadas [ilegible] lleven al mar ó sea al río, estos elementos de alteración de la vida y de la salud humana. Pues bien señores el Callao, el primer puerto de la república, la primera de las poblaciones industriales del Perú carece absolutamente de canalización, circunstancia que origina los inconvenientes de este estado de cosas. Asi pues, el matadero, la plaza de abastos, los hospitales, los colegios y escuelas en general, todos los establecimientos públicos, donde por la naturaleza de las cosas tiene que aglomerarse materias organicas, tienen que soportar la presencia de esas y absorber [sic] sus emanaciones mefíticas, hasta que la mano tardía del basurero municipal las viene á levantar cada veinticuatro horas, para arrojarlas á un lugar poco distante de la misma (Maúrtua, 1885, p. 7 – 8).

Como se desprende de la cita anterior (la cual, aunque pertenece a un trabajo de investigación que es posterior a nuestro período de estudio, nos da a notar que a pesar del tiempo la higiene pública no había cambiado mucho) el mal tratamiento del agua y el arrojado de basura en las calles del Callao creaban las condiciones necesarias para el desarrollo de enfermedades. Ya que mucha del agua que llegaba a las casas se encontraba contaminada por basura, excrementos humanos o de animales, puesto que era común emplear la “mismas fuentes de agua para beber y para des – hacerse de los desechos tuvo nocivos efectos sobre la salud de los pobladores” (Lossio, 2003, p. 30). De allí que las principales causas de muerte durante la era decimonónica estuvieran vinculadas a enfermedades como la tifoidea y disentería.

A esto se sumaba el hecho que en las acequias se anidaban el mosco *Aedes aegypti*, principal transmisor de la fiebre amarilla. Debe precisarse que por entonces ni la comunidad médica ni las autoridades asociaban este mosquito con el origen de la fiebre amarilla, se pensaba más bien que ello era causado por los miasmas o la contaminación o corrupción de aire.

5.1.1. Hospitales

Otros espacios públicos que tenían serios problemas de salubridad en el Callao eran los hospitales. A comienzos de 1800, Hipólito Unanue realizó un diagnóstico con respecto a los hospitales ubicados en la capital. En este concluyó que las principales amenazas que aquejaban a dichos centros eran la sobrepoblación de pacientes, así como la escasa ventilación e iluminación en las habitaciones y la carencia del personal sanitario (Lossio, 2003, p. 82). Debe tenerse en cuenta que los hospitales a los que se refería Unanue eran los heredados del virreinato, los mismos que a nivel de infraestructura se caracterizaban por:

contar con un gran claustro o patio central, y en uno de sus lados se asomaban el frontis de su capilla, mientras que en los tres lados restantes se encontraban diferentes ambientes (cocina, vivienda del capellán, ropería, etc.). Los enfermos estaban alojados en extensas salas de planta rectangular, que presentaban en sus muros grandes ventanas ciegas u hornacinas, que estaban ocupadas por los pacientes y que se conocían como “covachas”. A su vez las salas se cruzaban entre sí, estando regentadas por un altar, el cual las presidía, lo que permitía al enfermo oír misa desde su lecho, en sus covachas. Por otro lado los pisos eran simples apisonados de tierra, sobre el cual los enfermos botaban sus desperdicios, lo que en continuo tránsito de personas, se iba compactando (Coello, 2018, p. 83).

Este tipo de hospital prevalecerá en el Perú a lo largo del siglo XIX, a pesar de que Europa y en otros lugares del mundo ya se habían remplazado los hospitales claustro por los de pabellón, inspirados en el modelo panóptico¹⁶ desde finales del siglo XVIII. Los hospitales de pabellón en comparación a los de claustro se caracterizaban por tener:

¹⁶Antes del siglo XVIII los hospitales se caracterizaban por ser una institución que brindaba asistencia social a los pobres, pero que paralelamente a ello separaba y excluía. El pobre, en su condición de pobre requería ser atendido y en su condición enfermo se convertía en un vector trasmisor y propagador de enfermedades. Debido a ello era necesario la existencia de hospitales pues ellos los acogían para proteger al resto del peligro que representaba. Hasta el siglo XVIII, el principal actor de un hospital no era el enfermo sino el moribundo. Se trataba de un ser humano que requería ayuda material y espiritual. Esta era la función esencial del hospital. De allí que estos sitios hayan sido percibidos como un lugar para morir, asimismo, esto explica por qué el personal encargado de ellos no eran médicos sino órdenes religiosas. Según Michel Foucault, esta percepción cambia a fines del siglo XVIII. Puesto que alrededor de 1760, se crea una conciencia de que el hospital puede y deber ser un instrumento destinado a curar enfermos, idea que refleja una nueva práctica: la visita y la observación sistemática y comparada de los hospitales. Es bajo este precepto que se inicia una reforma en el sistema hospitalario. La cual se da con la construcción de nuevos centros hospitalarios, que tenía como ideal permitir la observación constante del paciente. Es bajo este contexto como el panóptico de Bentham se convierte en una figura arquitectónica idealizada. Este modelo panóptico aplicado a la infraestructura hospitalaria permite establecer las diferencias entre los enfermos, observar los síntomas de cada cual, sin que la proximidad de las camas produzca que un paciente contagie a otro. Foucault, Michel (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo veintiuno, pág. 197, 201. Recuperado de http://latejapride.com/IMG/pdf/Foucault_Michel_-_Vigilar_y_castigar.pdf; Foucault, Michel (1996). “Incorporación del hospital a la tecnología moderna”. En *La*

[...]ambientes separados que obedecían al tipo de enfermedad y sexo. Asimismo, presentará recintos separados de acuerdo a su función, tales como la cocina, lavandería, depósitos para el carbón y comestibles, guardería de ropa, comedor para criados, barchilones y pacientes, biblioteca, sala de cirugía, sala de medicina, botica, dormitorios e incluso hasta una capilla (Coello, 2018, p. 65).

Uno de los primeros hospitales en ser edificado en el Perú bajo el modelo de hospital de pabellón fue el Hospital Dos de Mayo. Por otro lado, debe mencionarse que a lo largo del siglo XIX los hospitales que existían estuvieron administrado generalmente por órdenes religiosas, las cuales no solo tenían por objetivo manejar las rentas del hospital o abastecer a estos centros con medicinas e implementos sino también brindar apoyo espiritual a los enfermos. Puesto que al considerarse las enfermedades como un designio divino “era contraproducente el ir contra la enfermedad e intentar curarla” (Coello, 2018, p. 85). De allí que los hospitales hayan sido concebidos como lugares destinados para morir y no como espacios donde uno se podía curar las dolencias corporales. Debe precisarse además que en estos centros de salud solían atenderse personas de estratos económicos muy bajos, gente olvidada y sin parentela; las personas de mayor poder adquisitivo preferían llamar a un médico y atenderse en sus casas.

Hacia la década de 1860, en la Provincia Constitucional del Callao, existían dos hospitales. El primero de ellos llamado San Juan de Dios se encontraba ubicado en el distrito de Bellavista mientras que el segundo era el hospital de Guadalupe, el cual estaba ubicado en la calle Bolívar en el Callao. A continuación, haremos una descripción general acerca del estado sanitario de estos hospitales:

5.1.1.1. Hospital de San Juan de Dios

El hospital de San Juan de Dios tiene su origen en el antiguo Colegio de Bellavista, institución que pertenecía a la orden religiosa de los padres jesuitas. Tras ser expulsada esta congregación del Perú por disposición real del 9 de setiembre de 1746, los bienes de esta orden sacerdotal pasaron a depender de la “Junta de Aplicación de Temporalidades, presidida por el Virrey, que debía proceder a la gestión, administración y liquidación de todo patrimonio existente, en cumplimiento de las instrucciones dictadas” (Rabi, 2003, p. 32).

Vida de los hombres infames. La Plata: Editorial Altamira, pág. 70 – 71. Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina29343.pdf>

Ante la ausencia de un hospital apropiado para la atención de los enfermos que residían o trabajan en el Callao o Bellavista, la referida Junta de Aplicación de Temporalidades, con fecha 7 de junio de 1770, decidió convertir al citado Colegio de Bellavista en el Hospital General de Bellavista, para ello se dictaron los siguientes órdenes:

- a) Dedicar el Colegio de Bellavista de los Jesuitas expatriados a Hospital General, para ponerlo al servicio de la población y de las fuerzas militares
- b) Remodelar convenientemente el edificio que se encontraba en buenas condiciones, haciendo las salas necesarias y agregando los servicios básicos (botica, ropería, cocinas, almacenes, asilados, contagiosos, etc) para su pronto funcionamiento
- c) Entregar la administración y manejo del Hospital a la Religión Betlemita, con la experiencia de su buen desempeño en los Hospitales del Refugio de Incurables y de la Convalecencia de Indígenas Nuestra Señora Del Carmen
- d) Aplicar las rentas que disponía el Colegio (especialmente la Hacienda Bocanegra) para atender los gastos de funcionamiento del Hospital.
- e) Entregar a la Religión Betlemita en explotación la Hacienda Bocanegra con todos sus cultivos de azúcar, trapiches, trabajadores, bienes y equipos, para que con el producto de sus rentas financiara el Hospital

La orden religiosa Betlemitas, conocida también como los “Barbones”, fue designada por la Junta de Aplicación de Temporalidades como la institución encargada de administrar el nuevo hospital debido a que tenían experiencia en la atención de hospitales como los del Refugio de Incurables y de la Convalecencia de Indígenas Nuestra Señora Del Carmen. Sin embargo, su falta de conocimientos en lo que respecta a la administración de haciendas, hicieron que las ganancias obtenidas del Fundo Bocanegra (las cuales estaban destinadas a sostener el mantenimiento del Hospital) fueran mal distribuidas lo que impedía el adecuado mantenimiento del Hospital. Debido a ello el 5 de julio 1775 la Religión Betlemita devolvió la administración del citado hospital a la Junta de Aplicación de Temporalidades.

Años más tarde ante la falta de recursos económicos para su mantenimiento, el virrey Gil de Taboada Lemus, mandó a cerrar temporalmente el recinto un 16 de julio de 1790. No obstante, tiempo después, durante las batallas de independencia, se hizo evidente la necesidad de abrir un centro de salud en el Callao para atender a los soldado y marinos heridos.

Debido a ello el encargado del ministerio de Guerra y Marina Tomas Guido ordenó en 1822 la reapertura del hospital. Para ello trasladó el Hospital del Espíritu Santo de los Marineros¹⁷ que se encontraba ubicado en Lima a las instalaciones del antiguo Hospital de Bellavista. La institución encargada de administrar este lugar era el Ministerio de Guerra y Marina, la cual se encargó de asignar como director de dicho establecimiento a un Cirujano Mayor del Cuerpo Político.

Durante sus primeros años de funcionamiento, el reinaugurado hospital se dedicó atender principalmente personal militar, específicamente a marinos peruanos. Por otro lado, debe señalarse que a pesar de que el hospital fue equipado con los elementos del desaparecido hospital del Espíritu Santo de los Marineros, existieron fuertes carencias de materiales, lo que impedía el adecuado mantenimiento del hospital:

Según el que verbalmente me ha instruido [sic] se necesitan traer mas camas por que las [ilegible] que las que hay habilitadas estan todas ocupadas [...] Oy [sic] se ha devuelto dos enfermos en la “Limeña” por falta de tener donde resivirlos”¹⁸.

Este hospital funcionó de manera casi interrumpida hasta el año 1833, fecha en la que “se consideró conveniente rematar el edificio en subasta pública, siguiendo la política de liberación adoptada, que aspiraba a restringir la actividad estatal a lo estrictamente indispensable” (Rabi, 2003, p. 52). Es bajo este contexto que un grupo de filántropos conscientes de las necesidades sociales que aquejaban a los vecinos del primer puerto, deciden establecer una Sociedad de Beneficencia en el Callao¹⁹. La cual tuvo como una de

¹⁷ El Hospital del Espíritu Santo de los Marineros fue fundado en 1573, siendo el primero de su género en toda América. Su objetivo era curar marineros y gente de mar, pese a ello este no fue establecido en el Callao sino a dos leguas de él (entre el río y la parroquia San Sebastián) debido a que en este lugar por entonces no había mucha población española, así como médicos y boticas. La renta que sustentaba los gastos de este hospital no era otra que la que los marineros y la gente de mar contribuían. Puesto que por cada viaje que realizaba un barco hacía el puerto del Callao, el capitán de dicho navío pagaba un impuesto para el hospital, el cual variaba de acuerdo con la distancia que había recorrido, posteriormente este monto era descontado del salario de la gente de mar. Del Busto Duthurburu, José (1973) *Historia Marítima del Perú. Siglo XVI – Historia Interna*. -tomo III, vol. 1. Lima: Instituto de Estudios Históricos – Marítimos, pág. 425 – 427.

¹⁸ Correspondencia enviada al ministro de Guerra y Marina, en el Callao 15 de mayo de 1822. Archivo Histórico de Marina, sección Personales, año 1822, folio N° 26, correspondencia

¹⁹ La sociedad de Beneficencia del Callao se fundó el 29 de marzo de 1834, con el objetivo de asistir a los enfermos en el Hospital de Bellavista y atender en cuanto sea posible las necesidades de los pobres. Esta institución en sus inicios estuvo compuesta por: el gobernador de las fortalezas, el comandante general de la Armada, el capitán del puerto chalaco, el párroco de la ciudad del Callao y el gobernador político. Para más información véase: Archivo Digital del Congreso, decreto del 29 de marzo de 1834. Recuperado <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/LeyesXIX/1834023.pdf>

sus primeras tareas dejar sin efecto el remate del edificio del Hospital de Bellavista. Para ello se hicieron cargo de manera momentánea del inmueble hasta el año de 1848, fecha en la que pasó a ser administrado por una nueva orden religiosa.

Durante esta nueva gestión, el hospital adoptó el nombre de San Juan de Dios, en recuerdo de los Juandedianos, hermandad que inició la asistencia sanitaria en el Puerto del Callao. Con esta nueva denominación y dedicada de manera exclusiva a la asistencia de mujeres, el citado hospital subsistió con alternancias hasta el 24 de mayo de 1940, fecha en la que un terremoto de gran magnitud terminó de destruir el inmueble, motivo por el que se edificó un nuevo hospital, el cual se dedicaría esta vez a la asistencia de varones, bajo el nombre de Daniel Alcides Carrión.

5.1.1.2. Hospital de Guadalupe

El segundo centro médico que funcionó en el Callao durante el siglo XIX fue el Hospital de Guadalupe. Sus orígenes se remontan al año 1831, fecha en la que un religioso franciscano llamado José Manuel Prieto, que atendía y curaba a marineros y gente de mar que residían en el sitio, hizo notar la necesidad de fundar un nuevo hospital en el Callao, ya que el existente que era el de Bellavista, no se encontraba en condiciones óptimas para asistir a nuevos pacientes, y el hecho de trasladar al enfermo hasta algún hospital en Lima lo ponía en riesgo constante.

A la iniciativa planteada por el padre franciscano José Manuel Prieto se sumó la colaboración del Fray José Ramón Rojas, quienes de manera conjunta se encargaron de recolectar limosnas y donativos para la obra “gestionando la colaboración y participación posible de la comunidad del Callao y también de la ciudad de Lima, con la finalidad de establecer el servicio de atención sanitaria bajo la protección de Nuestra Señora de Guadalupe, así como su correspondiente capilla” (Rabia, 2003, p. 58). No obstante, pese a los esfuerzos la construcción de este recinto no se materializó hasta el año 1834, fecha en la que el General de la República Luis José de Orbegozo mediante un decreto supremo expedido en octubre de 1834, hizo entrega a los hermanos franciscanos de un terreno para el levantamiento del hospital:

En sus comienzos, el hospital de Guadalupe atendía entre seis y diez pacientes ingresados, en una amplia sala con grandes ventanales, pisos de madera y camas separadas por cortinas y pequeñas

divisiones de madera, además de los servicios de consulta externa, botica, un reducido laboratorio, cocina, sanitario, almacenes, etc. Contaba con un médico, un cirujano, dos enfermeros, auxiliares, boticarios, personal de servicio y limpieza (Rabi, 2003, p. 58).

La hermandad de los franciscanos estuvo a cargo del hospital hasta el 1° de diciembre de 1848, año en que traspasó la administración de este centro de salud a la Sociedad de Beneficencia del Callao. Por otro lado, debe señalarse que hacía inicios de la década de 1860, el número de personas que residían en el Primer Puerto había incrementado de manera considerable a consecuencia del *boom* guanero que estaba experimentado el país desde hace algunos años. Lo que hizo notar la necesidad de trasladar o reubicar el hospital a una zona más grande en donde pueda atenderse las creciente demandas de la población. Debido a ello se demolió el primitivo local ubicado en la calle Bolívar, y se edificó un nuevo hospital en la llamada Plaza Guadalupe (entre las calles Moyobamba y Manco Cápac), un lugar continuó al Terminal Marítimo, al Ferrocarril, la maestranza y otros importantes centros industriales que conformaban en su conjunto el barrio chalaco denominado Chacaritas.

La inauguración de este nuevo hospital se realizó el 8 de diciembre de 1865; durante la ceremonia estuvieron presentes el presidente de la república, coronel Mariano Ignacio Prado, el director de la Beneficencia don Joaquín Soroa y el inspector del hospital don Martín Minglorra. En lo que respecta a su infraestructura:

El nuevo hospital se hizo con mayor amplitud y mejor distribución, se fabricaron dos grandes enfermerías o departamentos; uno para hombres con cuatro ambientes y capacidad de 150 camas; y el segundo para mujeres con capacidad para 34 camas en dos salas o ambientes. Dos destacados profesionales prestaban servicios en este nuevo establecimiento. D. Casimiro González en la parte clínica; y D. José Redondo, como cirujano, junto con los enfermeros, asistentes, boticarios, personal de servicio y de limpieza indispensable (Rabi, 2033, p. 59).

Como se desprende de la cita anterior en el renovado hospital se había incorporado durante su construcción algunos preceptos del hospital de pabellón, ya que edificaron diferentes espacios, tanto para los pacientes como para los servicios que se brindaba. Durante el combate del 2 de mayo (1866) y la guerra con Chile (1879), el hospital de Guadalupe brindó eficientes servicios a los heridos y víctimas de la guerra, dada su inmediata cercanía al puerto y por consiguiente al teatro de operaciones. Con la llegada del siglo XX y el incrementó de la población, se decidió reubicar nuevamente el hospital, siendo trasladado esta vez a la

avenida Unión (hoy Argentina). El cambio de local implicó la desarticulación de algunos espacios y servicios del hospital:

El trazo proyectado de la Av. Unión destruía los servicios básicos fundamentales del Hospital de Guadalupe, como la ropería de los enfermos, las lavanderías, la ropería de la Comunidad de Hermanas de la Caridad, la planta eléctrica, el pozo artesiano, la sala de San Sebastián y uno de los grandes salones del Colegio de niños, además de arrasar con la huerta y sus árboles frutales (Rabi, 2003, p. 61).

Pese a ello se realizó el traslado, no obstante, una gran explosión de dinamita que tuvo lugar en el Callao el 10 de septiembre de 1920 produjo la destrucción de este nuevo local. Por lo cual fue necesario reconstruir diversos ambientes del hospital. Superado el impase este centro de salud subsistió hasta el año 1966, fecha en la que fue demolido.

Como se desprende de los casos anteriormente expuestos hacia 1868, año en que es asolado el primer puerto con la enfermedad, sólo funcionaban en la Provincia Constitucional dos hospitales. El primero de ellos era de San Juan de Dios, estaba dedicado a la cuidado de damas y poseía una infraestructura bastante obsoleta para la época. Puesto que el edificio en donde se ubicaba tenía sus orígenes en el antiguo Hospital de Bellavista que de data de tiempos virreinales de allí que la inmueble haya sido construido bajo la lógica hospital de claustro. Es decir, no contaba con los ambientes necesarios para segregar a los enfermos de acuerdo con sus dolencias y género. En lo que respecta al segundo hospital este era el de Guadalupe, estaba dedicado a la atención de varones y mujeres y si bien es cierto había sido remodelado unos años antes de la epidemia bajo los preceptos del hospital pabellón, al no ser tan grande su infraestructura, terminó por colapsar junto con el de San Juan de Dios (y otros hospitales de Lima tales como: San Andrés, Santa Ana, San Bartolomé) durante la crisis sanitaria de 1868. Debido al colapso del sistema sanitario, a inicios del mes de abril de dicho año, diversos directivos de la Beneficencia comenzaron a recoger las siguientes comentarios e ideas de la comunidad médica:

“[...] la idea de la comunidad médica sobre un nuevo establecimiento debido a las experiencias cotidianas del mayor número de epidemiados, y la constatación que la capacidad de los antiguos hospitales era desbordada; la idea que empieza a tomar cuerpo es la de tener un nuevo local que remplazara al antiguo Hospital de San Andrés, con mayor capacidad de camas y una ubicación diferente” (Zárate, 2014, p. 154).

Ante este panorama el gobierno de turno, presidido por el Segundo Vicepresidente Pedro Diez Canseco, ordenó el 1 de mayo de 1868 (en plena ebullición de la epidemia) la construcción de un nuevo hospital, el cual llevaría por nombre 2 de mayo en conmemoración al combate que se lidio dos años antes en el Callao. Este hospital fue inaugurado el 28 de febrero de 1875, fue considerado en su momento como el primer hospital del Perú y de América (Alzamora, 1963). Cabe acotar, también que fue el primer hospital en nuestro país en ser construido en su totalidad bajo los preceptos del hospital de pabellón. Por otro lado, debe mencionarse que de acuerdo a algunos investigadores²⁰ la construcción del Hospital no fue consecuencia de la epidemia sino más bien era un proyecto que se venía debatiendo con anterioridad.

Por otro lado, debe mencionarse que, tras el fallecimiento del enfermo, surgían otros tipos de problema, que acechaba la salud pública del Callao y general del Perú, el cual era el tratamiento de los cadáveres.

5.1.2. Cementerios

“Durante casi mil años – desde la Edad Media hasta los siglos XVI y XVII – el mundo occidental mantuvo la práctica de enterrar a los muertos en las Iglesias” (Carlota, 2001, p. 349). Se pensaba que si las personas eran sepultadas cerca se escaparían más rápido del purgatorio (Warren, 2009). Según los estudios de Pamela Voekel “esta práctica proviene de la creencia de que los templos eran espacios sagrados, que el altar era una extensión de la divinidad de Dios, y que los santos representados en dichos espacios actuaban como intermediarios en favor de dichos muertos” (Warren, 2009, p. 49).

Esta concepción respecto a la muerte no fue ajena al virreinato peruano, ya que en varios Monasterios e Iglesias se solían llevar a cabo estas prácticas funerarias. Un ejemplo de esta situación fue el Monasterio de San Francisco: “Los fuertes olores dentro de San Francisco y otras iglesias se esparcían a las calles, donde se fusionaban con las pobres condiciones higiénicas, las aguas estancadas, el estiércol y los cadáveres de los animales abandonados

²⁰ Existe una controversia entre Eduardo Zárata y Oswaldo Salaverry con respecto a la construcción del Hospital 2 de Mayo. El primero plantea que este recinto fue construido a consecuencia de la fiebre amarilla, mientras que el segundo señala que antes de estallar la epidemia de 1868, ya se venía debatiendo la construcción de este hospital. Agradezco la proporción de esta información al profesor Marcel Velázquez Castro.

originando un terrible hedor” (Warren, 2009, p.51). Se sabe que los cuerpos sepultados en los templos están contaminando el agua y con ello esparciendo enfermedades mediante las acequias (Warren, 2009, p. 51).

Como se desprende de la cita anterior, el hecho de enterrar a los muertos dentro de las iglesias, producía una serie de problemas a la salud pública que no sólo aquejaban a los peregrinos de estos recintos sino también a cualquier transeúnte o vecinos que pasara o residiera en un lugar aledaño a este.

Debido a ello esta tradición comenzó a ser cuestionada en Europa hacia la segunda mitad del XVIII, a través de la difusión de ideas ilustradas. Las cuales argumentaban que sepultar a los muertos en las iglesias o monasterios era convertir a estos espacios en focos de infección. Es bajo este contexto que la Corona española envió a Lima un decreto real en 1789 “prohibiendo los entierros al interior de las iglesias y ordenando la construcción de un cementerio extramuros, es decir ubicado fuera de los muros de la ciudad” (Warren, 2009, p. 56). No obstante, esta ordenanza no llegó a ser ejecutada por las autoridades, ya que ello conllevaba afrontar unas series de querellas con la iglesia y con sus propias creencias religiosas.

La iniciativa de prohibir los entierros en las iglesias y monasterios y construir un cementerio a las afueras de la ciudad nació más bien de la comunidad médica que influenciada por las ideas ilustradas, expresó mediante una serie de discursos y debates vertidos en *el Mercurio Peruano*. Uno de sus principales representantes de este movimiento fue el médico Hipólito Unanue, quien escribió en 1803 que en San Francisco “El pavimento, incluso el presbítero, está lleno de bóvedas y sepulturas, que no bien se cierran, cuando vuelven a abrirse, para echar los cuerpos recién muertos sobre los podridos” (Warren, 2009, p. 52). Para Unanue al igual que para muchos intelectuales de su época, la putrefacción de los cuerpos ocasionaba la contaminación del aire, el clima originando una serie de enfermedades las “condiciones del clima alteraban el funcionamiento del cuerpo humano y los humores que los componen, generando un desequilibrio corporal que llevaba a la aparición de las enfermedades”. (Murillo, 2009, p. 27).

Es por eso que Unanue señalaba que la construcción del citado cementerio debía ejecutarse en “los extramuros de la ciudad, una zona distante del centro y con la dirección de los vientos adecuadas para no contaminar a la población urbana” (Ramón, 1999, p. 36).

La tan aclamada reforma, finalmente fue aprobada por el gobierno del virrey Francisco Abascal en 1807. Quién ordenó la edificación del Cementerio General de Lima, el cual sería construido en los extramuros de la ciudad. El arquitecto encargado de edificar este recinto fue Matías Maestro Alegría, quién tomo como referentes el neoclasicismo y la ilustración.

La inauguración de este recinto se llevó a cabo el 31 de mayo de 1808, previo a ello se promulgó un *Reglamento Provisional*, el cual fue elaborado por el virrey Abascal y el arzobispo Bartolomé de las Heras, con las recomendaciones de Hipólito Unanue. De acuerdo con este reglamento quedaban “prohibidos todos los entierros al interior de las iglesias a partir del día anterior a la apertura del cementerio, y se ordenaba la destrucción o la inhabilitación de los espacios para entierros que existían en las iglesias” (Warren, 2009, p. 57). Otro de los requisitos para poder enterrar a sus difuntos en este recinto era el acreditar que el fallecido había practicado la religión católica. El primer entierro que se realizó en este lugar fue el arzobispo Juan Domínguez Gonzales de la Requena, debe precisarse que este eclesiástico había fallecido algunos años atrás, sin embargo, con el fin de ganar adeptos a la idea de enterrar a los difuntos en los extramuros de la ciudad, se decidió exhumar sus restos y trasladarlos del panteón de la catedral al cementerio (Zárate, 2006, p. 462).

De acuerdo con lo planteado por la historiadora Carlota Casalino, el llevar a cabo este tipo de entierro producía la [...] individualización de los muertos: ya no integrarían los osarios anónimos. El recuerdo de sus muertos ya no sería sólo a través de sus misas, sino que existía la posibilidad de ir a visitar los restos a un lugar específicamente destinado” (Casalino, 2001, p. 349).

Como se ha mencionado líneas arriba para poder llevar a cabo un entierro en el Cementerio General de Lima, era necesario que las autoridades eclesiásticas emitieran un boleto, el cual sólo podía ser despachado en el caso de que el difunto hubiera profesado la religión católica. Debido a ello la gran mayoría de extranjeros que residían en el Perú, tras fallecer eran enterrados en la isla San Lorenzo, puesto que ellos eran cristianos, pero no católicos.

5.1.2.1. Cementerio Británico

Ante la imposibilidad de los extranjeros y en especial de la colonia británica de sepultar a sus difuntos en el Cementerio General de Lima, por su condición de cristianos no católicos, se vieron en la necesidad de solicitar al gobierno peruano un permiso para la construcción de su propio cementerio. Es así como el Cónsul George T. Sealy realizó las gestiones pertinentes con el gobierno del General José Luis Orbegoso, para la compra de un terreno ubicado en Bellavista, el cual estaba tasado en once mil pesos (Carrasco, 2013).

La adjudicación de dicho terreno se dio el 12 de noviembre de 1833. El lugar donde está ubicado actualmente este cementerio es la avenida Prolongación Zarumilla s/n., a la espalda de la Comisaría de Guardia Chalaca en Bellavista.

El citado proyecto estuvo a cargo de don Tomás Gil, su construcción estuvo valorizada en 10,545 pesos. Los cuales fueron recaudados a través del gobierno británico y donaciones de ciudadanos británicos en el Perú (Casalino, 2001). Asimismo, el rey Jorge IV, a través del Acta del Parlamento Británico donó una importante cantidad de dinero para la administración del cementerio, bajo la supervisión del consulado.

Si bien es cierto este terreno fue adjuntado a la colonia británica en 1833, la creación formal de este cementerio por parte del Supremo Gobierno Peruano se dio el 22 de agosto de 1834 siendo ratificado por el Decreto Presidencial del 5 de mayo de 1836.

Debe precisarse, además, que, si bien el Cementerio Británico del Callao fue inaugurado formalmente en 1838, años previos a su apertura se llevaron a cabo algunos entierros en este recinto, debido a las gestiones y apoyo de don Andrés de Santa Cruz. Los primeros entierros en ejecutarse este cementerio fueron el de los ingenieros de la Peruvian Corporation fallecidos a consecuencia de la verruga (Tácutan, 2011).

Por otro lado, debe precisarse que si bien el cementerio fue concebido para enterrar a los miembros de la colonia británica en la práctica también se llevaron a cabo entierros de otros colonos extranjeros que no profesaban la religión católica, puesto que este era el único cementerio protestante ubicado en la capital por entonces.

Es así como en este Camposanto encontramos los cuerpos de alemanes, polacos, suecos, austríacos, daneses, húngaros, finlandeses, australianos, franceses, neozelandeses, belgas

canadienses, checoslovacos, yugoslavos, rusos, suizos, chinos, japoneses y estadounidenses. Una idea acerca de los primeros entierros que se llevaron a cabo en este espacio nos las brinda el trabajo de José Córdova y Urrutia, quien detalla la cantidad de muertos que fueron enterrados en este sitio entre 1835 -1838:

Tabla 6. Entierros realizados en el Cementerio Británico del Callao entre 1835 - 1838

NACIONALIDAD	1835	1836	1837	1838	TOTAL
Ingleses	1	2	5	5	13
Norte – americanos	0	0	0	3	3
Genoveses	0	0	0	1	1
Alemanes	0	0	0	1	1
Párvulos	0	2	1	1	4
Total	1	4	6	11	22

*Cuadro tomado del libro: Córdova Y Urrutia, José María (1992). *Estadística histórica, geográfica, industrial y comercial de los pueblos que componen las provincias del departamento de Lima*, edición facsimilar Lima: Sociedad “Entre Nous”, pág. 119.

Esta situación sólo comenzaría a cambiar en 1868 cuando el gobierno de turno expidió el 20 de noviembre de dicho año, una resolución en la cual ordenaba a las municipalidades en donde residieran una gran cantidad de foráneos que no practicaran el catolicismo, se construyan camposantos para ellos. Al año siguiente específicamente el 19 de enero, expidió otra resolución en la que se ordenaba agregar a los cementerios que ya existían una zona destinadas para los protestantes y otros cristianos no católicos (Basadre, 1961, p. 1818).

La edificación de un cementerio protestante en el Callao es quizás la máxima expresión del cosmopolitismo que reinaba en el primer puerto. A propósito de ello Middendorf, hizo la anotación siguiente:

Bellavista es frecuentemente visitada por los miembros de las colonias europeas, pero casi siempre por tristes motivos, pues allí se halla el cementerio protestante (Ernst, 1973, p. 113)

Por otro lado, debe precisarse que en la entrada de dicho Cementerio existía una placa en la que se agradecía al Gobierno peruano por permitir la edificación de dicho recinto:

Los súbditos Británicos
residentes en estos lugares
construyeron y santificaron

este cementerio
en el año del Señor de 1838.
Mediante
el gratísimo permiso y liberalidad de esta república;
y los auspicios de su cónsul general
Belford Hinton Wilson;
á expensas
de las ablaciones de todos ellos,
aumentadas por la munificencia de su rey
bajo la autoridad de una ley
del Parlamento.
Al fin que descansen
en este sagrado resinto,
las cenizas de sus compatriotas; que lejos de su patria
en esta tierra, ciertamente distante,
pero carísima,
con la esperanza y fe de sus padres
terminasen
su carrera (Córdova y Urrutia, 1992, p. 118).

En lo que respecta a la distribución interna del cementerio, una idea acerca de ello nos llega mediante la memoria de Dora Mayer:

Este cementerio de Bellavista es más acogedor que los Panteones de Lima y Baquijano por que no tiene hileras de nichos, sino cada tumba en la tierra y generalmente adornada con un jardincito. En cada tumba caven tres ataúdes sobrepuestos, conforme se suceden las defunciones en la familia que ha adquirió el sitio. Se abona una modesta mensualidad a los parteoneros para cuidar las plantas, y éstos quizás ni hoy podrían ser muy careros por que los deudos acabarían por no pagar nada. Para que el derecho de la tumba expira solamente con la desaparición de todos los familiares de los enterrados (Seminario de Historia Rural Andina, 1992, p. 24 – 25).

