

La medicina peruana en los albores de la República: la visión del médico británico Archibald Smith (1820-1860)

JORGE LOSSIO

Universidad de Manchester

En los últimos años, ha surgido una importante literatura y un creciente interés por la historia de la medicina y la salud pública en el Perú. A diferencia de la historia de la medicina *tradicional*, que poseía una visión triunfalista de la ciencia médica, esta nueva corriente de *historia médica social*, como originalmente se denominó, orienta su labor hacia la influencia de los factores sociales y políticos en la producción de conocimientos científicos, la visión de los pacientes, el uso de la medicina y la salud pública como herramientas de control social, y el encuentro entre la medicina occidental con tradiciones curativas locales.¹ A pesar de los avances, existen todavía importantes vacíos que cubrir. El presente ensayo desarrolla uno de los períodos menos estudiados por la historiografía médica peruana, como lo es el comprendido por las décadas inmediatamente posteriores al colapso del régimen virreinal. El personaje central de este texto es el médico británico Archibald Smith (1798-1870), quien pasó aproximadamente cuatro décadas —entre 1820 y 1860— viajando por el Perú y haciendo observaciones sobre los distintos climas, pueblos y

¹ El término ya no se utiliza debido a que se considera una tautología hablar de *historia social*. Sobre la historia de la medicina y la salud en el Perú véase Cueto, Marcos (ed.). *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas*. Lima: IEP-OPS, 1996.

enfermedades que encontró a su paso. En este trabajo, intento demostrar que los escritos de Smith constituyen una fuente sumamente valiosa para la mejor comprensión del estado de la ciencia médica peruana en los albores de la República.²

ARCHIBALD SMITH EN EL PERÚ (1820-1860)

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

² El presente trabajo se basa en un capítulo de mi tesis de maestría titulada «British Medicine at High-Altitudes: The Travels of Archibald Smith M.D. through the Peruvian Andes», presentada al Centro de Historia de la Medicina, Ciencia y Tecnología de la Universidad de Manchester, en diciembre del 2003. Quiero agradecer a Marcos Cueto, Mick Worboys, José Carlos de la Puente, Eduardo Torres y Emilio Candela por los valiosos comentarios.

³ Smith, Archibald. «Practical Observations on the Diseases of Peru, Described as they Occur on the Coast and in the Sierra». *The Edinburgh Medical and Surgical Journal*. 53 (1840), p. 298.

por autoridades militares locales.⁴ Estas dificultades convencieron a Smith de la necesidad de retornar a la práctica médica.

A propósito de lo anterior, es importante señalar que el médico escocés llegó al Perú en un periodo de alta inestabilidad política y económica. En 1826, se iniciaba recién el proceso de formación del Perú como una nación independiente, que estuvo marcado por la fragmentación social, la inexistencia de un grupo social capaz de legitimarse como conductor del Estado, el desorden fiscal y recurrentes conflictos civiles y militares. Smith fue testigo de esta dramática situación y, en sus obras, son constantes las referencias a la fragilidad de la política peruana, así como a las marcadas distancias sociales y culturales que separaban a los diversos grupos que cohabitaban en el territorio nacional. Esta fragmentación social, de acuerdo con el médico británico, impedía a las élites médicas de Lima entender y afrontar apropiadamente los problemas de salud pública del interior del país, especialmente los de la mayoritaria población andina.

En 1830, alentado por su «buen amigo» el general William Miller, Smith decidió mudarse a Lima. A pesar de estar favorecida por un clima templado, el médico británico encontró que las tasas de mortalidad en la capital eran sumamente altas, «tres veces mayores que las de Manchester y Londres», algo que atribuyó a las pésimas condiciones sanitarias de la ciudad, los recurrentes conflictos militares y la «delicada» constitución física de la población «criolla».⁵ En Lima, Smith fue contratado como médico principal del Hospital Militar de Santa Ana, «con el fin de disminuir la elevada tasa de mortalidad por disentería entre los soldados», y como médico consultor para pacientes norteamericanos e ingleses internados en el Hospital de San Andrés. El médico escocés tuvo una opinión muy crítica de la situación de los hospitales en Lima. La administración de estas instituciones, que durante el periodo virreinal estuvo en manos de diversas Órdenes

⁴ Smith, Archibald. *Peru As It Is: A Residence in Lima and Other Parts of the Peruvian Republic Comprising an Account of the Social and Physical Features of that Country*. Londres: Richard Bentley, 1839, p. 161.

