

LA CIUDAD Y LAS RATAS: LA PESTE BUBONICA EN LIMA Y EN
LA COSTA PERUANA A COMIENZOS DEL SIGLO VEINTE

Marcos Cueto*

La primera señal llegó en los primeros días de Abril de 1903 cuando unos obreros chalacos encontraron en el Molino Milne una gran cantidad de ratas muertas entre los sacos de harina y arroz. Poco después, Manuel Hubi, un cocinero chino de 60 años que moraba en el Molino, murió exhibiendo en la ingle unos extraños bubones del tamaño del huevo de una paloma. Por ignorancia o por temor al temor generalizado, el médico que lo atendió, diagnosticó una “pulmonía” como la causa de la muerte, una enfermedad conocida y no necesariamente mortal. Sin embargo, en los días siguientes, diez trabajadores más del Molino cayeron víctimas de un extraño mal que les secaba la lengua, les hinchaba los ojos y los bañaba en fiebre.

Este fue el comienzo de la epidemia de peste bubónica en Lima, un mal que se extendió rápidamente a otras ciudades de la costa peruana. A lo largo de la epidemia se enfrentaron con particular intensidad los intereses modernizadores y los temores populares, revelando facetas sociales aparentemente imperceptibles en una época de estabilidad política y progreso económico. El miedo a la peste, capturó las emociones e influyó en las respuestas de enfermos y autoridades sanitarias. Los sectores populares, buscaron escapar no sólo a la enfermedad, sino al estricto “orden sanitario” que impusieron las elites go-

* Este artículo es parte de una investigación se realizó con el apoyo de Fomciencias y el Social Science Research Council.

bernantes. Las autoridades sanitarias, ensayaron una política que enfatizó el control policial y los recursos tecnológicos y dio muy poca prioridad a los programas comunitarios de educación y saneamiento permanente. Fue precisamente esta política autoritaria la que impidió que en muchos casos se alcanzaran éxitos perdurables, ya que la enfermedad persistió en la costa peruana hasta 1930. Analizar las diferentes respuestas sociales e individuales a un mismo fenómeno biológico es el objetivo de este artículo.

1. *Un Lugar ideal para las Ratas*

A comienzos del siglo veinte, Lima era una ciudad idealmente ambientada para la proliferación de las ratas. La peste bubónica, una enfermedad cuyo contagio se producía a través de la picadura de la pulga de la rata, podía difundirse fácilmente en una ciudad como la Lima de comienzos de siglo, llena de muladares, con sistemas precarios de desagüe y viviendas hacinadas y sucias. Los muladares se desarrollaban en diferentes puntos de la ciudad porque no existía un sistema uniforme de cremación de basuras (Biffi 1903). Las construcciones urbanas eran en su mayor parte realizadas con paredes huecas, amplias cavidades entre el entablado de las habitaciones y el suelo, adobes en la planta baja y telares de quincha en la planta alta. Todos estos eran materiales apropiados para que los roedores puedan albergarse y propagarse cómodamente (Estrella Ruiz 1937: 42-45).

La tugurización de la ciudad había empezado con la subdivisión de la viejas casonas, cuyos cuartos amplios y techos altos fueron separados con maderas para formar varios pisos con cuartos pequeños. El objetivo de estas subdivisiones era obtener el mayor número posible de inquilinos y aumentar la renta del propietario. Por reunir a varias familias de pobres recursos estas casonas fueron conocidas como “casas de vecindad”. Una tesis de medicina de San Marcos se ocupó de estas moradas y nos dejó una vivida descripción del interior de una casa de vecindad ubicada a solo una cuadra de la Plaza de Armas:

Llegando al segundo piso lo encontramos constituido por pasadizos estrechos cuyo suelo, está formado por tablas corroidas por el tiempo y la humedad... a ambos lados se encuentran los llamados... departamentos, pues sólo constan de una sola pieza... de 2 a 3 metros y a los que la luz y el aire penetran por una puerta pequeña, encima de la que se ve una ventanilla que en muchas está cubierto por un lienzo, de modo que es de imaginarse la obscuridad tan completa que en ellos domina... la humedad tan grande, hace de cada habitación un foco de insalubridad, en el que viven... de 2 a 6 personas y más, entre las que se encuentran,

muchos niños cuya cara y constitución general demuestran palpablemente la influencia del medio en que habitan... allí mismo se crían... toda clase de animales, y en el mismo sitio... se cocina, se come, se lava y se satisfacen toda clase de necesidades... Los demás pisos... no son tres como lo haría suponer su fachada sino casi el doble, pues están divididos en medios pisos a los que se llega por varias escalerillas, cada vez más sucias y más estrechas (Portella 1903: 28-29).

En los barrios alrededor del centro de Lima se produjo otra forma de hacinamiento debido a los callejones, donde se aglomeraban las familias, los desperdicios y las ratas. No debe haber sido un caso aislado el siguiente testimonio periodístico de la época sobre un callejón en la ciudad: "Enormes ratas casi domesticadas viven allí en amable intimidad con los chicos del vecindario".¹ En Julio de 1905, se realizó un recuento del número de pestosos en Lima según el tipo de construcción en el que vivían. El resultado fue que de 386 viviendas con casos de peste, la mayoría, 126, eran callejones (Agnoli 1905: 42). Un lugar donde los callejones abundaban era en el cuartel número tres, el más extenso de los cinco cuarteles en que estaba dividida la ciudad, y que correspondía a lo que hoy es el distrito de San Martín de Porras y a la zona del Agustino adyacente al cementerio El Angel. Según un informe médico, existía una alta correlación positiva, para el cuartel tres, entre el número de callejones y los casos de enfermedades infecciosas (Eyzaguirre 1906: 5).

Aunque toda la ciudad fue afectada, la peste tuvo un efecto diferente en los diversos cuarteles. El cuartel número dos que correspondía al centro de la ciudad, y era habitado entonces por las familias de mayores recursos, fue uno de los menos afectados por la epidemia (Agnoli 1906: 8). En contraste, el cuartel número cinco, que correspondía a lo que hoy es el distrito del Rimac, fue uno de los más golpeados por la epidemia. Esta zona que desde tiempos coloniales había albergado a familias pobres, por su proximidad al río y la abundancia de muladares, facilitaba la multiplicación de las ratas.

Otro indicador importante para explicar el impacto diferencial de la enfermedad es el grado de cultura sanitaria de la población. El número de niños que reciben instrucción puede funcionar como un indicador indirecto del grado de hábitos higiénicos. Si asumimos que existe una relación entre el nivel educativo de una familia y su higiene, esta cifra es relevante. El factor

1. "Casas de Vecindad", *El Comercio* (De ahora en adelante *EC*) Mayo 24, 1903, p. 2.

educativo está incluido en el Cuadro Nº 1, junto a otros indicadores, y nos sugiere las razones por las que la peste atacó con tibieza el cuartel dos y se ensañó con los cuarteles tres y cinco. De los 386 casos producidos hasta Julio de 1905, el 45 por ciento ocurrieron en los cuarteles tres y cinco (Agnoli 1906: 8). En estos cuarteles el porcentaje de raza india era más significativo que en otras zonas, el nivel educativo era menor y el hacinamiento, medido según el porcentaje de personas que vivían en menos de una habitación, era considerablemente mayor a otros cuarteles.