Como un dato adicional, respecto a los cementerios protestantes, debe señalarse que, hacia el año de 1869, los judíos residentes en el Callao asociados bajo la Beneficencia Hebrea comenzaron a realizar trámites para la adquisición de un terreno en donde construirían un cementerio para su comunidad. El sitio escogido fue el valle de la Legua, el cual pertenecía al empresario Enrique Meiggs. Dicho recinto fue inaugurado el 29 de marzo de 1875.

5.1.2.2. Cementerio del Callao

Antes de que se construyera el Cementerio del Callao, los chalacos católicos que fallecían en esta localidad eran enterrados en el Cementerio General de Lima o en su defecto en huacas cercanas como la denominada Chacaritas. Es por eso que en 1857 Don Gregorio Hurtado, encargado por entonces de la Beneficencia Pública del Callao, planteó la idea de construir un nuevo cementerio en el primer puerto. El lugar pensado para construir este recinto era el barrio de Chacaritas, espacio que albergaba una huaca que también recibía este nombre. No obstante, el lugar no era el más apropiado debido a la constante filtración de agua que ocasiona un gran lodazal, lo que convertía a este sitio en un potente foco de enfermedades.

Debido a ello se buscó un lugar más apropiado para la edificación del cementerio, es así como se ubicó un terreno en el antiguo camino de Lima – Callao (actualmente avenida Oscar R. Benavides - ex Colonial). El costo total de la obra fue tasado en S/. 200 mil pesos. Gracias a los auspicios de la Municipalidad del Callao de 10, 000, la donación del señor Manuel M. Ugarte de 20, 000, así como la venta de una parte del terreno de la Chacaritas (que ascendió 34, 562) y otros aportes; la Sociedad de Beneficencia del Callao logró comprar algunas hectáreas de la hacienda Baquijano, para levantar allí el camposanto. La primera piedra de esta obra fue colocada el 24 de octubre de 1859 (Vigil, 1946).

El Cementerio General de Baquijano fue inaugurado el 12 de diciembre de 1861, durante la ceremonia inaugural se contó con la presencia del Mariscal Ramón Castilla, quién dijo que la edificación respondía a la necesidad de la higiene pública. “El bautismo de esta obra estuvo a cargo del Párroco José Tomás Mateus en representación del Vicario General del Arzobispo de Lima” (Tácanan, 2011, p. 269).

A parte de las calles, los hospitales y cementerios, existieron otros espacios públicos que representaba un verdadero problema para salubridad en el Callao, nos referimos al mercado

central del Callao y a las escuelas, a continuación, haremos una descripción general de estos sitios:

5.1.3. Mercado

Los mercados o centros de abasto que existieron en el Perú decimonónico no estaban edificados tal como lo conocemos en la actualidad. Por entonces se denominaban mercados a un conjunto de vendedores que ofrecían sus productos en una plaza de la ciudad. Para ello armaban una especie de tiendas provisionales conocidas coloquialmente como ramadas, las cuales se caracterizaban por tener “un techo formado por troncos o ramas, que serían la cubierta, dando así sombra a los productos a vender; en otros casos se utilizaría telas de algodón y vestimentas vetustas para dar sombras a los productos que ofrecían” (Coello, 2014, p. 371).

En lo que respecta al mercado del Callao este se encontraba ubicado desde el año 1826 en lo que conocemos actualmente como la plaza José Gálvez. Este espacio público se caracterizaba por aglomerar a diversos vendedores de comestibles. Una idea acerca de cómo se encontraba constituido dicho espacio hacia la década de 1830 nos llega mediante la memoria del viajero Williams Ruschenberger:

El mercado consiste en un campo abierto donde se han levantado unos cuantos puestos de carne y verduras. Las placeras, mayormente indias y mulatas, extienden sus frutas y verduras en palletas o ponchos sobre el piso, donde separan en pequeñas porciones equivalentes a un real cada una. Las papas se venden de tres a ochos por un real, los huevos de tres a seis, los frejoles son medidas en vasijas hechas de calabazas (mates) de un tamaño arbitrario, de acuerdo al criterio del vendedor. A veces las escenas son divertidas. [...] Los montículos de fruta de todo tipo son en ocasiones tan numerosas y dispuestas irregularmente en el suelo que se requiere mucho cuidado al andar para no pisar un cerrito de huevos o una canasta de chirimoyas [...]. Se vende gran variedad de excelente pescado en el mercado: la corvina, el lenguado y el pampano son los mejores [...] la carne tiene más sabor y es, tal vez, mejor que en cualquier otro lugar de la costa. El carnero es excelente. Las aves son caras y, a excepción de los patos, son inferiores en sabor [...] Los alrededores del mercado están poblados de perros y busardos merodeadores que llevan todo lo que encuentran a su paso. Los bueyes son beneficiados en la vía pública, justamente al salir de la población, y su carne ya aderezada es llevada al mercado en jumentos o carretas (Como se citó en Quiroz, 2007, p. 237 – 238).

Como se desprende de la cita anterior el mercado del Callao hacia la década de 1830, tenía un serio problema de hacinamiento, lo que impedía el libre tránsito entre los concurrentes. Sí

a este panorama le sumamos la falta de agua (la cual era necesaria para lavar las carnes, aves o pescados que se vendían) y desagüe (eliminar los residuos) podemos deducir que las condiciones higiénicas no eran las mejores. Este panorama no cambiaría mucho hacia el año 1868, año en el que estalló la enfermedad, tal como lo veremos en el capítulo cuatro.

5.1.4. Escuela

En la mitad del siglo decimonónico, existían dos escuelas públicas en el Callao. Las cuales impartían instrucción primaria, una para niños a cargo del preceptor Rojas y otra para niñas a cargo de la preceptora Doña Mariana Bustamante (De Carrasco, 1843, p. 97). Asimismo, existían algunas escuelas particulares. En lo que respecta a la infraestructura, desconocemos si estos inmuebles contaban con diversos salones y ventanas que permitieran la adecuada ventilación del aire o más bien todos los servicios de la escuela se encontraban aglomerados en un solo ambiente.

Lo cierto es que, al margen de la infraestructura, las escuelas decimonónicas del Callao representaron un verdadero problema para la salud pública. Puesto que aquí la mayoría de los estudiantes adquirirían enfermedades. Un ejemplo de ello es que hacía el año 1867, se elevó al Prefecto de la Provincia Constitucional del Callao, un documento en que se le pedía ordenar no recibir a ningún estudiante que no haya sido vacunado:

El número de individuos vacunados de algún tiempo al presente no está con proporción con el de habitantes, lo que procede en gran parte de que los padres de familia no concurren á esta casa trayendo a sus hijos y domésticos, como debían hacerlo, en cumplimiento de los varios acuerdos dictados por la Junta con ese importante objeto.

Para evitar en lo sucesivo que sigan cometiendo faltas, que tan perjudiciales pueden ser á la salud, pública, especialmente en la estacion actual, convendría mucho que se sirviese US recite la órdenes mas eficaces para que en todos los establecimientos de instrucción pública escistentes en la provincia no se admíta ningún alumno sin que presente el certificado medico encargado de la propagación del fluido, en que conste que ha sido inoculado [...] ²¹”.

Hasta aquí hemos visto como la carencia de una adecuada infraestructura que permita la canalización del agua, eliminación de residuos y ventilación de espacios, fue un problema constante en los diversos espacios públicos que existieron en el Callao a lo largo del siglo XIX. No obstante, este problema de salubridad también estuvo presente al interior de las

²¹ Archivo Histórico de Marina, Sección Prefectura, año 1867, folio n° 35.

viviendas, por lo que en tiempos de epidemia fue necesario regular la higiene también en las esferas privadas.

5.2. Esfera privada

Según la tesis *Estudio médico - sociales del Callao* del doctor Lisandro Maúrtua, las viviendas del Callao estaban clasificadas en tres clases “la primera ocupada por la gente rica y acomodada: la segunda por la clase media y la tercera por la gente pobre, que ocupa la que generalmente se llaman callejones o conventillos” (Maúrtua, 1885, p. 8).

En lo que respecta a las viviendas de las familias más acomodadas, estas se caracterizan por tener varias habitaciones espaciales y bien ventiladas. Por lo que excrementos y residuos, se encuentran en un espacio aparte, hecho que evitaba que los moradores de dichas viviendas absorbieran, olieran, convivieran, con las descomposiciones orgánicas, mientras ingerían sus alimentos, dormían o realizaban alguna de sus actividades cotidianas.

Una situación bastante distinta fue la que experimentaron los vecinos del Callao de estratos económicos medios y bajos, puesto que al ser sus casas muy pequeñas aglomeraban en una sola habitación diversos espacios (cocina, dormitorio, baños) situación a la que se le sumaba el hecho de que en ella convivían muchas personas, lo que conllevaba a serios problemas de tugurización:

No sucede lo mismo con la clase media y muy especialmente con la clase inferior de la sociedad, cuyas gentes ocupan generalmente una sola habitación, á lo mas con un pequeño corral, y en donde se aglomeran junto con los padres, los hijos, los animales domésticos, el brasero que les sirve de cocina, las aguas sucias y sus propios escrementos. [sic] (Maúrtua, 1885, p. 9).

Por otro lado, debe mencionarse que existió un problema que aquejó de manera universal a las viviendas de estratos económicos altos, medios y bajos. Este era la eliminación de los residuos fecales, los cuales representaban una verdadera amenaza para la salud, no sólo porque estos se mezclaban en muchas ocasiones con el agua que consumían, sino también por que emanaba pútridos olores. Asumimos que la eliminación de las excretas debió haber sido un problema tan recurrente que hacía el 1861; hecho que impulsó al señor Joaquín Miro Quesada, junto a un grupo de personas a fundar la empresa Sociedad Higiénica, cuyo servicio consistía en instalar un recipiente para el depósito de los residuos fecales (una especie de

letrina o silo) en las casas. Este recipiente evitaba la emanación de olores, asimismo, se encargaban de limpiar estos depósitos cuando el usuario lo creía conveniente.

Una aproximación más detallada del servicio que brindaba la Sociedad Higiénica nos las da el diario chalaco *El Amigo del Pueblo. Periódico Universal*, el que publica un comunicado de esta sociedad bajo el título de abromicos:

Con el permiso de la Honorable Municipalidad de esta ciudad, bajo la denominación “Sociedad Higiénica”, consagrada únicamente, á hacer el servicio y limpieza de todas las casas, sujetándose á las condiciones siguientes:

1. La empresa colocará en las casas de los suscriptores, un recipiente, en el cual se depositarán las materias fecales.
2. Este recipiente estará construido de tal manera, que impida la percepción de las exhalaciones inmundas.
3. Cada vez que sea necesario se hará la limpieza, cambiándose los recipientes con otros que estarán completamente aseados.
4. Las personas que deseen suscribirse pagaran tres pesos mensuales por cada recipiente, importe de la suscripción.

Se admiten las suscripciones en el escritorio del Sr. D. Joaquín Miro Quesada – Calle de Barboza n°252. Nos proponemos a rebajar el precio de la suscripción más tarde, cuando estemos completamente establecidos²².

Tal como se señala líneas arriba la Sociedad Higiénica cobrara tres pesos mensuales por cada recipiente que instalaba, por lo que inferimos que las familias que adquirirían dichos recipientes eran de estratos económicos medios y altos, mientras que las familias de menos recursos eran las que no podían instalarlos debido a su precariedad económica, convirtiéndose así en las más vulnerables de contraer alguna enfermedad. Es por ello quizás que durante los diversos brotes de epidemia que asolaron al país, este grupo económico fue el primero en contraer enfermedades, lo que producía una serie de estigmas en torno a ellos, ya que se señalaba como personas poco higiénicas. Cuando en realidad por más cuidado que tuvieran con respecto a su higiene personal, el lugar y las condiciones en las que vivían eran bastante susceptibles para el desarrollo de cualquier enfermedad.

A estos problemas, se sumó el hecho que al no existir en todos los lugares habitables del Callao o Bellavista acequias por donde corriera el agua, mucho de los pobladores tenía que

²² Diario *El Amigo del Pueblo. Periódico Universal*, año I, N° 5, miércoles 17 de abril de 1861, p. 4.

comprarla a los aguadores. El agua que adquirirían por lo general era almacenada en recipientes, un ambiente ideal para el desarrollo del mosquito *Aedes aegypti*, el cual es responsable de transmitir la fiebre amarilla, no obstante, como ya hemos mencionado antes, por entonces ni la población, ni la comunidad médica, asociaba la trasmisión de esta enfermedad con la presencia del mosquito *Aedes aegypti*. Se creía más bien que la enfermedad se producía por la respirar aire contaminado, de allí que las acciones que se tomaron para frenar la fiebre amarilla hayan estado dirigidas a la ventilación y purificación del aire.

Hasta aquí hemos hecho una aproximación de cómo se encontraba constituido el Callao hacía la década de 1860 a nivel social, político, económico y de salubridad, ello con la finalidad de saber las condiciones con que enfrentó el Callao la epidemia de fiebre amarilla de 1868.

III

DISCURSOS, TRATAMIENTOS MÉDICOS, Y OTRAS PERSPECTIVAS ACERCA DE LA FIEBRE AMARILLA

A mediados del mes de diciembre de 1851, desembarcó en el Callao, procedente de Panamá, un pasajero enfermo, por lo que tras ser trasladado a Lima y alojado en una posada, fue asistido por el doctor Miguel de los Ríos. Quién ante la gravedad del caso, lo envió al hospital de San Andrés, en donde murió diagnosticado con fiebre amarilla (Arce, 1919). Por entonces se sabía en la capital, que esta enfermedad estaba asolando a las Antillas, Panamá y Guayaquil. Según el estudio realizado por el médico Julián Arce, titulado *Sobre la supuesta endemicidad de la fiebre amarilla en la costa del Perú* (1919), así como desembarcó libremente este pasajero enfermo procedente de Panamá, también desembarcaron otros pasajeros en estado crítico, que terminaron por “infectar, primero en el Callao, en enero de 1852 y 20 o 25 días después Lima, dando origen a la primera invasión amarilla que ha existido en el Perú” (Arce, 1919, p. 119).

Es de este modo es cómo aparece a inicios de la década de 1850, por primera vez en el país, la fiebre amarilla, enfermedad que por cierto existía en América desde tiempos virreinales, pero nunca antes había surgido en nuestro país. Debido a ello se creyó que ella había sido importada del extranjero, como consecuencia del fluido comercio que existía entre el Callao y otros puertos del pacífico. Especialmente el de Guayaquil, producida por el auge comercial de la venta del guano y el reciente empleo de naos a vapor en la navegación. A partir de este hecho surgieron en el espacio público una serie de debates y creencias con respecto al origen de esta enfermedad y sus modos de contagios.

En el presente capítulo, con el objetivo de comprender mejor esta enfermedad, desarrollaremos los principales discursos médicos con respecto al origen de la fiebre amarilla, sus modos de contagio, el papel que jugaron los miasmas en la trasmisión de las enfermedades y cómo se va construyendo en torno a los espacios donde surgen los miasmas, la idea de foco de infeccioso. Hemos creído conveniente que para comprender mejor el origen de estas ideas médicas es necesario abordar brevemente los orígenes y antecedentes de la Facultad de Medicina de Lima y con ello ver las principales influencias que tuvieron estos médicos en su formación. Asimismo, se expondrá acerca de los tratamientos y

recomendaciones propuestos por los médicos para contrarrestar la enfermedad y cómo estos no fueron del todo bien recibidos por la población, puesto que ellos recurrieron a otros tratamientos alternativos para curarse.

1. Discursos Médicos

1.1. Del Anfiteatro Anatómico a la Facultad de Medicina

El 21 de noviembre de 1792, con motivo de la apertura del Anfiteatro Anatómico, Hipólito Unanue pronunció el discurso “Decadencia y restauración del Perú” en presencia del virrey Gil de Taboada y Lemus. En dicho discurso mencionó que la decadencia social y económica por la cual atravesaba el virreinato peruano era producto de la falta de brazos. Para él esto era consecuencia de la influencia del clima sobre los pobladores, por ello indicaba que era necesario estudiar el clima, al momento de explicar el origen de las enfermedades “[...] El calor y la humedad combinados disponen nuestros cuerpos a las enfermedades, la variación del calor al frío es quien las excita [...] el calor aboca la traspiración a la superficie, y el frío que sobreviene la reprime y desordena. [...]” (Seiner, 2018, p. 169 – 175).

Para introducir este nuevo enfoque médico, Unanue, creó en el marco de su cátedra de anatomía las “Conferencias Clínicas” (1794), las cuales proponían dejar a un lado la tradición galénica - qué respondía más a realidad europea - y pasar a estudiar e interpretar las enfermedades desde la realidad americana:

Frente al carácter escolástico de la enseñanza médica de la universidad virreinal, las “conferencias clínicas” marcaron un giro hacia la enseñanza práctica [...] la medicina escolástica dependiente de la tradición galénica y de sus conceptos y obras clásicas, infinitamente comentadas y ampliadas a lo largo de siglos, correspondía a la realidad europea o metropolitana. La realidad americana con sus características propias en raza, climas, enfermedades e incluso en recursos terapéuticos, se mostraba diferente a los ojos de los médicos criollos, y a la influencia de los factores que daban origen, en su interpretación, a una morbilidad diferente, a un curso de enfermedad distinto al descrito en los tratados clásicos y por consiguiente a la necesidad de una terapéutica diferente (Salaverry, 2006, p. 122).

Este nuevo enfoque médico no fue bien recibido por los tradicionalistas de la Universidad de Lima (San Marcos), por lo que “Unanue y sus colaboradores debieron aceptar que, pese al apoyo que los sucesivos virreyes brindaron a la introducción de la medicina ilustrada [...] estos eran insuficientes, y no lograrían la formación de un nuevo tipo de medico [...]”

(Salaverry, 2006, p. 122). A no ser que se llevará a cabo una reforma de la enseñanza médica lo que sería difícil dentro de la Universidad.

La oportunidad de Unanue, de concretar esta reforma educativa, solo llegaría en 1807, cuando fue nombrado Protomédico del Reino, desde su nueva posición sugirió la construcción de un colegio independiente de la Universidad de Lima, para la formación de futuros médicos. Los estudiantes de este colegio serían jóvenes becados de distintas partes del virreinato, los cuales debían ser instruidos bajo los preceptos de la medicina ilustrada, ello con el objetivo de que este nuevo enfoque permitiese mejorar el estado de salubridad del virreinato. Una vez concluidos sus estudios debían regresar a su lugar de origen (Salaverry, 2006).

La iniciativa fue respaldada por el gobierno del virrey Fernando de Abascal, “[...] quien no sólo acogió la idea, sino que personalmente apoyó su desarrollo enviando cartas a diferentes estamentos civiles, eclesiásticos y económicos del virreinato solicitando su aporte y sustento de becas para la creación del Colegio” (Salaverry, 2006, p. 122 – 123). A excepción de los trabajadores de la mina de Hualgayoc, las donaciones fueron muy pocas, a este panorama se sumó las trabas colocadas por los encargados del Hospital de San Ana, recinto donde se planeaba originalmente construir el citado Colegio. Por lo que se tuvo que buscar otra ubicación, siendo finalmente establecido en la esquina de las calles de San Andrés y Sacramento de Santa Ana, frente a la plaza del mismo nombre (hoy plaza Italia) (Coello, 2015). El local fue construido por el presbítero Matías Maestro, siendo inaugurado en 1811, no obstante, debe precisarse que esta institución funcionó desde 1808, fecha en la que es instituida con el nombre de Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando. Es considerado el primero de su clase en toda América del Sur.

El plan de estudios de este nuevo centro educativo dejó de lado las cátedras tradicionales e incorporó 18 nuevos cursos, entre los que se encontraban los de Anatomía, Fisiología, Cirugía y Farmacia. Adicionalmente, a ello preparaban a los alumnos en las materias de Química, Física e Historia Natural, ya que por entonces estas materias abarcaban cuestiones médicas debido al auge de productos minerales y vegetales al arte de curar. La enseñanza del latín fue también una condición primordial para seguir la Medicina (Zárate, 2015). “El resultado esperado era un médico familiarizado tanto en las ciencias básicas como en las

ciencias naturales, sin descuidar la formación en materias clásicas y humanísticas [...]” (Salaverry, 2006, p. 123).

Hacia el año 1821 con la proclamación de la independencia, el Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando fue rebautizado con el nombre Colegio de la Independencia, de igual manera el Real Tribunal del Protomedicato se convirtió en el Protomedicato General del Estado.

El funcionamiento del colegio de medicina al igual que el de todo aparato estatal, fue afectado seriamente por el anarquismo político que reinó durante los primeros años de la República. La situación llegó a ser tan crítica que en 1831 “las autoridades tuvieron que hacer un llamado a los padres de familia para que enviaran a sus hijos a estudiar medicina (Bustíos, 2006, p. 33). Las reformas que se llevaron a cabo durante este periodo fracasaron, ya que se enfocaron principalmente en aspectos administrativos sin modificar el estado de la organización de la profesión y su ejercicio (Salaverry, 2006).

En efecto desde el periodo virreinal, se mantenía el sistema de la coexistencia del Protomedicato, y el Colegio de Medicina. El primero estaba encargado de autorizar el ejercicio de las profesiones médicas y el segundo de formar y titular a los profesionales. La división era artificial y redundante, pues los integrantes del Protomedicato era por necesidad los mismos profesores del Colegio, y su autorización del ejercicio no era más que un trámite burocrático [...] Esta división fue, sin embargo, la que permitió que aun en las épocas en que estuvo cerrado el Colegio de la Independencia, se continuara otorgando por el Protomedicato autorizaciones para ejercer la medicina y otras profesiones de la salud” (Salaverry, 2006, p. 124).

El panorama del Colegio de la Independencia comenzaría a cambiar hacia finales del año 1842, durante el mandato del general Francisco Vidal, cuando se ordenó mediante Decreto del Gobierno, la formación de una Comisión Visitadora del Colegio de la Independencia con el objeto de proponer con urgencia reforma en el plan de estudios y organización (Salaverry, 2006). De forma simultánea a ello es nombrado el doctor Cayetano Heredia, rector del Colegio.

Tras la presentación de las propuestas hechas por la Comisión Visitadora y su posterior aprobación el 4 de marzo de 1843, se llevó a cabo los primeros cambios al interior del Colegio, los cuales se iniciaron con la presentación de un nuevo plan de estudios, que debía efectuarse en un plazo de 6 años.

Con el nuevo reglamento modificó también los requisitos para el ingreso al Colegio, así como las condiciones a las que debían someterse los estudiantes. Asimismo, Heredia, logró incorporar a la plana docente a renombrados profesores extranjeros como Antonio Raimondi, José Eboli, Manuel Solari y Sebastián Lorente (Bustíos, 2006).

En adición a estos cambios, Heredia, financió un viaje de estudios de un grupo de jóvenes a París, los cuales se habían graduado en el Colegio, ello con el objetivo de asegurar para el futuro una dotación de personal docente adecuada a un plan de estudio moderno “Entre los discípulos que se beneficiaron directamente del altruismo del “padre Cayetano” se encuentran: José Casimiro Ulloa, José Pró, Francisco Rosas, Rafael Benavides y Camilo Segura” (Bustíos, 2006, p. 34). Ellos enviaron desde París material bibliográfico para la biblioteca de la Institución. Así como materiales para los gabinetes de “Física, Historia Natural, y el laboratorio de Química” (Bustíos, 2006, p. 34). Estos estudiantes estuvieron en París entre los años 1851 – 1854.

Éstos se encargaron de enviar desde París libros para la biblioteca del Colegio y materiales para los gabinetes de Física y Historia Natural y el laboratorio de Química. Ulloa y sus compañeros estuvieron en París entre 1851 – 1854 (Bustíos, 2006, p. 34).

Con los cambios suscitados por Cayetano Heredia en el Colegio de la Independencia, iban “modelando una estructura educativa moderna, pero continuaba siendo dependencia directa del poder ejecutivo, se mantenía aislado de la Universidad y esa era su mayor vulnerabilidad, pues en última instancia dependía de los vaivenes de la política y gobiernos de turno” (Salaverry, 2006, p. 126).

Por otro lado, debe precisarse que pese a los esfuerzos hechos por el doctor Cayetano Heredia, desde su rol como decano del colegio y Protomédico General, hacia el año 1846, el servicio médico no se daba abasto para atender a la población que se encontraba en constante crecimiento. Tal como lo hizo notar en su informe presentado al Ministerio de Gobierno en el que da cuenta del número de médicos existentes en el Perú.

Fueron registrados 94 profesionales médicos en todo el país, concentrándose en Lima y Arequipa 50 de ellos (52% del total). De este número 20 eran extranjeros, mayormente franceses (15) y españoles (5). En el resto de ciudades se contaba con menor número de médicos en el siguiente orden: Ica (10),

Junín (6), La Libertad (5), Moquegua (5), Supe (3), Puno (2) y uno en ciudades como Chincha, Cañete, Pisco, Huacho, Ancash y Ayacucho (Salinas, 2000, p. 3 – 4).

De forma simultánea a estos acontecimientos, el 30 de diciembre de 1848, durante el gobierno de Castilla, se expidió el Decreto que creaba la Junta Directiva de Medicina, en reemplazo del Protomedicato. La Junta constituida por el Rector y profesores del Colegio de la Independencia, elaboró su reglamento, siendo este aprobado por el Gobierno el 13 de abril de 1850. En él se asignaban las mismas funciones que había tenido el Protomedicato, es decir todo lo referente a los permisos para ejercer las profesiones médicas. La Junta coexistió junto con el Colegio de la Independencia hasta el año 1856, fecha en la que es desactivada, debido a que se aprueba un decreto ley, mediante el cual se dispone la creación de la Facultad de Medicina.

Debe precisarse, que la creación de esta institución responde a una reforma mayor. Puesto que el 7 de abril de 1856, tras aprobarse un decreto ley que reformaba la Universidad San Marcos conocida por entonces como la Universidad de Lima; se dispone a organizarla en base a cinco facultades, siendo una de ella la facultad de medicina “Heredia presentó al Gobierno de Castilla un Proyecto de Reglamento para la facultad de Medicina de la Universidad de Lima, que había elaborado con la colaboración de sus discípulos, especialmente Ulloa, quién había regresado de Paris” (Bustíos, 2006, p. 35).

Paralelamente a ello se formó una comisión, la cual estuvo conformada por los galenos Miguel Evaristo de los Ríos, Julián Sandoval y Camilo Segura. Quienes se encargarían de evaluar dicho proyecto. El informe requerido fue presentado el 30 de julio de 1856, en el se señalaba que “era una concordancia bien meditada de nuestros estatus actuales con los de la Facultad de Medicina de Paris” (Bustíos, 2006, p. 35).

Es así como el 9 de septiembre de 1856, durante el segundo gobierno de Castilla, se aprobó el Reglamento Orgánico para la Facultad de Medicina de la Universidad de Lima. La organización de esta facultad estuvo inspirada en la Facultad de Medicina de París, recordemos que un grupo de alumnos entre los cuales estaba Camilo Segura, había sido enviado entre los años 1851- 1854, por el doctor Cayetano Heredia a Paris a adquirir nuevos conocimientos.

El citado reglamento no solo estipulaba el nacimiento de esta institución, sino también señalaba la incorporación del Colegio de Parteras a ella. Asimismo, indicaba la disolución de la Junta de Farmacia (por lo que la enseñanza de este oficio y su control para ejercerla, quedaban bajo su tutela). En adición a ello, se le encargaba evaluar a los postulantes a obtener su título de dentista. “De esta manera, la Facultad de San Fernando centralizaba en el país, la enseñanza, la expedición de grados y títulos, así como el control de las profesiones médicas” (Bustíos, 2006, p. 36).

En el citado Reglamento Orgánico también fijaba el plan de estudios de la Facultad, el cual debía desarrollarse en siete años, incluía quince cátedras a cargo de diecisiete catedráticos titulares. La distribución de las materias en el currículo de estudio se dio de la siguiente manera:

1er. año: Anatomía Descriptiva, Física Médica, Química, Asistencia a Cirugía, Asistencia a la Cirugía en Hospitales. Disección en el Anfiteatro.

2do. año: Anatomía Descriptiva, Química Orgánica, Botánica, Asistencia a Hospitales y Anfiteatro.

3er. año: Anatomía General, Física, Zoología, Mineralogía, Asistencia a Hospitales y Anfiteatro.

4to. año: Anatomía Topográfica, Higiene, Patología General Asistencia a Hospitales y Anfiteatro.

5to. año: Anatomía Patológica, Terapéutica y Farmacología; Patología, Clínicas Exteriores.

6to. año: Medicina Operativa, Patología Interna, Partos, Clínica Interna.

7to. año: Patología Interna, Medicina Legal, Clínica Interna y Externa.

Como se ha señalado anteriormente, con la creación de la Facultad de Medicina, se centralizó en torno a ella la enseñanza médica, la expedición de grados y títulos, y la autoridad para regular el ejercicio de esta. Debido a ello, esta institución “[...] logró rápidamente gran prestigio social, cultural, político, y económico” (Coello, 2012, p. 169) y con esto sus catedráticos y egresados. Puesto que empezaron a percibirlos como “[...] los nuevos ilustrados de esta ciudad, una micro élite científica” (Coello, 2015, p. 398) sobre todo

aquellos que adquirieron cargos públicos (por ejemplo, en la Municipalidad de Lima, Universidad de Lima, Congreso de la República) por lo que sus opiniones comenzaron a ser escuchadas y respaldadas en los círculos de poder.

En paralelo a esto, un grupo de egresados inició la publicación de la “[...]prestigiosa revista médica *Gaceta Médica de Lima*, la cual tuvo gran acogida y gozó de una amplia distribución nacional (Callao, Arequipa, Tacna, Cerro de Pasco) e internacional (Chile, Ecuador)” (Coello, 2012, p. 169 – 170). Dentro de las páginas de esta revista de circulación quincenal, los médicos vertían sus opiniones:

[...] en sus páginas se mencionaban los avances científicos que ocurrían en el extranjero, así mismo se dará noticia de las enfermedades que azolaban a la ciudad y diversos consejos para tratar a los enfermos, situación hospitalaria de la ciudad de Lima (Coello, 2015, p. 399).

De esta forma, tras la creación de la Facultad de Medicina en 1856, esta institución centralizó en torno a ella la enseñanza médica y la vigilancia del ejercer de la medicina y otras profesiones vinculadas a la salud tales como la farmacia. Asimismo, la facultad intervino en los proyectos que ejecutaba el Gobierno o las Municipalidades relacionados a la sanidad a través de sus recomendaciones. También jugó un papel determinante durante las crisis sanitarias. De allí que la Facultad de Medicina haya cumplido el rol de Ministerio de Salud en el siglo XIX.

1.2. Debates médicos sobre el origen de la fiebre amarilla

Hacia la segunda mitad del siglo XIX, aparece por primera vez en el Perú, la fiebre amarilla. Según los médicos esta enfermedad no era oriunda del Perú, ya que a pesar de haber existido en diversas ciudades de América desde el siglo XVII, sólo surgió en Lima en el año “1850 cuando las condiciones ecológicas, sociales se mostraron propias para ello” (Lossio, 2003, p. 67) de allí que se indicara que esta enfermedad había sido importada del extranjero. Uno de los principales médicos que avaló esta teoría fue el doctor Miguel de los Ríos, quien llegó a tener una gran injerencia en la comunidad médica, tras convertirse decano de la Facultad de Medicina de Lima en el año de 1860:

[...] Cuando una epidemia se ocasiona espontáneamente en un país, es necesario estas causas aisladas y las más veces reunidas: cambios atmosféricos, trastornos físicos, terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, causas morales, como las, revoluciones, guerras, hambre & a. ¿En cuál de estas situaciones se encontraba el Perú cuando la aparición de los primeros casos de la fiebre amarilla? El

Rímac no había desbordado de su cauce secular, las tempestades no habían alterado su cielo, los terremotos no habían arruinado sus ciudades, su nivel sobre el mar no había sufrido ningún cambio, sus condiciones atmosféricas no eran diferentes de las que existían, anteriormente. Si se observa su marcha, se vé que viene de golpe, que se propaga [...] a principios del año 52 con el Señor D. José Maria Vazques, quien llegó enfermo de Panamá donde á la sazón grasaba la enfermedad, y desde entonces se siguieron presentando casos aislados hasta el 54, en que fué una verdadera epidemia. Empezó por casos aislados para comunicarse de individuo á individuo, de familia á familia. Ha seguido, pues, la marcha patológica de las enfermedades importadas²³.

Según lo planteado por el doctor de los Ríos, para que la enfermedad de la fiebre amarilla sea oriunda del Perú, tenía que haber existido en nuestro país una serie de cambios drásticos vinculados al clima, naturaleza. Asimismo, manifestaba que de haber surgido de forma espontánea lo más lógico es que ella se haya presentado primero entre las clases menesterosas:

Hay que observar también, que si hubiese sido espontánea habría principiado por la clase desvalida y trabajadora; se habría visto por primera vez entre los menesterosos, en los hospitales ó en las cárceles, y no en la clase acomodada, en los viajeros, en las fondas, y antes en el Callao que en la Capital. Todas estas considerac[i]ones inducen á creer, que la enfermedad ha sido importada, de las Antillas por Panamá²⁴.

Al no haber existido, desde su perspectiva, ningún cambio de esta índole, la enfermedad sólo pudo haber sido importada del extranjero. En efecto, según su postulado la enfermedad había sido introducida por don José María Vásquez, pasajero que llegó enfermo de Panamá, localidad donde reinaba esta enfermedad desde hace varios años.