⁵ Smith, «Practical Observations on the Diseases of Peru» (1840), p. 310.

religiosas, fue trasladada con la llegada de la República a la Sociedad de Beneficencia Pública. Esta «apropiación estatal» respondía no solo a los cambios políticos producidos en el Perú, sino también a una transformación en la forma de entender la función del hospital, de una casa para el alivio espiritual de los enfermos a un centro para el tratamiento de enfermedades, la experimentación científica y la educación médica. Ello, sin embargo, no conllevó ninguna mejora en la administración de estos. De acuerdo con el médico británico, los hospitales de Lima se hallaban siempre hacinados, carentes de recursos y en pésimas condiciones higiénicas.⁶

Smith desempeñó, también, la práctica médica privada y logró atraer una importante clientela entre los comerciantes y diplomáticos extranjeros residentes en la capital. Su relación con las casas comerciales inglesas le permitió recorrer gran parte de la costa y la sierra del Perú. A diferencia de Lima, nuestro personaje encontró que en la sierra la población era «sana», activa y más resistente a las enfermedades, algo que atribuyó a la salubridad de los climas de altura. El médico escocés reproducía así una idea muy arraigada en círculos médicos europeos, según la cual, dentro de las regiones «tropicales», los climas de altura eran más saludables y convenientes para la aclimatación de los europeos que el de los llanos. El aire de las montañas era considerado más puro y libre de miasmas, y la altura era concebida como una barrera médica natural contra las «enfermedades tropicales» más temidas como la malaria y la fiebre amarilla. Los climas templados de las alturas, además, eran considerados más similares a los de Europa y, por ende, más aptos para la constitución física de los colonos europeos.⁷

Durante sus viajes por el interior del Perú, Smith desarrolló mucho interés por las tradiciones médicas nativas, el uso de plantas medicinales locales y la cosmovisión médica andina. Rescató, por ejemplo,

⁶ Smith, *Peru As It Is*, p. 170.

⁷ Smith, Archibald. «Observations on the Inca and Yunga Nations, Their Early Remains; and on Ancient Peruvian Skulls». *Proceedings of the Society of Antiquaries of Edinburgh*. 5 (1863), p. 35.

el uso de las limonadas heladas para los males estomacales en el Cuzco y la costumbre de cubrir a los enfermos con hojas frescas de coca en Huánuco, una práctica que calificó de «infalible».⁸ Smith no fue una excepción en este sentido, pues fue una práctica común entre los médicos europeos que optaban por desarrollar una carrera profesional en la India o en el África, durante la primera mitad del siglo XIX, el intentar rescatar y aprender de las tradiciones médicas locales. Este interés se empezó a perder hacia la segunda mitad del siglo XIX, a medida que la medicina occidental impuso su hegemonía y el interés por las culturas médicas no occidentales se tornaba meramente antropológico.⁹ Precisamente, el conflicto entre el conocimiento médico europeo y las prácticas curativas locales fue lo que motivó las iniciales polémicas que sostuvo Smith con sus colegas peruanos.

«NO CONOCE NUESTRO CLIMA»: EL DEBATE SMITH-VALDÉS

Hacia comienzos de 1830, el embajador mexicano en el Perú cayó víctima de la disentería y, de acuerdo con una práctica común de la clase alta peruana, llamó a una junta médica para que le recomendaran el tratamiento que debía seguir. De acuerdo con Smith, las juntas médicas, que usualmente estaban conformadas por cuatro o cinco doctores, no eran más que «exhibiciones de oratoria», en las cuales «las más acaloradas polémicas terminan en los más simples tratamientos». Quienes llamaban a juntas lo hacían simplemente como «una muestra de ostentación», con el fin de imitar «a los acaudalados y poderosos».¹⁰ En la junta médica convocada por el embajador mexicano coincidieron Smith y el protomedico José Manuel Valdés (1767-1843). Valdés, conocido por sus estudios epidemiológicos y su conservadurismo católico, representaba a la generación de médicos que había vivido el tránsito entre la época virreinal y la republicana. Mientras el médico peruano recomendó sangrar al embajador,

⁸ Smith, *Peru As It Is*, p. 210.

⁹ Harrison, Mark. *Climates and Constitutions*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

¹⁰ Smith, *Peru As It Is*, p. 98.