Aunque no existe ninguna razón científica para pensar que alguna raza es intrínsecamente más proclive a la peste, el componente racial es un indicador indirecto de nivel social y por lo tanto de nutrición, resistencia a la enfermedad y posibilidades de acceso a recursos sanitarios. En ese sentido son reveladoras las cifras de mortalidad según razas en el Lazareto, (el hospital expresamente creado para refugiar a los pestosos), donde los blancos representan sólo un 35 por ciento de muertes del total de blancos enfermos, mientras que del total de indios que enfermaban murieron el 50 por ciento (Agnoli 1906: 8). Una cifra más aterradora es la de los chinos, 93 por ciento de muertos sobre el total de chinos enfermos. Los chinos habían dejado una vida de práctica esclavitud apenas unas décadas atrás y generalmente vivían en las condiciones más miserables.

Cuadro I
Razas, Educación y Hacinamiento en los Cuarteles de Lima

Cuartel	Razas %			Educación* % de niños	Hacinamiento % que vive en menos de 1 habitación
	Blanca	India	Mestiza		
Uno	53	12	27	54	58
Dos	50	13	27	48	55
Tres	33	19	39	44	74
Cuatro	42	15	33	51	63
Cinco	40	16	36	50	78

* Educación se refiere al porcentaje de niños entre 4 y 14 años que reciben instrucción en relación al total de niños de esa edad en cada cuartel.

Fuente: Dirección de Primera Enseñanza, *Censo Escolar de la República Peruana Correspondiente al año de 1902* (Lima imprenta Torres Aguirre, 1903), pp. 262-263, Archivo General de la Nación; (Eyzaguirre 1906: 1-52).

¿Cómo combatir la epidemia en una ciudad con viviendas insalubres, con una población seguramente mal alimentada, sin hábitos higiénicos y con basuras acumuladas? El problema sólo fue planteado seriamente cuando la peste bubónica se extendió del Callao a Lima y cuando se hicieron evidentes las graves repercusiones económicas para el país.

2. *Una Lucha sin Cuartel*

El primer enfermo conocido de peste bubónica en la capital fue Cirilo Rojas, un joven de 18 años de raza india, que trabajaba en una mondonguería cercana al camal, un lugar donde deambulaban las ratas. Rojas se presentó voluntariamente al Hospital Dos de Mayo en la tarde del 6 de Octubre de 1903, atacado de una fiebre alta. Esa noche falleció (Boza 1916: 5). La noticia que la peste había llegado a Lima creó inquietud y alarma.² Toda enfermedad o muerte empezó a ser atribuida a la peste. Un diario de Lima señalaba como a las señoras les daban vómitos y mareos y se creían atacadas por la enfermedad.³

Mayor preocupación causó en los círculos oficiales la noticia que buques provenientes del Callao no serían recibidos en ningún puerto del mundo o que los buques extranjeros no vendrían al Perú para evitarse las molestias de las cuarentenas. Los puertos de países vecinos como Ecuador fueron cerrados para toda mercancía proveniente por mar del Perú. Como consecuencia, los pasajes, el correo y los fletes marítimos subieron de precio. Todo ello produjo una carestía de los productos de primera necesidad y la elevación del precio de la carne. La situación era más grave aún si se toma en cuenta que una de las principales rentas del gobierno era la que le producían las aduanas y los derechos de importación. Un editorial de un diario declaró que se debía actuar rápidamente porque: “No se trata ya simplemente de salvar vidas sino de salvar nuestros intereses económicos y fiscales”.⁴

El principal obstáculo para la intervención activa del Estado en la lucha contra la epidemia era la inexistencia de un aparato sanitario central en el país.

2. Véase “Enfermedad Sospechosa”, *EC* Mayo 7, 1903, p. 2.

3. “La Situación Sanitaria”, *EC* Mayo 11, 1903, p. 2.

4. La situación se alivió cuando Ancón, donde no se había presentado la peste, reemplazó temporalmente al Callao, “Editorial”, *EC* Setiembre 14, 1903, p. 2.

Desde 1873 las municipalidades estuvieron a cargo de los asuntos sanitarios urbanos, pero para todas las instituciones los conceptos de medicina preventiva, salud pública o control de enfermedades infecciosas, eran extraños. La institución que tradicionalmente atendía la salud de la población de Lima, la Sociedad de Beneficencia Pública, fue totalmente rebasada en una situación tan crítica como la del año 1903. Como lo sugiere el Cuadro II, que registra los pacientes por raza en cuatro de los cinco hospitales a cargo de la Beneficencia, esta institución cumplía una función asistencial para las personas indigentes, generalmente indígenas, que no conformaban la mayoría de la población de la ciudad, pero sí la de los hospitales.⁵ Las clases alta y media, se automedicaban o se atendían en su propia casa a través de los médicos de familia.

Cuadro II
Razas en Cuatro Hospitales de Lima: 1903

Raza	Dos de Mayo	Santa Ana	San Bartolomé	Insanos	Total	%
Blanca	556	213	288	146	1,203	7
Amarilla	231	4	0	9	244	2
Negra	155	204	82	45	486	4
India	5,009	5,967	1,184	56	12,216	81
Mezclada	149	534	90	117	890	6
Total	6,100	6,922	1,644	373	15,039	100

Fuente: Olagoya 1904: 124, 134, 146, 245.

La incapacidad de la Beneficencia para afrontar por sí sola la lucha contra la epidemia empezó a ser cubierta con la emergencia de dos centros sanitarios nuevos: la Dirección de Salubridad Pública y el Instituto Municipal de Higiene de Lima. La Dirección de Salubridad Pública fue creada como una rama del Ministerio de Fomento y tuvo el control de los lazaretos, las estaciones sanitarias portuarias, los médicos titulares encargados de las provincias,

5. El Dos de Mayo atendía hombres mientras que Santa Ana atendía mujeres y niños. Entre las ocupaciones más frecuentes de los pacientes estaban la de los jornaleros, (73 por ciento de los enfermos del Dos de Mayo), y la de lavanderas, (20 por ciento de las enfermas de Santa Ana) (Olagoya 1904: 124, 134, 146, 245).

y el Instituto Nacional de Vacuna y Sueroterapia, encargado de distribuir la vacuna contra la viruela. El doctor Julián Arce, un connotado especialista en Medicina Tropical, fue nombrado Director de Salubridad. El Instituto Municipal de Higiene fue la creación de uno de los Alcaldes más activos que haya contado la ciudad, Federico Elguera. Elguera realizó una vasta obra de transformación urbana, refaccionando plazas y calles, construyendo nuevos mercados y modernizando las funciones sanitarias de la municipalidad. Para cumplir este último objetivo contrató al italiano Ugo Biffi, un destacado bacteriólogo a quien puso al frente del Instituto Municipal de Higiene (Valdizán 1924: 174).

El surgimiento de estas instituciones puede entenderse mejor por el clima de modernización, que experimentaba el país desde finales del siglo diecinueve. Después de su derrota en la Guerra del Pacífico, el Perú había visto la reconstitución de una élite civil que adquirió una personalidad política propia en el Partido Civil. Esta era una agrupación de abogados prominentes, comerciantes connotados y hacendados costeños, que después de algunos años de alianza con el caudillo Nicolás de Pierola, habían pasado a gobernar solos a partir de 1903 a través de la figura de Manuel Candamo (Chavarría 1972, Burga y Flores 1980, y Miller 1982). Los líderes civilistas, influenciados por la filosofía positivista, quisieron modernizar al país, promoviendo una economía de exportación de materias primas, atrayendo al capital y a los inmigrantes europeos y reformulando las funciones del Estado.