Para darle mayor veracidad a este argumento el doctor de los Ríos, señaló que a pesar de haber existido comunicación con Panamá antes de 1852, fecha en la que ingresa al Perú la fiebre amarilla, esta comunicación no habría producido antes la transmisión de este mal:

[...] ¿por qué no había sucedido esto antes, me diréis, cuando nuestra comunicación con Panamá es tan antigua? Esta objeción se resuelve fácilmente, recordando que anteriormente el comercio de Panamá se hacía por medio de buques de vela, cuya navegación era larga por los vientos contrarios

²³ Gaceta Médica de Lima, 31 de agosto de 1856, año I, N° 2. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/gaceta_medica/a%C3%B1o1/N2ago30/disc_rios.htm

²⁴ Gaceta Médica de Lima, 31 de agosto de 1856, año I, N° 2. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/gaceta_medica/a%C3%B1o1/N2ago30/disc_rios.htm

que reinan constantemente en esas latitudes, lo que obliga á los marinos á separarse al Sudoeste, contribuyendo estas circunstancias á que los buques infectados pasasen por una verdadera cuarentena y se purificasen antes de llegar á nuestras costas. La comunicación era además eventual-, y todo esto ha servido de rémora para el contagio [...] ²⁵.

Como se desprende de la cita anterior, el doctor de los Ríos, aludía que la navegación realizada en barco a vela por su naturaleza había evitado el ingreso de la fiebre amarilla al Perú. Debido a que al ser la navegación más larga e ir contra la corriente de aire, las embarcaciones iban ventilándose durante el viaje, haciendo una especie de cuarentena durante el trayecto. Cosa que cambió con el empleo de barco a vapor, no solo porque ella ya no realizaba en contra del viento necesariamente, sino también porque acortaba el tiempo de navegación entre un puerto y otro. Como hemos visto en el capítulo número dos, a partir de la década del mil ochocientos cincuenta se empieza a utilizar embarcaciones a vapor en la Marina Mercante, así como en la Marina Peruana.

En efecto esta idea de que la enfermedad fue importada del extranjero prevalecerá hasta finales del siglo decimonónico. Un ejemplo de ello lo podemos ver en la tesis titulada: *La fiebre amarilla del Callao en los años de 1888 y 1889*, sustentada en 1891 por don Isaías Morales Pacheco, en la que menciona que la fiebre amarilla es oriunda de México:

son verdaderamente su cuna como las Antillas, Golfo de Mejico y costa occidentales del África donde ella reinaba constantemente en los terrenos bajos de los puertos del litoral: en los que escinten un gran número de influencia telurica y cósmica, ya sociales é individuales: lo insalubridad de estos puertos por las malas disposiciones higiénicas, la acumulación y fermentación consiguiente de materias orgánicas, favorecidas por la humedad y la alta temperatura de estos climas [...] Todas estas causas adunadas concurren indudablemente á la formación de un medio atmosférico miasmático – infeccioso apropiado para el nacimiento del germen amarillo” (Morales, 1891, p. 3 – 4).

De acuerdo con el doctor Isaías Morales al no haber surgido de manera espontánea la fiebre amarilla en el país la “importación de los objetos en contacto con los individuos atacados, en los focos infecciosos, lo remiten fácilmente, siendo el mar su única vía y los navíos focos móviles de infección con su personal y cargamento” (Morales, 1891, p. 5).

Debe precisarse por otra parte, la idea de que la enfermedad era importada no sólo fue respaldada por gran parte de la comunidad médica peruana, sino también por algunos

²⁵ Gaceta Médica de Lima, 31 de agosto de 1856, año I, N° 2. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/gaceta_medica/a%C3%B1o1/N2ago30/disc_rios.htm

doctores extranjeros. Tal como es el caso del médico francés C. Casset, miembro de la facultad de Medicina de París, recordemos que la Facultad de Medicina de Lima, había sido fundada bajo la influencia de ésta, de allí que una opinión vertida por algún miembro de esta comunidad acreditaba aún más esta postura. El doctor Casset le envió al decano de la Escuela de Medicina de San Marcos, don Miguel de los Ríos, un trabajo titulado *De la fiebre amarilla en el Perú*, en el se analizaban por qué dicha enfermedad no podía ser originaria de nuestro país, ya que el no tenía condiciones climáticas para ocasionarla, por lo que su surgimiento sólo puede ser resultado de la importación:

La fiebre amarilla no es oriunda del Perú, ha sido importada en el año 1852. En razón de una situación particular, y de circunstancias climatéricas especiales, el inmenso litoral del Perú, bañado por el Océano Pacífico, no ofrece condiciones favorables al desarrollo espontáneo de esta enfermedad [...] No existía efectivamente en el Perú esta enfermedad antes del año de 1852, aunque hubiese tiempo atrás, sido endémica en Panamá y periódica en Guayaquil. Por entonces, las comunicaciones eran escasas entre localidades y aun suspendidas, en caso de epidemia. Las cosas mudaron completamente, cuando estas comunicaciones se entablaron de un modo general por medios de los buques de vapor, cuya navegación no ha sido interrumpida en adelante por ninguna consideración. A ellas solas, pues, debe atribuirse la adquisición de este formidable huésped [...] (Casset, 1868, p. 3 – 5).

Como se desprende de la cita anterior para el doctor Casset, la fiebre amarilla fue introducida al Perú por el empleo del barco a vapor, puesto que atribuir las a las condiciones naturales era casi imposible, ya que ellas desde su perspectiva eran casi inalterables. Mencionaba además que eran los emigrantes, los que traían la enfermedad:

los mismo emigrantes que sirven de vehículos á los gérmenes ó principios tóxico de la fiebre amarilla, que ellos van trasmitiendo á otras localidades, mejor tal vez, de lo que haría la atmósfera, pues esta sola enfermedad, no pudo vencer las corrientes atmosféricas, hasta llegar al Callao, ó á cualquier puerto del Perú, vecino del Ecuador; de suerte que, sin estas circunstancias, el Perú estaría, sin duda, todavía libre del flagelo (Casset, 1868, p. 3 – 5).

A pesar de que existió un consenso generalizado de que la fiebre amarilla había sido importada del extranjero, existieron algunos médicos que discrepaban con esta idea. Tal como es el caso del doctor Casimiro Ulloa:

Para que tal cosa se verifique, dice, es necesario que sobrevengan grandes cambios: inundaciones, terremotos, huracanes [...] Ninguno de estos trastornos ha tenido por teatro a Lima; luego, concluye el Dr. Ríos, no han existido causas capaces de engendrar la fiebre amarilla en ella. Pero, señores, nuestro respetado colega comete aquí una grave omisión. Al lado de esos notables accidentes que se

producen en las condiciones físicas y morales de un pueblo, hay otros que, aunque no colosales por sus proporciones, lo son por sus efectos [...] Hablo de esas alteraciones desconocidas del aire, que dan por producto epidemias mortíferas que tienen por itinerario el mapa todo, y en cuyos estragos los pueblos conturbados miran los efectos de la ira de los cielos. (Ulloa, 1924, p. 8 -9).

Desde el punto de vista del doctor Casimiro Ulloa, la epidemia de fiebre amarilla se originó por algunos cambios en el aire, en la atmósfera, los cuales eran imperceptibles a la observación humana. Aunque el doctor Ulloa, mencionaba que estos cambios aún no habían sido descifrados por la ciencia, deducía que ellos causaban alteraciones en el medio ambiente, los cuales hacían que surgiera la fiebre amarilla de forma espontánea. De esta forma, negaba toda posibilidad de que la enfermedad haya sido importada del exterior:

Para que haya importación se requiere la coexistencia de estas cuatro condiciones: 1ª, Que la enfermedad que se supone importada, no se haya jamás presentado en ninguna otra época anterior; 2ª, Que su aparición coincida con la llegada de pasajeros o mercaderías procedentes de los lugares donde reina, epidémica o endémicamente; 3ª, Que los primeros atacados hayan sido las personas que primeramente establecieron relaciones con ellos; 4ª, En fin, que pueda seguirse la filiación de los hechos en el mismo orden de la sucesión en que se estableció el comercio de los sanos con los enfermos. La omisión de cualquiera de estos requisitos desnaturaliza los hechos de importación y los coloca en un orden aparte (Ulloa, 1924, p. 11 – 12).

Desde su punto de vista, las cuatro condiciones que debían cumplirse para que la epidemia haya sido introducida desde el exterior no se cumplían. En primera instancia por que los señores Vásquez y Ramírez, señalados como los responsables de haber traído la enfermedad al país desde Panamá, tras fallecer uno en el hospital y el otro en una casa no contagian a las personas que estuvieron en contacto con ellos, puesto que la enfermedad solo resurgirá unos meses más tarde. Recordemos que estos casos surgen hacia finales de 1851 pero la enfermedad solo aparecerá de manera drástica y generalizada en los meses más fuertes de verano de 1852 es decir en febrero y marzo.

Otro argumento que cuestionó el doctor Ulloa con respecto a la teoría de la importación es que no existía la certeza absoluta que la enfermedad no haya existido antes en el Perú:

Desde luego, ¿está demostrado que no haya existido antes de 1822? No lo pienso así. En sostén de ello, ruego a la Sociedad fije su atención en los hechos siguientes, relativos a las epidemias sufridas en Huaura y Chancay y en 1791, descrita por VILLALOBOS [...]; en Lima, en 1818, descrita por PAREDES [...]; y en la del año 21, cuando la entrada da del ejército libertador, descrita por VALDEZ [...]. Si las descripciones por su imperfección no permiten formar un recto juicio sobre la verdadera

naturaleza de estas epidemias, muchas circunstancias establecen la posibilidad de que esta naturaleza no se extraña a la del tifus amarillo (Ulloa, 1924, p. 12).

El planteamiento del doctor Ulloa, de que la epidemia de fiebre amarilla que asoló al Perú y especialmente a Lima en el verano de 1852, no fue la primera en presentarse en nuestro país, no es del todo erróneo, puesto que el hecho que esta enfermedad no haya sido registrada en el pasado con ese nombre, no quiere decir que no existiera. Diversos investigadores indican que esta enfermedad existió en el Perú con anterioridad al año 1852, no obstante, era denominada de otras formas, tales como: tifus icteroide, tifus amarillo, fiebre biliosa de América, fiebre biliosa de las Antillas, fiebre biliosa de la Martinica y vómito negro. Por ejemplo, el historiador, biógrafo y periodista don José Toribio Polo en su libro *Apuntes sobre las epidemias en el Perú* (1913) menciona que apareció la fiebre amarilla en el territorio peruano en el año 1818, esta idea la sustenta empleando el relato del Dr. José Manuel Valdez, médico entonces los hospitales de San Pedro y San Juan de Dios:

La epidemia del año 1818 fue una fiebre efímera; que terminaba felizmente en tres ó cuatro días. Se atribuyó por entonces á las variaciones de la atmósfera; mas no me parece fácil explicar por ellas solas la suma languidez en que quedaban por quince días ó más cuantos la habían padecido (Polo, 1913, p. 42).

Por su parte la historiadora Carlota Casalino en su tesis *La muerte en Lima en el siglo XIX: una aproximación demográfica, política, social y cultural* (2001), señala que la fiebre amarilla se presentó hasta en 6 oportunidades en nuestro país, brotando la primera de ellas en 1836²⁶.

Debe precisarse que, para fines de la presente investigación, hemos optado por seguir lo planteado por el doctor Julián Arce, quién señala que la epidemia apareció por primera vez en Lima en 1852. Esto debido a que, en su estudio realizado en 1919, analiza diversos casos como el del doctor Valdez - quién señaló que la fiebre apareció en 1818 - entre otros, logrando refutar estas ideas en base a conocimiento científico basado en el enfoque bacteriológico.

²⁶ Según lo planteado por Casalino, a lo largo del siglo XIX, se presentó la fiebre amarilla en el Perú hasta en seis oportunidades, el orden cronológico de estos brotes epidémicos es el siguiente: 1836 – 1837, 1842, 1851 – 1852, 1853 – 1855, 1857 y 1868 – 1869. Casalino, Carlota (2001). *La muerte en Lima en el siglo XIX: una aproximación demográfica, política, social y cultural* (Tesis posgrado), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, pág. 319.

Por otro lado, debemos señalar que existieron algunos doctores que respaldaron la teoría de la importación y la del surgimiento espontáneo al mismo tiempo. Asimismo, plantearon que dicha enfermedad en el caso de haber sido importada del extranjero no tenía como orígenes necesariamente las Antillas, tal como lo podemos analizar en las siguientes ideas descritas por el doctor Daniel Núñez del Prado, sustraídas de su trabajo *Fiebre Amarilla. Su origen, causa síntomas, tratamientos, etc.* (1870):

[... [...] la primera aparición de la fiebre en las Antillas francesas data de 1764, y por último, solo siglo y medio después del descubrimiento de América se encuentran algunas relaciones vagas de la fiebre, por cuya razón es claro que entonces no existía. La tradición nos demuestra que la fiebre amarilla es endémica en las costas occidentales del Africa y nada tiene de extraño que se haya importado con las cadenas de la esclavitud [...]. Sí nos limitamos á estudiar el vómito negro en el Continente Americano, observamos que es endémica justamente en los países donde se encuentra mayor número de negros [...]. esto lo deben á la aclimatación de esos lugares por una parte y tal vez, también, por una inmunidad especial á la raza impresa por la generación (Núñez del Prado, 1870, p. 9).

Como se deduce de la cita anterior, para el doctor Núñez, la fiebre amarilla, fue introducida a América por medio del tráfico de esclavos provenientes de África. Para defender su postura aludía que, al momento de la llegada de los españoles a América, está enfermedad no existía, ni fue introducida tras el choque cultural, puesto que de haber sido así, los síntomas de la enfermedad habrían sido registrados por alguno de los cronistas. Para darle aún más sustento a su idea menciona que en las Antillas Francesas, lugar donde es frecuente la presencia de esta enfermedad, se registra por primera vez en el siglo XVIII, muchos años después de la conquista, en adición a ello asevera que la raza negra, tiene inmunidad a la enfermedad, por provenir del lugar de donde es oriunda esta enfermedad.

Por otro lado, el doctor Núñez, menciona que, en condiciones precisas, la fiebre amarilla puede surgir de también de manera espontánea:

[...] La epidemia del 68 es notable por el conjunto de circunstancias que se han reunido de la aparición de la fiebre amarilla. En el mes de noviembre de 1867 las costas del Norte ofrecían fenómenos muy curiosos, particularmente en Huanchaco. Durante las noches se sentían fuertes detonaciones [...] que coincidían con una especie de iluminación eléctrica muy intensa que alumbraba á grandes distancias. Se notó igualmente que el agua tenía una temperatura mayor de la normal [...] en cuanto a su color rojo, debido a la presencia de una serie de corpúsculo; el olor era en extremo fétido parecido al lodo y al pez en descomposición pútrida. A los pocos días se notaron infinidad de peces muertos en las orillas del mar [...] los fenómenos marítimos no tardaron en coincidir con un desequilibrio casi general en la

salud de los habitantes de Huanchaco [...] Antes de la manifestación de la fiebre amarilla en el Callao y Lima, se han notado igualmente alteraciones muy sensibles en las aguas del mar; tinte rojo, olor fétido y alta temperatura [...] (Núñez del Prado, 1870, p. 14 – 15).

No obstante, a pesar de estar a favor del surgimiento espontáneo mencionaba que no por ello era opuesto a la teoría de la importación:

A pesar de lo que acabo de esponer [sic], no se crea que soy opuesto á la opinión de importación [sic]; de ninguna manera puesto que la ciencia manifiesta de un modo evidente este modo de transmisión [sic]; pero al mismo tiempo creo que bajo la influencia de condiciones apropiadas puede desarrollarse espontáneamente en algunos puntos de la costa [...] Resumiendo lo que acabo de decir, es innegable la presencia en el aire de un principio miasmático, gérmen, fermento, etc. Capaz de reproducirse á expensas del organismo, y luego en suspensión en el aire ser llevado á distancia. En cuanto al foco primitivo, creo positivamente que es la expresion de un “miasma específico marino” (Núñez del Prado, 1870, p. 14 – 15).

Como hemos visto en esta cita, para el doctor Núñez, la fiebre amarilla también podría surgir de manera espontánea, cuando las condiciones climáticas, ambientales, atmosféricas, se alteraban y producían miasmas. Para este caso, mostró que, tras haberse presentado irregularidades en el mar, esto ocasionó una serie de alteraciones en el medio que desató la fiebre amarilla, por lo cual alude como lugar de origen el medio marítimo.

Hasta aquí hemos podido observar, que hacía la segunda mitad del siglo XIX el principal debate en torno a la fiebre amarilla estuvo relacionado con su origen. Puesto que un grupo de médicos encabezado por el doctor Miguel de los Ríos, planteaba que la enfermedad había sido importada del extranjero específicamente de zonas como Panamá, Golfo de México, las Antillas. Mientras que otro, liderado por el doctor Casimiro Ulloa, argumentaba que la enfermedad había surgido de forma espontánea es decir era oriunda del Perú. Un tercer enfoque, representado por el doctor Daniel Núñez Prado, respaldó ambas teorías, puesto que mencionaba que la fiebre amarilla había sido exportada de África a América, mediante tráfico de esclavos. Por otro lado, planteaba que en condiciones necesarias la enfermedad podría surgir de forma espontánea en cualquier lugar donde se presente las condiciones precisas para ello. Al margen de la posición que tuviesen la comunidad médica sobre el origen de esta enfermedad, existió el consenso que los miasmas eran los que ocasionaron dicha enfermedad.

1.3. El enfoque miasmático

La comunidad médica decimonónica en el mundo y especialmente la heredera del pensamiento de Unanue, aludía que las enfermedades al margen de donde se hubiesen originado (en el territorio nacional o en el extranjero) eran producto del cambio del clima, del cambio de la atmósfera. Es decir “basándose en la medicina hipocrática, entendían la enfermedad como producto de las cambiantes condiciones atmosféricas y del influjo del medio natural sobre la salud de las personas” (Zárate, 2014, p. 37).

Esta influencia de la medicina hipocrática prevalecerá hasta finales del siglo XIX²⁷. Debido a ello, los médicos plantearon que ese cambio suscitado en el medio ambiente produjo la aparición de miasmas, efluvio dañino que se desprendía de la materia orgánica (animal o vegetal) en descomposición o aguas estancadas:

Los miasmas eran concebidos como imperceptibles seres volátiles producto de la descomposición de la materia orgánica, y que buscaban para su desarrollo lugares cálidos, húmedos y sombríos, los cuales ayudados por el calor veraniego se elevaban en la atmosfera y eran transportados por el viento hasta entra en contacto con un humano [...] (Zárate, 2014, p.37).

Es decir, al producirse fenómenos naturales en el medio ambiente como terremotos, maremotos, huaycos, lluvias, cambios drásticos de temperatura, entre otros, estos causaban estragos como inundaciones, pantanos, muerte masiva de animales, entre otros fenómenos. La descomposición de estas materias orgánicas generaba miasmas, los cuales tras ser esparcidos por el aire y tomar contacto con los cuerpos humanos introducían en ellos enfermedades.

²⁷ En la mitad del siglo decimonónico el químico francés Louis Pasteur, descubrió que las enfermedades eran causadas por microorganismos tales como las bacterias y virus. Este descubrimiento cuestionó el paradigma médico que explicaba el origen de las enfermedades a través de los miasmas. El postulado en cuestión comenzó a tomar fuerza en la comunidad científica de Europa en los últimos años del XIX. Para el caso del Perú sus antecedentes más antiguos nos remontan al año 1889, fecha en la que Dr. Ricardo Flores hizo entrega de un laboratorio de Bacteriología a la Facultad de Medicina de San Marcos. Además, dictó por el periodo de un año el curso libre de Técnicas Microscópicas y Bacteriología. Un año más tarde la Universidad estableció de forma permanente la cátedra de Bacteriología, la cual le fue dictada por el galeno peruano David Matto, quién recientemente se había graduado en Inglaterra. Para más información Véase: CUETO, Marcos (2000). “Sanidad desde arriba: La fiebre amarilla, la costa norte y la fundación Rockefeller”. En *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, p. 63, 64, 70. Cueto, Marcos (1989). “Tradición médica, bacteriología e intervención extranjera en el Perú: 1884 – 1930”. En *Excelencia científica en la periferia*. Lima: Grupo de análisis para el desarrollo – Consejo nacional de ciencia y tecnología, pág. 121.

A pesar de que estos miasmas eran imperceptibles a simple vista, las personas podían deducir fácilmente cuáles eran esos lugares en donde se originaban. Puesto que ellos surgían de cuerpos en descomposición (putrefacción) que emanaban malos olores. Bajo esta lógica cualquier cuerpo que emanaba pútridos olores, era un potente foco de infección.

Para el doctor de los Ríos entre otros, que defendían la postura de que la fiebre amarilla había sido exportada del extranjero, la manera como esta se introdujo al país fue la siguiente: tras la llegada de algún pasajero proveniente del extranjero y específicamente de alguna zona donde ya existía la fiebre amarilla, este individuo portador del mal comenzaba a declinar hasta fallecer. Una vez muerto su cuerpo iniciaba un estado de descomposición emanando así miasmas, los cuales al introducirse en el cuerpo de otras personas (con las que había tenido contacto el enfermo) adquirían la enfermedad. Estas personas tras haber adquirido el mal se convertían en portadores de los miasmas, así que, aunque no llegasen a fallecer, ya eran considerados un verdadero peligro para la sociedad.

Por su parte, los médicos como Ulloa, que plantean que la fiebre amarilla era oriunda del Perú, indicaban que los cambios producidos en el medio ambiente, en la atmósfera, ocasionaron el surgimiento de miasmas los cuales al introducirse en los cuerpos humanos causaron la aparición de la enfermedad.

En lo que respecta al doctor Núñez, planteaba que los individuos que se encontraban en el foco de la epidemia al salir de él se convertían en un foco aislado es decir en un agente propagador de los miasmas, ya que las portaban (Núñez del Prado, 1870).

Por otro lado, señalaba que, en el foco de la epidemia, todos los habitantes habían absorbido este miasma que ocasionaba la enfermedad, solo que algunos habían logrado expulsarla y eliminarla completamente mientras que otros la habían expulsado solo de forma parcial. Por cuya razón comienzan a desarrollar los síntomas propios de la enfermedad (Núñez del Prado, 1870).

Es decir, según el doctor Núñez, el hecho de que la enfermedad “atacara” a ciertas personas y a otras no, se debía a que tras respirar todos los individuos de una determinada comunidad el aire infectado, algunos con mejor organismo lograban expulsar los principios tóxicos

originados por los miasmas de manera total, mientras que otros con organismos más débiles lo expulsaban de manera parcial o en el peor de los casos no lo expulsaban.

Como se puede deducir a partir de estos casos, la principal disyuntiva en la comunidad médica era si la enfermedad había sido introducida o más bien originada en el Perú. Pese a ello; no se ponía en cuestión el hecho de que los miasmas eran aquellos agentes que la causaban, debido a ello el aire tenía un rol protagónico en la propagación de la enfermedad. Razón por la cual las políticas sanitarias estuvieron enfocadas en atacar los miasmas y purificar el aire.

1.4. La idea de foco infeccioso

Basándose en el enfoque miasmático, los médicos, las autoridades políticas, eclesiásticas, la prensa y en general la población que habitó el Perú en el siglo XIX comprendía que residir o inclusive pasar por algún lugar que olía mal, sobre todo en tiempos de epidemia, era un verdadero riesgo para su salud. Ello, porque existía un consenso, que en estos lugares se originaban los miasmas, los cuales causaban enfermedades tras alojarse en el cuerpo, de allí que estos sitios hayan sido señalados lugares de infección puesto que aquí uno podía contraer fácilmente la enfermedad.

También eran considerados lugares de infección aquellos espacios donde permanecían personas portadoras de los miasmas (por haber adquirido la enfermedad) o en su defecto aquellas que eran sospechosas de portarlos por provenir de lugares donde existía esta enfermedad o en su defecto por carecer de hábitos higiénicos.

Bajo esta lógica los hospitales, lazaretos, barrios marginales (como por ejemplo Barrio chino) o puertos, significaban un riesgo patente contra la salud pública. Debido a ello estos sitios recibieron por parte de la comunidad médica, pero sobre todo de la prensa decimonónica el título de foco infeccioso.

Para tener una idea más próxima de cómo era empleado este concepto en el siglo XIX, nos hemos apoyado en los trabajos de investigación de los médicos de este periodo intentado así reconstruir el concepto. Por ejemplo, en el trabajo del doctor Núñez del Prado, se mencionó que los focos son aquellos lugares donde originan los gérmenes, miasmas: “Siempre hay un foco determinado, de donde se origina el germen ó fermento icterode: de preferencia se

encuentra en los puertos del mar, sometidas á malas condiciones higiénicas, y donde hay mucha acumulación habitantes”. (Núñez del Prado, 1870, p. 15 – 16).

Como se desprende de la cita anterior, para el doctor Núñez del Prado, un foco es aquel espacio donde se origina un germen o hay gérmenes debido a las malas condiciones higiénicas del lugar y la excesiva población, tal como es el caso de los puertos. Recordemos que para el doctor Núñez del Prado, el origen de los miasmas que producen la fiebre amarilla y cualquier otra enfermedad podría surgir a causa de la exportación o debido a las condiciones atmosféricas producidas por el estado sanitario del lugar. Por su parte la tesis de Isaías Morales Pacheco, titulada *La fiebre amarilla del Callao en los años de 1888 y 1889* (1891), se menciona:

[...] Donde ella reina constantemente en los terrenos bajos de los puertos del litoral: en los que existen un gran número de influencias ya telúricas y cósmicas, ya sociales é individuales: La insalubridad de estos puertos por las malas disposiciones higiénicas; la acumulación y fermentación consiguiente de materias y la alta temperatura de estos climas, sus bruscas variaciones en las estaciones de Estio; la evoporacion y sequedad de los terrenos despues de las grandes lluvias por un grado escesivo de colórico. Todas estas causas adunadas, concurren invividualmente á la formacion de un medio atmosferico miasmático – infeccioso apropiado para el nacimiento del gérmen amarillo.

Si á estas condiciones propias del desarrollo se agrega por otra parte la aglomeracion de individuos en habitaciones estrechas húmedas y mal ventiladas, la miseria, los desordenes y escesos de todo genero: el gérmen infeccioso franqueando sus limites habituales, hace su invasion de casa en casa de barrio en barrio hasta convertirse en una verdadera epidemia [...] (Morales, 1891, p. 10 – 11).

Cómo se desprende de la cita anterior, las condiciones climáticas sumadas a las condiciones higiénicas ocasionaron que los puertos se convirtieran en focos de infección. Debe precisarse además que estas enfermedades podían moverse hacia otros lados, a través de los barcos, convirtiéndose de este modo en focos movibles:

otro carácter particular al germen amarillo es ser trasmisible no solo de un individuo a otro en dichas condiciones de predisposición é inoculable como quieren algunos; sino que también se transporta a distancia mas o menos remontas por importacion de los objetos que en contactos con los individuos, atacados en los focos infecciosos, lo remiten fácilmente; siendo el mar su única vía y los navíos focos movibles de infeccion con su personal y cargamento los agentes de ella. Y la proliferación germinativa, dice un celebre autor, se realizara infaliblemente, si a las condiciones telúricas y cósmicas se unen al mismo tiempo las receptibilidades individual y social en los lugares apartados (Morales, 1891, p. 10 – 11).

Para que esta enfermedad que se estaba movilizando hacia otros territorios pueda desarrollarse era necesario que el germen encontrará las condiciones necesarias para su desarrollo.

Tomando como referencias las ideas del doctor Isaías Morales y las del doctor Núñez del Prado definimos foco infeccioso como a aquel espacio donde las condiciones naturales (cambio de temperatura, humedad, fuertes vientos, terremotos, maremotos, huaycos, lluvias entre otros) y las condiciones sociales (aglomeración de personas en precarias condiciones higiénicas, paupérrimo estado de salubridad de la urbe producto de la acopio de basura, quema de residuos y otros) unidas o por separado producen las condiciones necesarias para el surgimiento de los miasmas, los cuales ocasionaron la aparición de enfermedades como la fiebre amarilla.

Bajo esta lógica hospitales, lazaretos, barrios marginales, calles y acequias serán considerados hacia el año 1868, como un foco de infección ya que reunían las condiciones sociales necesarias para producir el surgimiento de miasmas y con ellos enfermedades. En lo que respecta al puerto del Callao, este espacio también será señalado como un foco infeccioso, no solo por las precarias condiciones higiénicas sino también por las propias condiciones naturales del espacio.

Un foco infeccioso actualmente es definido como el espacio donde se encuentran los agentes de infección de una enfermedad transmisible. Debemos precisar que una enfermedad transmisible es aquella que se transfieren de un ser humano a otro o de un animal al hombre, ya sea por vía directa (al toser o estornudar), o a través de vectores (organismos vivos como insectos). Bajo esta lógica las enfermedades transmisibles sólo pueden propagarse hasta aquellas áreas donde las condiciones ambientales o climáticas se los permitan. Por ejemplo, durante los meses de verano hay un incremento constante del mosquito *Aedes aegypti* en cual a través de picaduras transmite además de la fiebre amarilla, el dengue, el Zika y la Chikungunya. Los lugares donde suele incubar sus larvas son principalmente los recipientes artificiales ubicados en zonas no mayores a los 2200 msnm. Estos lugares donde se reproducen y viven los mosquitos vendrían a ser focos de infección ya que aquí existe una alta posibilidad de adquirir la enfermedad, estos lugares tienen por límite los 2200 msnm ya que a mayor altura es imposible la existencia de este vector y con ello y la presencia de estas

enfermedades. En lo que respecta a la extinción de este foco de infección esta se da cuando las fuentes o agentes de ocasionaron la enfermedad se han extinguido. También se considera desaparecida la enfermedad cuando tras haber pasado el periodo de incubación de los agentes transmisores no se han registrado nuevos casos. Pese a que no se ha corroborado la no presencia de los agentes biológicos en el lugar (Ministerio de Salud de Cuba, 2012, p. 2).

Para que un espacio determinado deje de ser considerado un foco de infección tiene que desaparecer previamente los agentes transmisores de la enfermedad (para el caso de la fiebre amarilla debe de extinguirse el mosquito *Aedes aegypti*), así como los reservorios donde se incuban. O en su defecto ya no deben reportarse nuevos casos.

Si comparamos esta definición actual, que señala a un foco de infección como aquellos espacios donde están los agentes de infección de una enfermedad transmisible con las brindadas por los médicos del siglo XIX, que señalaron a los focos de infección a aquellos lugares donde las condiciones atmosféricas, naturales más las sociales producían las condiciones necesarias para producir los miasmas que causaban enfermedades. Notamos que con las distancias de los enfoques médicos (el miasmático y el bacteriológico) ambos comprenden a un foco de infección como aquel espacio donde existen agentes: miasmas, bacterias, vectores que producen una enfermedad o pueden producirla. De allí que en estos espacios sean sitios contaminados y las personas tengan una probabilidad mayor de adquirir dicho mal.

Somos conscientes que a pesar de que las definiciones actuales entienden al foco de infección partiendo del enfoque bacteriológico y no el miasmático como se comprendía en el siglo XIX, este concepto nos permitirá analizar cómo se construyó en torno al puerto chalaco la percepción de foco infeccioso durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868.

1.5. Etapas y síntomas de la fiebre amarilla

En lo que respecta a las etapas y síntomas de la fiebre amarilla, según lo planteado por el doctor Núñez del Prado, esta enfermedad contaba con tres fases. En cada una de las cuales se presentaban síntomas bastante particulares, en lo que respecta a la primera etapa esta se tenía una duración aproximada de 24 horas y sus síntomas eran los siguientes: dolor de cabeza, malestar corporal dolores recurrentes en la zona lumbar y en las partes inferiores. En

algunas ocasiones el rostro se torna de color pálido como amarillezco y la piel se seca. A ello se suman las náuseas y vómitos.

Hay un síntoma casi constante en los casos aun medianamente intensos, y es una *ansiedad precordial*, á consecuencia de ella, el enfermo no puede permanecer tranquilo, se mueve en todas direcciones, es justamente la misma angustia que se siente cuando se está, bajo la acción de un vomito de de tárto antes de hacer su efecto (Núñez del Prado, 1870, p. 20).

Después de que el enfermo ingresaba a este cuadro clínico, tenía dos posibilidades, la primera era que tras haber transcurrido las 24 horas el paciente se restableciera completamente. Mientras que la segunda posibilidad consistía en que su salud se deteriorara aún más, por lo cual según el doctor Núñez, se ingresaba a la segunda fase de la enfermedad.

En la cual es enfermo experimentaba la aceleración de la respiración, dolores musculares, insomnio o en algunos casos extremos el coma; el cuerpo comenzaba a tornase de un color amarillo. Es por ello, que se le denominara a esta enfermedad como fiebre amarilla, puesto que la presencia de esta fiebre causaba que la tez de las personas se pusiera de color amarillo. Los enfermos que logran superar este cuadro por lo general se restablecían. No obstante, los que no, entraban a la tercera fase de la enfermedad, cuadro clínico del que difícilmente el enfermo lograba salir airoso:

Cuando la enfermedad pasa al tercer periodo, éste se sigue inmediatamente con la manifestación de síntomas tan graves que pocas veces salvan en este estado [...] la respiración es anahelosa [sic]; el pulso suele bajar á 60; la piel generalmente fría al menos en las extremidades [sic]. La ictericia general y muy pronunciada; unas veces los vómitos son repetidos con frecuencia, y otras muy raros, hasta el extremo [sic] de presentarse uno solo pocos momentos antes de la muerte [...] En este estado suelen presentarse deposiciones variables, unas parecidas á la brea, otras sanguinolentas, ó lo que es más común, parecidas al café concentrado. La orina se suprime completamente, ó solo se presenta una dracma en las veinte y cuatro horas y muy cargadas de albúmina (Núñez del Prado, 1870, p. 21 – 22).