Smith señaló que el paciente se encontraba demasiado débil para sangrarlo y que era mejor recurrir al calomel, un derivado del mercurio. De todas formas, el médico británico asumió una posición escéptica respecto de las posibilidades del embajador de recuperarse, un escepticismo que probablemente desarrolló en su práctica hospitalaria. La junta decidió seguir la recomendación de Valdés y, a los pocos días, el embajador se recuperó.¹¹

El conflicto entre Valdés y Smith se incrementó en los años siguientes, como se desprende de los debates públicos que protagonizaron. En 1834 y 1835, Smith escribió dos artículos para el diario *El Rejenerador*, en los cuales desarrolló su visión del estado de la ciencia médica en el Perú. En su opinión, la ciencia médica en nuestro país se hallaba sumamente atrasada. Más aún, argumentó que solo existían dos médicos confiables en todo el territorio nacional. Criticó, asimismo, la «obsesión» de los galenos peruanos por las sangrías y el sinfín de errores que se cometían en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades dentro de los hospitales. Smith cuestionó de igual manera una popular creencia médica limeña reflejada en el refrán «no conoce nuestro clima», según la cual los médicos extranjeros estaban incapacitados para ejercer su «arte» en el Perú, dada su ignorancia con respecto de las peculiaridades geográficas y climáticas locales. Sin negar la importancia de los factores climáticos y geográficos en la práctica médica, Smith defendió la «universalidad de los tratamientos médicos» y, en el caso particular de la disentería, señaló que el mercurio era el remedio más útil «tanto para los británicos en India como para los peruanos en el Perú».¹² Con esta cita, el médico escocés quería rebatir la idea de que, en el Perú, las enfermedades eran de un carácter «fundamentalmente» distinto al de otros países

¹¹ Valdés, José Manuel. *Al público peruano el Protomédico General de la República en contestación a la diatriba del D.D. Archibaldo Smith* Impresa en los números 38 y 39 del periódico titulado *El Rejenerador*. Lima: Imprenta Masías, 1835.

¹² Smith, Archibald. «Practical Observations on the Diseases of Peru, Described as they Occur on the Coast and in the Sierra». *The Edinburgh Medical and Surgical Journal*. 56 (1841), p. 158.

y, por ende, incomprensibles a los médicos foráneos. Smith, además, envió una carta al cónsul británico en el Perú con el fin de solicitar una queja formal de su Gobierno contra el protomedico Valdés por «difamar a la ciencia británica», «sobrecargar a sus pacientes» y por la muerte de cientos de enfermos en los hospitales de Lima como consecuencia de la prohibición que decretó del uso del mercurio para el tratamiento de la disentería.¹³

En respuesta, Valdés publicó un folleto titulado *Al público peruano el Protomedico General de la República en contestación a la diatriba del D.D. Archibaldo Smith Impresa en los números 38 y 39 del periódico titulado El Rejenerador* (1835). Valdés acusó a Smith de desconocer la realidad geográfica y climática del Perú (en esa época predominaba una visión «ambiental» de la medicina) y le sugirió que antes de atender pacientes y recomendar tratamientos se hiciera aconsejar siempre por un médico local. El médico peruano defendió, por otro lado, la prohibición que decretó de utilizar derivados del mercurio para los pacientes con disentería, mediante el argumento de que este remedio no tenía efectos positivos entre la población criolla. También criticó las observaciones hechas por Smith según las cuales solo los nativos del Ande podían resistir las sangrías de forma recurrente, dada su mayor robustez física. En opinión de Valdés, estas erradas observaciones demostraban el poco conocimiento que el médico británico tenía sobre las peculiaridades fisiológicas de las poblaciones locales, puesto que si bien los habitantes del Ande tenían mayor resistencia física «para caminar descalzos o resistir el frío», su constitución era la más débil al momento de recibir tratamientos médicos o resistir enfermedades. Una vez enfermos, escribió Valdés, «se transforman en la raza más débil de todas». El médico peruano, además, hizo la siguiente pregunta: «¿Acaso presume Smith saber más de las enfermedades en el Perú que los Aguirre, los Bueno, Unanues y Tafures? Solo en un estado de delirio pretende este profesor reformar la medicina

¹³ Lastres, Juan. *Historia de la medicina peruana*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1951, t. III, p. 170.