Entre estas nuevas funciones destacaba la ampliación de los servicios y recursos sanitarios que el Estado ofrecía a la población. La salud de la población empezó a ser considerada como un recurso estratégico para el normal desarrollo del comercio, la intensificación del ritmo de trabajo y la apertura del país a las inversiones y la inmigración internacional. A partir de la epidemia de 1903, y a través de la ideología modernizadora de esta élite civilista, se consolidó una nueva relación entre la medicina y el poder, que habría de perdurar después de 1935 cuando la Dirección de Salubridad se transformó en el Ministerio de Salud. Lo que hasta entonces había sido considerado como un acto caritativo privado de las Sociedades de Beneficencia o un asunto rutinario de las municipalidades pasó a ser un asunto de Estado.

El desarrollo de la salud pública estatal también era posible gracias a los nuevos logros del conocimiento científico. Durante el siglo diecinueve los médicos peruanos habían explicado el origen de las enfermedades infecciosas como resultado de miasmas que emanaban de materias orgánicas en descom-

posición y que se introducían en la piel o en la sangre de las personas sanas a través del aire. Todo esto cambió cuando en el último cuarto del siglo pasado, científicos europeos como Pasteur y Koch, empezaron a identificar los microbios específicos a cada enfermedad. Con ello se ofreció una explicación racional a las enfermedades infecciosas y se dio el primer paso para la elaboración de sueros y vacunas. Este fue el inicio de una nueva ciencia: la bacteriología. Una disciplina que se había difundido en el Perú desde 1889, cuando el Dr. Ricardó Flores, un médico peruano que había completado sus estudios en París, donó un laboratorio de bacteriología a la Facultad de Medicina de San Marcos. Al año siguiente la Universidad estableció en forma permanente la cátedra de bacteriología. (Cueto 1989: cap. IV).

Prueba de la utilización de este nuevo saber médico fue el temprano informe de la Academia Nacional de Medicina sobre la naturaleza de la epidemia (Artola, Arce y Lavereria 1903). Para evitar falsos diagnósticos y dudas futuras, era imperioso confirmar científicamente la existencia de peste. Esto exigía estudios microscópicos de los organismos encontrados en el líquido extraído de los ganglios de los enfermos. Una comisión de la Academia encontró la *Pastereulla pestis*, el bacilo descrito por Yersin en 1894, en las muestras de los enfermos.⁶ Según la comisión la forma de peste más común en Lima era la bubónica donde el contagio nunca se producía de hombre a hombre como en el caso más grave de la neumónica. De hecho la forma bubónica era la menos ofensiva para el contagio humano de las tres formas en que podía presentarse esta enfermedad (además de bubónica, septicémica y neumónica). Durante 1904, de los 940 casos de peste que se presentaron en todo el país, el 86 por ciento fueron bubónicos y solo tres por ciento neumónicos (Mc Nulty 1912: 18).

La peste después de haberse presentado en casos aislados en Lima durante los últimos meses del año de 1903, empezó a extenderse gradualmente con el calor del verano. En abril de 1904 cobró caracteres alarmantes. En ese mismo mes, el gobierno combinó los recursos de las diferentes instituciones sanitarias y creó la Junta Directiva de la Campaña contra la Peste Bubónica en la Provincia de Lima, que fue formada por el Alcalde de Lima, el Director de Salubridad Pública, inspectores de la Municipalidad, un representante de

6. Asimismo un prestigiado bacteriólogo confirmó el diagnóstico de peste bubónica. "Carta de Ugo Biffi al Señor Inspector de Higiene de la Municipalidad" *EC* Mayo 9, 1903, p. 2.

la Beneficencia y un delegado de la Cámara de Comercio (Estrella Ruiz 1937: 591-592). Para ejecutar las medidas de la Junta, se formó una policía de salubridad, un cuerpo que en su mejor momento llegó a tener 60 efectivos. Una de las primeras medidas de la Junta fue importar de Francia, desinfectantes, el suero Haffkin y la vacuna Yersin, los remedios específicos de la peste. El inspector de higiene de la municipalidad, Juan B. Agnoli, otro médico italiano, se convirtió en el principal impulsor de esta Junta.

Agnoli empezó a actuar enérgicamente identificando y aislando los casos de peste y desinfectando o clausurando los locales afectados. Asimismo ordenó arrojar al mar el trigo y el afrecho del Molino Milne, regar con petróleo las calles del Callao, y establecer barracas de aislamiento. En el extremo del celo sanitario, dividió estas barracas en tres sectores: una para los epidemiados, otra para los casos sospechosos, y finalmente una barraca para las personas que hubiesen estado cerca de los pestosos. Desconfiando de la capacidad de la población en colaborar con la Junta, Agnoli estableció varios premios pecuniarios. La Municipalidad compró en 5 soles cada rata muerta y pagaba una cantidad parecida a cada persona que denuncie el caso de un enfermo de peste.⁷

Entre los acuerdos más discutidos de la Junta estuvieron la clausura temporal de colegios, templos, circos y todos los lugares donde existiera aglomeración de personas. Esta prohibición se realizó bajo la falsa creencia que la reunión de personas podía crear focos de infección. Pero quizás la medida que causó mayor rechazo fue la absurda prohibición que en las casas se crien aves domésticas, perros, cuyes, conejos y gatos.⁸ Como lo sugiere la cita sobre la casa de vecindad, reproducida al comienzo de este artículo, la crianza de animales era una costumbre muy común entre los habitantes de la ciudad y seguramente una forma normal de complementar la dieta de los pobladores urbanos.

El énfasis que puso Agnoli en medidas que exigían un estricto control policial, alteraban las costumbres de la población limeña y enfrentaban a unos contra otros para que conseguir denuncias de enfermos de peste, sugiere las tensiones que se desarrollaron entre las autoridades sanitarias y la población.

7. "La Situación Sanitaria", *EC* Mayo 10, 1903, p. 1. Entre Enero de 1904 y Junio de 1905 la Municipalidad cazó 17,282 ratas y 547,222 ratones. (Agnoli 1906: 52).

8. "La Situación Sanitaria", *EC* Mayo 10, 1903, p. 2.

El desacuerdo se debía en parte a las profundas diferencias que existían con respecto a la percepción de los alcances de la epidemia.

3. *Reacciones Sociales e Individuales*

Una de las facetas más interesantes de la historia de la peste en Lima fue la cantidad de reacciones diversas que provocó. Aunque muchas veces parecieran tan sólo respuestas individuales también reflejaron intereses de grupos y clases sociales. En la sociedad de la época los médicos aun no habían legitimado totalmente su autoridad en la población civil. El saber científico no era considerado como la única respuesta posible a la enfermedad. Por lo tanto, muchas personas se creían con el derecho de discutir y rebelarse ante las disposiciones dictadas por las autoridades sanitarias, más aún si estas afectaban sus intereses y sus hábitos.