Mencionaba además que a estos síntomas se agrega escalofríos, salto de ligamentos, respiración gruesa, sudorosa. En este período se observaba además un síntoma muy crítico y común, parecido al *grito encefálico*. Este es uno de los síntomas casi siempre mortales, no obstante, algunos enfermos habían logrado sobrevivir (Núñez del Prado, 1870, p. 21 – 22).

La mayoría de las personas que ingresaban a este cuadro clínico terminaban falleciendo, no obstante, aquellas que lograban salir de él adquirían inmunidad de por vida. La fiebre

amarilla tenía una duración aproximada de 3 a 8 días, aunque según algunos médicos decimonónicos esta podía durar entre 8 y 12 horas.

2. Tratamientos médicos y populares

2.1. Tratamientos médicos

A lo largo del siglo XIX, existieron diversos tratamientos para curar las enfermedades. Los cuales eran aplicados en gran medida a todas las enfermedades, ya que, según la ciencia médica de entonces, estas tenían un origen en común. Es decir, provenían de la influencia del medio ambiente (siguiendo las enseñanzas de Hipócrates y la de Unanue) sobre el hombre. Para el caso de la fiebre amarilla, se ha identificado principalmente tres métodos curativos, asimismo, hemos podido identificar algunas recomendaciones como las cuarentenas o visitas médicas, las cuales pasaremos a detallar.

2.1.1. Métodos curativos

Siguiendo los postulados del doctor Núñez del Prado, durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868, la comunidad médica empleo principalmente tres métodos curativos, los cuales fueron el método antiflogístico, método medicación vomita y el denominado por él, método racional.

2.1.1.1. Método Antiflogístico

El método antiflogístico, consistía en extraer del organismo una determinada cantidad de sangre con el objetivo de que ella se purifique y expulse los tóxicos. Fue altamente criticado por los médicos de la época, debido a que al ser considerada la fiebre amarilla una enfermedad adinamia es decir que producía la debilidad del organismo debido a la intoxicación y el desorden del sistema nervioso. Hacer sangrar al organismo no garantizaba la expulsión de los miasmas, al contrario, causaba la mayor expansión en el cuerpo de los miasmas y además la pérdida de glóbulos por lo que se debilitaba aún más el enfermo.

2.1.1.2. Método medicación vomitiva

Consistía en producir el vómito en el paciente a partir de la administración de vómitos de tártaro estibiado o granos de tártaro y otros compuestos. Este método también fue cuestionado ya que exponer a este tipo de medicación al paciente era someterlo doblemente

aun desgaste físico. A través de las fuentes se ha identificado un caso de un hombre que había fallecido víctima de este tratamiento en uno de las pulperías de Santa Clara:

Los datos que puede recojer fueron los siguientes: el día anterior había tenido escalofrios muy violentos y fiebre toda la noche, al ver que yo no podía asistirlo al momento, llamaron otro médico que pasaba por allí – le propino un emérito de dos granos de tártaro, la nauseas se hicieron muy repetidas y vomitó mucha bilis al principio y después enormes cantidades de sangre, hasta terminar con la vida ese desgraciado (Núñez del Prado, 1870, p. 30).

Debe anotarse que existieron otros tratamientos tales como los brindados por el doctor José María Macedo, los cuales consistían en la administración de sulfato de quinina o “las bebidas gaseosas y heladas, las limonadas de ácidos vegetales y minerales, (ácido sulfúrico, especialmente, el apio á dosis pequeñas o moderadas según el caso”²⁸.

2.1.1.3. Método racional

Este método fue propuesto por el doctor Núñez del Prado, el cual puso en práctica en el Lazareto del Refugio (lugar donde prestó servicios) durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868. Él brindaba tres tipos medicaciones distintas, según la necesidad del paciente, las mismas que variaban de acuerdo con la etapa de la enfermedad en la que se encontraba. La primera medicación se usaba si el objetivo era neutralizar acción de los miasmas sobre el cuerpo, para ello recomendaba el uso de purgantes:

Los purgantes llenan la indicación principal y su acción es secundada por los sudoríficos. después de la administración de un purgante, los síntomas generales son modificados favorablemente, la purgación intestinal sostenida durante el periodo de la fiebre, favorece la depuración del organismo. La sangre se desembaraza de los principios tóxicos sin perder fibrina ni glóvulos como sucede con el sistema con el sistema de los antiflogísticos. La medicación purgante corresponde por sus efectos á la naturaleza de la fiebre. Su eficacia consiste en secundar la eliminación gradual de los principios morbíficos, y por último, en preservar todos los sistemas, aparatos y órganos de las causa toxica (Núñez del Prado, 1870, p. 31 – 32).

Estos purgantes estaban compuestos básicamente de acetato de amoniaco, tintura de acónito, guayaco y jarabe de sidra, y recomendaba agregar a esta mezcla unas gotas de jugo de limón con el objetivo de hacerlo más agradable al paladar. Debía beberse una copa de este

²⁸ Archivo de la Municipalidad de Lima, Caja Higiene 1857 – 1869. Informe del doctor José María Macedo sobre la fiebre amarilla y sus particularidades.

medicamento cada hora en el caso de los adultos, de ser niños la cantidad variaba de acuerdo con la edad y el sexo del paciente.

En el caso de que el paciente no mejorase en el lapso de 24 horas e ingresara a la segunda etapa de la enfermedad, el doctor Núñez del Prado mencionaba que, al no existir un compuesto específico para atacar el mal, se debía revertir los principales síntomas de esta fase de la enfermedad, los cuales consistían en el “[...]enfriamiento en el cuerpo, pequeñez en el pulso y palidez general” (Núñez del Prado, 1870, p. 34). Es decir, se recomendaba contrastar la adinamia tan característica de la fiebre amarilla a partir del restablecimiento de la circulación del cuerpo, para lo cual debía usarse:

[...] sábana mojadass y ligeramente aciduladas con vinagre, procurando cubrirlo en seguida con frazadas de lana bastante gruesas, pero manteniendo siempre compresas frías en la cabeza. Esto produce un bien estar agradable á los enfermos y al mismo tiempo se produce una reacción calorífica en la superficie del cuerpo que favorece la circulación de la sangre en los vasos. Tratándose de individuos débiles, prefiero que se practiquen fricciones con una franela impregnado de un lineamiento compuesto; de alcohol de romero y alcanforado [...] aceite esencial de trementina y amoniaco líquido [...] Estas fricciones originan igualmente un alivio y reacción muy convenientes, produciendo una verdadera derivación en la piel (Núñez del Prado, 1870, p. 34 – 35).

Sugería acompañar este tratamiento con una “[...] limonada nítrica, con el doble objeto de apagar la sed y estimular las funciones del riñón que en todos los casos se pervierten” (Núñez del Prado, 1870, p. 35). En el caso de que la limonada nítrica, sábanas impregnadas con vinagre o las franelas con alcohol de romero alcanforado, aceite de trementinas y amoniaco líquido; no diesen los resultados esperados y la salud del paciente se deteriorara aún más, se indicaba combatir uno de los principales síntomas que adquiriría el paciente, tras ingresar a la tercera etapa de la enfermedad que era la falta de apetito. Ya que al no ingerir alimentos y encontrarse el cuerpo con las defensas muy bajas por la pérdida de glóbulos, su salud declinaba mucho más quedando altamente vulnerable. Recomendaba combatir esta inapetencia con “[...] la administración de píldoras compuesta de extracto de ruibarbo [...] de colombo [...] píldoras N° 12 tomadas una antes de comer y almorzar” (Núñez del Prado, 1870, p. 36). Muy pocas personas lograban superar este cuadro clínico puesto que más del 50 % fallecía. Aquellos que si lograban hacerlo iniciaban un proceso de convalecencia y adquirirían como ya lo hemos dicho la inmunidad de por vida.

2.1.2. Cuarentenas, limpieza, y visitas médicas

En adición a los métodos curativos que hemos explicado líneas arriba, la comunidad médica puso en práctica una serie de medidas con el objetivo de contrarrestar los focos de infección es decir los lugares donde había miasmas. Debido a ello las recomendaciones giraron en torno al aislamiento y la limpieza.

2.1.2.1. Cuarentenas

Al ser considerada la fiebre amarilla una enfermedad causada por los miasmas era necesario aislar aquellas personas que eran portadoras de ellos o se creía sospechosa de serlo. Para evitar así que la enfermedad se propague. Este aislamiento fue conocido con el nombre de cuarentena. Según lo planteado en la tesis de bachillerato del doctor Rufino López Torres, titulada *Cuarentenas* (1858) se define a las cuarentenas como “[...] la detención de las embarcaciones por un tiempo más o menos prolongado y a una distancia más o menos lejana de los puntos de más accesibles a los navegantes [sic]” (López, 1858, p. 2). Asimismo, mencionaba que su objetivo era:

[...] impedir por medio de la detension é impedimento que se pone al desembarque de individuos y efectos la transmision de las enfermedades epidémicas y contagiosas, que partiendo de un puerto del globo pueden transmitirse de un punto a otro bien sea impregnados los efectos mercantiles y a los individuos con los miasmas ó agentes que dan lugar ala presencia y desarrollo y al rápido y a lento de las enfermedades conocidas en medicina con el nombre de epidemias y que trasladándose a otro lugar pueden aclimatarse há [ilegible] hacer endémicas y esporádicas, pues sabido es que una enfermedad pueden variar de carácter según las condiciones del lugar en que se encuentra [...] (López, 1858, p. 2).

Al ser el Callao, en el siglo XIX, el principal puerto del Perú, aquí llegaban constantemente embarcaciones provenientes del extranjero. Muchas de las cuales llegaban de lugares donde existía de manera endémica la fiebre amarilla, de allí que haya sido considerado el puerto un potente foco de infección. Por lo cual las embarcaciones que arribaban aquí eran enviadas a hacer cuarentenas. Para el caso del Callao, el espacio escogido por sus características como la de encontrarse a sotavento (contra el viento) era la San Lorenzo, aquí se “ventilaba” la tripulación y de este modo tras culminar la cuarentena y tocar tierra firme estaría libre de los miasmas y no contagiarían a la población.

Esta medida de someter a cuarentenas no tuvo grandes objeciones durante las primeras décadas del siglo decimonónico. Puesto que como hemos explicado con anterioridad durante este periodo existió un gran proteccionismo económico y la dinámica comercial no era tan fluida. No obstante, hacia la segunda mitad del siglo XIX, esta situación cambió con el *boom* comercial desatado por el guano y el empleo del barco a vapor en la navegación. Por lo cual someter a las embarcaciones a cuarentenas no fue bien visto por algunos sectores de la sociedad, ya que afectaba al comercio.

En las siguientes líneas veremos un caso donde se ve reflejado esta situación. Hacia finales del año 1866, tras surgir un brote epidémico de fiebre amarilla en Panamá, el señor Pedro José Tordoya, ministro de Justicia, Culto, Instrucción y Beneficencia, ordenó mediante resoluciones supremas de fecha 8 de febrero y 9 de marzo de 1867, que, a partir del mes de marzo, todas las embarcaciones procedentes de Panamá debían permanecer siete días en cuarentenas, con el objetivo de evitar el ingreso y la propagación de la fiebre amarilla en Lima y Callao (Ramón, 1999). No obstante, esta situación generó molestias en las compañías navales. Por lo que se desataron algunos conflictos de interés entre ellas y las autoridades.

[...] la poderosa Compañía de Vapores del Pacífico (Pacific Steam Nevegation Company) vio dañados sus intereses de modo que comisionó al médico inglés James J. Watson – miembro del Colegio Real de cirujanos de Inglaterra – para informar sobre el estado sanitario de Panamá. Como resultado de sus observaciones, el galeno envió una carta al gerente de la compañía del Perú, Jorge Petrie, informándole que la fiebre amarilla había concluido en Panamá. De un tenor semejante era la comunicación oficial del cónsul de Panamá, quién habiendo afirmado inicialmente (26 de febrero) que en su jurisdicción se había “generalizado la fiebre amarilla creciendo diariamente en desarrollo y causando estragos fatales”; al mes siguiente (24 de marzo) remitía un – sorprendente- oficio a Lima señalando la desaparición del mal (Ramón, 1999, p. 155).

A consecuencia de este informe médico y el oficio remitido por el cónsul de Panamá, el ministro Pedro José Tordoya, dejó sin efecto las resoluciones supremas de fecha 8 de febrero y 9 de marzo de 1867. Quedando de este modo suspendidas las cuarentenas. Como se puede evidenciar en este caso, la epidemia de fiebre amarilla que assolaba Panamá desde finales de 1866 desapareció radicalmente en unos días. Basándonos en los testimonios encontrados en los documentos de la época y la experiencia actual, afirmamos que la fiebre amarilla que assolaba a las poblaciones decimonónicas solo cesaba con el fin del verano, puesto que con él desaparecían los mosquitos *Aedes aegypti*, vector transmisor de la fiebre amarilla. Cualquier

otro intento médico o popular puesto en práctica durante estos años fue en vano, puesto que no combatía el verdadero agente transmisor de la enfermedad sino se enfocaba en evitar la propagación de miasmas. Bajo esta lógica debemos preguntarnos ¿Existió algún tipo de injerencia por parte Compañía de Vapores del Pacífico hacia la política nacional? En el libro compilado por Carlos Paz soldán, Carlos y Sebastián Lorente, llamado *Cien años de política sanitaria marítima en el Perú* (1824) se hace la siguiente reflexión sobre las cuarentenas:

[...] Estas medidas, perfectamente justificadas en un claro interés público, eran sin embargo el punto de partida para protestas y reclamos de Cancillería, en los cuales muy a menudo se oscurecía la cordialidad internacional. Las cuarentenas llegaron así a mirarse como actos de hostilidad al comercio y a la economía de la nación que era objeto de sus providencias. Y como por otro lado muy a menudo tales actos de rigor, no producían el ansiado objeto de poner a cubierto al país de la temida importación, no es de extrañar las constantes que sufrieron los decretos sobre la cuarentena o la negligencia, con que pasado el primer momento se cumplía (Paz Soldán & Lorente, 1924, p. 21 – 22).

Por otro lado, debemos mencionar que los individuos enfermos que se encontraban dentro de la ciudad también eran aislados del resto de la comunidad. Puesto que se les enviaba a los hospitales o lazaretos. Como hemos visto en el capítulo dos, las personas que eran enviadas a los hospitales eran por lo general aquellas pertenecientes a las clases menesterosas es decir carecían de recursos para poder contratar los servicios de un médico que los pudiera asistir en sus domicilios. Debe recalcar que el hecho de que ingresara un enfermo a un hospital significaba también (al margen de su estatus social) que su estado de salud era bastante deplorable de allí que estos recintos hayan sido considerados como lugares para morir más que para curarse. La ciudad de Lima hacia la década de 1860 contaba con el hospital de San Andrés (destinado a la atención de pacientes varones), el hospital de San Ana (destinado a la atención de mujeres), el hospital de San Bartolomé (destinado a la atención de los miembros de las fuerzas armadas). Estos tres hospitales sumados al de Guadalupe y el de San Juan de Dios que existían en el Callao, no se dieron abasto para atender a toda la población de Lima y Callao, durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868, por lo que terminó por colapsar el sistema de salud.

En lo que respecta a los lazaretos, al interior de la ciudad se contaba solo con uno que era el del Refugio. Este espacio estaba destinado para los pacientes que debían ser sometidos a cuarentenas, aunque en la práctica también se realizaban atenciones médicas sobre todo en

los períodos en que la ciudad era asolada por epidemias. Aquí se atendían principalmente a “[...] indios y a los provincianos pobres y las condiciones de infraestructura, higiene u organización eran sumamente precarias” (Rottenbacher, 2013, p. 54). Debe precisar que los lazaretos por su naturaleza no eran del todo bien visto por la población e incluso por algunos miembros de la comunidad médica, tal como fue el caso del Doctor Cecilio Velázquez y Rentería, quién en su libreta, que redactó durante la fiebre amarilla de 1868, hizo la siguiente anotación:

La acumulación de enfermos en una casa o una habitación, es la peor y más funesta de las prácticas; por esto es, que los lazaretos se convierten en enérgicos focos de infección, cuya aureola común de contagio, satura el veneno al más a propósito o débil enfermo sucumbiéndolo pasmosamente en el sueño eterno. El mejor preservativo para que no propague tan terrible mal es, la diseminación de los enfermos a sotavento de las poblaciones, y la salida de las familias a los campos inmediatos, de modo que no acumulen muchos habitantes en una pieza [...] (Vélazquez, 2016, p. 34).

Otra fuente donde se aborda el problema de los lazaretos es en la siguiente nota publicada por el diario *El Comercio* el 20 de febrero de 1868:

Pero si bien se conviene en la utilidad de un lazareto, no deja de tener sus inconvenientes causados por la mala higiene [sic] , pues las mas veces se observa que se convierten en focos de infeccion aun mas espantosos que la misma epidemia que se desea combatir [...] Un lazareto propiamente dicho no es solamente un hospital, sino un local que se destina para alojar tanto á los enfermos que llegan con el mal contagioso que se trata de evitar, cuanto para las personas que vienen del lugar infecto ó sospechoso y que son sometida a observación por los días de cuarentenas; por consiguiente un establecimiento de esta clase debe presentar dos departamentos importantes, uno para enfermos y otro para los que se quedan sometidos á la observacion [...] ²⁹.

Como se puede ver de la cita anterior la población, consideraba de gran utilidad los lazaretos, no obstante, su naturaleza de albergar a personas portadoras de la enfermedad o sospechosas de estar enfermas convertía a este sitio en un potente foco de infección. Convirtiéndose así en un riesgo latente para la salud pública.

2.1.2.2.Limpieza del espacio público

Otras de las recomendaciones de la comunidad médica durante los brotes de epidemias fue la limpieza de los espacios públicos con el objetivo de evitar que se formen focos de

²⁹ *El comercio*, 20 de febrero de 1868.

infección. Por ejemplo, se ordenó barrer las calles, recoger la basura y limpiar las acequias. Con respecto a esta última medida, existieron ciertos médicos como es el caso del doctor Miguel de los Ríos, que cuestionaron esta política. Puesto que desde su punto de vista remover el lodo de las acequias, producía emanaciones pútridas es decir miasmas. Lo que podía agudizar más la situación:

Hace varios días que ha comenzado á practicarse en esta Capital la limpieza de las acequias [...] El sistema que para eso esto se emplea, y que consiste en secarlas y estraer [sic] de ellas todo el cieno que contienen, depositando en sus bordes por dos ó mas días, mientras puede ser recogido, si es altamente nocivo á la salud pública en circunstancias ordinarias, lo es mas todavía en la actualidad en que, una epidemia mortífera aflige la población de esta capital. Las emanaciones pútridas que se desprenden de estos montones de lodo acumulado al borde de las acequias, no puede dejar de contribuir poderosamente á empeorar mas el vicioso estado de la atmósfera y ayudar a la propagación de la epidemia³⁰.

Fue probablemente por opiniones, recomendaciones médicas como está que la Junta de Sanidad, terminó por suspender la limpieza de las acequias³¹. Desde nuestra perspectiva, dejar de limpiar las acequias (con la finalidad de evitar que se emanen miasmas al momento de remover el lodo) agudizó aún más la situación sanitaria. Ya que se dejó de atacar el verdadero foco de infección es decir el espacio donde se anidaban las larvas del mosquito *Aedes aegypti*.

Otra de las medidas que se tomó durante esta crisis sanitaria, fue la de purificar el ambiente, del aire. Para ello algunos ciudadanos por iniciativa propia comenzaron la quema de alquitrán:

Anteanoche y anoche se ha repetido la operacion de quemar en las calles barriles de alquitran con el objeto de desinfectar la atmosfera. La medida es acertada, no cabe duda; pero por otro lado, la rojiza luz que el alquitran produce, reflejandose sobre los semblantes de las personas atemorizadas que constantemente se agrupan alrededor de los barriles encendidos tiene algo de lugubre, algo de consternador que si limpia la atmosfera infesta enferma en cambio los corazones³².

Como se desprende de la cita anterior, se consideraba la quema de alquitrán como una medida acertada ya que ello permitía purificar la atmósfera, sin embargo, durante la quema

³⁰ *La Gaceta Médica de Lima*, N° 273, pág. 234.

³¹ *La Gaceta Médica de Lima*, N° 273, pág. 234.

³² *El Comercio*, jueves 26 de marzo de 1868, Crónica Interior – Callao, pág. 4

de este producto, algunas personas solían asustarse por lo que podían presentar complicaciones cardíacas. Por otro lado, existió un grupo de persona que consideraba que, la quema del alquitrán en vez de purificar causaba mayor contaminación:

FIEBRE AMARILLA. ALQUITRAN CONTRA ESTA EPIDEMIA. Hemos sabido que en Callao se quemaba de distancia á otra de las calles cantidades de alquitran como preservativo de la epidemia, advirtiéndole la virtud de purificar el aire. Erro fácil de desvanecer. El humo del alquitran sube en columna espesa, su accion es nula, comparada á la que ejercería él mismo repartido en multitud de lugares, pues entonces la atmósfera se hallaría impregnada de su virtud salutífera³³.

Debe precisarse además que aparte de la combustión de alquitrán, también se llevó a cabo la combustión de cuernos de animales, como medida para purificar el aire:

Combustión de cuernos

Desde hace unos días, los desgraciados moradores de Lima se ven asfixiados por la combustión que se hace en todas las plazas y algunas calles de la población, de grandes acopios de cuernos y otras sustancias animales. Ignoramos completamente á quién se la haya ocurrido tan peregrina idea. De la combustión de estas sustancias, se desprenden gases carbonosos y amoniacales, que lejos de desinfectar la atmósfera [como parece se propuso la autoridad que se dictó semejante medida] pueden ser nocivas á la salud pública, empeorando la constitución epidémica actual. Por esta razón la Facultad de Medicina, con la solicitud que la caracteriza, se ha dirigido por medio de su Decano á la Honorable Municipalidad, para dicté las órdenes convenientes á fin de que inmediatamente se suspenda dicha combustión³⁴.

Otras formas de purificar el aire, fueron a través de los disparos de cañón, tal como lo describe el historiador Jorge Basadre: “Para combatir los miasmas que infectaban la atmósfera, según creencias de la época, la artillería estuvo haciendo disparos con pólvora en las calles y esquinas de la ciudad durante quince días” (Basadre, 1961, p. 1717).

2.1.2.3. Visitas médicas

Junto con estas medidas, los médicos avalados por las autoridades políticas llevaron a cabo visitas a las casas de los pobladores de la ciudad:

De todas las medidas dictadas por el Gobierno con el fin de prevenir ó atenuar los estragos de la epidemia reinante, ninguna mas eficaz ni mas humanitaria, en nuestro concepto, que la organización

³³ *El Comercio*, miércoles 25 de marzo de 1868, noticia fiebre amarilla, alquitrán contra esta epidemia, pág. 3.

³⁴ *La Gaceta médica de Lima*, N° 270, 15 de abril de 1868, combustión de cuernos, pág. 194.

del servicio médico domiciliario á dar á los epidemiados los auxilios mas prontos y eficaces que reclama su estado.

Conforme al decreto de su organización que publicamos en otro lugar, este servicio está construido por la presencia en cada uno de los distritos de la ciudad, de un facultativo y practicantes, que unidos al Médico municipal del Distrito, se dividen la asistencia gratuita de los indijentes atacados de la epidemia, á quienes las boticas distribuyen tambien gratuitamente y por cuenta del Gobierno los medicamentos recetando por los médicos. Practicado este servicio por profesores competentes y en conformidad, no solo á las prescripciones³⁵.

Durante estas inspecciones si se encontraba alguna irregularidad que amenace a la salud pública “los médicos estaban autorizados a realizar fumigaciones y a trasladar a los enfermos hacia los lazaretos, con o sin el consentimiento de las familias”³⁶. Este hecho de trasladar a un enfermo a un lazareto sin su consentimiento ni el de su familia aparte de ser considerado un hecho autoritario también es discriminatorio puesto que “[...] en el contexto epidémico se intervino casi exclusivamente los domicilios de aquellos grupos sociales cargados de estigmas: los marginales, los indígenas [...] asiáticos”³⁷. Es decir, se intervino a aquellas personas que desde la perspectiva de élite y las autoridades no compartían los mismos hábitos, costumbres que ellos, hecho que los convertía en una amenaza latente, evidenciándose de este modo un trato diferenciado entre un grupo y otro³⁸.

Debe recalarse que en muchos de los casos las diferencias entre un grupo social y otro, no eran producto de los escasos hábitos higiénicos sino más bien el de los limitados recursos

³⁵ *La Gaceta Médica de Lima*, 272, 15 de mayo de 1868, Servicio médico domiciliario, pág. 218.

³⁶ Lossio, Jorge (2002). “Fiebre amarilla, etnicidad y fragmentación social”. En *Socialismo y participación*, n° 93. Lima: CEDEP, pág. 86.

³⁷ Lossio, Jorge (2002). “Fiebre amarilla, etnicidad y fragmentación social”. En *Socialismo y participación*, n° 93, pág. 86.

³⁸ Debe señalarse que este tipo de situaciones no solo se dio en el Perú sino también en otros países de Latinoamérica, tal como fue el caso de Buenos Aires - Argentina. Puesto que, tras ser asolado por la fiebre amarilla en 1871, la Municipalidad mediante la Comisión de Higiene, ordenó inspeccionar las viviendas de los vecinos de la ciudad, con el objetivo que ellas estén limpias (sobre todo las letrinas) y no causen perjuicios a la comunidad. Durante la ejecución de esta ordenanza se pudo evidenciar tratos diferenciados entre los vecinos, se sabe por ejemplo que el inspector Gonzalo Doblaz, tras revisar las viviendas que se encontraban en la Calle México, señaló que un corralón que se ubicaba en dicha calle tenía las letrinas muy sucias, indicó lo mismo de la casa de señor Santiago de Calzadilla, miembro fundador del liberal Club del Progreso (el cual reunía a un selecto grupo de porteños). Pese a que en ambos sitios las letrinas están sucias, el inspector solo le colocó la multa al dueño del corralón. Silvina, Valeria (2016). “Intromisiones municipales en tiempos de fiebre amarilla: Buenos Aires, 1871”. En *Revista historia y justicia*, n° 6, pág. 58.

que poseía. Lo que les impedía adquirir por ejemplo los servicios de la Sociedad Higiénica o habitar inmuebles que les permita segregar espacios y tener una adecuada ventilación.

2.2.Tratamientos populares

Si bien es cierto la comunidad médica había adquirido un gran prestigio social tras la creación de la Facultad de Medicina de Lima en 1856. Este prestigio se legitimó sobre todo entre los grupos de poder. Más no entre la población, puesto que ella aún seguía teniendo recelo a la medicina occidental y sus particulares métodos curativos tales como el hacer sangrar o administrar vómitos de tártaro o purgantes. Otro factor que influyó en las personas, para no emplear este servicio fue que:

[...] los médicos no estaban siempre disponibles, situación que se agravaba durante los brotes epidémicos. Debido a que el número de médicos no era suficiente para una población en crecimiento, parece que éstos optaban por atender solo los casos “curables” y no aquellos que consideraban perdidos (Palma, 2016, p. 65).

A esto se sumaba “[...] el alto costo del servicio de estos profesionales” (Palma, 2016, p.68). Debido a ello, una buena parte de la población optaba por recurrir a otras alternativas de salud, conocidas comúnmente como medicina popular:

Pese al esfuerzo denodado del cuerpo médico, este no llega a gozar de todo el apoyo del pueblo, quienes no veían a estos ni mucho menos a los boticarios y farmacéutas con buenos ojos, no creían en el llamado progreso de la “ciencia médica”; cada vez que una persona estaba enferma, recurrían a los herbolarios, charlatanes, brujos, curanderos y todos aquellos personajes comunes o tan iguales a ellos, que conocían las enfermedades y que con simples pócimas los curaban y no a los especialistas, quienes tenían un lenguaje difícil de entender, así como materiales de estudios dignos de un científico loco (Coello, 2012, p.173).

Debido a ello la comunidad médica concentrada en la Facultad de Medicina, comenzó a realizar persecuciones a aquellas personas que practicaban una medicina alternativa a la indicada por la ciencia. Puesto que la consideraban un perjurio a la salud pública. Los médicos profesionales solían emplear diversas categorías peyorativas para referirse a ellos tales como “charlatanes”, “curanderos”, “impostores” e incluso “brujos”: “En el mejor de los casos eran llamados “empíricos”, un término más neutral para referirse a aquellos que poseían conocimiento y entrenamiento médico, pero no los títulos correspondientes” (Palma & Ragas, 2019, p.4).

Entre nosotros existen numerosos charlatanes, de los que, unos se dicen ser poseedores de específicos, y otros se titulan médicos, capaces de asistir toda clase de enfermos, y esto sin haberse dedicado antes á una tan laboriosa carrera como la de la Medicina, que para su ejercicio necesita meditados y profundos conocimientos³⁹.

Para erradicar estas prácticas médicas alternativas, la Facultad de Medicina, recurrió a la función que tenía de regularizar el ejercicio de la profesión farmacéutica. Función que se le había otorgado en 1856 con el Reglamento Orgánico de la Facultad, la misma que se ratificaba años más tarde con el Reglamento de Policía, para la ciudad de Lima dado el 12 de julio de 1872. Para ello formó una alianza con la Municipalidad de Lima “con ella se decide perseguir a los establecimientos que no cuenten con los títulos correspondientes y obtenidos en la en la Universidad [...] los mismo que los acreditaban como boticarios o farmaceuta, con los respectivos estudios y títulos” (Coello, 2012, p. 174). Esta persecución abierta se consolidó hacia el año 1873, en el que forma la Comisión Inspector de Boticas también conocida como la Comisión Vigiladora de los Establecimientos Farmacéuticos. Hacia el año 1868, fecha en la que estalla la epidemia de fiebre amarilla en Lima y Callao, existía también persecución hacia estas personas. No obstante, ella no era tan abierta y directa como la que se puso en práctica a partir del año 1873.

2.2.1. El febrífugo Guerrero

Durante la crisis sanitaria de 1868, una de las principales personas que ofertó este tipo de medicina alternativa fue Juan Luis Guerrero. Él ofrecía a las personas enfermas de fiebre amarilla un específico al que él mismo denominó “el febrífugo de Guerrero”, también conocido como el “específico Guerrero” o el “cortante Guerrero”. El jueves 9 de abril 1868, apareció en el diario *El Comercio*, una publicación titulada *Razón de los atacados de fiebre amarilla que ha curado el que suscribe con su heroica preparación denominada “El febrífugo de Guerrero”*. En dicha publicación, Guerrero, hacía pública una lista con los nombres de todas personas que se habían sanado (hasta entonces) tras habersele suministrado dos dosis de su específico. Tomando como base esta información hemos elaborado un cuadro en el cual se clasifica los datos en base a tres ítems, los cuales son: nombre del paciente, edad y síntomas y cantidad de días en curarse:

³⁹ *La Gaceta Médica de Lima. Órgano oficial de la Sociedad de Medicina*, 30 de setiembre de 1865, año X, N° 200, nota: Charlatanismo en medicina, pág. 26.

Tabla 7. Lista de personas curadas con el "Febrífugo de Guerrero"

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	SÍNTOMAS Y CANTIDAD DE DÍAS EN CURARSE
José Álvarez Tirado	2 años	Constitución fuerte, temperamento sanguíneo pronunciado, primer periodo, ataque fulminante de la fiebre; quedó completamente curado después de dos días
Julio Raygada	8 años	Temperamento sanguíneo, menos pronunciado, primer periodo, fiebre más benigna; sanó en un solo día.
Francisco Aguirre		Segundo periodo, fiebre, dolor de cabeza y en todo el cuerpo, sofocación extrema, orina roja y difícil; se le administró el "Febrífugo Guerrero" a las 12 del día y a las 3 del mismo orinó natural, pidió que comer y se levantó sin volver á hacer cama.
Carlos Gerhart		Desahuciado, último periodo, orina suprimida, vómitos repetidos, inacción completa; tomó el cortante Guerrero; después de diez minutos más o menos orinó, durmió apaciblemente, con lo que recobró algo de sus fuerzas; curación completa y radical en tres días: hoy desempeña su destino sin embarazo alguno.
J. Hahn		Segundo período, síntomas ordinarios, desesperación continua, calmado en el momento; sanidad completa en dos días.
Sra. Therson		Primer período, síntomas ordinarios; sanidad completa en dos días.
Christian Louis Ungrefroren		Temperamento sanguíneo, fuertes ataques; sanó en dos días.
Luisa Horn		Temperamento sanguíneo bilioso, horribles dolores de cabeza, insufrible dolor a los ojos, inacción general; sanó radicalmente en tres días habiendo tenido en su mayor gravedad 160 pulsaciones por minutos.
Niño alemán	8 años	Sanó en dos días
Ana Gonzales		Síntomas comunes, dolor de cabeza, al estómago y al cuerpo, fiebre fuerte cortada en dos días.
Luisa Angerrer		Síntomas comunes, sano en dos días.
Niña alemana	14 años	Sanó en un solo día.
Niño alemán		Sanó en un solo día.
Antonio Novo (italiano /arriero)		Constitución fuerte, ataque tremendo capaz de alarmar al más intrépido, síntomas los comunes (no hay duda al máximo de su fuerza); curado también con dos dosis y en dos días como los demás.
Un niño	1 ½ año	Sanó con una sola dosis
Federico Stegmann		Síntomas ordinarios.
Músico alemán		Terrible ataque, tomó el cortante, al que se resistió: se cambió el tratamiento y resultó que el enfermo se puso a la muerte, entonces

la Sociedad Alemana a que pertenece, apeló otra vez a mi tratamiento y el paciente ha sido curado de la fiebre con el poderoso febrífugo.