peruana».¹⁴ Finalmente, sería el Gobierno el que diera por concluido el debate, al decretar que la prohibición hecha por el Protomedico respecto del uso del mercurio para tratar la disentería solo se aplicaría a los pacientes peruanos. Los pacientes ingleses quedaban libres de recurrir al tratamiento que considerasen más conveniente.¹⁵

El debate entre Valdés y Smith muestra la importancia asignada al conocimiento de los climas y condiciones geográficas locales para la práctica médica en el Perú. Asimismo, el rechazo a la presencia de médicos extranjeros en el Perú refleja la necesidad de proteger un mercado sumamente reducido para los «médicos universitarios», dada la popularidad de los charlatanes, curanderos andinos y herbolarios chinos.¹⁶ Un ejemplo de la importancia del factor económico en las conflictivas relaciones entre los médicos locales y extranjeros en la primera mitad del siglo XIX lo da la acusación formulada contra Smith, en 1838, de «acumular una enorme fortuna en muy poco tiempo sin ningún mérito para ello».¹⁷

LOS EFECTOS DE LA ALTURA EN LA GEOGRAFÍA MÉDICA PERUANA

Uno de los aspectos que más interesó a Smith fue el de la geografía médica, en particular «determinar cuáles eran las enfermedades más recurrentes en cada región del Perú» y cómo los patrones epidemiológicos «eran modificados por los distintos climas y por la altura».¹⁸ Estos estudios, elaborados principalmente durante las décadas de 1840 y 1850, resultaron en una serie de artículos que fueron publi-

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

¹⁵ Indelicato, J. *Ensayo sobre el Mercurio Dulce y sobre el abuso que se hace de este remedio en la América del Sur*. Lima: Imprenta Masías, 1837.

¹⁶ Cueto, Marcos. *Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*. Lima: Grade-Concytec, 1989, p. 45.

¹⁷ Indelicato, J. *Refutación de un Informe del doctor don J. Gastañeta dirigido a demostrar que los profesores de medicina extranjeros deben pagar el maximun de la contribución sobre este ramo de la industria*. Lima: Imprenta Constitucional, 1838, p. 3.

¹⁸ Smith, Archibald. «Influence of the Climates of Peru on Pulmonary Consumption». *The British and Foreign Medico-Chirurgical Review*. 18 (1856), pp. 479-480.

cados bajo el título de *La geografía de las enfermedades en los climas del Perú*, primero en revistas británicas y luego, traducidos al español, por la *Gaceta Médica de Lima*. Siguiendo la más común concepción geográfica decimonónica, Smith dividió al Perú en tres regiones: costa, sierra y montaña. La sierra, además, la subdividió en climas de grandes alturas y climas de alturas moderadas. Como muchos de los médicos europeos que elaboraron mapas epidemiológicos y geografías médicas del África, la India y América durante el siglo XIX, Smith elaboró sus estudios pensando en posibles zonas de colonización para inmigrantes europeos.

Según el médico británico, la región con el clima menos saludable del Perú era la costa. Esta insalubridad, producto de la letal combinación de un clima cálido y húmedo con el absoluto abandono de las condiciones higiénicas de los espacios públicos y privados, se reflejaba en la débil constitución física de la población «blanca criolla» y en la alta tasa de enfermedades nerviosas, estomacales y respiratorias, tales como el asma, la bronquitis y la tisis. En el caso de Lima, ciudad a la que comparó con un «hospital de convalecientes», Smith señaló la mala calidad del agua que se consumía como la principal causa de la recurrente aparición de epidemias de disentería, y la poca circulación del aire como la causante de los males respiratorios. En opinión del médico escocés, en Lima los inmigrantes europeos y sus descendientes se tornarían «flojos, débiles y afeminados». ¹⁹ Estos comentarios generaron la respuesta de la comunidad médica local, que desde el periodo colonial tardío venía defendiendo la habitabilidad del espacio peruano. El médico Leonardo Villar (1825-1900), profesor de Anatomía en la Universidad de San Marcos, escribió para la *Gaceta Médica de Lima* un artículo titulado «Reflexiones sobre la Geografía de las Enfermedades y Climas del Perú del Dr. Archibald Smith» (1858). En este artículo, Villar preguntó a Smith si había realizado «algún tipo de examen químico que pueda demostrar la pobreza del agua de Lima». Además, señaló que muchas de las

¹⁹ Smith, «Practical Observations on the Diseases of Peru» (1840), p. 299.