Entre las personas que no creían que los doctores tenían toda la verdad en sus manos estuvieron los comerciantes de productos farmacéuticos y los charlatanes, que proliferaban en la Lima de comienzos de siglo. Ellos existían entre otras razones, porque la Facultad de Medicina de San Marcos aún no había logrado producir una cantidad suficiente de médicos como para que estos monopolizarán el cuidado de la salud de la población (Cueto 1989: cap. 11). La mayoría de las personas pobres se autoatendía o recurría a curanderos generalmente de origen mestizo, a charlatanes comúnmente extranjeros y a herbolarios casi únicamente chinos. Durante la epidemia, muchos de ellos se las ingeniaron para confeccionar jabones, desinfectantes y remedios “maravillosos” que eran vendidos como salvación de la peste bubónica. Entre los más notables estuvieron: el “Jabón Fénico”, que aludía al nombre de un ácido; “Tanglefoot”, que además de evitar la propagación de la peste destruía las moscas; “Fernet Branca”, un licor que se tomaba como aperitivo antes de la comida; y la famosa “Legía Anti-bubónica” que, además de desinfectar, refrescaba el cutis, dejaba limpios los pisos de las habitaciones y mataba todo tipo de insectos.⁹

Pero no todas las personas se aprovecharon comercialmente del pánico. Lo que primó fue una sensación de impotencia ante la enfermedad y de rechazo al autoritarismo sanitario. Por el carácter de sus funciones el recientemente

9. Los avisos aparecen en: *EC* Mayo 27, 1903, p. 1.; *EC* Mayo 28, 1903, p. 1.

cuerpo de la policía de salubridad entró frecuentemente en conflicto con la población. Estas funciones incluían: permitir que las cuadrillas de desinfección desalojaran e incendiaran locales; llevar, muchas veces a la fuerza, a los pestosos al Lazareto; y vigilar que nadie se escapase de este hospital. Las protestas contra esta policía se dejaron sentir en todos los sectores. Señalando la paradoja de priorizar la casa de roedores en una ciudad que parecía producirlos, un artículo de *El Comercio* exigía que se otorgara un plazo para asear las viviendas en lugar de hacerlo compulsivamente debido a que: “El hecho de existir estas ratas en un lugar no es razón suficiente para mandar practicar en él una desinfección, porque habría que pedir al cielo que hiciese caer una lluvia de sublimado sobre toda la ciudad”.¹⁰

De mayor resonancia fue la resistencia que propietarios y administradores presentaron a la incineración de sus locales. Un caso característico fue el del Molino Milne, el foco original de la epidemia. La noticia que la construcción de una zanja a su alrededor era el prelude de la incineración, levantó la protesta de los accionistas ingleses del Molino y del mismo cónsul inglés.¹¹ Las protestas se extendieron a Chile, de donde venía buena parte del trigo y la harina que procesaba éste y otros molinos de Lima y Callao.¹² Para tratar de impedir la medida, los interesados llegaron a cuestionar la existencia de la peste. Según los propietarios, los trabajadores del Molino habían muerto debido a una intoxicación.¹³ No dejaron de existir profesionales médicos que se sumaron al coro de dudas y dictaron un diagnóstico favorable a los accionistas.

A pesar que la Junta Suprema de Sanidad acordó pagar el justiprecio del local, la oposición creció. Los comerciantes temían que se sentase un precedente que interfiriera en el comercio de trigo y harina de Chile. Asimismo, el Molino Milne había recibido recientes mejoras que habían aumentado significativamente su valor. Los dos edificios de los que constaba el Molino, levantados originalmente en 1875, albergaron en un principio un simple molino de piedra, pero en 1897 se instalaron los modernos cilindros británicos

10. “En la Municipalidad”, *EC* Abril 6, 1904, p. 2.

11. “La Situación Sanitaria”, *EC* Mayo 10, 1903, p. 1.

12. “La Bubónica en Iquique”, *EC* Mayo 28, 1903, p. 4.

13. “La Peste Reconocida Oficialmente”, *EC* Mayo 9, p. 2.

que le dieron una capacidad para emplear a 90 trabajadores y moler hasta 500 quintales de harina diariamente. Según los propietarios, el valor de toda la instalación ascendía a 45,000 Libras peruanas.¹⁴

Finalmente las presiones de los empresarios ingleses y chilenos se impusieron, y con el argumento que no tenía ningún sentido incendiar un local en una ciudad donde ya se había extendido la enfermedad, impidieron que la incineración se materializara. Un caso similar ocurrió en el ferrocarril que unía a Lima con el balneario de Chorrillos. Este ferrocarril estaba desde 1890 en manos de la Peruvian Corporation, una corporación de acreedores ingleses que habían recibido, entre otras compensaciones, la administración de todos los ferrocarriles del país. En la estación de la Encarnación en Chorrillos se encontraron ratas muertas y uno de los trabajadores había caído víctima del mal. La Municipalidad de Lima clausuró el tren, lo que provocó que el subgerente inglés del ferrocarril, exigiese una indemnización diaria.¹⁵ Nuevamente las autoridades dieron su brazo a torcer y levantaron la prohibición, pero advirtieron a la población que no usase ese medio de transporte.

Las respuestas de los sectores populares y —eventualmente de las clases medias y altas—, fueron generalmente de carácter individual. Una protesta generalizada fue contra la forma de tratar a los enfermos y de llevar a cabo los entierros. La prohibición de visitas en los hospitales, el aislamiento del enfermo de sus familiares, y sobre todo el entierro rápido y sin ceremonias de los pestosos (envueltos en una sábana empapada de solución de sublimado, sepultados a dos metros bajo tierra en ataúdes de zinc y con dos arrobas de cal encima), fueron profundamente resentidas por la población. Asimismo los familiares de los epidemiados se quejaban de ser considerados como “sospechosos” y ser aislados en barracas, “con grandes dificultades y molestias” (Agnoli 1906: 32). En una sociedad que tenía como una de sus costumbres el cuidado de sus enfermos y como uno de sus ritos fundamentales aquellos relacionados a la muerte, las medidas de la Junta fueron profundamente resentidas.

El enfrentamiento entre autoridades y población también se explica por dos diferentes concepciones sobre la curación de la enfermedad. La prioridad

14. “El Molino Mandado Quemar”, *EC* Mayo 10, 1903, p. 1.

15. “La Situación Sanitaria”, *EC* Abril 2, 1904, p. 1.

de las autoridades sanitarias que quisieron modernizar la salud pública era la prevención y en aras de ella se podía sacrificar a los que ya estaban enfermos. Por el contrario, la población consideraba que el principal deber era con los enfermos y no con los sanos. Esta concepción se desprendía del marco caritativo y asistencial en el que habían operado instituciones como la Sociedad de Beneficiencia Pública de Lima.

Muchos no creían que la enfermedad tuviese la capacidad de reproducirse. Popularmente se empezó a denominar “secas” a la enfermedad. El nombre provenía del hecho que cuando el paciente convalescía, los bubones supuraban y se secaban. Como esto ocurría en enfermos en franco proceso de recuperación se pensaba que esta era una entidad clínica no mortal. La negación de la enfermedad era el recurso habitual para justificar la resistencia a la aplicación de las medidas sanitarias. Según un médico, el pueblo no creía que la peste existiese, atribuía todo a inflamaciones de los ganglios y cuando se moría el paciente comúnmente lo atribuían al suero antipestoso (Pérez 1923: 70).