*Cuadro elaborado en base a la información publicada en *El Comercio*, el jueves 9 de abril 1868.

Algunos datos que se desprende de este cuadro son los siguientes: de las 17 personas (12 adultos y 5 niños) a las que se les había suministrado el “específico guerrero” al menos 3 de ellas habían sanado en un solo día, 7 en 2 días y las otras 7 en el lapso de 1 a 3 días. Por lo que se deduce que la efectividad de este específico comenzaba a contrarrestar la enfermedad desde las primeras dosis en incluso podía curar con una sola sí el cuadro clínico del enfermo no estaba muy avanzado. Al menos una de las personas que tomó el específico se encontraba en la última fase de la enfermedad, etapa de la cual era muy difícil salir por lo que eran generalmente desahuciados por los médicos, de allí que revertir este tipo de situaciones daba mayor credibilidad a este tipo de tratamientos. Notamos también (a partir de los apellidos) que más de la mitad eran extranjeros o tenía ascendencia extranjera, por lo que deducimos que este tipo de desconfianza hacía la medicina occidental no solo provenía de la población autóctona del país. La cual era considerada por la comunidad médica como ignorante y la causante de los atrasos del Perú, recordemos que debido a esta percepción se debatió mucho acerca de fomentar la migración de europeos, puesto que ellos al ser considerados personas superiores ayudarían al progreso del Perú.

Posteriormente vuelve a parecer en el diario *El Comercio*, el jueves 23 de abril de 1868, una lista de 26 personas que se habían sido curadas tras suministrarles el Febrífugo Guerrero, según lo señalado en la publicación, esta lista contemplaba sólo a las personas que se habían sanado en el mes de abril desde el día 8 al 18. Sí a ellas le sumamos la lista anterior y aquellos casos que no fueron publicados, podemos deducir que la acogida de este específico fue bastante amplia y aceptada entre la población. En la siguiente carta, publicada por el señor E – Krohn, el 30 de marzo de 1868 en el diario *el Porvenir* del Callao y que fue copiada y publicada por el diario *El Comercio*, el jueves 2 de marzo, se puede evidenciar el agradecimiento que se tenía hacia Guerrero y sus específicos:

El señor D. Juan Luis Guerrero ya es bastante conocido, y creo no le haré gran elogio con decir que es el médico por excelencia con que cuenta el Callao en sus tribulaciones, por su acierto y presteza en curar á sus enfermos, particularmente á los de fiebre amarilla [...] Diez y nueve enfermos febricitantes había visto morir sin interrupción en mi vecindad, y entre ellos tres de mis dependientes, que serían

cuatro, si el acertado médico Guerrero, no lo hubiera asistido con la confianza y entereza propias de aquel que ésta convencido de su poder, lo que le impele á concluir, que si hay enfermos que deseen conservar su vida, la pongan bajo la protección del acertado, fuerte y constante adversario, hoy de la fiebre amarilla que nos diezma, y no tenga duda que en cualquier otro dia de mas temibles enfermedades que se desarrollaran⁴⁰.

Como se extrapola de la carta anteriormente citada, a Guerrero, sus pacientes no lo consideraban un simple curandero, sino que le daban la categoría de médico, del mejor que tenía por entonces el Callao. Consideramos que este tipo comentarios avivaron aún más las rencillas entre los médicos de la facultad de medicina y los “médicos populares”. Asimismo, notamos que en la carta se recomendaba recurrir a los servicios de Guerrero sí es que uno deseaba seguir viviendo, como dando a entender que era el único tratamiento realmente efectivo que existía por entonces en la ciudad. No obstante, debe anotarse que existieron algunas ocasiones en la cual este febrífugo no tuvo los efectos esperados en los pacientes:

Por este espediente consta que ha muerto de fiebre amarilla en el Hospital del Callao, Efrain Zevallos, según reconocimiento hecho por los facultativos Don Alejandro Liveriero y Don Federico Doderó, e igualmente que dicho Zevallos, fue asistido casi hasta el último día por el empirico Don Luis Guerrero⁴¹

Por otro lado, debemos señalar que, aunque desconocemos la fórmula exacta de la cual estaba compuesta el febrífugo de Guerrero y otros específicos que se ofertaban por entonces en la ciudad, según el doctor Nuñez del Prado, todos ellos se componían de:

Un titulado médico chino y despues otros cuatro ó seis cocineros que se hicieron tales, (poco costaba el negocio) entraron en especulaciones infames con una de las boticas. Los medicamentos consistían en el cocimiento de yerbas recojidas en los alrededores de Lima y unos papelitos de sulfato de magnesia (sal de Inglaterra) teñidos de carmin para disfrazarlos. Cada papelillo costaba cuatro soles; así es, que de un real que cuesta la onza de esta sustancia, sacaban cuarenta papeles y hacían reproducir ciento sesenta soles!!! Estos papelillos lo hemos analizado con motivo de habernos entregado algunos individuos, cuyos enfermos habían muerto sin concluir de tomarlos. [...] (Nuñez del Prado, 1870, p. 28).

Debido a que los específicos representaban desde la perspectiva de los médicos un verdadero riesgo para la salud, se inició una persecución contra el principal y más reconocido

⁴⁰ *El Comercio*, el jueves 2 de marzo.

⁴¹En respuesta al oficio de esa Prefectura de 1° del actual acerca del fallecimiento de Efrain Zevallos, transcribo á V.S. el siguiente informe de la Facultad de Medicina Archivo Histórico de Marina, sección Prefectura del Callao – Ministerio de Justicia, 1868, caja4 3, sobre 315, folio 30.

vendedor de específicos de entonces, el señor Juan Luis Guerrero. La Facultad de Medicina, entabló un proceso judicial contra él, aludiendo que incumplía el Reglamento Orgánico de la Facultad:

En el juicio criminal, el decano de la Facultad reclamó que la asistencia de dicho “curandero” no era necesaria, “en una ciudad donde hay facultativos de mérito reconocido”. Pero Guerrero estaba lejos de ser un simple “curandero” o un “charlatan ignorante” como busco presentarlo la Facultad. Pese a no ser médico ni boticario, había estudiado dos años en la Escuela de Medicina, “donde hizo sus estudios de Química y Farmacia, aunque no llegó a obtener el título de esta clase (Palma, 2016, p. 62).

A pesar de carecer de los títulos respectivos para poder ejercer esta profesión médica, Juan Luis Guerrero, logró salir absuelto de este proceso, puesto que tal como lo señala la historiadora Patricia Palma, por entonces “funcionaban de manera paralela y hasta opuesta varios corpus legales sobre la farmacia” (Palma, 2016, p. 63). Tales como el Reglamento de Policía (1839) que especificaba la destrucción de medicamentos en mal estado; el Código Penal, en el que se abordaba un par de artículos sobre las faltas a la salubridad pública, y finalmente la Constitución, que defendía el ejercicio de las profesiones liberales (Palma, 2016). Estas contradicciones legales, le permitieron a Guerrero, poder apelar, argumentando que el Reglamento Orgánico de la Facultad no era una ley, por lo que solo tenía alcance sobre los miembros adjuntos de la facultad.

[...] Guerrero hábilmente cuestionó las labores de la Facultad y su autoridad en temas de salubridad. Según declaró en el juicio, él “solo ha hecho uso de sus remedios en personas incurables sobre los que cree que la Facultad de Medicina no tenía jurisdicción. De esa forma, no solo desafiaba la supuesta autoridad de la Facultad, sino que utilizaba dicho alegato para defender su derecho a vender medicinas bajo el amparo de la Constitución, la cual sin duda estaba por encima de cualquier legislación particular. La Carta Magna era muy clara en promover libremente todo oficio, o profesión [...], que no se disponga a la moral, a la salud ni a la seguridad pública (Palma, 2016, p. 63 – 64).

Debe recalcar que el Febrífugo Guerrero no fue el único remedio ofertado durante la crisis sanitaria de 1868 existieron otros como el tónico del Dr. George Kavanagh

“Ambos líquidos embotellados se vendían en locales particulares y se publicitaban en avisos en los diarios locales. Desde la segunda mitad del siglo XIX y hasta avanzado el siglo XX, la publicidad de brebajes médicos poseía todavía resonancia de la venta de un objeto maravilloso. Estos medicamentos formaron parte del fenómeno decimonónico de los remedios de patente, muchas veces producidos por inventores o farmacéuticos que preparaban una secreta mezcla de sustancias, químicas u otras, y la vendían como un remedio específico para dolencias” (Velázquez, 2020, p. 166).

2.2.2. Herbolarios chinos

Siguiendo este argumento (la libertad que otorgaba la Constitución para ejercer cualquier oficio o profesión que no atente contra la salud, moral o seguridad pública) muchos vendedores de drogas y hierbas de origen chino ofertaban sus servicios medicinales. Estos fueron conocidos comúnmente con el nombre de boticarios o herbolarios chinos. Ofertar este tipo de tratamientos médicos por parte de la comunidad china nos resulta un caso bastante particular puesto que como hemos visto en el capítulo uno, existieron grandes prejuicios hacia estos pobladores. De allí que ver que la misma sociedad que los cuestionaban recurrieran a ellos para obtener sanaciones, resulta paradójico y contradictorio. Contra ellos existió también fuerte crítica por parte de la comunidad médica, tal como se muestra en la publicación hecha por la *Gaceta Médica de Lima*, el 15 de mayo de 1868:

Charlatanes.- Una plaga, más funesta que la epidemia misma de fiebre amarilla, ha aparecido casi simultáneamente con ella en la Capital. Esta plaga es la de los charlatanes. Hasta los hijos del celeste imperio han encontrado lucrativa esta nueva industria y se han consagrado á ella con ardor. La credulidad pública, como siempre, ha corrido á arrojarse en sus brazos y á ofrecerse como voluntaria víctima, sin que las decepciones mas crueles hayan bastado para desviarla de tan funesto camino. El *médico chino*, importado las bárbaras prácticas de la rutina médica del celeste imperio, ha tasajeado sin piedad á los pobres epidemiados y los ha torturado con sus estupendas agujas. La multitud ha asistido – boqui-abierta á estas estrañas escenas y las víctimas de la ignorancia pública, van aumentando los cuadros de mortalidad, con espanto de la jente [sic] sensata. Hasta un periódico liberal, cuya redacción a dado pruebas de buen juicio, ha abrazado la causa del charlatanismo y formando en su defensa todo género de argumentos [...]⁴².

Como se desprende de la cita anterior, la principal crítica hacia los boticarios chinos giraba en torno a los bárbaros métodos que ponían en práctica con los pacientes, los cuales desde su perspectiva agobiaban aún más la salud de los enfermos. Dichos métodos consistían en el empleo de agujas, lo paradójico es que muchos médicos egresados de la Facultad de Medicina de Lima, también utilizaba agujas durante su tratamiento. Otros, hechos que se denuncian en esta nota, es que varios diarios locales, publicitaban los servicios ofertados por los boticarios chinos. Puesto que durante esta crisis sanitaria era común encontrar varios anuncios de estos, ofreciendo remedios o tratamientos para curar la fiebre amarilla. Los herbolarios chinos

⁴² *La Gaceta Médica de Lima*, N° 272, 15 de mayo de 1868, charlatanes, pág. 219.

establecieron sus negocios principalmente al interior del Barrio Chino y algunas zonas del Callao

Otra de las acusaciones que hicieron los médicos hacia los boticarios chinos fue la de ser los causantes de haber originado la enfermedad o en todo caso de ayudar a propagarla más rápido. Ya que los lugares donde se concentraban eran considerados un lugar infeccioso. Como hemos mencionado antes esta situación resulta realmente paradójica puesto que por un lado se señala al Barrio chino o los lugares donde se concentraba la comunidad china como un lugar infeccioso, mientras que por otro se recurría a él para obtener sanaciones de algunas enfermedades que según la retórica de la época se habían iniciado aquí. Por su parte el artículo de Patricia Palma y José Ragas, *Enclaves sanitarios: higiene, epidemias y salud en el Barrio chino de Lima, 1880 – 1910* (2018), señala que debemos entender al Barrio Chino como un enclave sanitario (pese a su “naturaleza”) ya que aquí no sólo recurrían personas de nacionalidad china o curarse sino también a otros grupos sociales, distintos a ellos:

[...] el Barrio chino operó como un enclave sanitario en un espacio urbano cuya población se encontraba constantemente expuesta a epidemias y diversos problemas de salud. Al denominar así al Barrio chino hacemos énfasis como una comunidad – en este caso, los inmigrantes chinos – al interior de un espacio urbano definido - el Barrio chino - adquirió cierta reputación por estar asociada con la presentación de servicios de salud no solo al interior de dicho espacio sino en un área con grupos sociales distintos a la suya (Palma & Ragas, 2018, p. 163)

Tras estallar, la epidemia de fiebre amarilla de 1868 existió una gran oferta de estos servicios sanitarios por parte de los boticarios chinos. La cual fue correspondida por la población, puesto que:

Se creía – y la prensa hacía eco de esos rumores – que los médicos chinos tenían mayor experiencia curando la fiebre amarilla por ser endémica de su país natal. Esta creencia estaba tan extendida que la campaña emprendida por las autoridades de la Facultad de Medicina para desincentivar el uso de la medicina china intentó desmentir este mito. El doctor Casimiro Ulloa [...], en una de sus publicaciones sobre la fiebre amarilla, señalaba que solo eran rumores que los médicos chinos habían salvado muchas vidas, agregando que era falso que fuera una enfermedad endémica propia de China, y por lo tanto los herbolarios y médicos chinos no tenían un conocimiento superior sobre dicha enfermedad tropical que los médicos locales. Otra razón por la cual los pacientes locales optaban por la medicina china, es que ésta era considerada por los pacientes occidentales como menos invasiva, tanto en su curación como en su diagnóstico (Palma, 2018, p. 19).

Una publicación hecha por el diario *El Comercio*, el 19 de setiembre, se describe acerca del surgimiento de estas boticas y el prestigio del que gozaban:

Botica de chinos.- Con motivo de la epidemia, aparecieron los médicos chinos, que, ya sea que tuviesen algunos conocimientos en la ciencia médica, ya que con motivo de la fiebre amarilla una enfermedad muy comun en el país, hicieron algunas curaciones acertadas, las que le valieron el permiso de poder abrir una botica para vender sus recetas a sus compatriotas. Los chinos en virtud de ese permiso mandaron a traer muchos vegetales y medicamentos de otra clase; hoy que ya tienen cuanto ellos desean para hacer curaciones han arreglado en la calle Puno, una botica, probablemente imitando á las de su país. El crédito que gozan y que han conseguido por sus curaciones durante la epidemia, atraen un numero considerables de compradores; asiáticos y de otras nacionalidades hemos notado que acuden con frecuencia, tanto para proveerse de los medicamentos, cuanto para hacerse asistir de los médicos que allí se encuentran. No dudamos que con tal expendio lleguen á adquirir buena fortuna⁴³

Como se muestra en la nota, se creían que estas boticas eran similares a las que existían en su país. Como señalamos en el primer capítulo (véase tabla N° 1) uno de los oficios que se practicaban en Macao al momento de iniciarse la migración masiva de culíes al Perú era el de herbolario. Según el cuadro había 314 boticarios o herbolarios, los cuales representaban el 1.5 % del total de oficios de la población. En base a estos podemos deducir que la práctica y consumo por parte de la comunidad china de insumos naturales como hierbas era algo recurrente. Basándose justamente en este hecho es que los dueños de estas boticas planteaban que sus negocios no eran boticas sino tiendas “siendo nuestras tiendas puramente industriales, o comerciales, pues lo que se vende en ellas, es té, raíces y vegetales, mal se comprende que la Facultad de Medicina quiera caracterizar como boticas o farmacias” (Coello, 2012, p. 184 – 185).

Lo cierto es que no solo la comunidad china, acudía a estos espacios a adquirir específicos o a someterse a tratamientos que los puedan curar de la fiebre amarilla, sino también personas que no pertenecían a este grupo étnico, este hecho fue el que generó que las autoridades, los persiguieran ya que los consideraban una amenaza para la población en general. Tal como se puede notar en el informe enviado el 20 de julio de 1868 por el Dr. José María Macedo (médico municipal encargado del cuartel tercero) a la Municipalidad de Lima:

⁴³ *El Comercio*, jueves 19 de setiembre 1868, segunda edición, Botica de Chinos, pág. 3.

[...] una falange de curanderos cuyo jefe es un médico chino, apareció súbitamente ofreciendo hacer milagros. La inocencia de unos, y la curiosidad de otros y la ignorancia de muchos, hizo que se aceptara como evangelio, la noticia que el chino resucitaba á los muertos. A tan plausible nueva que no tardó en difundirse por toda la capital[...] Faltaríamos á la verdad, sí dijéramos que no han salvado muchos chinos enfermos asistidos por el celebre chino. Pero ¿cuales han sido estos? Aquellos casos mas benignos en los que el médico o el enfermo por si solo se há recetado un sudorífico. Mientras tanto todos aquellos enfermos desahuciados en consulta con los médicos mas respetables de la capital, los hemos visto sucumbir inevitablemente. [...]Todavía hay mas: al principio era un solo chino; hoy son quince o veinte, por que en vista de la apreciable tolerancia de las autoridades, han salido á curar de las zapaterías, de las fondas y hasta de las chacras [...]⁴⁴.

Una de las principales quejas que manifestaba el doctor Macedo hacia los boticarios chinos era su falta de preparación, puesto que, según él, ellos habían salido de las zapaterías, fondas y chacras a curar enfermos. Lo paradójico de esto es que no niega que algunas personas se habían logrado curar con estos tratamientos. Por otro lado, alegaba que si bien es cierto la población tenía cierta preferencia hacia estos tratamientos médicos, esto no era sólo consecuencia de la ingenuidad de los pacientes sino también por la falta de regulación por parte de las autoridades. Puesto que ellos a pesar de saber los servicios que se prestaban en estos negocios chinos, no llegaron a cerrarlos.

Planteamos que este tipo de inacciones por parte de las autoridades no se dio por desinterés sino más bien por dos razones que responden al propio contexto. La primera, al ser conscientes que los hospitales al igual que los servicios médicos habían colapsado durante la epidemia de 1868, o en todo caso eran inaccesibles para las clases menesterosas, cerrar este tipo de negocios era terminar con los pocos recursos con que contaban las clases más menesterosas para poder curarse. La segunda razón por la cual creemos que no se cerró este tipo de negocios durante la epidemia, fue la falta de personal capacitado (tales como los médicos) para llevar a cabo inspecciones en estos locales donde verifique que las personas que atendían tuviesen sus respectivos títulos.

Debido a esta inacción por parte de las autoridades sobre todo en tiempos de epidemia, los médicos tenían la sensación de que su profesión no era valorada, tal como lo manifiesta el

⁴⁴ Archivo de la Municipalidad de Lima, Caja Higiene 1857 – 1869. Informe del doctor José María Macedo sobre la fiebre amarilla y sus particularidades. Debe precisarse que las palabras resaltadas se encontraban así en el documento original.

doctor José María Macedo “[...] nos duele el alma al ver la noble y hermosa profesion [sic] á que pertenecemos, escarnecida y vilipendiada por una turba de especuladores cuyos abusos pudieron reprimirse á tiempo”⁴⁵ o en su defecto no eran apoyados por las autoridades de turno, como lo expone el doctor Nuñez del Prado:

[...] Y sin embargo las autoridades, han apoyado a esos miserables que especulan con las lágrimas y situación angustiosa del pueblo! Entre tanto, á los médicos que con abnegación han sacrificado su reposo y salud por salvar á sus semejantes, ¿Qué premios, que consideraciones siquiera se les ha guardado? ... Ninguna! (Núñez del Prado, 1870, p.28).

Hasta aquí hemos visto que, tras la creación de la Facultad de Medicina en el año 1856, ésta comenzó a centralizar diversas funciones en lo que respecta al ejercicio y regulación de las ciencias médicas y farmacéuticas. Debido a ello, está élite científica, empezó a tener cierto reconocimiento y estatus entre los grupos de poder, más no entre la población, puesto que ellos recurrían a otros tipos de servicios médicos.

Esta situación se vio con más claridad durante la epidemia que asoló Lima y Callao en el año 1868. Puesto que, si bien es cierto, los médicos fueron llamados por las autoridades para brindar sus servicios en los hospitales o domicilios (a través de las visitas domiciliarias auspiciadas por los gobiernos municipales), así como también brindar recomendaciones (cuarentenas y limpieza de calles) que amortigüen la expansión de la enfermedad (la cual se propagaba según la teoría de la época por los miasmas). Estos médicos no llegaron a tener el respaldo por parte de las clases populares, ya que ellas preferían atenderse con los boticarios o herbolarios chinos o cualquier otro tipo de medicina alternativa tal como las que brindaba el señor Juan Luis Guerrero a través de sus específicos.

Este tipo de preferencia por la medicina alternativa creemos se dio debido a que los médicos herederos de Unanue empleaban métodos un poco drásticos que amedrentaban a la población, asimismo, la poca cantidad de médicos para atender a una creciente población, así como los altos costos de sus servicios construyeron una valla entre los médicos y la población.

Por otro lado, hemos visto que en la literatura actual un foco infeccioso es aquel espacio donde están los reservorios o fuentes de infección de una enfermedad que tienen un límite de

⁴⁵ Archivo de la Municipalidad de Lima, Caja Higiene 1857 – 1869. Informe del doctor José María Macedo sobre la fiebre amarilla y sus particularidades.

expansión y que representa un problema de salud pública. Partiendo de este concepto y otras fuentes del siglo XIX, hemos visto cómo los médicos del siglo decimonónico describían a los focos de infección a aquellos lugares donde las condiciones naturales, así como las condiciones sociales, juntas o por separadas, producían el surgimiento de los miasmas y con ello de una enfermedad.

Es así como se consideraban foco de infección, los lazaretos, hospitales, el Barrio chino y las casas de las clases menesterosas. Es decir, se señalaba cómo un foco de infección aquel lugar donde existía una alta posibilidad de contraer la enfermedad. Esta percepción de foco infeccioso se construyó en torno al Puerto del Callao en el año 1868, tras desatarse la epidemia de fiebre amarilla. En el siguiente capítulo analizaremos de qué forma se construye esta percepción en torno al puerto.

IV

UN FOCO INFECCIOSO: EL PUERTO DEL CALLAO DURANTE LOS ESTRAGOS DE LA FIEBRE AMARILLA DE 1868

1. Los inicios de la epidemia

A mediados del mes de febrero de 1868, durante la estación de verano, apareció en el Callao, uno de los primeros casos que hicieron notar a los médicos la posible presencia de fiebre amarilla en el país. Se trataba de un señor de iniciales N.N. que había llegado al primer puerto a bordo del vapor del *Norte* el 16 de febrero, procedente del pueblo de Santa, localidad perteneciente a la provincia de Áncash. El pasajero desde su llegada había comenzado a sentirse mal, presentaba dolores de cabeza y vómitos, ante esta situación hizo llamar al doctor José Almenavas a la casa donde se encontraba alojado (calle del Melchor Malo, tercer piso). Durante la visita médica el doctor le diagnosticó una fiebre biliosa. Al realizar su segunda visita por la noche, notó que la medicación había logrado cesar los vómitos, no obstante “[..] el paciente había entrado en un estado de adinamia más completo, y á pesar de los medicamentos más estimulantes preopinados en la noche, fue víctima en la mañana de hoy”⁴⁶. Este hecho hizo pensar al doctor Almenavas, que no estaba frente a un caso de fiebre biliosa sino ante uno de fiebre amarilla⁴⁷. Por ello recomendó, que alguna autoridad competente ordenará realizar una autopsia. Días más tarde este caso sería registrado como el primero de fiebre amarilla en darse en el Callao en 1868.

Como se puede desprender de este caso, la primera persona en fallecer aparentemente víctima de fiebre amarilla en 1868 en el Perú fue un pasajero proveniente de Santa, localidad perteneciente a la provincia de Áncash. Si bien en cierto esta persona no venía directamente del extranjero, no podemos descartar la posibilidad de que lo haya hecho, ya que pudo haber abordado una embarcación por ejemplo en Guayaquil, desembarcado en Santa y esperar aquí la siguiente embarcación para venir al Callao. Mucho menos podemos descartar la

⁴⁶ *El comercio*, 20 de febrero 1868., pág. 2 y 3.

⁴⁷ Debe precisarse qué según el estudio *Sobre la supuesta endemicidad de la fiebre amarilla en la costa del Perú* (1919), de Julián Arce, el doctor Almenavas, a partir de los exámenes practicados al paciente sostuvo que este había fallecido causa de una fiebre biliosa, diagnóstico que no ratificó. Arce, Julián (1919) “Sobre la supuesta endemicidad de la fiebre amarilla en la costa del Perú”. En *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, tomo III, pág. 128. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/10654/9465>

posibilidad que el navío provenga del extranjero y aún más que haya estado en Panamá o Guayaquil, zonas donde la fiebre amarilla era por entonces endémica. Ello, porque los navíos tras partir de un puerto a otro; solían hacer paradas en algunos puertos ubicados en el trayecto con el fin de abastecerse de recursos, despachar mercancías o embarcar o desembarcar pasajeros. Lo cierto es que al margen del lugar donde provenía la embarcación o el pasajero, era un hecho verídico que, para gran parte de la comunidad médica, autoridades y población, la fiebre amarilla no había surgido en el Callao, sino que había sido importada.

En los siguientes días aparecieron en los diarios locales, más noticias que informaban la presencia de casos similares a éste, con lo que se confirmaban la presencia de la fiebre amarilla en el Callao. Es por ello que la facultad de medicina destacó hacia el puerto del Callao a los médicos Villar y Dulanto. Estos médicos junto a los doctores titulares del puerto, señores Aranda, Doderó, Castañeda y Arnaiz, elaboraron un informe sobre el estado de salubridad del Callao⁴⁸.

Debido a que la fiebre amarilla, brotó primero en el Callao y luego en Lima, se creó la percepción de que este lugar era un foco de infección:

[...] Como quiera que sea, de los datos que la observación ha podido recojer hasta hoy resulta: que los primeros casos de fiebre amarilla se presentaron en el Callao, á mediados de febrero último. Los corresponsales de la prensa de la capital en el Callao llamaron inmediatamente la atención sobre ellos y esto dio lugar á que el 18 de ese mes una comisión de dos facultativos, designados por la Facultad por mandato de Gobierno, se constituyese en el citado puerto, á fin de informar sobre su estado sanitario.

En efecto, el 22 de febrero por la tarde, el Hospital de Santa Ana recibía á una pobre mujer, procedente del Callao, atacada de la epidemia, que sucumbió en la mañana siguiente. El 23 ingresó otra epidemiada en dicho Hospital, y otro igualmente al Hospital de San Andrés. Desde entonces las cosas se fueron multiplicando, hasta que el 11 del corriente fue preciso abrir el Lazareto, preparado al efecto en el antiguo Hospicio de incurables, que aunque no reúne todas las condiciones apropiadas á su destino ha presentado y está llamado á prestar útiles servicios⁴⁹.

⁴⁸ *El Comercio*, sábado 22 de febrero 1868, edición de la tarde, fiebre amarilla, pág. 4.

⁴⁹ *La Gaceta médica de Lima*, N° 269, 31 de marzo de 1868, la epidemia, pág. 183.

2. Concepción del Puerto del Callao como foco de infección

Un foco de infección o foco infeccioso como ya lo hemos señalado anteriormente, es aquel espacio donde se encuentran los reservorios o fuentes de infección de una enfermedad. Los agentes y/o vectores que forman estas fuentes de infección tienen un límite de expansión. Estos focos de infección representan un verdadero problema para la salud pública, puesto que las personas que se encuentran dentro o próximas a él, tienen una alta posibilidad de adquirir la enfermedad.

Bajo esta lógica el Puerto del Callao, la puerta del Perú al mundo en el siglo XIX, el lugar más cosmopolita de la ciudad, donde según algunos viajeros de la época se hablaba español e inglés en simultáneo, será considerado durante la epidemia de fiebre amarilla que asoló al Perú en 1868, un potente foco de infección. No solo porque en ella aparecieron los primeros casos de fiebre amarilla sino también porque allí arribaron diariamente una gran cantidad de pasajeros provenientes de lugares donde la enfermedad era endémica. Es por ello, que se señalaba a estos pasajeros sospechosos de portar los miasmas. Asimismo, en este espacio llegaban y habitan pobladores chinos que también fueron acusados de portar los miasmas. Esto sumado al deplorable estado sanitario y la aglomeración de habitantes y costumbres convertían al puerto en un potente foco de infección. A continuación, pasaremos a analizar cada una de las situaciones que contribuyeron a construir esta percepción en torno al puerto:

2.1. Arribo de embarcaciones provenientes del extranjero

Como se ha explicado en el capítulo anterior, la gran mayoría de médicos respaldaban la teoría de que la enfermedad de la fiebre amarilla había sido importada del extranjero, debido a ello se pensaba que los pasajeros que llegaban al puerto eran portadores de los miasmas. Es por ello por lo que una de las principales medidas que se tomó al estallar la epidemia fue poner en práctica visitas médicas a las embarcaciones que arribaban al puerto. Esta medida fue propuesta por una junta de médicos conformada por doctores de Lima y Callao, la cual estaba bajo la dirección del doctor Domingo Castañeda. El acta de la junta donde se planteaba esta medida (junto a otras) fue elevada a la Municipalidad de Lima el 29 de febrero de 1868, en ella presentaban sus observaciones y recomendaciones para evitar la propagación de la fiebre amarilla.

Entre las principales medidas como ya se ha mencionado se planteaba controlar el puerto del Callao, ya que ahí arribaban los barcos con pasajeros, quienes de acuerdo con la teoría miasmática eran los portadores de la enfermedad. Este control consistía en: inspeccionar a las embarcaciones que arribaban al Puerto, exigirles su respectiva patente de sanidad y además someter a la tripulación a cuarentena en el caso de estar enferma o ser sospechosa de portar el mal.

El lugar que proponían los médicos para el aislamiento era la isla San Lorenzo, en el caso de que las personas provengan del extranjero. Estas medidas recomendadas por la Junta Médica fueron ejecutadas por el Servicio de Sanidad Marítimo, también conocido como el servicio de Sanidad del Litoral (Cisneros & García, 1898). El mismo que había sido establecido en el Perú, el año 1826, según *el Primer Código Americano de Sanidad*. Este servicio trabajaba conjuntamente con los médicos asignados por la Facultad de Medicina.

Su función consistía en pasar inspección a los buques que llegaban al puerto en compañía del médico encargado. Las visitas se practicaban en el día y excepcionalmente de noche. En casos urgentes, como naufragios, llegadas de correos y arribadas forzosas; la inspección la llevaría a cabo el mismo capitán del puerto o un delegado suyo asociado al médico titular del lugar. El buque que durante la visita ocultase algún pasajero o animal enfermo, sería penado con una multa de 100 soles a 500 soles, según la gravedad del caso, ello quedaba a juicio del servicio de sanidad marítimo. En caso de que el buque procediera de una zona donde existiera epidemia alguna, la visita se realizaba por medio de un interrogatorio, conforme con el reglamento del puerto (Cisneros & García, 1898).

Una de las primeras acciones que tomó el servicio de sanidad marítimo ante esta coyuntura, fue ordenar el empleo de los “cuarteles del Norte para que sirvieran de lazareto á los

epidémicos de la población y la casa del señor Tadeo Terry⁵⁰ ubicado en la isla de San Lorenzo para los que vengan de afuera”⁵¹

El mecanismo empleado para autorizar el desembarco, durante esta coyuntura, se desarrolló de la siguiente manera, todo buque procedente de un país en donde se estaba desarrollado la fiebre amarilla “debía ponerse en facha, á dos tiros de cañón del puerto, para esperar la falúa de sanidad” (Flores, 1862, p. 18). La cual debía colocarse a “barlovento, y á la voz, recibirá, bajo palabra de honor del capitán, las noticias del puerto de donde viene, la tripulación y número de pasajero que sacó y trae y las enfermedades que han padecido durante la navegación” (Flores, 1862, p. 18).

Si el capitán de la embarcación contestaba que todos estaban sanos y sin contagio, subían a bordo los médicos titulares del puerto que eran por entonces don Marcelino Aranda y don J. Arnaiz, quienes se encargaban de realizar la visita de inspección. Consistía en examinar la patente de sanidad las cuales eran de dos clases, la primera llevaba la denominación de limpias o de sucias, mientras que la segunda tenía la denominación de sospechosa. Una vez concluida dicha inspección, los médicos escribían un informe al Capitán del puerto quién era por entonces el capitán de navío graduado don Manuel Palacios⁵², para que este autorizase el desembarco. Cabe mencionar que esta facultad que tenía el capitán de puerto de dar o negar la autorización del desembarco, la poseía no solo por el cargo que ostentaba sino también porque de acuerdo con el reglamento de puerto del 1º de setiembre de 1826, los Capitanes de Puerto eran miembros de la Junta de Sanidad de Litoral.