hipótesis formuladas por el médico británico no tenían ningún sustento experimental y, por ende, carecían de validez (lo que refleja, asimismo, la creciente importancia de la experimentación en la práctica médica durante el siglo XIX). El médico peruano también criticó a Smith por presentar como propias de la costa enfermedades que, en realidad, eran más comunes en la sierra y entre los pobladores andinos, como el asma. Con esta observación, Villar enfatizaba la ignorancia de Smith respecto de la geografía médica peruana.²⁰

Otro clima sumamente hostil era también el de las grandes alturas andinas. Smith experimentó los efectos del «aire rarificado» cuando viajó por primera vez a Cerro de Pasco. Sobre su primer «encuentro» con la altura, escribió: «Mi dolor de cabeza era moderado, pero sufrí de un malestar general, y una sensación de opresión en el corazón y el estómago... mi respiración se hizo muy difícil».²¹ Como muchos de los médicos extranjeros residentes en el Perú, Smith estuvo fascinado por la geografía peruana y, en especial, por «la influencia de la altura en la fisiología y patología humana».²² Aunque algunos de los malestares iniciales desaparecían a los pocos días, Smith señaló que la aclimatación a las grandes alturas nunca era completa y para un europeo no era posible alcanzar los niveles de fortaleza física que se podían alcanzar en el llano. Entre los residentes europeos «la sensación de asfixia y el paso acelerado del corazón se activan al más mínimo esfuerzo».²³ Más bien, el médico británico quedó sorprendido por la habilidad de los pobladores nativos para realizar grandes esfuerzos físicos en condiciones climáticas extremas y atribuyó esta capacidad a los cambios fisiológicos y anatómicos desarrollados durante el proceso de aclimatación a la altura. Smith señaló el amplio tórax de los pobladores nativos como uno de los principales mecanismos en

²⁰ Villar, Leonardo. «Reflexiones sobre la Geografía de las Enfermedades y Climas del Perú del Dr. Archibald Smith». *Gaceta Médica de Lima*. 46 (1858), pp. 287-295.

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

²² Smith, «Influence of the Climates of Peru», p. 479.

²³ Smith, Archibald. «Climate of the Swiss Alps and of the Peruvian Andes Compared». *The Dublin Quarterly Journal of Medical Science*. XLI (1866), p. 341

dicho proceso de aclimatación.²⁴ En cuanto a las enfermedades, en las grandes alturas andinas eran comunes la hepatitis, las «congestiones cerebrales» y las enfermedades respiratorias como la bronquitis y la neumonía, males que atribuyó al «efecto combinado de un aire rarefacto y bajas temperaturas».²⁵

La región más sana del Perú estaba comprendida por las alturas moderadas, en particular los valles andinos ubicados entre los 1.500 y 3.000 metros sobre el nivel del mar. Además de poseer un clima templado y «sin cambios bruscos de temperatura», en estos valles la altura actuaba como una barrera contra la propagación de las más letales «enfermedades tropicales» como la malaria, la fiebre amarilla y el cólera. De acuerdo con Smith, una de las enfermedades más comunes de estos valles era el cretinismo, mal considerado típico de las zonas montañosas en todo el mundo. Había otras enfermedades, como la viruela y el tifus, que eran comunes en los valles andinos, pero estas eran el resultado no de malas condiciones ambientales, sino de la falta de asistencia médica y las pobres condiciones de vida de la población nativa. Por otro lado, los valles andinos no solo eran los más favorables para la aclimatación de los colonos europeos, sino que, además, poseían propiedades terapéuticas para la cura de la tuberculosis y la recuperación de pacientes con problemas circulatorios, digestivos y nerviosos. En diversos artículos, publicados durante las décadas de 1840 y 1850, Smith defendió las bondades curativas del clima de los Andes y él mismo envió a muchos de sus pacientes a residir por seis meses a un año en Jauja, «con resultados positivos». En 1856, escribió: «el cambio del clima de Lima hacia el clima de las montañas hará mejor a la recuperación de los pacientes que todas las drogas del mundo».²⁶

La climatoterapia, o el cambio de clima para la cura de enfermedades, era una práctica bastante extendida en el siglo XIX. El uso de las

²⁴ Smith, «Climate of the Swiss Alps», pp. 342-343.

²⁵ Smith, «Practical Observations on the Diseases of Peru» (1841), p. 56.