La desconfianza en los métodos sanitarios llevó a que muchas personas ocultasen la enfermedad o que huyesen del cuidado de los médicos. Es típico el caso de un servidor negro del Callao que cuando se le hizo el diagnóstico de la peste, huyó y se refugió en un fundo, donde murió al poco tiempo.¹⁶ El aislamiento de los enfermos de sus familiares se convirtió en una medida contraproducente puesto que sólo contribuyó a aumentar el número de casos “ocultos”.¹⁷ Hay que tomar en cuenta que el aislamiento completo era una medida radical que no había sido puesta nunca antes en práctica en la ciudad durante alguna de las epidemias del siglo diecinueve. Un editorial de *El Comercio* pidió alterar el rigor del aislamiento absoluto y que pudieran permanecer en sus casas “todos los atacados que tengan en ellas los medios de ser atendidos”.¹⁸ Invirtiendo la lógica de las autoridades sanitarias, el mismo editorial reclamaba que el traslado de los enfermos de peste al lazareto debía ser “una medida de protección a los enfermos mismos y no a los sanos”.

16. “Con el Alcalde de Lima”, *EC* Abril 2, 1904, p. 2.

17. E.L. Congrains, “Una Opinión Atendible”, *EC* Abril 11, 1904, p. 2.

18. “Editorial”, *EC* Abril 14, 1904, p. 1.

La opinión de *El Comercio* que obviamente favorecía a las familias de mayores recursos, no sólo reflejaba un deseo de atender en sus propias casas a los enfermos como había sido la costumbre secular de la mayoría de las familias acomodadas de la ciudad; reflejaba además la vergüenza que sentían muchos de los pacientes de estas familias en admitir que habían caído víctimas de un mal considerado típico de la clase baja. Como la mayoría de los enfermos provenían de los barrios más populosos y eran de raza indígena, la peste bubónica se convirtió en un símbolo de status social. Caer víctima de la peste era no sólo una desgracia física, era también la posibilidad de verse asociado a los prejuicios que conllevaba ser indio, vivir en un tugurio, y pertenecer a una clase social inferior. Sin embargo, como la peste se había extendido a todos los barrios y también atacaba a las familias pudientes, los “ricos preferían morir de riqueza”, ocultando su mal, antes que admitir que habían caído víctimas de la peste bubónica (Amorín 1930: 52).

El procedimiento que habitualmente se seguía cuando era detectado un caso de peste, consistía en llevarse al enfermo al Lazareto, aislar a la familia en la misma casa en que se había encontrado al enfermo, y deshacerse de las pertenencias del enfermo. Los enfermos eran conducidos al Lazareto en carros de zinc, contruídos especialmente para este objeto por la Municipalidad de Lima. Los carros proyectaron una imagen tenebrosa sobre los habitantes de la ciudad.¹⁹ El carro de zinc se hizo muy conocido en Lima, y fue denominado con mucho ingenio como “la carroza”, en una clara alusión a la poca vida que les quedaba a los que en ella viajaban. El conductor del carro, un “indio recio” que vivía en el Lazareto, había tenido que conducir numerosas veces “la carroza” en medio de turbas que lo apredaban.²⁰

Tan o más lúgubre fue la imagen popular del hospital de aislamiento de los pestosos que se construyó en 1904 en la entrada norte de la ciudad. El Lazareto de Guía fue creado con el fin exclusivo de aislar y asistir a los pestosos. Ubicado en medio de una pampa árida, quedaba fuera del radio urbano de Lima, ocupando un área de 10,000 metros cuadrados. La apariencia del edificio era intimidante pero precaria, contruído de madera, estaba rodeado de una valla de alambres y otra de calaminas. Contaba con un pabellón central donde se encontraba la administración, y cuatro pabellones adicionales;

19. “Carros para Apestados”, *EC* Mayo 30, 1903, p. 3.

20. “En el Lazareto de Guía”, *EC* Octubre 30, 1904, p. 4.

dos para internos varones y dos para mujeres. Es interesante mencionar que uno de los pabellones era para internos pagantes. Un periodista visitó el Lazareto y escribió una vivida descripción del Local. El autor se impresionó por las numerosas llaves y cerraduras que tuvieron que abrirse a su ingreso, y por el penetrante olor a ácido fénico que sintió en todo momento. No deja de ser algo tétrica y muy reveladora su imagen de las enfermas:

A través de los vidrios de una ventana, varias caras pálidas y demacradas de mujeres nos miran con sorpresa. Nos acercamos a la puerta de la barraca de mujeres. Algunas estaban vestidas ya convalescientes y otras, dos o tres, en cama, una de ellas era una india Carahilca que había ingresado el día anterior de la calle de Barbones. Algunos tenían vendajes bajo la barba y detrás de las orejas, en los sitios donde se había extraído los bubones. Casi todas estas enfermas eran de raza indígena.²¹

Al igual que en los otros hospitales de Lima, la mayoría de los pacientes del Lazareto de Guía fueron de raza indígena. De las 325 personas que se habían atendido en el Lazareto hasta fines de 1904, 170 eran de raza india y cerca de 69 mestiza (Boza 1916: 32). Estas cifras confirman otra vez quienes fueron los más expuestos a la enfermedad y quienes podían atenderse en sus propias casas. El aspecto demacrado de las enfermas que vio el periodista se explica por el tratamiento tradicional al que eran sometidos los pacientes del Lazareto. Todos debían mantener una dieta rigurosa de leche y agua de grama, una planta medicinal. La mayoría de enfermos quedaban muy débiles por la peste o como lo describe una feliz expresión de la época: “emaciados”, es decir morbosamente delgados. Su debilidad se acentuaba por tener que tomar un purgante salino cuyas virtudes cuestionaba un médico diciendo que en una enfermedad infecciosa aguda, que golpeaba el organismo, y debilitaba el corazón, era contraproducente un purgante que obraba por deshidratación (Amorín 1930: 41).

Los enfermos del Lazareto llegaban al período de convelescencia totalmente desnutridos como consecuencia de la gran intoxicación de la que se habían librado y de la exigua alimentación que habían recibido. Este tratamiento se remontaba al siglo diecinueve cuando se pensaba que la peste era una enfermedad esencialmente inflamatoria, y se recomendaba un tratamiento antiflogístico consistente en sangría, vómitos, agua fría, e incisión de los bubones. Todas estas medidas no alteraban para nada al bacilo de Yersin y

21. Ibid.

por el contrario debilitaban al paciente.²² Sin embargo, los pocos médicos que no creían en la eficacia de estas medidas tenían que enfrentarse no sólo a otros facultativos, sino a las religiosas que atendían en el Lazareto y se mostraban firmes especialmente con respecto a la dieta. Curarse de la peste no era para muchos más que la antesala para caer víctima de otros males que se ensañaban con un organismo debilitado. Los pacientes de raza indígena del Lazareto que curaban de la peste generalmente acababan por internarse en un hospital atacados de tuberculosis (Amorín 1930: 41-42).