En el caso de encontrar durante la inspección alguna embarcación sospechosa de portar la enfermedad se les envía a realizar cuarentena a la isla San Lorenzo. Posteriormente al periodo

⁵⁰ Cabe mencionar que el empleo de la casa del señor Tadeo Terry como lazareto tuvo su origen en 1866, año en el cual el gobierno a través del Prefecto del Callao, coronel de infantería Mariano Herencia Cevallos, comunicó a dicho comerciante que se requería emplear su casa ubicada en la isla San Lorenzo, de manera provisional como cárcel para los jefes y oficiales arrestados en el Callao. Ante la respuesta afirmativa del señor Terry, la Tesorería de la provincia del Callao invirtió cuatrocientos tres soles con veinticinco centavos, para el pago de jornales de carpintería y artículos de refracción de dicho inmueble. Concluido el juicio de estos jefes y oficiales en enero de 1867, la casa del señor Terry pasó a manos de la Prefectura del Callao con el Objetivo “de establecer en ella [...] el lazareto donde deben medicinarse los epidemiados de fiebre amarilla que procedían del extranjero”, Libro copiadore de notas a diferentes autoridades, Elcorrobarrutia al Prefecto del Callao, 22 de enero de 1867. Archivo Histórico de Marina, Dirección de Marina.

⁵¹ Diario: *El Comercio*, 21 de febrero de 1868.

⁵² Resolución firmada por el comandante Antonio de la Haza el 6 de febrero de 1868. Archivo Histórico de Marina de Guerra del Perú, sección Prefectura del Callao 1868, Caja 4, sobre 38, folio 24.

de cuarentena el médico encargado volvía a pasar inspección y elaboraba un nuevo informe el cual era elevado a la Junta de Sanidad de Litoral, este tomando en consideración el diagnóstico médico, ordenaba levantar la cuarentena o someter a la tripulación a una mucho más rigurosa, cuya duración se prolongaba al tiempo que creía conveniente la junta de sanidad (Flores, 1862, p. 18).

Durante la cuarentena estaba prohibido todo tipo de comunicación, incluso hasta para entregarle a la tripulación el alimento existía medidas preventivas especiales “Habrá un bote destinado para recibir los víveres de tierra, atado á una distancia proporcionada, para que lo puedan tirar de á bordo, luego que hay sido provisto” (Flores, 1862, p. 19). A partir de las fuentes hemos logrado identificar que existió un particular trato con respecto a las embarcaciones que llegaban al puerto con tripulación asiática durante esta crisis sanitaria.

2.2. El caso de los inmigrantes chinos

La mayoría de los culíes que llegaron al Callao provenía de Macao, lugar donde no existía esta enfermedad. Por otro lado, no se sabía a ciencia cierta cuáles eran los puertos en donde había arribado la tripulación durante el trayecto y mucho menos sí en alguno de esos puertos existía fiebre amarilla. Esta falta de certeza no fue un impedimento para catalogarlos de ser los portadores de los miasmas. Ya que no era extraño, ver de manera cotidiana en los diarios o en la correspondencia enviada desde la capitanía del Callao a la Prefectura, noticias en las cuales se señalaba que había fallecido en el trayecto de Macao al Callao, cantidades considerables de culíes. Por lo que no se descartaba que alguna de estas muertes hayan sido producto de la fiebre amarilla. Esto sumando a sus hábitos y estilo de vida que dissociaba de los patrones comunes de la población eran motivos suficientes para considerarlos portadores del mal, tal como podemos ver en la siguiente correspondencia remitida a la Prefectura del Callao, durante el desarrollo de la epidemia:

Ayer ha fondeado en este puerto la fragata italiana “Unncowah” procedente de Macao en 96 días. Trae á su bordo 491 colonos asiáticos de 498 con que salió del puerto de su destino, por haber muerto 7 durante la navegación. Practicada la visita de sanidad, solo se ha encontrado 4 enfermos por el abuso del opio, según el certificado del médico titular, y el resto de pasajeros y tripulación se halla en el mejor estado de salud. En tal virtud, se ha dejado en libre comunicación á dicha fragata, y he dispuesto

que no sea desembarcado ningún colono hasta que usted resuelva lo conveniente, con cuyo objeto tengo el honor de poner lo ocurrido en su conocimiento de U.S. para los fines que crea convenientes⁵³

De la anterior cita se desprende que a pesar de que la embarcación italiana *Unncowah* procedente de Macao con 491 chinos no se encontró personas con indicios de fiebre amarilla a esta se le prohibió desembarcar a los tripulantes debido a que eran chinos y ello era suficiente razón para ser sospechosos de portar el mal.

Este prejuicio hacia los chinos que llegaban al Callao durante la epidemia de 1868, no sólo se evidenció al momento de impedirle su desembarco, como ya hemos visto, sino también se dio al momento de estar ya autorizado para desembarcar:

Anoche á las siete y media, he recibido la nota de U. S. que ha dispuesto esa prefectura para evitar el desarrollo epidémico á bordo de los buques que estan fondeando en la bahia tomando la misma medida, esto es la de mandar á esos infelices á la Ysla de San Lorenzo por unos dias para que pueda refrescarse, pero como no tenia la autorización suficiente para ello, solo habia hecho que el Sr. Dr. Aranda pasara una visita á todos los cinco buques y que me diera una razón minuciosa del número de Chinos que hay en cada uno como igualmente el de los enfermos, para que esto me sirviera de base para el parte diario que cada Capitán de los navíos me ha estado pasando, en el que me han puesto el número de los que escisnte, de los que se venden y la persona que compra, como tambien los que los que se enferman y mueren, tomando la precausion de mandar á un cabo de matricula hasta la Ysla con el objeto de que presencie el que lo sepulten en una profundidad que no quede el cadáver sobre la superficie.

Ademas de esta medida he mandado entre dias á un ayudante á visitar esos buques, para tener seguridad del aseo de estos y del personal de ellos.

Hoy mismo he ordenado, que los Capitanes de los cinco buques, ya sea embarcaciones menores ó con sus mismos buques pasen los colonos á la Ysla, dando asi cumplimiento á lo que u. s. ha dispuesto y dejando asi mismo contentada su citada⁵⁴.

Como se nota de la cita anterior, a pesar de que las cinco embarcaciones que se encontraban ancladas en los muelles del puerto ya tenían las autorizaciones para desembarcar sus mercancías y pasajeros, puesto que de lo contrario hubiesen sido sometidas a cuarentena durante la inspección médica. El Capitán del Puerto Manuel Palacios, con el objetivo de cumplir la orden del Prefecto, que era evitar la propagación de la enfermedad, envió al médico Marcelino Aranda a pasar inspección médica nuevamente a las naos. Esto no tendría

⁵³ Informe del Capitán de Puerto al Prefecto del Callao del 30 de enero de 1868. Archivo Histórico de Marina de Guerra del Perú, sección Prefectura del Callao 1868, caja 3, sobre 25, folio 3.

⁵⁴ Archivo Histórico de Marina de Guerra del Perú, sección Prefectura del Callao 1868, caja 3, sobre 25, folio 16. Informe del Capitán del Puerto al Prefecto del Callao del 22 de marzo de 1868.

nada de extraño en coyuntura crítica como la que se estaba viviendo, en la cual se buscaba evitar la propagación de la fiebre. No obstante, podemos notar un particular prejuicio en esta petición, el cual va en el sentido de que el referido capitán solicita al médico que haga dos listas, una del total de chinos y otra del total de enfermos. Lo más lógico era solicitar una lista del total de enfermos para mandarlos a hacer cuarentena a la isla San Lorenzo. Sin embargo, se pide una lista de chinos puesto que la intención era enviar a aquellos “infelices” chinos hacer cuarentena a la Isla para que se refresquen un rato a pesar de no encontrarse enfermos, notándose así que existía un fuerte prejuicio hacia los culíes.

Otra situación similar en la que se refleja estigma hacia los inmigrantes chinos es en la petición hecha por la Capitanía al Prefecto del Callao. La cual consistía en autorizar el desplazamiento de los chinos que estaban en la bahía (a bordo de los respectivos navíos que los había traído de Macao) a la isla San Lorenzo, por un plazo de quince a veinte días:

Hace algun tiempo que exicste en la bahia varios buques con un excedido numero de asitaicos, cuya larga permanencia á bordo, despues de un dilatado viaje, es sobre manera perjudicial á la salubridad pública, especialmente en la situacion actual, en que se esta desarrollando de un modo [ilegible] justamente alarmada en la poblacion, una epidemia que está cursando una gran mortalidad.

Por estas consideraciones, que no dejarán de pesar con el ánimo de US, es indispensable necesidad que dicho buque vayan á fondear á la isla San Lorenzo, y regresen en tierra á esa gente, durante quince ó veinte dias en que probablemente disminuirá el vigor del calor tan fuerte que ahora se siente⁵⁵.

Como se desprende de esta cita, los inmigrantes chinos que se encontraban en la bahía al igual que el caso anterior, ya habían sido inspeccionados por la Junta de Sanidad, de lo que se desprende que estos se encontraban en óptimo estado de salud. Razón por la cual los navíos en los que habían sido trasladados se les había permitido anclar en el Puerto.

Sin embargo, al encontrarse estos surtos ahí por un tiempo, debido quizás a que los introductores de culíes todavía no encontraban transporte para transportarlos a las haciendas donde trabajarían o en su defecto esperaban hacer un traspaso de contrato; la capitanía comenzó a percibir a estos chinos como una amenaza contra la salud pública. Puesto que el excesivo calor sumado a sus hábitos higiénicos favorecía la aparición de miasmas. Por esto era necesario mandarlos a ventilarse por 15 o 20 días a la Isla San Lorenzo. En las diversas

⁵⁵ Correspondencia enviada por la Capitanía del Callao al Prefecto del Callao, 20 de marzo de 1868. Archivo Histórico de Marina, sección Prefectura – Comandancia General de Marina, folio 28.

fuentes consultadas, no hemos encontrado casos similares en el que se haya enviado a un navío (que no transporten culíes) a realizar cuarentena a pesar de no tener dentro de sus pasajeros a enfermos, aunque no podemos descartar esa posibilidad. No obstante, este tipo de situaciones en la que se emplean calificativos como “infelices” desde nuestra perspectiva expresan claramente discriminación hacia los inmigrantes chinos, de allí que planteamos que durante esta epidemia comienzan a formarse los primeros prejuicios, estigmas hacia los chinos basados en preceptos higiénicos.

2.3. Estado sanitario del Puerto

De forma paralela a la teoría que planteaba que la fiebre amarilla había sido importada del extranjero, existía un grupo de médicos que aseveraba que ella había surgido de forma espontánea debido a las condiciones naturales del ambiente tales como los cambios de temperatura en la atmósfera y las deplorables condiciones sociales como el paupérrimo estado sanitario y la aglomeración de personas (y con ello costumbres higiénicas y creencias). Debido a que el puerto del Callao presentaba estas características naturales: cambio de temperatura (sobre todo en la estación de verano), oleaje del mar, fuertes vientos. Tenía las condiciones necesarias para producir la enfermedad de forma espontánea, por lo cual era necesario contrarrestar aquellos espacios insalubres a través de la limpieza y la reorganización, un claro ejemplo de ello lo podemos ver a través de lo suscitado en torno a la plaza del mercado.

Al estallar la epidemia de fiebre en el Callao en 1868, las condiciones higiénicas de la plaza del mercado del Callao no habían cambiado mucho a las descritas en la década de 1830 por el viajero Williams Ruschenberger, tal como lo da a mostrar la nota informativa del diario *El Comercio*, publicada el 7 de marzo:

Como ésta á la vista, la plaza del mercado es sumamente estrecha é insuficiente para contener el crecido número de vendedores que se hallan establecidos en ella; la pila y los pequeños espacios que de dejan libres para el tránsito, están continuamente sucios por mas empeño que se tiene en su aseo; lo mismo que en el de los sitios que hay debajo de las mesas, y que sirven de depósito de los individuos á quienes ellas pertenecen, por cuyo motivo no se puede conseguir que estén limpios; además de esto, casi todo el piso de la referida plaza por el continuo tráfico de la gente que concurre á ella, esta húmedo.

Por otro parte, á consecuencia del rigor de la estación actual, las carnes y otros géneros de alimentos, se corrompen muy pronto, disipiendo un mal olor insoportable y en un extremos dañoso; cuyas causas es preciso evitar⁵⁶.

Debido a estas condiciones de insalubridad las autoridades del municipio del Callao compuesta por el alcalde Manuel Olivera y regidores Regimio Deustua, Bartolomé Sánchez, Gregorio Castillo, Manuel Alcántara y Roque Unzueta, evaluaron la propuesta realizada por este último, de trasladar la plaza del mercado a la plaza de la Cruz Blanco. Para ello el alcalde solicitó a los médicos titulares del puerto don Marcelino Aranda y don José Arnaiz, elaborar un informe al respecto al estado sanitario del Callao y su plaza del mercado. En dicho informe, señalaron que tres espacios eran los principales focos de infección, el primero de ello las aguas; el segundo las acequias de las calles; y el tercero la plaza del mercado:

[...] Para converse de lo primero basta saber que el lugar es pantanoso por su posición topográfica; para lo segundo, el tener conocimiento de la corriente de la acequia, y que el único lugar de limpieza publica en esta desgraciada población. Para juzgar lo tercero, es decir de la plaza del mercado basta ponerse en ella á cualquier hora del día y en particular en la noche entonces las carnes encerradas en recobas, las frutas, las hortalizas y demás vejetales, útiles de cocina y demás artículos de fácil descomposición encerrados en los cajones formados debajo las mesas, y bajo la acción de un calor como el actual que se ha subido á treinta grados de centigrado no pueden dar otro resultado que la fermentación pútrida, y como consecuencia la infección de la atmósfera⁵⁷.

En lo que respecta a la plaza del mercado, mencionaba que este espacio no cumplía con las condiciones higiénicas mínimas, ello debido a la falta de espacio (lo que generaba aglomeración), una buena ventilación y una corriente de agua para el aseo. Ante este panorama, avalaban la idea de trasladar la plaza del mercado a la Cruz Blanca por estar a barlovento de la ciudad y poseer las mejores condiciones higiénicas. Asimismo, argumentaban que era preferible, sobre poner el bienestar general de la mayoría de personas:

Todo cuanto hemos dicho es relativo al estado actual de población, y no dudamos que si por el acto de traslación de la plaza con derecho lejítimo de la Municipalidad, se creen perjudicados los especuladores, es preferible siempre el bien general, y estos pueden sin embargo ingresar bajo las condiciones que la Municipalidad imponga.

⁵⁶ *El Comercio*, sábado 7 de marzo de 1868, edición mañana, crónica del interior – Callao, pág. 1

⁵⁷ *El Comercio*, sábado 7 de marzo de 1868, edición mañana, crónica del interior – Callao, pág. 1

[...] Por fin, señor Alcalde; las plazas públicas como su nombre lo indica, son del público, y los industriales pueden esponder sus artículos y como les convengan en casas particulares con tal que en la pública sea donde la autoridad municipal se lo designe⁵⁸.

Como se desprende de este informe médico hecho por los señores Aranda y Arnaiz, la plaza del mercado al carecer de tres condiciones higiénicas esenciales como eran, una buena ventilación, una corriente de agua para el aseo y un espacio grande que evite la aglomeración de personas; representaba un verdadero problema para la salud pública, puesto que los alimentos que se encontraban en este espacio al descomponerse infectaban la atmósfera, lo que generaba miasmas produciéndose así un foco de infección para la población. Debido a ello, los referidos doctores apoyaban la propuesta de trasladar la plaza del mercado a la plaza de la Cruz Blanca, aludiendo de que por estar esta última a barlovento y ser más espaciosa tenían mejores condiciones higiénicas, asimismo mencionaba la Municipalidad debía colocar por encima los intereses y bienestar de la población antes que el de los particulares.

Tomando en cuenta este informe médico, el alcalde y sus regidores aprobaron durante la sesión del 28 de febrero, la propuesta hecha por el regidor Unzueta de trasladar la plaza del mercado a la plaza de la Cruz Blanco “[...] como una medida de higiene pública reclamada imperiosamente por las circunstancias presentes, en que por los casos de la fiebre amarilla que diariamente van ocurriendo, hay el fundado temor que se desarrolle rápidamente una funesta plaga”⁵⁹. Debe precisarse que dicha disposición fue aprobada basándose en la atribución 1era del artículo 44 de la ley orgánica que hacía alusión a su rol de la Municipalidad como reguladora y protectora de las ferias y mercados públicos, asimismo, para ejecución de dicha medida se solicitó la aprobación del prefecto del Callao don José V. Ampuero. El traslado de la plaza del mercado a plaza de la Cruz Blanco, se concluyó el 4 de marzo.

No obstante, a pesar de que medida fue respaldada por los médicos y las respectivas autoridades del Callao, el señor Tomas Ayllón, representante de los abastecedores es decir de un grupo de comerciantes dedicados a la venta de productos de pan llevar, presentó un recurso de apelación el mismo 4 de abril, en la que solicitaba dejar sin efecto esta medida.

⁵⁸ *El Comercio*, sábado 7 de marzo de 1868, edición mañana, crónica del interior – Callao. Informe de los doctores Marcelino Aranda y José Arnaiz al alcalde del Callao, de fecha 4 de marzo de 1868, pág. 1.

⁵⁹ *El Comercio*, sábado 7 de marzo de 1868, edición mañana, crónica del interior – Callao, pág. 1.

Esta solicitud fue respaldada por el Supremo Gobierno, puesto que al día siguiente es decir el día 5, la Municipalidad recibió una nota en la cual se le ordenaba restablecer el mercado a la plaza donde estaba anteriormente ubicado. Cabe precisar que si bien es cierto esta orden llegó a manos de las autoridades municipales el día 5, el traslado del mercado se dio en la madrugada del día 5, es decir horas antes que las autoridades municipales recibieran la ordenanza, impidiéndoles de este modo contestar y argumentar por qué se había tomado dicha medida:

La Municipalidad, reflexionando sobre esto, antes que dedicarse á creer que el Gobierno trataba de irrogarle un desaire inmerecido, habría juzgado que se había procedido con ella de un modo violento, dando ascenso á algunos informes inexactos; por eso, ya que no se le oyó antes de expedir ese decreto, como era natural, creyó conveniente hacerle, por el órgano de US, una sencilla y fiel relación de lo ocurrido, esperando que con este conocimiento, lejos de contrariar la medida adoptada por la corporación, en bien del público, se empeñara en sostenerla. Pero habiendo visto con sorpresa, que desde la madrugada de hoy, sin esperar á recibir esta contestación, que fue acordada en la sesión de anoche, se ha procedido á la traslación del mercado á la antigua plaza, de un modo precipitado, infiriéndole así un nuevo vejamen, se ha reunido extraordinariamente en la mañana de hoy, y ha acordado quedar en receso, según consta de la acta que tengo el honor de acompañar á US. Por acuerdo de la Junta, para que por su conducto llegue á conocimiento del supremo Gobierno. Dios guarde á US
– Manuel Olivera⁶⁰.

Debido a esta injerencia del Gobierno Supremo en los asuntos municipales, esta se vio en la obligación de acatar las órdenes expedidas sin cuestionarlas, dejando en receso todas las ordenanzas que buscaban regular la higiene pública del citado mercado. Por su parte el diario *El Comercio*, publicó un artículo el 6 de marzo de 1868, en donde cuestionaba abiertamente esta medida adoptada por el Supremo Gobierno:

La cuestión del día es la plaza del mercado. Se recordará que en días pasados por disposición de la municipalidad el mercado fue trasladado de la antigua plaza que ocupa en el centro de la población ¿estrecha y mal ventilada, á la de la Cruz del Blanco, espaciosas y al aire libre.

Esta medida que tuvo por origen el carácter mas amenazante cada día que iba tomando la fiebre amarilla, fue como entonces dijimos, recibida con general agrado, exceptuando por supuesto á aquellas personas que resultan directa ó indirectamente perjudicados en sus intereses, y que no son otros que los dueños de las fincas próximas al mercado viejo, quienes desde que se supo que la municipalidad se proponía

⁶⁰ *El Comercio*, sábado 7 de marzo de 1868, edición mañana, crónica del interior – Callao. Correspondencia enviada por el Señor coronel Prefecto de esta provincia constitucional Callao, marzo 6 de 1868, pág. 1.

a dictar la acertada disposición que nos ocupa, comenzaron á poner en juegos sus influencias consiguiendo por fin ayer una órden del gobierno desaprobando el procedimiento municipal y disponiendo por consiguiente que el mercado volviera á la antigua y reducida plaza en que estaba antes⁶¹

Como se desprende del artículo, se evidencia que la medida adoptada por el gobierno municipal de trasladar la Plaza del Mercado a la Plaza de la Cruz Blanco era bien recibida por la localidad, puesto de que esta forma estaría más ventilados los espacios evitando así la aglomeración y con ello el surgimiento de miasmas que ocasionaba la fiebre amarilla. No obstante, existió un grupo de personas cuyos negocios estaban ubicados cerca a este “mercado viejo” por lo que rechazaron esta medida. Por lo cual recurrieron a un ente superior para lograr revertir la situación, lo que fue visto con sumo desagrado por el gobierno municipal. Asimismo, esto ocasionó que en la “[..] junta extraordinaria celebrada anoche, resolvió por unanimidad elevar á la Prefectura una formal renuncia por todos los miembros como efecto lo han hecho hoy”⁶²

El articulista de *El Comercio* termina preguntándose cómo afectaría la falta de autoridades a la población del Callao durante esta crisis sanitaria y la proximidad a las elecciones. Como podemos ver en este caso, existió claramente un conflicto de interés por parte de las autoridades con respecto a los comerciantes, puesto que al verse estos afectados sus negocios por parte de la Municipalidad del Callao recurrieron a una autoridad mayor que los respalde y vuelva retroactiva la medida tomada. Estos intereses se ven reflejados sobre todo en la rapidez con la que actuó el Gobierno Supremo para regresar al mercado a su antigua plaza, sí tomamos en cuenta, que para entonces la población le exigía tomar medidas que amortigüen el inminente avance de la fiebre amarilla, tales como la limpieza del espacio público que evitaba la formación de focos de infección (medida que curiosamente burlaban al trasladar a su antigua plaza al mercado). Mientras que la comunidad médica por su parte solicitaba implementar más lazaretos, hospitales o perseguir a los boticarios chinos o charlatanes que ejercían medicina sin estar certificado para ello.

⁶¹ Diario *El Comercio*, 6 de marzo de 1868, edición de la mañana, crónica del interior - La plaza del Mercado, pág. 2

⁶² Diario *El Comercio*, 6 de marzo de 1868, edición de la mañana, crónica del interior - La plaza del Mercado, pág. 2

2.4. El problema de aglomeración, de los hábitos y las tradiciones

El puerto del Callao debido a su naturaleza comercial albergaba una gran cantidad de personas de diferentes nacionalidades, lo cual no solo provocaba un problema de aglomeración (propias de un crecimiento urbano sin planificación) sino también de diversidad de hábitos y creencias. Esta mezcla sería señalada como un factor que favorecía la aparición de la fiebre amarilla. Por ejemplo, los chinos por tener los hábitos y costumbres de vida, que disociaban del común de la población, serán señalados por la prensa como los responsables de la posible aparición de la fiebre amarilla:

Asiáticos- Es llegada la vez de que la Honorable Municipalidad proceda á desalojar á la gran cantidad de asiáticos que existen en las tiendas situada entorno de la plaza del Mercado, en la calle de Paz Soldan y en otros lugares, y que en las circunstancias peligrosas que cruzamos son una amenaza constante para la población. Muy natural es que declarándose en esos barrios un caso de fiebre amarilla se desarrolle con mas facilidad que en cualquiera otro punto y sea el foco donde tenga su asiento. La atmósfera corrompida que allí se respira por los miasmas pestilentes é inmundos que se desprenden de los alojamientos de los asiáticos, puede dar lugar á que se estanque allí la epidemia, tan luego que se presente un caso de la que nos amaga entre los chinos.

En todo tiempo son un peligro repugnante tiendas de asiáticos, pero nunca mas que ahora, y sobre todo cuando se sabe que aquellos son propensos á padecer y contagiarse de enfermedades como esta, por el poco aseo y pésimo alimento que acostumbran⁶³.

En esta misma nota periodística el corresponsal del diario en el Callao denunciaba que varios cadáveres de asiáticos que habían fallecido producto de la enfermedad habían sido arrojados al agua por tal motivo:

[...] el pescado no se podía comer. Esto debe influir particularmente en el ámbito de la autoridad municipal para que á la mayor brevedad haga trasladar á los asiáticos á distintos lugares, pues la acumulación en que ahora se encuentra, dando lugar á mil contingencias y dañado la salubridad pública, dará por resultado, necesariamente, el desarrollo violento y rápido de la fiebre amarilla entre los asiáticos que infestaran por consiguiente á todo el vecindario⁶⁴.

Esta nota periodística publicada en el diario *El Comercio* el 23 de marzo de 1868, es decir en pleno ebullición de la epidemia, no solo expresa los prejuicios de un grupo de letrados sino del colectivo de la población, puesto que la prensa a través de sus páginas recogía y

⁶³ *El comercio*, publicación del 23 de marzo de 1868, pág. 4.

⁶⁴ *El comercio*, publicación del 23 de marzo de 1868, pág. 4.

exponía las principales ideas, temores, prejuicios del colectivo ante determinados temas. Como se desprende de esta nota existía una fuerte creencia que los chinos, ubicados alrededor de la plaza del mercado (espacio que como ya hemos visto era considerado una amenaza para la salud pública) generaban la corrupción de la atmósfera. Lo cual ocasionaba el surgimiento de los miasmas, de allí que existiera una alta posibilidad que apareciera la fiebre amarilla y se formará un foco de infección.

El prejuicio hacía estos habitantes no solo se ve reflejado en la acusación de contaminar la atmósfera y producir con ello miasmas, sino también se daba al expresar que todas aquellas cosas fueran tocadas por ellos, eran automáticamente contaminadas. Tal como lo da a entender el corresponsal del Callao al expresar que debido a que han sido arrojados varios cadáveres de chinos al mar, debía prohibirse el consumo del pescado. Somos conscientes de que esta sugerencia se dio con el fin amortiguar los estragos que estaba causando la epidemia, no obstante, nos parece un poco exagerado y prejuicioso considerar que el inmenso mar del Callao, que se encontraba en constante movimiento haya sido contaminado en su totalidad por el arrojamiento de dichos cuerpos.

Cómo podemos notar hasta aquí durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868, comienzan a formarse y evidenciarse en el espacio público; los primeros prejuicios hacia la población china usando como principal argumento el tema de la higiene. Esta situación difirió con la epidemia de fiebre amarilla de 1852. Notamos, que, durante la crisis sanitaria de 1852, los médicos responsabilizaron de forma generalizada a cualquier pasajero que proviniera del extranjero, sobre todo aquellos que llegaban desde Guayaquil o Panamá, países donde la fiebre amarilla era endémica. En esa primera epidemia observamos que a los inmigrantes chinos no se les responsabilizó directamente de introducir y propagar la enfermedad. Ello porque el contacto de la población local con los hijos del celeste imperio había sido esporádico, pues muchos seguían en las haciendas del norte del país cumpliendo con sus contratos.

Esta situación cambió en 1868, ya que, por entonces, muchos chinos habían terminado sus contratos, trasladándose a las principales ciudades. En ellas se congregaron en torno a barrios, alrededor de mercados, donde convivían de forma cotidiana con otros grupos sociales. Los mismos que observaron de cerca sus particulares hábitos de vida (tenían un estilo de vida

muy austero por lo que convivían varias personas en una sola habitación); hábitos alimenticios, hábitos higiénicos, hábitos recreativos (fumar opio, juegos de azar).

Los cuales dieron paso a una serie de prejuicios, estigmas y actos xenofóbicos. Qué saldrían a relucir durante la epidemia de 1868, en la que se les señaló como los sospechosos de introducir y propagar la enfermedad, ya que sus costumbres higiénicas favorecían al surgimiento de los miasmas. De allí la necesidad de inspeccionar los barcos en donde llegaban o intervenir los espacios donde trabajaban o vivían.

Otros problemas que presentó en el Callao con respecto a sus habitantes, fue el de la sobrepoblación y la diversidad de credos. Al estallar el *boom* del guano, el Callao (que era un foco de comercio desde tiempos virreinales) atraerá a una gran cantidad de migrantes que buscaban desarrollar en este espacio sus negocios o ejercer sus oficios o profesiones. Se estima que hacia el año 1868, la cantidad de pobladores residentes en el Callao era de 14, 800, lo cual generaba un problema de aglomeración urbana es decir se comenzaron a habitar espacios que están más allá de los límites permitidos. Recordemos que, tras el terremoto de 1746, se el virrey José Antonio Manso de Velasco, prohibió habitar las zonas aledañas al puerto por lo cual fundó una nueva ciudad a la que bautizó como Bellavista, ubicada un cuarto de legua de este sitio, no obstante, pese a las restricciones de habitar o colocar sus negocios en los espacios aledaños al puerto, este lugar fue nuevamente poblado.

Este problema urbanización sin planificación, se agudizó como ya hemos mencionado con el *boom* del guano, no solo por se seguían habitando espacios que estaban más allá de los límites permitidos sino también porque se sobre habitaron las viviendas, casas, posadas o corralones, generando así problemas de aglomeración, tugurización. A ello se sumó, el hecho que, al ser la gran mayoría de personas de nacionalidad extranjera, se practicaba en este sitio una infinidad de cultos tales como el luteranismo o anglicanismo. Es decir, existía en el puerto una gran cantidad de cristianos no católicos, por lo cual se consideraba que las epidemias eran castigos divinos, por practicar credos equivocados o en todo caso por practicar juegos que declinaban la moral, la decencia, o fomentaban el pecado de la usura como los juegos de azar (practicados principalmente por los marinos extranjeros y chinos). Debido a ello, durante las epidemias era común que se realizaran plegarias, rogativas o que se sacara en procesión a las diversas advocaciones marianas y otros santos:

No diremos lo mismo respecto á la procesión que en la tarde de ayer recorrió las calles de este puerto. Centenares de personas seguían la imagen de Nuestra Señora del Cármen contestando en coro el liberanos Dómine las letanias que los párracos rezaban. Actos de esta naturaleza tan imponentes, tan solemnes, clamores de misericordia que en sus horas de prueba eleva un pueblo atribuido á su creador, no puede menos que producir una profunda impresión en todo corazón cristiano⁶⁵.

Como hemos visto hasta aquí todos estos hechos en su conjunto es decir el arribo de migrantes extranjeros provenientes de zonas donde la enfermedad era endémica, la llegada masiva de culés, las condiciones naturales del clima, el estado higiénico del puerto, la sobrepoblación y con ello la aglomeración de ciudadanos extranjeros, producía una mezcla de hábitos, costumbres y credos, que hicieron que se considerara al puerto como un foco de infección.

No solo porque en este espacio se encontraban los reservorios o fuentes de infección de la fiebre amarilla, es decir aquí se ubicaban las personas u objetos, que portaban los miasmas o podían hacer que ellos surjan (los que causaban la fiebre amarilla). Sino también por la presencia de vicios, por la carencia de moralidad y la práctica indiscriminada de cultos, le daba al puerto doble responsabilidad; en el sentido de que la enfermedad era considerada también una especie de castigo divino. De allí que recalquemos que durante los meses que duró la epidemia de 1868 el puerto haya sido considerado un lugar altamente riesgoso para contraer la enfermedad, lo que dio pie a actos discriminatorios y xenofóbicos como los suscitados a la población china o las clases menesterosas.

3. Los estragos de la epidemia

Tras confirmarse la presencia de fiebre amarilla en el Callao y posteriormente en Lima, las autoridades, pusieron en práctica una serie de medidas sanitarias que buscaban frenar los estragos que estaba ocasionando esta enfermedad en la población. A partir de las visitas médicas a los buques que llegaban al puerto, las cuarentenas en la isla San Lorenzo (para las personas que llegaban del exterior), la quema de alquitrán, el recojo de basura, limpieza de calles, acequias y visitas médicas domiciliarias que en algunos casos terminaban con el traslado forzoso de enfermos a hospitales o lazaretos ubicados dentro de la ciudad. No obstante, pese a estas medidas, la cantidad de personas fallecidas producto de la fiebre

⁶⁵ *El Comercio*, jueves 26 de marzo de 1868, Crónica Interior – Callao, pág. 4

amarilla incrementaba diariamente. Según el informe del doctor Marcelino Aranda de fecha 23 de marzo, publicado en *La Gaceta Médica de Lima*, existían aproximadamente 2,000 personas infectadas de fiebre amarilla (recordemos que los primeros casos de fiebre amarilla fueron registrados aproximadamente el 20 de febrero de 1868):

[...] El número de individuos atacados desde que comenzó hasta la fecha, es difícil de averiguarlo de una manera exacta; por que la clase menesterosa de la población no llamando un médico inmediatamente en casos graves, parecen los enfermos sin que haya noticia de ello. Sin embargo por un cálculo aproximado puedo decir á U.U. que en los 41 dias de llevamos de Epidemia, habrá habido como dos mil atacados; siendo la proporción de hombres á mujeres de veinte á uno: siendo de notar que hasta los niños lactantes han sido atacados, lo que jamás en identidad de casos se observado. El número de inhumaciones tampoco se puede asegurar con facilidad de la “Fiebre”, no se había dado razón exacta de los que habían muerto; y además, deben UU tener presente, que del panteón de protestantes no se da noticia de los inhumados del “Tifus icteróides”; empero se puede calcular aproximadamente el medio por ciento de mortalidad diaria de los atacados [...]⁶⁶

Según la memoria de Manuel Pardo, director de la Sociedad de la Beneficencia Pública en 1868, sólo en los establecimientos de salud se registraron 5, 974 casos de los cuales fueron mortales 2,518.