²⁶ Smith, «Influence of the Climates of Peru», p. 485.

alturas para la cura de la tuberculosis se basaba en la noción de que el aire de las montañas era más puro, más seco y poseía una mayor cantidad de ozono. El ozono, u «oxígeno electrificado», servía para medir los niveles de contaminación ambiental de una región. A mayor cantidad de ozono, menor era la cantidad de «miasmas» de una localidad. Como lo observó el estudiante de medicina Manuel Rosa Fernández:

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

Asimismo, existía la idea de que en ambientes con «bajos niveles de oxígeno» la respiración se hacía más profunda, lo que ayudaba a dilatar los pulmones y expandir el pecho, y, de esta manera, se erradicaban los «tubérculos» o tumores enquistados en los pulmones. En 1866, en su tesis de bachillerato titulada «Influencia perniciosa del clima de Lima en la tisis pulmonar tuberculosa», el médico José María Zapater escribió: «Hemos probado en efecto, que el oxígeno es un elemento destructor del tísico, por consiguiente, los lugares que por su altura tengan en un mismo volumen menor cantidad de este gas, convendrán más para esta afección».²⁸ De otro lado, los cambios de clima no eran recomendados únicamente para solucionar problemas relacionados con la tuberculosis. Un alejamiento de los grandes centros urbanos permitía a los pacientes escaparse del estrés, hacinamiento, degeneración moral y el sedentarismo propio de las grandes ciudades. En el campo, el apetito, el sueño y el afán por hacer ejercicio se incrementaban, con lo cual se aceleraba la recuperación de los pacientes.

Hacia la segunda mitad del siglo XIX, el valle de Jauja sería idealizado como una especie de panacea para la erradicación de las enfer-

²⁷ Rosa Fernández, Manuel. «Profilaxis de la tisis». *Gaceta Médica de Lima*. 15 (1863), pp. 79-80.

²⁸ Zapater, José María. «Influencia perniciosa del clima de Lima en la tisis pulmonar tuberculosa». Tesis de bachillerato. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1866, p. 15.

medades respiratorias en el país. En 1858, el abogado e higienista Manuel Atanasio Fuentes estimó en un 80% la efectividad de dicho lugar en la cura de males respiratorios, atribuyendo los casos fallidos a los pacientes que llegaban a Jauja en un estado muy avanzado de la enfermedad.²⁹ En 1860, en sus célebres «Estudios sobre la Provincia de Jauja», escritos con el fin de promocionar la construcción del ferrocarril de Lima a esa región, Manuel Pardo señaló:

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

Al año siguiente, en un intento por hacer decrecer los altos índices de mortalidad por tuberculosis entre los soldados peruanos, se construyó en Jauja el primer hospital militar para soldados nativos de la sierra que adquirieron la tuberculosis en la costa.³¹ En décadas siguientes, se construirían, además, un hospital privado, el Nueve de Diciembre, y un hospital público, el Sanatorio Olavegoya, que dieron alojamiento tanto a pacientes de Lima como a visitantes norteamericanos y europeos que llegaron a Jauja convencidos de sus propiedades terapéuticas. A comienzos del siglo XX, el renombrado médico alemán Hermann Weber escribió: «el uso de las alturas suizas para la cura de la tuberculosis se puede decir que empezó alrededor de 1865, muchos años después de que Archibald Smith hubiera demostrado las bondades de los climas de los valles andinos».³² Aunque no es acertado afirmar que Smith «descubrió» las propiedades curativas de los valles andinos, esta cita ilustra el importante rol que el médico

²⁹ Fuentes, Manuel Atanasio. *Estadística general de Lima*. Lima: Tipografía Nacional de M. N. Corpachio, 1858.

³⁰ Pardo, Manuel. «Estudios sobre la provincia de Jauja». *Revista de Lima*. 1 (1860), pp. 15-21, 56-61, 147-156, 199-206, 345-350, 393-399, 441-453.

³¹ En 1861, se registraron cincuenta pacientes en dicho hospital.

³² Weber, Hermann. *Climatotherapy and Balneotherapy. The Climates and Mineral Water Health Resorts of Europe and North America*. Londres: Smith, Elder and Co., 1907, p. 134.

escocés cumplió en la «internacionalización» de Jauja como un sanatorio para pacientes con males respiratorios.