Por ello no es extraño enterarse que el miedo hizo que fuesen contados los casos de personas que acudieron espontáneamente a atenderse al Lazareto. El temor se incrementaba por la alta mortalidad de este hospital. Solamente entre 1903 y 1905 la mortalidad sobre el total de casos atendidos en el Lazareto llegó a la elevada cifra de 52 por ciento (Ortega 1925: 2). Más aún, existía la creencia que las muertes en el Lazareto eran mucho mayores de lo que las autoridades declaraban y que estas realizaban entierros clandestinos.²³ Esta mortalidad era producto también del estado de gravedad de la mayoría de los que ingresaban al Lazareto. El temor al hospital hacía que los enfermos llegasen cuando el médico poco podía hacer. Una tesis de medicina revela —quejándose—, la percepción popular del Lazareto:

entre los obreros y campesinos, domina la falsa idea de los métodos brutales en cuanto a la atención médica de los pacientes dentro de este hospital; creen sinceramente que el ingreso al Hospital de Guía es el primer paso seguro que dan hacia la muerte, se halla tan profundamente arraigada esta idea en los hombres de nuestro pueblo que en muchas ocasiones los empleados de esta casa han tenido que librar verdaderas batallas con el enfermo ingresante, en sus puertas de entrada (Amorín 1930: 36).

El miedo, las reacciones sociales e individuales y la intervención de las autoridades sanitarias no ocurrieron sólo en Lima y Callao. Solamente entre Abril de 1903 y Junio de 1905, 1670 casos fueron informados en una comunidad serrana y ocho localidades del Perú (Lavorería 1905: 24-25). La extensión de la enfermedad y de la política sanitaria autoritaria al resto del país, es otra historia que describiremos en la última sección.

22. Una descripción histórica de los métodos utilizados para combatir y curar la peste bubónica aparece en Odicio (1911.)

23. Un diario opositor al régimen dio cuenta de este rumor en el artículo: "Carrozas Sospechosas", *La Prensa*, Abril 7, 1904, p. 8.

4. *La Peste en Provincias*

Cuando se hicieron públicos los primeros informes de peste en el Callao, el médico titular de Pisco, informó que había asistido a un marinero con los síntomas de la peste bubónica.²⁴ Desde entonces, la peste se dio simultáneamente en diversos puntos de la costa peruana. Entre 1903 y 1904 se extendió a los puertos de Mollendo, Pacasmayo, Piura, Salaverry y Eten. El Cuadro III ofrece un panorama de la marcha de la enfermedad en diferentes ciudades de la costa norte y en Lima hasta 1930. Las razones para la propagación de la enfermedad eran básicamente las mismas que en la capital, construcciones precarias, ausencia de sistemas de eliminación de basuras y poquísimas costumbres higiénicas.

Cuadro III
Casos de Peste Bubónica en la Costa Norte del Perú: 1903-1930

Quinquenio	Paita	Chiclayo	Pacasmayo	Trujillo	Lima	Total en La Costa Norte*
1903-05	254	282	377	106	533	1,873
1906-10	321	542	433	1,729	783	4,300
1911-15	45	444	367	978	611	3,649
1916-20	236	132	295	814	492	3,017
1921-25	169	230	140	422	699	3,448
1926-30	16	133	270	244	322	1,556
Total	1,041	1,763	1,882	4,293	3,440	17,843

Fuente: C.R. Eskey "Epidemiological Study of Plague in Perú with Observations on the Antiplague Campaign and Laboratory Work, September 31, 1931", United States Public Health Service, Foreign Governments, "Perú", File 0425, Box 237, National Archives, Washington.

* El total comprende además Sullana, Piura, Lambayeque, Santa, Chancay, Callao, Cañete, Chincha, Pisco, Ica, Camana, e Islay.

24. "Enrique Mestanza a Ernesto Odriozola, Pisco", *EC Mayo* 8, 1903, p. 2.

Un caso dramático fue el de Mollendo donde luego de presentarse en pocos días 19 casos, se declaró oficialmente la peste bubónica a comienzos de Agosto de 1903. Este puerto era la ruta de salida más importante para las mercaderías del sur del Perú así como de mercaderías bolivianas. Mollendo era también un lugar donde los barcos que traían el trigo y la harina chilenas descargaban o hacían escala. El temor a la peste hizo que el 60 por ciento de los 4,500 habitantes con que contaba el puerto emigrase a la ciudad de Arequipa. La ciudad estaba construida sobre un plano inclinado, provocando que las casas de madera tuvieran en su base un vacío llamado “sucucho” y que generalmente servía para el depósito de las basuras. Obviamente era el lugar preferido de las ratas. El médico enviado desde Lima, describió los “sucuchos” como “silos malolientes”. En esta localidad se repitieron muchas de las medidas tomadas en Lima como el establecimiento de una policía sanitaria, la construcción de un lazareto y la caza de roedores. En sólo una semana las cuadrillas organizadas en Mollendo mataron a 3,000 ratas.²⁵

En el importante puerto norteño de Pacasmayo se produjo la defunción del primer bubónico en Julio de 1903. Debido a las dificultades para coordinar las diferentes autoridades locales el gobierno envió a Biffi, el Director del Instituto Municipal de Higiene. Durante los 45 días que estuvo en el puerto, Biffi propuso la incineración de las viviendas como el medio de erradicación más eficaz. Como era de esperarse tuvo que enfrentarse a la oposición de los pobladores. Podemos imaginarnos a quién afectó más la medida cuando un testimonio de la época nos dice que con la incineración desapareció del puerto “toda la parte no seriamente edificada: chozas, canchones, tambos etc. Hoy solo quedan las casas construidas de adobe o madera”.²⁶ Asimismo, Biffi permitió a las familias más pobres migrar siempre que pasasen por un estricto control de desinfección. De este modo salieron más de 200 familias del puerto.

En Paita donde la peste asumió caracteres alarmantes la incineración de locales fue sistematizada. En 1905 se formó una Junta Incineradora, que con fondos de la Prefectura de Piura, se encargó de tasar y pagar las casas que iban a ser quemadas por insalubres.²⁷ Este importante puerto de entrada de la

25. Véase el informe del Dr. Ramón Ribeyro que aparece en: “La Peste en Mollendo”, *EC* Octubre 25, 1903, p. 2-3.

26. “La Peste en Pacasmayo”, *EC* Noviembre 8, 1903, p. 2.

27. “Libro de Actas pertenecientes a la Junta Incineradora, Tasadora y Pagadora, principiado el 5 de Agosto de 1905”. Archivo Municipal de Paita, Paita, Piura.

costa norte del Perú, estaba formado por casuchas de madera y caña de un solo piso que se levantaban sobre las calles de tierra. Según Manuel F. Zuñiga, el médico titular del puerto: "La naturaleza de las construcciones... se presta a las maravillas, para enclaustrar indefinidamente el germen de la peste. Pocas, poquísimas, son las casas susceptibles de desinfección".²⁸ Según este médico, no era muy eficaz la medida de la incineración debido a que por la falta de control, los propietarios volvían a edificar sus viviendas con las mismas características de insalubridad.