Tabla 8. Cantidad de enfermos y personas fallecidas en los hospitales y lazaretos de Lima durante la epidemia de 1868

ESTABLECIMIENTO	ENTRARON	MURIERON
Lazareto del Refugio	2,107	1,026
Lazareto de la Concepción	241	123
Hospital de San Andrés	1,368	613
Hospital de San Bartolomé	1,360	287
Hospital de Santa Ana	898	469
Total	5,974	2,518

*Cuadro tomado de la memoria de: Pardo, Manuel (1869). *Memoria presentada por el director de la Sociedad de Beneficencia Publica D. Manuel Pardo a la Junta General reunida el 17 de diciembre de 1868*. Lima: Imprenta Liberal, Calle de San Marcelo N° 55, pág. 36.

De este cuadro se desprende que casi la mitad de paciente ingresados a los diversos hospitales o lazaretos que existían en Lima, terminaron falleciendo. A estas cifras deben agregarse aquellos casos que no fueron registradas debido a que los pacientes hicieron llamar

⁶⁶ *La Gaceta Médica de Lima*, N° 270, 15 de abril de 1868, informe Callao, marzo 23 de 1868, pág. 203 – 204.

a los médicos a sus propios domicilios (recordemos que para entonces los hospitales eran percibidos como un lugar donde se iba a morir de allí la negativa de los pacientes de asistir a estos centros de salud) o en su defecto optaban por tratamientos alternativos como los brindados por los boticarios chinos o empíricos.

Para el caso del Callao, no hemos logrado ubicar la memoria del director de la Beneficencia de este puerto, por lo que no tenemos un número aproximado de personas que enfermaron de fiebre amarilla y mucho menos cuantas fallecieron a causa de ella. No obstante, según la memoria del cónsul británico H. Hutchinson el total de víctimas enterradas en el Callao a causa de esta enfermedad fue el siguiente:

Tabla 9. Personas enterradas en el Callao a consecuencia de la fiebre amarilla de 1868

CEMENTERIOS	N° PERSONAS
Enterrados de fiebre amarilla en el cementerio nativo	1, 354
Enterrados de fiebre amarilla en el cementerio protestante	157
Total	1, 511

*Cuadro tomado del libro: BONILLA, Heraclio (1976) “Informe sobre el movimiento comercial del Callao de 1867 a 1870 y parte de 1871 por H. Hutchinson”. En *Gran Bretaña y el Perú 1826 – 1919. Informes de los cónsules británicos*. Volumen III. Lima: Instituto de Estudios Peruanos – Fondo del libro del Banco Industrial del Perú, pág. 21.

De acuerdo con la información que hemos recogido hacia el año 1868, habitaban el Callao aproximadamente 14, 800. Según, la memoria del cónsul británico H. Hutchinson, la cantidad de personas que vivían en el primer puerto oscilaba entre 15,00 y 18, 00 “Muchas personas están de acuerdo conmigo en el cálculo aproximado de que la población actual del Callao no excede de 15, 00 a 18,00”⁶⁷, sí redondeamos la cifra y trabajamos bajo el supuesto que hacia el año 1868, el Callao tenía una población de 15,00 personas, podemos ver que al ser el total de fallecidos 2,500 personas, la tasa de mortalidad producida por la fiebre amarilla fue 10%.

Es probable que el número de personas fallecidas a consecuencia de esta enfermedad haya sido mucho mayor al registrado en la memoria Hutchinson puesto que algunos cadáveres no eran enterrados en cementerios, simplemente se le tiraba al mar o en su defecto se les

⁶⁷ Bonilla, Heraclio (1976). “Informe sobre el movimiento comercial del Callao de 1867 a 1870 y parte de 1871 por H. Hutchinson”. En *Gran Bretaña y el Perú 1826 – 1919. Informes de los cónsules británicos*. Volumen III. Lima: Instituto de Estudios Peruanos – Fondo del libro del Banco Industrial del Perú, pág. 11.

enterraba en la isla San Lorenzo. Una prueba de esta última afirmación nos llega mediante el parte enviado por el capitán de puerto Manuel Palacios al Prefecto del Callao el 24 de marzo de 1868:

Habiendo tenido conocimiento esta Capitanía de que el ponton inglés “Nayode” estaba sirviendo de hospital á individuos epidemiados [...] el medico en su visita ha encontrado tres enfermos graves y uno que ya esta muerto, he dado la órden al sor. Petríe, agente de los vapores para que inmediatamente saque el ponton á sotavento de todos los buques y en la direccion del Dique. Asi mismo he dado órden para que se lleve á la Ysla de San Lorenzo al que ha muerto para que se le de sepultura⁶⁸.

Si sumamos la cantidad de personas fallecidas y enterradas en Lima y Callao, producto de la fiebre amarilla, según lo indicado en las memorias del Manuel Pardo y la cantidad y del cónsul Hutchinson respectivamente, notamos que la cifra asciende a 5,018 personas, no obstante, somos conscientes que algunas de las personas fallecidas en Lima, pudieron ser enterradas en el cementerio protestante del Callao. Sobre todo, si eran católicos no cristianos. De allí que podemos estar cayendo en el error de contabilizar dos veces a una misma persona, la cual por vivir en Lima fue ingresado a uno de los hospitales de esta jurisdicción y tras fallecer (ante la imposibilidad de ser enterrado en el Cementerio General de Lima) fue enterrado en el Cementerio Británico del Callao por ser un cristiano – católico.

Por otro lado, debemos precisar que según la información consultada en el libro del doctor Eduardo Zarate⁶⁹, la cantidad de personas que falleció en el Callao durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo a causa de esta enfermedad, ascendió a 2,034. Una cifra que se aproxima parcialmente a la planteada por cónsul Hutchinson en sus memorias. En el siguiente cuadro que se ha elaborado en base a la investigación realizada por Eduardo Zarate, podremos observar de manera detallada la cantidad las cifras de personas fallecidas durante los meses anteriormente indicados en comparación a los fallecidos por otras enfermedades:

⁶⁸ Informe del Capitán de Puerto al Prefecto del Callao del 24 de marzo de 1868. Archivo Histórico de Marina, sección Prefectura del Callao, caja 25, sobre 3, folio 18.

⁶⁹ Para más información véase: Zárate, Eduardo (2014). *La mayor epidemia del siglo XIX. Lima, 1868 fiebre amarilla*. Lima: Eduardo Zárate Cárdenas.

Tabla 10. Cantidad de personas fallecidas en el Callao por fiebre amarilla, entre los meses de febrero y marzo

MES	FALLECIDOS PRODUCTO DE LA FIEBRE AMARILLA EN HOSPITALES Y OTROS CENTROS DE SALUD	PROYECCIÓN DE FALLECIDOS PRODUCTO DE LA FIEBRE AMARILLA EN CASA	TOTAL, DE FALLECIDOS EN EL MES POR LA FIEBRE AMARILLA	FALLECIDOS EN EL MES POR OTRAS ENFERMEDADES
Febrero	14	5	19	17
Marzo	460	138	598	540
Abril	598	175	760	669
Mayo	505	152	657	561
	Total		2,034	1,787

*Cuadro tomado del libro: Zárate, Eduardo (2014). *La mayor epidemia del siglo XIX. Lima, 1868 fiebre amarilla*. Lima: Impreso en los talleres gráficos de Novo Dezain SAC, pág. 69.

Como se desprende del cuadro anterior la cantidad total de personas fallecidas a causa de la fiebre amarilla (2,034) entre los meses de febrero, marzo, abril y mayo excede en 247 a la cantidad de personas fallecidas durante este período por otras enfermedades (1,787). Si sumamos la cantidad total de fallecidos (por fiebre amarilla y otras enfermedades) nos da una cifra de 3,821. Al fraccionar este número entre 2 nos da una cantidad aproximada de 1,910. Al comparar esta cifra con el total de fallecidos por fiebre amarilla (2,034), podemos notar que, durante el verano de 1868, más de la mitad de las personas fallecidas en el Callao murieron producto de esta enfermedad es decir más de la mitad de la tasa de mortalidad fue producida por la fiebre amarilla.

En base a la información anteriormente expuesta podemos aseverar que al menos 2,000 personas fallecieron en el Callao a causa de la fiebre amarilla, una cifra bastante elevada para una población flotante, puesto que un buen porcentaje de sus habitantes residían por cortas temporadas en el puerto (tal como fue el caso de los comerciantes o los marineros) la misma que se contabilizaba al momento de calcular la población aproximada que residía en el Callao. Una vez aproximados a estas cifras, cabe preguntarnos ¿Quiénes fueron las víctimas de la fiebre amarilla? ¿A qué se dedicaban? ¿Cuál era su nacionalidad? A continuación, insertamos un cuadro realizado en base a la publicación hecha por el diario *El Comercio*, en el cual se muestra la cantidad de personas, oficios y lugar de procedencia de las personas fallecidas a causa de la fiebre amarilla desde el día 1° hasta el 14 de marzo en Lima. Sí bien

es cierto nuestro objeto de estudio es el Callao, esta información nos parece valiosa en el sentido ayuda a tener una idea generalizada de quienes eran las personas que fallecían por esta enfermedad.

Tabla 11. Lugar de procedencia y oficios de las víctimas de la fiebre amarilla de 1868

LUGAR DE PROCEDENCIA	N° DE VÍCTIMAS	OFICIOS	N° DE VÍCTIMAS
Chile	24	Marineros	24
Italia	8	Comerciantes	6
Alemania	4	Carpinteros	3
Francia	4	Militares	2
Chota	5	Agricultores	2
Arequipa	4	Zapateros	2
Ayacucho	4	Albañiles	1
Callao	3	Diferentes profesiones	47
Lima	2		
Otros lugares	29		
Total	87	Total	87

*Cuadro elaborado en base a la publicación del realizada por el diario *El comercio* el sábado 14 de marzo de 1868

Del cuadro se desprende que en tan solo 14 días habían fallecido 87 personas, de las cuales 53 eran varones y 34 mujeres, cabe mencionar además que al menos 40 de ellos eran extranjeros, por lo que se deduce que su medio de transporte fue una embarcación, al igual que el primer caso de fiebre amarilla registrado en el Callao. Un dato bastante interesante si tomamos en cuenta que uno de los oficios más afectados por esta enfermedad fue el de la marinería. Desde nuestro punto de vista la relación que existe entre las personas fallecidas y su estadía en un barco no es arbitraria. Ya que en los barcos había estanques de agua de donde se abastecían los pasajeros de agua (recordemos que el agua del mar necesita pasar por un proceso de desalinización para estar apta para el consumo humano). Dicha agua estancada era el lugar en donde dejaba sus larvas el mosquito *Aedes aegypti*, vector transmisor de la fiebre amarilla.

De este modo el agua estancada se convertía en el verdadero foco de infección, espacio en donde se transportaban y reproducían los vectores causantes de la fiebre amarilla. No obstante, la falta de conocimiento científico hizo creer que los miasmas que supuestamente transportaban los pasajeros eran los causantes de la enfermedad.

Por otro lado, debe precisarse que, si bien en cierto un grupo de personas pudo adquirir la enfermedad en el navío donde viajaba o en su defecto se encontraban ya enfermos antes de abordarlo, la gran mayoría de la población contrajo la enfermedad dentro del mismo puerto. Esto debido a que algunos espacios públicos y privados tales como acequias, estanques de aguas, eran lugares ideales para albergar las larvas del mosquito *Aedes aegypti*, vector transmisor de la fiebre amarilla. Este mosquito habita sólo en climas cálidos y no vuela a una altura mayor a los 400 msnm. De allí que su hábitat natural sea la costa. Como observamos, el Callao presentaba las condiciones naturales para la supervivencia de este mosquito. Pero si el puerto reunía las condiciones naturales y sociales para el desarrollo de la enfermedad ¿Por qué la fiebre amarilla no se presentaba de manera recurrente en el Callao durante la estación de verano? La respuesta a esta interrogante quizás radica en el hecho que durante esta estación se solía limpiar las acequias, uno de los principales lugares donde solían incubar las larvas del vector transmisor.

Bajo esta lógica cabe preguntarnos ¿Qué situación extraordinaria tuvo lugar durante el verano de 1868 en el Callao qué favoreció la aparición de la fiebre amarilla en el Callao? De acuerdo con lo planteado por Lorenzo Huertas en su libro *Injurias del tiempo. Desastres naturales en la historia del Perú* (2009) hacia el año 1868 en el Perú se registró un fenómeno de El Niño⁷⁰, aunque cabe recalcar que por entonces no recibía esta denominación, era descrito sólo como lluvias o fuertes lluvias. Pese a ello el autor en base a un minucioso trabajo

⁷⁰ El Niño es un fenómeno de características meteorológicas y oceanográficas que se produce de manera recurrente en el área intertropical del océano Pacífico. El Niño toma su nombre a partir de las descripciones de pescadores piuranos y tumbesinos. Ellos hacían alusión con el término El Niño al fenómeno anual de intromisión de aguas cálidas provenientes del Ecuador hasta Punta Pariñas, en el mes de diciembre que coincidía con la llegada del Niño Jesús y de la navidad. En el mundo científico es conocido por su denominación en inglés El niño – Southern Oscillation o sus siglas ENSO. Chang, Antonio (2014) “La cobertura periodística del Fenómeno El Niño de 1925 – 1926 en el diario El Comercio de Lima” (Tesis posgrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, pág. 12. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5609/CHANG_HUAYANCA_ANTONIO_FENOMENO_NINO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

de fuentes, logra elaborar un registro cronológico de este fenómeno. Una de las fuentes empleadas es la de W.H. Quinn, quién usa tres categorías para describir las lluvias de este período, las cuales son: débiles, moderadas y fuertes; siendo la de 1868 nivel moderado (Huertas, 2009). Por su parte la fuente Hocquenghem – Ortieb, emplean una escala que va del 5 al 0 para describir este fenómeno, a continuación se detalla la intensidad de lluvias según la escala: [5] El Niño, Muy Fuerte, presencia de “Lluvias Torrenciales”; [4] El Niño, Fuerte, presencia de “lluvias extraordinarias”; [3] El Niño, Moderado se caracteriza por la presencia de “fuertes aguaceros”; [2] El Niño, Débil, presencia de “Lluvias regulares”; [1] El Niño, Débil, se caracteriza por presentar “Ligeras Lluvias”; [0] Si no se produce un evento El Niño, se teme una sequía, no hay cosecha en el desplomado y mueren los animales (Hocquenghem, 1992, p. 203). De acuerdo con esta escala las lluvias de 1868 fueron de nivel moderado (Huertas, 2009).

Si cruzamos ambas fuentes podemos observar, que, durante el verano de 1868, se registró un fenómeno de El Niño de intensidad moderada en el Perú es decir se registraron fuertes aguaceros a lo largo del litoral. Lo que favoreció la presencia de charcos y lodazales; escenarios ideales para la incubación y reproducción de los mosquitos *Aedes aegypti*. Este fenómeno desde nuestra perspectiva explica el por qué aparece con tanta fuerza en el Callao y en el resto de la costa peruana la fiebre amarilla. Asimismo, deducimos que, al aparecer recurrentemente el fenómeno de El Niño en diciembre, la epidemia de fiebre amarilla es una consecuencia directa de dicho fenómeno ya que los primeros casos comienzan a registrarse en el mes de enero y febrero. A este hecho debe agregarse también que la epidemia de fiebre amarilla se dio dentro del lapso crítico de 1855 – 1891, por lo que este no fue el único fenómeno natural que se presentó durante este tiempo.

4. El fin de la epidemia

Hacia finales del mes de mayo, las temperaturas de la ciudad de Lima y su vecino puerto de El Callao, comenzaron a descender y con ello empezó a reducirse paulatinamente los casos de fiebre amarilla. Puesto que al descender la temperatura iban muriendo los mosquitos *Aedes aegypti* (vector transmisor de la fiebre amarilla) ya que ellos necesitan climas cálidos para su supervivencia. No obstante, por entonces ni la comunidad médica y mucho menos la población asociaba la presencia de este mosquito con la temperatura, ni mucho menos con la

enfermedad. Sin embargo, intuían que existía una relación entre la temperatura y la enfermedad. Tal como lo muestra el diario *El Comercio*, en su nota publicada el 22 de mayo de 1868:

Con el cambio de temperatura experimentado en estos últimos días, se nota visiblemente una gran decrecencia en las proporciones de la epidemia. La mortalidad aminora notablemente y los casos de peste no son tan numerosos como antes. Sabemos positivamente que hoy en el lazareto había bajado el número de enfermos, y que en el Cementerio General se habían recibido menos cadáveres de fiebre que en días pasados. Esto manifiesta, pues, de un modo incontestable que la presente estacion es adversa al desarrollo del flajelo, y que muy pronto nos veremos desembarazados de él⁷¹.

A continuación, insertamos un cuadro en el que se detalla el número de personas fallecidas durante el mes de mayo:

Tabla 12. Mortalidad del mes de mayo de 1868 a consecuencia de la fiebre amarilla

FECHA	Nº DE MUERTOS
1 de mayo	71
2 de mayo	83
3 de mayo	53
4 de mayo	79
5 de mayo	64
6 de mayo	88
7 de mayo	93
8 de mayo	–
9 de mayo	81
10 de mayo	79
11 de mayo	51
12 de mayo	83
13 de mayo	75
14 de mayo	74
15 de mayo	74
16 de mayo	60
17 de mayo	69

⁷¹ *El Comercio*, viernes 22 de mayo de 1868, edición tarde, nota Fiebre amarilla, pág. 3.

18 de mayo	63
19 de mayo	53
20 de mayo	60
21 de mayo	60
22 de mayo	67
23 de mayo	66
24 de mayo	58
25 de mayo	51
26 de mayo	66
27 de mayo	60
28 de mayo	51
29 de mayo	52
30 de mayo	47
31 de mayo	51
<hr/>	
Total	1982

*Cuadro elaborado en base a la publicación realizada por el diario *El Comercio*, sábado 9 de junio de 1868, pág. 2; en el diario *El Comercio*, no se publica la cantidad de fallecidos el día 8 de mayo.

Como se desprende del cuadro anterior a medida que iban avanzando los días y con ello descendiendo las temperaturas se iban reduciendo considerablemente los casos de fiebre amarilla. Con el cambio de estación en el mes de junio, prácticamente había desaparecido la enfermedad, tal como demuestra la publicación de *El Comercio* del 23 de junio “Parece que nos abandona por completo la epidemia. La disminución de los muertos por motivo de la epidemia es notable. Ayer solo habían fallecido 9”⁷². A inicios del mes de julio la enfermedad había desaparecido completamente.

Como lo hemos señalado antes, la comunidad médica de entonces no asociaba del todo la presencia de altas temperaturas con la fiebre amarilla, sin embargo, sabían que ambas guardaban alguna relación. Tal como se muestra en el informe enviado por el doctor Manuel Adolfo Olaechea al decano de la Facultad de Medicina, en el cual detalla sobre la aparición de la enfermedad en Tumbes hacia finales de 1867 e inicios de 1868 con la llegada de la estación de verano. Dicho informe fue publicado por *La Gaceta Médica de Lima*:

⁷² *El Comercio*, martes 23 de junio de 1868, fiebre amarilla, pág. 2

[...] la fiebre ha existido desde el 23 de diciembre del año pasado hasta principios del mes; y habiendo muerto, durante la epidemia, veinticinco enfermos entre adultos y niños: trece en enero, diez en febrero, y dos en marzo. (Estadística de muertos por la epidemia).

No sería extraño que la aparición de la fiebre amarilla, coincidiese con el cambio de estación; la variación diurna de temperatura; la humedad y variación de la noche; la disminución de las aguas del río; la cesación de las lluvias; la muerte de los innumerables insectos que desarrollan las aguas estancadas, por todas partes de la población; la descomposición de las sustancias vegetales; y las mismas aguas estancadas, por la mala distribución de ellas; la mala posición del pueblo en una localidad en que no reina las condiciones geológicas que señala y precisa la higiene pública; así como también la indiferencia y la parálisis completa de las autoridades, en asuntos que corresponden al resorte de la salubridad pública. Todas estas causas hacen producir poderosamente las fiebres palúdicas, cuyas desagradables emanaciones, obrando sobre la población, la hacen insalubre, y obligan á sus moradores, en los meses de abril, mayo y junio á refugiarse en sus chacras, para librarse de la epidemia palúdica⁷³.

Como se desprende de la cita anterior para el doctor Manuel Adolfo Olaechea, con la presencia de temperatura altas iniciadas en el mes de diciembre en Tumbes se comenzaba a registrar los primeros casos de fiebre amarilla en esta localidad, los cuales finiquitaron en el mes de junio, fecha en la que inicia la estación de invierno. Como se ha explicado anteriormente para los médicos decimonónicos, la enfermedad se producía por los miasmas, los cuales podrían haber sido exportados o en su defecto podrían desarrollarse de manera espontánea como consecuencia de las condiciones cambiantes del clima. Debido a ello se pensaba que la presencia de temperaturas altas que se registraban durante la estación de verano originaba el surgimiento de los miasmas y hacían que se propaguen más rápido.

Por otro lado, debe anotarse como un dato curioso que en el informe del doctor Olaechea, se menciona la muerte masiva de insectos, deducimos que entre estos insectos estaba el mosquito *Aedes aegypti*, vector transmisor de la fiebre amarilla, aunque por entonces no se asociaba de manera directa la presencia de mosquitos con la enfermedad. En la actualidad se sabe que la fiebre amarilla es causada por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*:

El ciclo de transmisión urbano involucra a seres humanos y al vector *A. aegypti*, que crece en acumulaciones de agua dulce y limpia. Prolifera importantemente durante la estación de lluvias en las zonas tropicales debido al apozamiento de las aguas [...] La hembra mosquito tiene hábito de

⁷³ *La Gaceta Médica de Lima*, N° 271, 30 de abril de 1868, informe enviado de Tumbes el 27 de marzo de 1868 por el doctor Manuel Adolfo Olaechea al decano de la Facultad de Medicina Miguel de los Ríos, pág. 210.

alimentación diurna, se infecta al alimentarse de una persona virémica y transmite el virus a otro individuo (Comité de Infecciones emergentes, 2001, p. 65).

El mosquito *Aedes aegypti*, vector transmisor de la fiebre amarilla requiere de un clima cálido para su supervivencia, asimismo, no habita a más de 400 m.s.n.m., debido a ello los hábitats donde se desarrolla por excelencia son la costa y la selva peruana. De allí que este vector que causó y sigue causando la fiebre amarilla, haya desaparecido drásticamente con la llegada de la estación de invierno, puesto que al descender las temperaturas es imposible que siga existiendo. Por otro lado, debe mencionarse que, al margen de las teorías médicas, esta epidemia expuso abiertamente varios problemas de salubridad y sociales del Perú de entonces. En primer lugar, hizo notar el deplorable estado sanitario del puerto de El Callao. En segundo lugar, dio a notar lo poco abastecidos que se encontraban los hospitales y otros centros de salud, por lo que terminaron por colapsar durante la epidemia. En tercer lugar, expuso el poco poder de regulación que tenía el Estado con respecto a las querellas suscitadas entre los médicos y los boticarios chinos o vendedores de específicos. En cuarto lugar, mostró las discordias entre las autoridades locales y ministeriales. Finalmente expuso los prejuicios, creencias de un grupo mayoritario de la población con respecto a los otros.

CONCLUSIONES

El *boom* económico del guano iniciado en los albores de 1840 y la mayor estabilidad política, permitió al Estado peruano, ejecutar una serie de obras públicas, así como también cancelar la deuda externa e interna y pagar la manumisión de los esclavos. Esta última política causó repercusiones en el sector agrario, puesto al ser liberada la principal mano de obra de estas plantaciones, fue necesario reemplazarla por otra. Es así como se intenta incentivar la migración de europeos, aludiendo que al ser ellos una raza superior, ayudaría a mejorar a la sociedad peruana. No obstante, tras fracasar este proyecto, se optó por introducir al Perú a colonos chinos, quienes provenían principalmente de Macao. Los barcos en los que eran trasladados estos trabajadores hacia nuestro país (específicamente al puerto del Callao) en su gran mayoría se caracterizaban por tener paupérrimas condiciones sanitarias. Por lo que era común que fallecieran durante el viaje cantidades considerables de inmigrantes chinos. Este hecho sumado a sus particulares hábitos y costumbres, como el fumar opio, vivir en pequeños lugares hacinados, practicar juegos de azar y otros (patrones que disociaban del común de la población) hizo que la población peruana formara una serie de prejuicios negativos hacia ellos. Los que salieron a relucir durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868.

A lo largo del siglo XIX, los médicos explicaban el origen de las enfermedades como la fiebre amarilla basándose principalmente en el enfoque miasmático, de acuerdo con el cual las enfermedades se originan tras alojarse un miasma (descomposiciones orgánicas) en el cuerpo humano. Dichos miasmas surgían en el ambiente, según los doctores decimonónicos de dos maneras, la primera era de forma espontánea (lo que ocurría por las constantes variaciones en la atmósfera, el medio ambiente, las deplorables condiciones sanitarias y la aglomeración de personas) y la segunda a causa de la exportación, es decir los miasmas habían sido importados por los pasajeros o las mercancías que trasladaban los buques de un puerto a otro. Este último enfoque tuvo un gran respaldo en la comunidad médica. La primera epidemia de fiebre amarilla que se registró en el Perú se dio durante el verano de 1852. Durante esta crisis sanitaria los médicos culpaban de forma generalizada a todos los extranjeros. Ya que se creían que ellos habían importado la enfermedad a nuestro país. Asimismo, se culpaba al comercio iniciado con el *boom* guanero y el barco a vapor, ya que a pesar de haber existido comunicaciones con otros puertos extranjeros desde tiempos

virreinales nunca se había registrado la enfermedad. Esta solo apareció con el auge comercial y los barcos a vapor (antes del uso masificado del barco a vapor se empleaban los de vela que hacían más larga la navegación e iban contra el viento, por lo que el barco venía haciendo según los médicos una especie de cuarentena mientras navegaban) que aceleraban las comunicaciones entre un puerto y otro. Por otro lado, debe precisarse que no se responsabilizó de forma directa, abierta a los inmigrantes chinos. Esto quizás porque al no haber terminado aún sus contratos de 8 años los primeros culíes que llegaron al Perú (el primer barco con trabajadores chinos llegó en 1849) la población aún no había tenido contacto directo con ellos. Puesto que los culíes vivían dentro de las haciendas donde trabajaban, tampoco se había formado el Barrio Chino. Es decir, los culíes todavía no se habían insertado a la sociedad a través de los oficios (cocineros, herbolarios, vendedores) que desempeñaron tras finiquitar sus contratos. Por lo que la población sólo tenía ideas hacia ellos, más no los habían corroborado en base a la experiencia propia.

Al estallar la fiebre amarilla de 1868, el primer caso en ser registrado tuvo lugar en el Callao, por lo que fue señalado este espacio como el sitio donde se encontraban los miasmas causantes de la enfermedad. Esto sumado al hecho que aquí arribaban los barcos con inmigrantes chinos (y otros inmigrantes que provenían de zonas donde la fiebre amarilla era endémica), el deplorable estado sanitario, la sobrepoblación, el hacinamiento, y los constantes cambios del clima, hicieron que se percibiera al puerto del Callao como un foco de infección. Puesto que aquí se encontraban los reservorios que causaban la enfermedad y las condiciones ambientales y sociales que favorecían su rápida propagación.

Las principales políticas puesta en práctica, por parte del Estado, durante esta epidemia consistieron en someter a cuarentena a las personas sospechosas de portar esta enfermedad. Si estas provenían del extranjero, la embarcación en la que se hallaban era inspeccionada por la Junta de Sanidad Litoral que a través de una visita médica al buque. Durante la inspección se revisaba la patente de sanidad, la cual era de dos clases: la primera llevaba la denominación de limpias o de sucias, mientras que la segunda tenía la denominación de sospechosa. En el caso de encontrar durante la visita médica algún enfermo o sospechoso de portar la fiebre amarilla, estos eran enviados a la isla San Lorenzo; por el contrario, si el enfermo se encontraba ya dentro de la ciudad, se les envía a algún hospital o lazareto ubicado en este

espacio. Otras de las medidas que se aplicaron fue las visitas domiciliarias, la limpieza de calles, acequias y la reubicación de algunos espacios públicos que representaban una amenaza para la salud, tal como fue el caso de la plaza del mercado. Cabe precisar que durante la aplicación de estas medidas se evidenciaron muchos conflictos de interés, entre el gobierno central y los gobiernos municipales. Por su parte la población y la iglesia también pusieron en práctica algunos peculiares métodos para frenar la epidemia, tales como la quema de alquitrán (o cuernos) o sacar en procesión a algunos santos.

Durante la aplicación de estas políticas puestas en práctica por el Estado se evidenciaron actos xenofóbicos y discriminadores hacia los pobladores chinos y las clases menesterosas. Desde nuestra perspectiva durante la epidemia de fiebre amarilla de 1868, comienzan a evidenciarse en el espacio público, los primeros actos discriminatorios hacia la población china basado en preceptos higiénicos. Esto debido a que durante esta epidemia en comparación con la de 1852, un grupo considerable de inmigrantes chino ya no vivían dentro de las haciendas donde trabajaban como culíes, puesto que habían terminado sus contratos. Debido a ello habitaban y trabajaban dentro de la ciudad, además se congregaban alrededor del Barrio Chino. Lo que dio pie a una convivencia cotidiana con otros grupos sociales, los mismo que en base a su experiencia propia formaron una serie de estigmas hacia ellos. Los cuales fueron expresados durante la epidemia a través de actos discriminatorios puesto que se les señaló cómo los responsables de introducir y propagar la enfermedad, ya que sus costumbres higiénicas favorecían el surgimiento de miasmas. De allí la necesidad de inspeccionar los barcos en los que llegaban o intervenir los espacios donde vivían o trabajaban. En lo que respecta a las clases menesterosas, a ellos se les acusó de ser personas sucias, con muy pocos o nulos hábitos higiénicos, razón por la cual eran las personas más propensas a ser atacadas por la enfermedad. No obstante, desde nuestra perspectiva esto se debió a que al ser una población con muy poco poder adquisitivo les era imposible poder comprar o alquilar una casa donde se puedan segregar los diversos espacios que la componen (cocina, baño, comedor, dormitorio) por lo que habitaban generalmente un corralón que carecía de divisiones y además se hacinaban en ella muchas personas, produciéndose así problema de tugurización. Asimismo, la falta de recursos hacía imposible adquirir servicios como el brindado por la Sociedad Higiénica, empresa que se encargaba de instalar un recipiente para el depósito de los residuos fecales (una especie de letrina o silo) el cual evitaba

la emanación de malos olores. Además, se encargaban de limpiar estos depósitos cuando el usuario lo creía conveniente. Al no contar con dicho servicio es fácil suponer que se deshacían de los residuos fecales mediante las acequias, las mismas que utilizaban para proveerse de agua.

En lo que respecta a tratamientos médicos, existieron principalmente tres: el antiflogístico, la medicación vomitiva y el método racional (denominado así por el doctor Prado Núñez), estos particulares métodos fueron vistos con recelo por gran parte de población por lo que estos preferían optar por otro tipo de tratamientos tales como los ofertados por los boticarios chinos o los empíricos (caso Luis Guerrero). Debido a ello la comunidad médica exigió a las autoridades respectivas cerrar los negocios de aquellos que ofertaban tratamientos alternativos de salud, ya que desde su punto de vista ponían en riesgo la salud de los pacientes, no obstante, estos no fueron escuchados. Debemos precisar además que, si algunos de los ofertaban medicina alternativa, contaban con algún tipo preparación como fue el caso de los empíricos, igual se les tildaba de charlatanes. El simple hecho de no contar con un diploma los respalde, era motivo suficiente para deslegitimarlos. Planteamos que este tipo de inacciones por parte de las autoridades no se dio por desinterés sino más bien por dos razones que responden al propio contexto. La primera, al ser conscientes que los hospitales al igual que los servicios médicos habían colapsado durante la epidemia de 1868, o en todo caso eran inaccesibles para las clases menesterosas, cerrar este tipo de negocios era terminar con los pocos recursos con que contaban estos para poder curarse. La segunda razón por la cual creemos que no se cerró este tipo de negocios durante la epidemia, fue la falta de personal capacitado (tales como los médicos) para llevar a cabo inspecciones en estos locales es decir que verifique que las personas que atendían estos negocios cuenten con sus respectivos títulos. Cabe recalcar, que ninguno de estos métodos curativos propuestos por la Facultad de Medicina o por los boticarios chinos, empíricos y otros, fue efectivo ya que no se contrarrestaban la verdadera causa de la enfermedad que era la picadura del mosquito *Aedes aegypti*.

Las epidemias de fiebre amarilla que asolaron al Perú en el siglo XIX, sólo desaparecían con el fin de la temporada de verano, puesto que, al descender las temperaturas, el mosquito *Aedes aegypti*, vector transmisor de esta enfermedad, también desaparecía ya que requiere

de un clima cálido para su supervivencia. Cualquier método curativo o política puesta en práctica desde el Estado no contrarrestaban el avance de la fiebre amarilla, ya que no se atacaban los verdaderos focos de infección. Tales como el agua estancada existente en las embarcaciones, en las acequias o en las aguas almacenadas en las casas. Asimismo, planteamos que la fiebre de 1868 surge como consecuencia del fenómeno de El Niño, que aparece en el país hacia finales del mes de diciembre de 1867. Ya que la presencia de lluvias favoreció a la aparición de charcos y lodazales espacios propicios para la incubación y reproducción del mosquito *Aedes aegypti*. Por otro lado, debe precisarse que si bien es cierto una de las medidas adoptadas durante la epidemia fue mandar a limpiar las acequias esta medida fue suspendida según lo publicado por la *Gaceta Médica*, ya que promover el lodo ocasionaba el surgimiento de miasmas. Razón por la cual desde nuestra perspectiva se hizo más crítica la situación ya que se dejó de atacar el verdadero foco de infección.