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

FIEBRE AMARILLA EN LAS ALTURAS ANDINAS

Durante la década de 1850 —específicamente entre 1853 y 1857— varias epidemias de origen desconocido, inicialmente calificadas de «peste» o «peste maligna», empezaron a expandirse por el interior del país y a diezmar a la población andina.³³ Estas epidemias fueron

³³ Según Smith, estas epidemias causaron la muerte de aproximadamente una cuarta parte de la población andina. «On the Rise and Progress of Yellow Fever in Peru». *The Edinburgh Medical and Surgical Journal*. 82 (1855), p. 168.

especialmente fuertes en la ciudad del Cuzco, donde cobraron la vida de aproximadamente 12.000 personas, un treinta por ciento de la población total (40.000).³⁴ Las epidemias andinas de la década de 1850, y las reacciones que suscitaron, merecen un estudio exhaustivo, pues reflejan aspectos centrales de la situación de la salud pública peruana. Entre estos aspectos tenemos: el importante rol de la Iglesia en el manejo de la salud (en muchos casos los enfermos no pedían el auxilio de los médicos, sino la visita de un párroco); los conflictos entre autoridades políticas y religiosas (por ejemplo, los prefectos acusaban a los párrocos de no proceder al entierro de las víctimas hasta no recibir algún tipo de pago, con lo cual se propagaban con mayor rapidez las epidemias); las carencias institucionales (como el pobre papel desempeñado por las sociedades de beneficencia); las pésimas condiciones higiénicas de las ciudades del interior, como el Cuzco; y cuestionadas reacciones populares, como la práctica de realizar procesiones en tiempos de epidemia. Los debates acerca del origen de estas epidemias son también interesantes, porque reflejan diversos aspectos del pensamiento médico decimonónico, tales como la relación entre raza, clima y enfermedad.

Mientras la mayoría de los miembros de la Sociedad Médica de Lima postuló que se trataba de epidemias de tifus que habían surgido de forma aislada a las epidemias de fiebre amarilla de las ciudades de la costa, Smith adoptó una posición contraria. En su opinión, las epidemias de los Andes no habían surgido de forma «espontánea», sino que habían sido importadas desde la costa, y más aún, argumentó que eran epidemias de fiebre amarilla, aunque con peculiaridades únicas, las cuales habían sido adquiridas en el paso del clima de la costa al clima de las alturas.³⁵ El médico británico señaló, además, que no era posible que estas epidemias hubieran surgido de forma

³⁴ Smith, «On the Rise and Progress of Yellow Fever», p. 168.

³⁵ De acuerdo con la ciencia médica actual la posición de Smith estaba equivocada, dado que los mosquitos transmisores de la fiebre amarilla no sobreviven a más de 1.500 metros sobre el nivel del mar.

espontánea en los Andes, dado que no se había registrado ningún «cambio atmosférico» importante en la región que pudiera ser relacionado con su aparición.³⁶ Según Smith, el origen de estas epidemias era el recurrente movimiento de tropas de la costa a la sierra y viceversa. Los soldados, aunque partían de sus hogares con buena salud, usualmente regresaban portando diversas enfermedades, entre ellas el paludismo y la disentería, convirtiéndose en agentes principales en su transmisión. Aunque el médico escocés era consciente de que no todas las víctimas presentaban los síntomas «típicos» de la fiebre amarilla, como el color amarillento de la piel, «la sequedad del hígado», o el vómito negro, atribuyó esto a la influencia de la altura y las condiciones climáticas del Ande, que, como ya se ha dicho, habían generado «peculiaridades únicas» en la enfermedad. En 1857, señaló: «Debo remarcar que el aspecto más interesante de estas epidemias es la influencia que tuvo la altura en su desarrollo. Las pestes de los Andes son esencialmente del mismo origen o un resultado de las epidemias de fiebre amarilla de la Costa».³⁷

Ante las dudas surgidas con respecto del origen de estas epidemias, la Sociedad Médica de Lima decidió enviar al Cuzco una comisión dirigida por José Mariano Macedo (1825-1894), destinada a determinar si se trataba de fiebre amarilla o de tifus. Después de visitar poblados afectados por la epidemia y observar directamente a algunos de los enfermos, Macedo, profesor de Patología General de la Universidad de San Marcos, concluyó que se trataba de epidemias de tifus. Según Macedo, no era posible que fueran epidemias de fiebre amarilla, dado que esta enfermedad solo brotaba en lugares cálidos y nunca en lugares elevados. Además, la fiebre amarilla solía generar una mayor mortandad entre la población extranjera y, en el caso de estas epidemias, el mayor número de víctimas se registró