Los cuestionamientos a la política sanitaria fueron más abiertos en provincias que en la capital. La protesta contra el autoritarismo sanitario llegó a expresarse regularmente en los periódicos de provincias. Una publicación de Paita cuestionó la supuesta superioridad científica en la que se apoyaban la policía sanitaria:

detesto el terror con que espantáis, la tiranía sanitaria que ejercéis en nombre de vuestras fantasías, de vuestras especulaciones, de vuestros errores higiénicos. Pasarán siglos y siglos sin que conozcáis evidentemente la causa de la transmisión de las enfermedades. Haréis teorías que otros destruirán... sólo conseguiréis amargar la existencia al mundo, aterrando los pueblos, perjudicando el comercio, oprimiendo al proletario ...perseguir... nada de clínica, ¡Porque el médico moderno no necesita curar, su único ministerio es el ser agente de policía sanitaria!²⁹

Las políticas sanitarias contra la peste practicadas en las provincias también sirvieron para ahondar las diferencias sociales y actuaron como instrumentos de control social, como lo sugiere el caso de Piura donde una ordenanza municipal de 1904 prohibió el tráfico de mendigos por la ciudad de Piura. Esta disposición aducía que la mayoría de ellos provenían de Catacaos, una zona indígena y artesanal que estaba siendo atacada con mayor rigor que otras localidades por la peste.³⁰ En una presunción que tenía más de prejuicio social que de científica se pensaba que los mendigos eran

28. "Informe del Médico Titular de Paita acerca de la Peste Bubónica durante el mes de Agosto de 1905", en: *Registro Oficial de Fomento, Dirección de Salubridad Pública* (Lima: Oficina Tipográfica de la Opinión Nacional, 1905), pp. 171-172.

29. "Espanto Sanitario", *La Igualdad* Marzo 13, 1906, p. 2, Biblioteca Municipal de Paita, Paita, Piura.

30. "Prohibición del Ingreso de Mendigos de Catacaos a esta ciudad, 1911", Expediente Nº 17. Archivo Municipal de Piura. Piura.

“portadores de germen” de la peste. Similares medidas de control de mendigos y chinos pobres, inspiradas en argumentos antipestosos, se repitieron en otras ciudades.

La actitud autoritaria que asumieron muchas veces los sanitarios produjo una asociación en la población entre enfermedad y delito. La enfermedad era percibida como algo perseguido por las autoridades, algo que había que esconder para evitar caer víctima de un trato inhumano y peligrosas curaciones en las que no se creía. En Paita, así como en otras localidades, se produjeron numerosos casos de pestosos “ocultos” debido a familiares que escondían a sus enfermos o que enterraban clandestinamente a sus muertos. Ante esta situación el médico titular del puerto organizó una cuadrilla especial para ubicar a los enfermos y enviarlos al lazareto. Un informante que contactamos en Paita nos brindó una descripción de la forma de operar de esa cuadrilla donde se incluye el temor a las autoridades sanitarias:

Estaba comandada por un señor de nacionalidad chilena [y] tenía la finalidad de buscar en toda la población quienes eran los que sufrían de esta enfermedad... caminaban por todas las calles de Paita y una vez que escuchaban un gemido de alguna persona... marcaban la puerta con un aspa, con una tiza, y entraban los gendarmes y sacaban a quienes estaban enfermos por la bubónica... Los familiares generalmente a estos enfermos los escondían! Constantemente gemían estos enfermos, por eso los descubrían... ingresaban a buscarlos y a como de lugar, sacar a ese enfermo de bubónica... Algunos los llevaban a curar... y otros los enterraban vivos... Estos cargadores se llevaban a los bubónicos por la playa hacia el lazareto y allí los enterraban... este oficial chileno... era muy malo porque botaba en la zanja a un bubónico y estos bubónicos algunas veces en vida pedían que no los matara, que los curaran, entonces éste les tiraba una palanada de tierra y los ahogaba con todo, o sea que mucha gente ha sido enterrada de esa manera.³¹

Las reacciones de la población de provincias no sólo fueron de carácter individual como en el caso de Lima. En territorios donde la presencia del Estado era más débil ocurrieron verdaderas revueltas populares en contra de la imposición de medidas sanitarias. Un caso típico fue el que ocurrió en Diciembre de 1904 en Eten, una de las localidades del departamento de Lambayeque más golpeadas por la peste bubónica. Con motivo del intento de trasladar a un pestoso al Lazareto, más de 300 personas armadas se presentaron

31. Entrevista de Jimmy Abad Coloma con Marcos Cueto, Setiembre 21, 1989, Paita, Piura.

en la casa del enfermo para evitarlo, y luego de haberlo impedido atacaron la subprefectura y al lazareto con “balazos y pedradas” resultando varios heridos de gravedad. Sólo la providencial llegada de un piquete de gendarmes salvo la vida del médico titular y del resto de empleados del hospital. Finalmente las autoridades aprovecharon la oscuridad de la noche para trasladar al Lazareto al enfermo que había originado el levantamiento.³²

Pero no todo fue oposición en las provincias. Un caso de resistencia superado por la habilidad del médico se produjo en el departamento de La Libertad. El médico Luis McNulty fue enviado a Jayanca a comienzos de 1910. Los pobladores lo recibieron con frialdad bajo la creencia que iba decidido “a ultimar a los pestosos con las terroríficas inyecciones” (McNulty 1912: 53). Un día recibió la noticia que se estaba velando a un pestoso sin cumplir con la orden de enterrar inmediatamente el cadáver. El médico acudió al velorio y en medio de las protestas de familiares descubrió que el corazón del “muerto” aún latía. Furtivamente le aplicó el suero anti-pestoso y un enema que surtieron efecto. Gracias a esta sagaz curación se ganó la confianza de los pobladores quienes empezaron en creer en los poderes del doctor y facilitaron su labor.

Lo cierto es que ninguna de las medidas tomadas por los médicos enviados desde Lima fueron suficientes para evitar que la peste bubónica se hiciese endémica en la costa peruana. Para finales de la primera década de este siglo, prácticamente todos los puertos importantes como Mollendo, Pacasmayo, Salaverry, Eten, Paita, Huanchaco, Pimentel, Malabrigo, Cerro Azul, Chala, Chimbote, Huacho, Ilo, y Tumbes, convivían con la peste. Los departamentos más amagados fueron los de Lima, La Libertad, Lambayeque y Piura. La mayoría de pobladores de la costa se habituaron a que durante los meses de Noviembre a Marzo, es decir durante la estación del verano, se presentasen, con mayor o menor intensidad, casos de peste bubónica. Las autoridades sanitarias copiaron algunas de las medidas que se dictaron en Lima como la incineración de locales, la creación de una policía sanitaria, la instalación de lazaretos y de estaciones sanitarias. Asimismo a partir de 1905 se hizo obligatorio desinfectar los barcos que llegaban a todos los puertos con el aparato Clayton, un instrumento que dispersaba azufre y eliminaba a las ratas. Sin embargo la mayoría de estas medidas eran de carácter lenitivo y no afectaron el curso fundamental de la enfermedad.

32. J. Balta al señor Ministro de Gobierno y Policía, Diciembre 15, 1904, Ministerio del Interior, Ministerio de Fomento - 1904, Paquete 98, Archivo General de la Nación.