El hecho que el primer caso de fiebre amarilla se haya registrado en el Callao, evidencia que el Estado sanitario del primer puerto, había colapsado antes de que apareciera la fiebre amarilla en 1868, generándose así las condiciones sanitarias necesarias para el surgimiento y rápido desarrollo de la enfermedad. Las calles al igual que diversos espacios públicos se encontraban sucios, acopiados de basura, de igual forma las acequias, produciéndose así un verdadero problema de salud ya que la mayoría de las personas solían utilizar las aguas que corrían por las acequias para abastecerse. Otro problema de salubridad que presentaba el puerto fue la carencia de hospitales; hacia el año 1868, sólo existían en esta jurisdicción dos hospitales, el primero de ellos era de San Juan de Dios, estaba dedicado a la atención de mujeres y poseía una infraestructura bastante obsoleta para la época, puesto que el edificio en donde funcionaba tenía sus orígenes en el antiguo Hospital de Bellavista que de data de tiempos virreinales. De allí que el inmueble haya sido construido bajo la lógica del hospital de claustro es decir no contaba con los ambientes necesarios para segregar a los enfermos de acuerdo a sus dolencias y género. En lo que respecta al segundo hospital este era el de Guadalupe, estaba dedicado a la atención de varones y mujeres, si bien es cierto había sido remodelado unos años antes de epidemia bajo los preceptos del hospital pabellón, al no ser tan grande su infraestructura, terminó por colapsar junto con el de San Juan de Dios, durante la epidemia de fiebre amarilla. Estos problemas sanitarios sumados a la complejidad social (coexistencia de credos, costumbres, hábitos, así como el hacinamiento) y el rol que tenía El

Callao en su condición de puerto (arribo y zarpe recurrente de personas y mercancías) hicieron que se formara entorno a él la idea de foco infeccioso es decir que se creara la percepción de que el Callao era un lugar donde uno podía adquirir la enfermedad fácilmente. Desde nuestra perspectiva consideramos que situaciones como está han contribuido a que se construya una percepción negativa, marginal sobre Callao a lo largo de los años.

Según la memoria del cónsul británico H. Hutchinson el total de víctimas enterradas en el Callao fue de 1,511. Aunque es altamente probable que hayan sido más, ya que algunos cuerpos fueron enterrados en la isla San Lorenzo o en el peor de los casos arrojados al mar. Lo cierto es que, al margen de las cifras, la tasa de mortalidad fue bastante elevada para una población que albergaba alrededor de 15, 000 personas. De la cual una buena parte era flotante, puesto que pasaban una corta temporada y luego migraban tal como fue el caso de los comerciantes y sobre todo los marineros.

Una de las instituciones que jugó un papel fundamental en el Callao durante el desarrollo de esta epidemia fue la Junta de Sanidad del Litoral (establecida en 1826 mediante *El Primer Código Americano de Sanidad*, el mismo que tuvo vigencia hasta el año 1887). Esta institución, en coordinación con la capitanía del puerto del Callao y los médicos titulares del puerto, se encargaba de llevar a cabo las visitas médicas a los buques y enviaba a los posibles sospechosos de portar la fiebre amarilla a realizar cuarentena a la isla San Lorenzo).

A pesar de haber pasado más de 150 años desde que esta nefasta epidemia asoló a Lima y Callao y buena parte de las regiones costeras, aún se mantiene la costumbre de culpar a los otros (el extranjero, o aquel que no tiene hábitos, costumbres o un poder adquisitivo igual a similar a nosotros) como los responsables de los principales problemas que aquejan a nuestra sociedad. Asimismo, el estudio de este caso nos da a notar que pese al tiempo transcurrido las respuestas de las autoridades no han cambiado mucho, puesto que hasta ahora se carece de un gran plan de salud para prevenir la amenaza de una epidemia o en peor de los casos de una pandemia. Su papel se restringe en aplicar políticas de amortiguamiento cuando la enfermedad ya está en curso dentro del territorio nacional y está causando los primeros estragos, tal como se observa desde inicios de marzo del 2020 con la expansión de la enfermedad de la Covid – 19, ocasionada por el Sars-CoV- 2.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS

- Archivo de la Municipalidad de Lima, Caja Higiene 1857 – 1869.
- Archivo Digital del Congreso, ley de 17 de noviembre de 1849. Recuperada de <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/LeyesXIX/1849071.pdf>
- Archivo Digital del Congreso, decreto del 29 de marzo de 1834. Recuperado <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/LeyesXIX/1834023.pdf>
- Archivo Histórico de Marina, Sección: Comandancia General de Guerra y Marina (1822); Sección: Prefecturas del Callao (1867, 1868).
- Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de San Marcos: Carranza, Luis (1988). *La ciencia en el Perú en el siglo XIX*. Lima: Eddili.
- Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de San Marcos: Corrali, Juan (1858). *El cólera morbo asiático y la fiebre amarilla ¿son contagiosos?* Tesis leída en la Facultad de Medicina de Lima para obtener el grado de bachiller.
- Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de San Marcos: Casset, C. (1868). *De la fiebre Amarilla en el Perú*. Lima: Tipografía y encuadernación de A. Alfaro y Ca.
- Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de San Marcos: López, Rufino (1858). *Cuarentenas*. Tesis leída en la Facultad de Medicina de Lima para obtener el grado de bachiller.
- Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de San Marcos: Maúrtua, Lisandro (1885). *Estudio médico– sociales del Callao*. Tesis leída en la Facultad de Medicina de Lima para obtener el grado de bachiller.
- Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de San Marcos: Morales Pacheco, Isaías. (1891). *Fiebre Amarilla en el Callao en los años 1888 y 1889*. Tesis leída en la Facultad de Medicina de Lima para obtener el grado de bachiller.
- Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de San Marcos: Ulloa, Casimiro (1924). “Origen de la Fiebre Amarilla en Lima. Discurso pronunciado en la Sociedad de Medicina de Lima, el 25 de octubre de 1856”. En *Publicaciones médicas del doctor Casimiro Ulloa. Recopiladas por el doctor Hermilio Valdizan*. Lima: Publicadas por el Comité Organizador del III Congreso Pan – Americano, pág. 7- 14.
- Biblioteca Central de la Pontificia Universidad Católica del Perú: Núñez del Prado, Daniel (1870). *Fiebre Amarilla. Su origen, causa síntomas, tratamientos, etc.* Lima: Imprenta Liberal Calle de San Marcelo N° 55.
- Biblioteca Central de Marina: Cisneros, Carlos; García, Rómulo (1898). *Guía del viajero. Callao, Lima y sus alrededores*. Lima: Editorial Imprenta del Estado.
- Biblioteca Central de Marina: Flores, Toribio (1862). *Compilación de las leyes expedidas desde el año 1821, en lo relativo al servicio de las capitanías de los puertos y de las matrículas, ó sea, guía del comerciante y del banquero, en cuanto á las leyes de la Marina mercante*. Callao: Imprenta de M. Gómez y J. Aparicio.
- Biblioteca Central de Marina: Vega, Francisco (1870). “Representación documentada del Comercio del Callao y Lima, al congreso de 1870 sobre el Contrato Muelle y Dársena”. Primer cuaderno, anexo n°4.
- Biblioteca Central de San Marcos: (1871). *Contratos celebrados sobre la construcción y explotación de un Muelle y Dársena y Malecón. Accesorio en el Puerto del Callao, entre el Supremo Gobierno del Perú y la Casa Templeman y Bergmann y Ca.* Lima: Imprenta del Herald.
- Biblioteca Central de San Marcos: Paz Soldán, Carlos; Lorente, Sebastián (1924). *Cien años de política sanitaria marítima en el Perú*. Lima: Imprenta del asilo “Víctor Larco Herrera”.

- Biblioteca Central de San Marcos: de Carrasco, Eduardo (1843). *Calendario y guía de forasteros de la república peruana para el año bisiesto de 1844*. Lima: Imprenta de instrucción primaria por Félix Moreno.
- Biblioteca Central de San Marcos: Polo, José (1913). *Apuntes sobre las epidemias en el Perú*. Lima: Imprenta Nacional de Federico Barrio Nuevo.
- Biblioteca Nacional del Perú: Fuentes, Manuel Atanasio (1985). *Lima apuntes históricos, descriptivos, estadísticos y de costumbres*. Lima: Fondo del libro del Banco Industrial del Perú.
- Biblioteca Nacional del Perú: Middendorf, Ernst (1973). *Perú. Observaciones y estudios del país y sus habitantes durante una permanencia de 25 años*, tomo II. Lima: Dirección Universitaria de biblioteca y publicaciones de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Biblioteca Nacional del Perú: Pardo, Manuel (1869). *Memoria presentada por el director de la Sociedad de Beneficencia Pública D. Manuel Pardo a la Junta General reunida el 17 de diciembre de 1868*. Lima: Imprenta Liberal, Calle de San Marcelo N° 55
- Diario: *El Amigo del Pueblo. Periódico Universal* (1861)
- Diario: *El Comercio* (1868)
- Diario: *La Gaceta Médica de Lima* (1856, 1865, 1868)
- Instituto Riva Agüero: Córdova Y Urrutia, José María (1992). *Estadística histórica, geográfica, industrial y comercial de los pueblos que componen las provincias del departamento de Lima*, edición facsimilar Lima: Sociedad “Entre Nous”.
- Pérez, Trinidad (2020). *Nuredin- Kan*. Edición crítica de Johnny Zevallos. Lima: Ediciones MYL.
- Seminario de Historia Rural Andina (1992). *Memorias Dora Mayer de Zulen*, volumen III. Lima: Seminario de Historia Rural Andina.
- Squiner, George (1977). *Un viaje por tierras incas. Crónica de una expedición arqueológica (1863 – 1865)*. La Paz – Cochabamba: Editorial Los Amigos del Libro.
- Tschudi, Juan Jacobo Von (1966). *Testimonio del Perú 1838 – 1842*. Lima: Talleres gráficos P.L. Villanueva, S.A.

FUENTES SECUNDARIAS

LIBROS, TESIS Y ARTÍCULOS

- Aguirre, Carlos (2005). *Breve historia de la esclavitud en el Perú. Una herida que no deja de sangrar*. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú.
- Alzamora, Víctor (1963). *Mi hospital. Historia, tradiciones y anécdotas del Hospital “Dos de Mayo”*. Lima: Talleres Gráficos P.L. Villanueva, S.A.
- Anguiano, Eugenio (2018). “De la dinastía Qing en el siglo XIX hasta el fin de la república China”. En *Historia mínima de China*. Lima: Fondo editorial de la Universidad del Pacífico.
- Armas, Fernando (1998). *Liberales, protestantes y masones. Modernidad y tolerancia religiosa en el siglo XIX*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú – Centro de Estudios Religiosos Bartolomé de las Casas.
- Arce, Julián (1919). “Sobre la supuesta endemicidad de la fiebre amarilla en la costa del Perú”. En *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, tomo III. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/10654/9465>
- Armus, Diego (2002). “La enfermedad en la historiografía de América Latina Moderna”. En *Asclepio*, Vol. LIV, pág. 41 – 60. Recuperado de <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/viewFile/140/137>.
- Basadre, Jorge (1961). *Historia de la República del Perú*, tomo IV, quinta edición. Lima: Ediciones “Historia”.

- Bloch, Marc (2001) *Apología para la Historia o el oficio de historiador*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bonilla, Heraclio (1976) “Informe sobre el movimiento comercial del Callao de 1867 a 1870 y parte de 1871 por H. Hutchinson”. En *Gran Bretaña y el Perú 1826 – 1919. Informes de los cónsules británicos*. Volumen III. Lima: Instituto de Estudios Peruanos – Fondo del libro del Banco Industrial del Perú, pág. 1 – 30.
- Bonilla, Heraclio (1984). *Guano y Burguesía en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Bustíos, Carlos (2006). *Educación médica y su contexto: Facultad de Medicina de San Fernando*. Perú: 1856 – 1969. Lima: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Bustíos, Carlos; Salaverry, Oswaldo (2009). *Primera parte. La salud en la historia del Perú*, vol. 2. Lima: Academia Peruana de la Salud.
- Camuñas, Ricardo (2014). “Las epidemias en el siglo XIX y la formación de políticas de salud pública. En *Revista internacional de Salud, Bienestar y Sociedad*, vol. 1, n° 1, pág. 15 – 29.
- Carrasco, José (2013). “Inmigrantes ingleses en Lima y el Callao en el siglo XIX”. En *Nueva Corónica*, n° 2, 365 – 376. Recuperado de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2547/1/nueva_coronica09n2_2013.pdf.
- Casalino, Carlota (2001). *La muerte en Lima en el siglo XIX: una aproximación demográfica, política, social y cultural* (Tesis posgrado), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Chang, Antonio (2014) “La cobertura periodística del Fenómeno El Niño de 1925 – 1926 en el diario El Comercio de Lima” (Tesis posgrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5609/CHANG_HUAYANCA_ANTONIO_FENOMENO_NINO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Coello, Antonio (2012). “Médicos y boticarios chinos en la Lima del XIX (1856 – 1879)”. En *La inmigración china al Perú. Arqueología, historia y sociedad*. Lima: Fondo editorial de la Universidad Ricardo Palma – Instituto Confucio, p. 167 – 190.
- Coello, Antonio (2014). “Unas notas sobre el Antiguo Mercado de la Concepción, hoy mercado central de Lima”. En *Arqueología y Sociedad*, N° 28. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Arqueo>, p. 367 – 378.
- Coello, Antonio (2015). “La caridad contra la ciencia. Una lucha ideológica entre la sociedad de Beneficencia de Lima contra la Facultad de Medicina de San Fernando, en la segunda mitad del siglo XIX”. En *Arqueología y sociedad*, n° 29, pág. 393 – 405. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Arqueo/article/view/12239/10946>.
- Coello, Antonio (2018). “Algunas notas sobre el antiguo hospital Refugio de incurables”. En *Arkinkaa revista de arquitectura, diseño y construcción*, 22 (273), pág. 82 – 87. Recuperado de <https://cicopperu.files.wordpress.com/2015/05/hospital-de-incurables-coello.pdf>
- Coello, Antonio (2018). “Orígenes del Hospital Dos de Mayo”. En *Arkinka, revista de arquitectura, diseño y construcción*, 22 (267), pág. 82 – 87. Recuperado de https://www.academia.edu/36068084/OR%C3%8DGENES_DEL_HOSPITAL_DOS_DE_MAYO_DE_LIMA
- Comité de infecciones emergentes (2001). “Fiebre amarilla”. En *Revista chilena de infectología*, 18 (1), pág. 64 – 68.
- Contreras, Carlos (2012). “El patrimonialismo Fiscal de la posindependencia”. *La Economía pública en el Perú después del guano y del salitre. Crisis fiscal y elites económicas durante su primer siglo independiente*. Lima: Banco Central de Reserva – Instituto de Estudios Peruanos, p. 41 - 96.
- Corbin, Alain (1987). “El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX”. México: Fondo de Cultura Económica.

- Cueto, Marcos (1989). “Tradición médica, bacteriología e intervención extranjera en el Perú: 1884 – 1930”. En *Excelencia científica en la periferia*. Lima: Grupo de análisis para el desarrollo – Consejo nacional de ciencia y tecnología, pág. 119 – 159.
- Cueto, Marcos (2000). *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Del Busto Duthurburu, José (1973) *Historia Marítima del Perú. Siglo XVI – Historia Interna*. -tomo III, vol. 1. Lima: Instituto de Estudios Históricos – Marítimos.
- Del Olmo, Margarita (2005). “Prejuicios y estereotipos: un replanteamiento de su uso y utilidad como mecanismos sociales”. En *Revista de Educación*, n° 7, pág. 13 – 23. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1957/b15162084.pdf?sequence=1>.
- Denegri Luna, Félix (1981). “Los primeros buques a vapor”. En *historia marítima del Perú. La república 1826 a 1851*. Tomo VI, Volumen 2. Lima: Instituto de estudios histórico – marítimo del Perú.
- Flores – Zúñiga, Fernando (2017). *Haciendas y pueblos de la Lima. Historia del valle del Rímac, el Callao y Bocanegra*, tomo V, vol. I. Lima: Fondo editorial del Congreso del Perú.
- Fondo Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos (2003). *Informes y polémicas sobre el guano y el salitre*. Lima: Fondo Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Foucault, Michel (1996). “Incorporación del hospital a la tecnología moderna”. En *La Vida de los hombres infames*. La Plata: Editorial Altamira. Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina29343.pdf>
- Foucault, Michel (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo veintiuno. Recuperado de http://latejapride.com/IMG/pdf/Foucault_Michel_-_Vigilar_y_castigar.pdf
- Galeano, Diego (2009). “Médicos y policías durante la epidemia de fiebre amarilla (Buenos Aires, 1871)”. En *Salud Colectiva*, V (1), p. 107 – 120.
- Goberna, Josefa (2004). “La enfermedad a lo largo de la historia. Un punto de mira entre la biología y la simbología”. *Index de enfermería*, vol. 14, n° 14, p. 49 – 53. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300011
- Gonzales, Michael (2016). *Azúcar y trabajo. La transformación de las haciendas en el norte del Perú 1860 – 1933*. Lima: Banco Central de Reserva del Perú – Instituto de Estudios Peruanos.
- Gootenberg, Paul (1997). *Caudillos y comerciantes. La formación económica del Estado peruano 1820 – 1860*. Cusco: Centro de Estudios Regionales Andinos Regionales Bartolomé de las Casas.
- Gootenberg, Paul (1998). “El descontento del Guano”. En *Imaginar el desarrollo. Las ideas económicas en el Perú poscolonial*. Lima: Instituto de Estudios Peruano – Banco Central de Reserva del Perú, pág. 65– 91.
- Gumerá, Agustín (2002). “Puertos y Ciudades portuarias (Ss. XVI – XVIII): una aproximación metodológica”. En *Litoral en perspectiva histórica (Séc XVI a XVIII)*, pág. 285 – 305. Recuperado de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/8064.pdf>.
- Hocquenghem, Anne – Marie; Ortlieb, Luc (1992). “Eventos El Niño y lluvias anormales en la Costa del Perú: siglo XVI – XX”. En *Boletín Instituto Frances de Estudios Andinos*, 21 (1) pág. 197 - 278. Recuperado de https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_51-52/010015057.pdf
- Hudtwalcker Morán, José (2008). “Las islas del Callao en los albores del siglo XX: apuntes para su historia”. *Revista de Marina*. número 100 (3), pág. 62 – 77.
- Huertas, Lorenzo (2009). *Injurias del tiempo. Desastres naturales en la historia del Perú*. Lima: Editorial de la Universidad Ricardo Palma.
- Hunt, Shane (2011). “Guano y crecimiento en el Perú del siglo XIX”. En *La formación de la economía peruana. Distribución y crecimiento en la historia del Perú y América Latina*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, pág. 71 – 163.

- Inga, Sally (2020). “Una aproximación al rol de las Juntas Litorales de Sanidad peruanas a lo largo del siglo XIX”. En *Revista de Marina*, número 1, pág. 32 – 44.
- Linares, Carmen (2012). “Un grupo preciso en un puerto ideal: la presencia inglesa en el Callao. Algunas aproximaciones al establecimiento del protestantismo en el Perú”. *Heraldos*, 1 (1), pág. 54- 72.
- Lossio, Jorge (2002). “Fiebre amarilla, etnicidad y fragmentación social”. En *Socialismo y participación*, n° 93. Lima: CEDEP, p. 79 – 90.
- Lossio, Jorge (2003). *Acequias y gallinazos. Salud ambiental en Lima del siglo XIX*. Lima: Instituto de Estudios Peruano.
- Mathew, William (2009). *La firma inglesa Gibbs y el monopolio del guano en el Perú*. Lima: Banco Central de Reserva – Instituto de Estudios Peruanos.
- Melo, Rosendo (1919). *El Callao monografía histórico - geográfica*, t. III. Lima: Librería e imprenta Gil.
- Miller, Rory & Greenhill, Robert (2011). “Las cadenas de mercancías en los fertilizantes: el guano y el salitre”. *Empresas británicas economía y política en el Perú 1850 – 1930*. Lima: Banco Central de Reserva – Instituto de Estudios Peruanos, p. 117 – 162.
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección Nacional de Epidemiología (2012). *Controles de foco en la atención primaria de la salud*, pág. 1 – 41. Recuperado de <http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/programa-de-control-de-focos.pdf>
- Mücke, Ulrich (2010). “Burguesía limeña”. En *Política y burguesía en el Perú. El partido civil antes de la guerra con Chile*. Instituto Francés de Estudios Peruanos – Instituto de Estudios peruanos, pág. 37 – 83.
- Monsalve, Martín (2011). “Industrias y mercado interno, 1821 – 1930”. *Compendio de Historia Económica*, tomo IV. Lima: Banco Central de Reserva – Instituto de Estudios Peruanos, p. 239 – 299.
- Murillo, Juan Pablo (2009). “Hipólito Unanue y el proceso de construcción del discurso epidemiológico peruano”. En *El rastro de la salud en el Perú*, Lima: Universidad Cayetano Heredia – Instituto de Estudios Peruanos, pág. 21 – 44.
- Núñez, Estuardo (2013). *Viajes y viajeros extranjeros por el Perú*. Fondo editorial de la Universidad Ricardo Palma.
- Palma, Patricia (2016) “Los “específicos” de Luis Guerrero”. En *Historia de los medicamentos. Apropiaciones e invenciones en Chile, Argentina y Perú*. Santiago de Chile: Ocho libros editores, pág. 53 – 84.
- Palma, Patricia (2018). “Sanadores inesperados: medicina china en la era de la migración global (Lima y California, 1850 – 1930)”. En *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. 25, n° 1, pág. 13 - 31. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n1/0104-5970-hcsm-25-01-0013.pdf>
- Palma, Patricia; Ragas, José (2018). “Enclaves sanitarios: higiene, epidemias y salud en el Barrio chino de Lima, 1880 – 1900”. En *ACHSC*, Vol 45, n° 1, pág. 159 – 190.
- Palma, Patricia; Ragas, José (2019). “Desenmascarando a los impostores: Los médicos profesionales y su lucha contra los falsos médicos del Perú”. En *Salud Colectiva*, pág. 1 - 14. Recuperado de <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2162>
- Palma, Patria (2020). “Racismo en los tiempos de epidemia”. En *Ideele*. Recuperado de <https://revistaideele.com/ideele/content/racismo-en-los-tiempos-de-epidemia>
- Paroy, Gonzalo (2016). *Los otros en el discurso. Construcciones y transformaciones discursivas en torno al inmigrante chino (Lima, 1849 – 1900)* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

- Pascal Riviale (2007). “Los franceses en el Perú en el siglo XIX: retrato de una emigración discreta”. En *Bulletin de l’Institut Français d’Études Andines*, 36 (1), pág. 109 – 121. Recuperado de <https://journals.openedition.org/bifea/4627>
- Peloso, Vicent; Ragas, José (2001). “Estadística y sociedad en el Perú poscolonial: el desconocido censo de 1860”. En *Histórica*, Vol 25, n° 2, pág. 275 - 293. Recuperado <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/historica/article/view/8720/9098>
- Porta, M; Greenland, S; Hernán, M; dos Santos Silva, I; Last, JM, eds. (2008). *A dictionary of epidemiology (6th ed.)*. Oxford University Press. Recuperado de https://books.google.cl/books?id=4kZmAwAAQBAJ&pg=PA112&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Quiroz, Alfonso (2013). *Historia de la corrupción en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruano – Instituto de Defensa Legal.
- Quiroz, Francisco (1990). *Las imágenes del Callao antiguo. Descripciones escritas y gráficas*. Callao: Centro de Investigaciones Históricas.
- Quiroz, Francisco (2007). *Historia del Callao: De puerto de Lima a provincia institucional*. Lima: Fondo Editorial del Pedagógico del San Marcos – Gobierno Regional del Callao.
- Rabi, Miguel (2003). *Del hospital de San Nicolás (1604) al hospital Daniel Alcides Carrión (1941 – 2003). 400 años de protección de la vida y salud en la ciudad y puerto del Callao*, t. IV, Historia de la medicina peruana. Lima: Grahuer Editores.
- Ramón Joffré, Gabriel (1999). *La muralla y los callejones. Intervención urbana y proyecto político en Lima durante la segunda mitad del siglo XIX*. Lima: Sidea-Prom Perú.
- Ramón Joffré, Gabriel (2000). *El guión de la cirugía urbana: Lima 1850 – 1940*. En *Ensayos en Ciencias Sociales*, pág. 9 – 33. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/libros/CSociales/ensayos_ciencias/v1n1/a02.pdf
- Rivasplata, Paula (2018). *Agua y Vida. Salud pública en Lima colonial 1535 – 1821*. Lima: Universidad Cayetano Heredia.
- Rodríguez, Jesús (2006). *Un marco teórico para la discriminación*, n° 2. México DF: Colección de Estudios. Recuperado de [https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E0002\(1\).pdf](https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E0002(1).pdf)
- Rodríguez, John (2008). “El Puerto del Callao”. En *Revista de Marina*, 100 (2), p. 43 – 61.
- Rodríguez Pastor, Humberto (2000). *Herederos del dragón. Historia de la comunidad China en el Perú*. Lima: Fondo editorial del Congreso.
- Rodríguez Pastor, Humberto (2004). “La calle del Capón, el callejón Otaiza y el barrio Chino”. En *Mundos interiores: Lima 1850 – 1950*. Lima: Universidad del Pacífico, pág. 397 – 430.
- Rodríguez Pastor, Humberto (2012). “El inicio de la trata amarilla al Perú y sus actores”. En *La inmigración china al Perú. Arqueología. Historia y Sociedad*. Lima: Universidad Ricardo Palma – Instituto Confucio – Editorial Universitaria, pág. 65 – 110.
- Rodríguez Pastor, Humberto (2017). “Macao en tiempos de la trata amarilla”. En *Presencia, influencia y alcances chinos en la sociedad peruana 1850 – 2000*. Lima: Fondo editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, pág. 25- 46.
- Rottenbacher, Jan (2013). *Emociones colectivas, autoritarismo y prejuicio durante una crisis sanitaria: la sociedad limeña frente a la epidemia de la fiebre amarilla de 1868* (Tesis de posgrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Salaverry, Oswaldo (2006). “El inicio de la educación médica moderna en el Perú. La creación de la Facultad de Medicina San Fernando”. En *Acta Medica Peruana* 23 (2), pág 122 – 131. Recuperado <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a13>
- Salina, Alejandro (2000). *Medicina y salubridad en el siglo XIX*. Lima: Seminario de Historia Rural Andina.

- Seiner Lizárraga, Lizardo (2018). *Hipólito Unanue. Observaciones sobre el clima de Lima, y sus influencias en los seres organizados, en especial el hombre*. Lima: Fondo editorial del Congreso del Perú – Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Silvina, Valeria (2016). “Intromisiones municipales en tiempos de fiebre amarilla: Buenos Aires, 1871”. En *Revista historia y justicia*, n° 6, p. 44 – 71.
- Tácuñan, Bonifacio (2011). “Historia de los Cementerios de Lima y el Callao”. En *Revista Studium Veritatis*, 9 (15), pág. 235 – 285. Recuperado de http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/421/Tacunan_Santiago_SV_15_articulo_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Toledo, Gabriel (2004). “Medidas de control”. En *Fundamentos de la salud pública 2*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, p. 578 - 589. Recuperado de <http://files.pmontes-com.webnode.com.ve/200000113-3560d37541/02%20Salud%20Publica%202.pdf>
- Trazegnies, Fernando (1994). “En el país de las colinas de arenas”, vol. II. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ulloa, Sara (2002). *Xenofobia y discriminación*. En *Ensayos pedagógicos*, vol. 1, n°1, pág. 175 – 198. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5409384>.
- Valladares, Odalis (2012). *Inmigrantes chinos en Lima. Teatro, identidad e inserción social. 1870 – 1930* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Velázquez, Cecilio (2016). *Memoria de la Fiebre Amarilla sufrida en Lima el año 1868*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Velázquez, Marcel (2020). *Hijos de la peste. Una historia de las epidemias en el Perú*. Lima: Taurus.
- Vigil Peláez, Eleuterio (1946). *El Callao de ayer y de hoy: álbum histórico, social, político, comercial e industrial*. Callao: Empresa editora “La Crónica” y “Variedades”.
- Wang, Li (2017). *La presencia China en el Perú*. Salamanca: Instituto de Iberoamérica – Universidad de Salamanca, p. 1 - 71. Recuperado de http://www.tusanaje.org/pdfdescarga/Li_Wang_La_presencia_china_en_el_Peru.pdf.
- Warren, Adam (2009). “La medicina y los muertos en Lima”. En *El rastro de la salud en el Perú*, Pág. 45 – 95. Lima: Instituto De Estudios Peruanos – Universidad Cayetano Heredia.
- Yzu, Bruenella (2016). *La eugenesia peruana a partir de la vida y obra de Carlos Enrique Paz Soldán (1900 – 1965)* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Zárate, Eduardo (2006). “Los inicios de la higiene en Lima. Los médicos y la construcción de la higiene”. En *Investigaciones Sociales*, X (16), pág. 459 – 484.
- Zárate, Eduardo (2005). *Inicio de la Escuela de Medicina de Lima Cayetano Heredia el organizador*. Lima: Asamblea Nacional de Rectores.
- Zárate, Eduardo (2014). *La mayor epidemia del siglo XIX. Lima, 1868 fiebre amarilla*. Lima: Eduardo Zárate Cárdenas.

ANEXO

Reglamento de la Junta de Sanidad del Litoral

Art. 15.- Todo buque procedente de los países en que se sepa se ha desarrollado la fiebre contagiosa llamada amarilla, deberá ponerse en facha a dos tiros de cañón del puerto para esperar la falúa de sanidad.

Art. 16.- Esta se pondrá a barlovento, y a la vez recibirá, bajo palabra de honor del capitán, las noticias del puerto de donde viene, la tripulación y número de pasajeros que sacó y trae, y las enfermedades que han padecido durante la navegación.

Art. 17.- Si en su contesto manifiesta estar sanos todos, y sin contagio, subirán a bordo los individuos de la junta; examinarán el rol, y la patente de sanidad; y estando todo conforme, se le permitirá entrada al puerto.

Art. 18.- Si de la contestación apareciese motivo para tener contagio, no se le permitirá entra al puerto, y se le mandará pasar al lazareto, que se establecerá en sus inmediaciones, según el plan que de la junta suprema para sufrir en él la conveniente cuarentena.

Art. 19.- Esta se prolongará o abreviará a juicio del facultativo de la junta litoral.

Art. 20.- Si cualquier habitante del Perú, visitase un buque antes que la sanidad, será multado en la cantidad de cien pesos, pues en incomunicación, a arbitrio de la junta; la tripulación entera de cualquier buque extranjero que cometa esta infracción sufrirá una incomunicación con tierra por espacio de treinta días.

Art. 21.- En los lazaretos que se establezcan, y particularmente en la isla San Lorenzo habrá dos departamentos separados, uno para barracas desahogadas y grandes, para habitación de los pasajeros y tripulación; y el otro departamento parapara fumigar y ventilar los fardos.

Art. 22.- La guarda de sanidad tendrá una habitación cómoda y situada a barlovento del lazareto.

Art. 23.- Todo barril de harina, carne, y todo comestible serán arrojados al agua, sin abrirlo; las cartas se picarán y se fumigarán antes de pasarla a la estafeta.

Art. 24.- Habrá un bote destinado para recibir los víveres de tierra, atado a una distancia proporcionada para que lo puedan tirar luego que haya sido provisto.

Art. 25.- La fumigación de géneros y demás, y demás especies de los barcos y todos los métodos de desinfección se practicarán con arreglo al plan que debe prescribir la junta suprema.

Art. 26.- Durante el tiempo de la cuarentena se observará una perfecta incomunicación entre los contagiados, y los guardas, y demás empleados de sanidad

Art. 27.- El buque infestado deberá también ser sujeto a la fumigación, estar incomunicado, y no poder entrar al puerto hasta concluida la cuarentena.

Art. 28.- Esta debe ser rigurosísima sin la menor dispensa, por cualquier descuido, por ejemplo, que sea, suele causar males de mayor trascendencia.

Art. 29.- Por punto general no se permitirá desembarcar en el puerto ningún cuadrúpedo sin sujetarlo antes a una cuarentena de observación de ocho días, a lo más, y de dos a lo menos.

Art. 30.- Los fondos de sanidad constaran:

1° De los derechos de Sanidad que deben pagar todos los buques procedentes del extranjero; estos derechos por reciprocidad serán igual a los que ellos exijan a mismo título.

2° De las multas impuestas por contravenciones a la policía sanitaria.

3° De las patentes para la venta de medicamentos y drogas nuevamente introducidas del extranjero, o inventadas en la república.

4° De los derechos que deben pagar por el registro de facturas de medicina.

5° De las cantidades complementarias que en caso de contagio de una población deberá dar el gobierno.

Art. 31.- Estos fondos estarán a disposición de la Junta Suprema de Sanidad la cual deberá arreglar con aprobación del Gobierno las dietas eventuales y sueldos de los agentes de la policía sanitaria.

Art. 32.- De los mismos fondos deben costearse la construcción y la conservación de los lazaretos, sueldos de sus guardas, compra de la falúa y botes de sanidad, y de los demás necesario para el servicio de este ramo en los puertos.

Art. 33.- Igualmente se costeará la publicación de las cartillas sanitarias.