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

³⁷ Smith, Archibald. «Typhoid Fever in the Andes». *Medical Times and Gazette*. October 10 (1857), p. 382.

entre la población nativa. En cuanto a los síntomas observados, en opinión del catedrático sanmarquino, estos correspondían al tifus, debido a que pocas de las víctimas presentaban el color amarillento típico de la fiebre amarilla. Finalmente, la comisión dirigida por Macedo consideró «natural» que el tifus se propagara en forma epidémica en los Andes, dada la falta de higiene entre la población nativa y la alta susceptibilidad de la «raza» indígena hacia esta enfermedad.³⁸ Es importante señalar que, hasta mediados del siglo XX, fue común la creencia de que ciertas «razas» eran inherentemente más susceptibles a ciertas enfermedades que otras. Este era el caso, por ejemplo, de la población negra con la viruela, la población china con la fiebre amarilla y la población andina con el tifus.

Smith cuestionó la noción de la población andina como racialmente más vulnerable al tifus y atribuyó la alta tasa de mortalidad en esta a factores socioeconómicos. En 1861, escribió: «Ha sido una vana invención calificar a estas epidemias como peculiares a la raza indígena [...]. Dadas sus condiciones de vida, solo los indios pudieron haber sido las víctimas».³⁹ En efecto, el médico escocés criticó duramente la poca atención que se prestaba a las condiciones de vida, la educación higiénica y las condiciones sanitarias de la población de los Andes. En su opinión, las tasas de mortalidad entre la población nativa hubiesen sido bastante menores de gozar «los pobres indios de las mismas condiciones de vida que los *Dons*, de vivir en casas en vez de chozas, y de poseer cuartos separados en donde acomodar a los enfermos».⁴⁰ Las erradas observaciones de los médicos de Lima con respecto de la causa de estas epidemias eran consecuencia de su falta de interés y poco conocimiento del mundo andino. Durante sus viajes por los Andes, Smith pudo observar la escasez de médicos

³⁸ Macedo, José Mariano. «Carta al Dr. Smith». *Gaceta Médica de Lima*. 65 (1859), pp. 222-224.

³⁹ Smith, Archibald. «On the Spotted-haemorrhagic Yellow Fever of the Peruvian Andes in 1853-1857». *Transactions of the Epidemiological Society of London*. 1 (1861), p. 297.

⁴⁰ Smith, «On the Spotted-haemorrhagic Yellow Fever», p. 297.

profesionales en el interior del país, algo que atribuyó a «los poco favorables efectos del clima de las alturas sobre la delicada constitución y hábitos de la élite médica de la Costa». ⁴¹ Con esta cita, Smith enfatizaba de forma irónica la poca disposición de los médicos de Lima por adentrarse en el interior del país y su limitada experiencia fuera de la capital.

A pesar de las polémicas, Archibald Smith fue reconocido por la élite médica local como una importante autoridad en materia de epidemiología, como lo demuestra su nombramiento, en 1858, como miembro corresponsal y, en 1860, como miembro permanente de la Comisión de Epidemiología de la Sociedad Médica de Lima. Sobre este último nombramiento, señaló: «Fui puesto en una posición privilegiada que me permitió analizar con más detalle las causas y propagación de las enfermedades en el Perú, en especial de la fiebre amarilla». ⁴² En diciembre de 1860, el médico británico decidió retornar a Escocia a reencontrarse con su esposa, quien, como ya se ha dicho, algunos años atrás había dejado el Perú debido a su delicado estado de salud. ⁴³

El caso de Smith no fue, en lo absoluto, único. Como él, durante el siglo XIX, muchos médicos europeos decidieron, por múltiples motivos, seguir una carrera profesional en la India, el África y América Latina. Este ensayo ha demostrado que las vidas y carreras profesionales de estos médicos brindan oportunidades magníficas para adentrarse en las prácticas médicas decimonónicas y observar la fragilidad de las instituciones sanitarias y las condiciones de salud pública locales.

⁴¹ Smith, *Peru As It Is*, p. 191.

⁴² Smith, «On the Spotted-haemorrhagic Yellow Fever», p. 282.

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