5. Conclusiones

La Peste no desapareció del país por obra de un cambio en la política sanitaria o por la introducción de una nueva tecnología médica. Los conocimientos médicos al alcance de los facultativos peruanos eran básicamente los mismos en 1903 y en 1930. Solamente cuando el gobierno de Augusto B. Leguía dió la ley 4126 en Mayo de 1920 que decretó el saneamiento de 32 ciudades de la República, la peste bubónica empezó una lenta pero segura declinación. Esta marcha descendente se debió fundamentalmente a la labor de pavimentación, agua potable, e instalación de hornos crematorios que dieron cuenta de los muladares, que realizó la Foundation Company, la empresa contratada por Leguía para implementar la ley. De mayor importancia fueron la progresiva utilización de cemento en las construcciones urbanas, la instalación de nuevas tuberías de fierro fundido en las ciudades, el aumento en la disponibilidad de una mayor variedad de alimentos, y una cierta mejora en los niveles educativos en la costa. Estas fueron medidas revolucionarias que redujeron las posibilidades de sobrevivencia urbana de las ratas, e incrementaron la nutrición, la resistencia a la enfermedad y los hábitos higiénicos de la población costera.

La declinación de ciertas enfermedades infecciosas en las ciudades de la costa peruana, que empezó a percibirse después de 1930, y con mayor intensidad en la década del cuarenta, tuvo un efecto social fundamental. Es un hecho poco estudiado como el control de ciertas enfermedades, como la peste bubónica y especialmente la malaria, fue uno de los grandes estímulos para la migración de la sierra hacia la costa durante el período 1940-1960, ya que hasta entonces estas enfermedades ocurrían principalmente en la costa donde atacaban sobre todo a los indígenas serranos. La desaparición de la barrera ambiental que significaban estas enfermedades, unido a otros factores sociales como la urbanización, contribuyó a la redistribución de la población del país.

La trascendencia de la peste bubónica en la historia del Perú del siglo veinte reside no tanto en los 463 casos que se produjeron en Lima entre Octubre de 1903 y Julio de 1905, ni en el 49 por ciento de los mismo que murieron (Agnoli 1930: 13). Tampoco en los poco más de 20,000 casos que se produjeron en todo el país entre 1903 y 1931.³³ En una sociedad donde los sectores

33. C.R. Eskey "Epidemiological Study of Plague in Perú with Observations on the Anti-plague Campaign and Laboratory Work, September 31, 1931", US Public Health Service, Foreign Governments, "Peru", File 0425, Box 37, National Archives, Washington.

populares decidieron generalmente esconder a sus enfermos y enterrar secretamente a sus muertos es difícil establecer el número exacto de casos. Su verdadero valor histórico reside en que consolidó la asociación oficial entre medicina y Estado y provocó la emergencia de una política sanitaria autoritaria que habría de perdurar en los años siguientes. Una política sanitaria que confiaba en que los recursos tecnológicos de la medicina podían por sí solos solucionar los problemas y enfatizaba un control policial que generalmente sólo servía para capear las crisis sociales que desataban las epidemias.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERKNECHT, Erwin
1965 *History and Geography of the Most Important Diseases.* Hafner Publishing Company, New York.
- AGNOLI, Juan B.
1905 *La Peste Bubónica en los Años 1903 y 1904, Memoria Elevada a la Alcaldía por el Inspector de Higiene.* Librería e Imprenta Gil, Lima.
- 1906 “La Peste en Lima. Informe que eleva a la Presidencia de la Junta Directiva de la Campaña Contra la Peste Bubónica en la Provincia de Lima”. *Boletín del Ministerio de Fomento-Dirección de Salubridad Pública*, vol. 2, Nº 2, Lima.
- AMORIN, Luis.
1930 “Mi Experiencia Personal en la Campaña contra la Peste”. Tesis de Bachiller, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- ARTOLA, Manuel; ARCE, Julián, y LAVORERIA Daniel E.
1903 *La Peste Bubónica. Informe presentado a la Academia Nacional de Medicina por la Comisión Especial Encargada de Estudiarla.* Imprenta Torres Aguirre, Lima.
- BIFFI, Ugo
1903 *Informe sobre Cremación de Basuras.* Librería e Imprenta Gil, Lima.
- BOZA, Julio
1916 “Contribución al Estudio de la Peste”. Tesis de Bachiller, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- BURGA, Manuel y FLORES GALINDO, Alberto
1980 *Apogeo y Crisis de la República Aristocrática.* Ediciones Rickchay Perú, Lima.
- CUETO, Marcos
1989 *Excelencia Científica en la Periferia. Actividades Científicas e Investigación Biomédica en el Perú, 1890-1930.* Tarea, Lima.

- CHAVARRIA, Jesús
 1972 “La Desaparición del Perú Colonial (1870-1919)”. *Aportes*, vol. 23, Paris.
- DELAPORTE, François
 1986 *Disease and Civilization, The Cholera in Paris, 1832*. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts.
- DUARTE NUNES, Everardo
 1986 *Ciencias Sociales y Salud en La América Latina*. Organización Panamericana de la Salud, Montevideo.
- ESTRELLA RUIZ, J.A.
 1937 *Prontuario de la Legislación Sanitaria del Perú*. Tomo III. Imprenta Americana, Lima.
- EYZAGUIRRE, Rómulo
 1906 “Demografía Sanitaria”. *Boletín del Ministerio de Fomento-Dirección de Salubridad Pública*, vol. 2, Nº 1, Lima.
- FOUCAULT, Michel
 1986 *El Nacimiento de la Clínica, Una Arqueología de la Mirada Médica*. Siglo XXI Editores, México.
- LASTRES, Juan B.
 1957 *Historia de la Medicina Peruana*. Tomo III. Editorial de San Marcos, Lima.
- LAVORERIA, Daniel A.
 1905 “Informe que Presenta a la II Convención Internacional de Washington el Delegado del Perú”. *Boletín del Ministerio de Fomento-Dirección de Salubridad Pública*, vol. 5.
- MCKEOWN, Thomas
 1976 *The Modern Rise of Population*. Academic Press, New York.
- MCNULTY, Luis
 1912 “Contribución al Estudio de la Peste en el Perú”. Tesis de Bachiller, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

- MILLER, Rory
1982 "The Coastal Elite and Peruvian Politics, 1895-1919",
Journal of Latin American Studies, vol. 14, Nº 1, Londres.
- ODICIO, Anibal
1911 "Contribución a la Seroterapia de la Peste". Tesis de Bachiller,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- OLAGOYA, Domingo
1904 *Memoria que Presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director correspondiente al año 1903*.
Librería Escolar e Imprenta C. Moreno, Lima.
- ORTEGA, Segundo
1925 "La Peste en el Perú, desde su aparición hasta 1924". Tesis
de Bachiller, Universidad Nacional Mayor de San Marcos,
Lima.
- PEREZ, Víctor
1923 "Algunas Consideraciones Relativas a la Etiología, Patogé-
nia, Tratamiento y Profilaxia de la Peste en Lima". Tesis de
Bachiller, Universidad Nacional Mayor de San Marcos,
Lima.
- PORTELLA, Juan Antonio
1903 "La Higiene en las Casas de Vecindad, necesidad de cons-
truir Casas Higiénicas para Obreros". Tesis de Bachiller,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- ROSEN, George
1985 *De la Policía Médica a la Medicina Social Siglo XXI*
Editores, México.
- ROSENBERG, Charles E.
1962 *The Cholera Years, The United States in 1832, 1849 and
1866*. The University of Chicago Press, Chicago.
- VALDIZAN, Hermilio
1924 *Los Médicos Italianos en el Perú*. Publicado por el comité
"pro-cociera italiana nell'America Latina", Lima.