

MODELOS SANITARIOS Y RESPUESTA POLÍTICA A LA “GRIPE ESPAÑOLA”. PERÚ 1918-1919

SANITARY MODELS AND POLITICAL RESPONSE TO THE “SPANISH FLU”. PERU 1918-1919

Augusto Ruiz Zevallos* <https://orcid.org/0000-0003-4378-4143>

Resumen

El artículo aborda la pandemia de “gripe española” en el Perú, focalizando su atención en el choque de dos modelos sanitarios: uno hegemónico, que combatía la pandemia mediante el aislamiento, el control y la represión de las poblaciones; y el otro, un modelo reformista médico-social que, con un planteamiento más amplio, incluía como factor causal de la enfermedad la condición social y económica de las personas, lo que derivó en la propuesta de una reforma integral, que garantizara la salud de la mayoría de la población. El artículo tiene cinco partes. En la primera, precisamos el nivel de protagonismo alcanzado por los médicos, en los principios del siglo XX. En la segunda, exponemos las teorías epidemiológicas en disputa y su aplicación al entendimiento y el combate de la gripe. En la tercera parte, presentamos el conflicto entre modelos sanitarios -y sus vínculos con las teorías en disputa- antes y durante el desarrollo de la “gripe española”. En la cuarta parte, describimos las acciones que ejecutaron las autoridades políticas y la discusión que estas generaron. Finalmente, se analiza la conflictividad política y social, como una batalla por el sentido, en la cual los contendientes prescindieron del problema de la salud, lo que no resultó favorable a los médicos reformadores que esgrimieron un modelo centrado en la medicina-social.

Palabras Clave: Gripe española, modelo sanitario, conflictos sociales y políticos

Abstract

The article deals with the “Spanish flu” pandemic in Peru, focusing on the clash of two health models: one hegemonic, which fought the pandemic through isolation, control and repression of the population; the other, a medical-social reformist model that, with a broader approach, included the social and economic condition of the people as a causal factor of the disease, which led to the proposal of a comprehensive reform that would guarantee the health of the majority of the population. The article has five parts. In the first, we specify the level of prominence achieved by physicians at the beginning of the 20th century. In the second, we present the epidemiological theories in dispute and their application to understanding and combating influenza. In the third part, we present the conflict between sanitary models -and their links with the disputed theories- before and during the development of the “Spanish flu”. In the fourth part, we describe the actions taken by the political authorities and the discussion they generated. Finally, we analyze the political and social conflict as a battle for meaning in which the contenders disregard the problem of health, which was not favorable to the reforming physicians who wielded a model centered on social-medicine.

Keywords: Spanish flu, health model, social and political conflicts.

Fecha de recepción: 22-03-2022 Fecha de aceptación: 31-01-2023

A finales de setiembre 1918, los diarios de Lima informaban con gran alarma acerca del incremento dramático de las enfermedades respiratorias. Los médicos advirtieron -aunque al principio lo dudaron- que estaban ante una epidemia de gripe no habitual y que se trataba de un fenómeno internacional, la “gripe española”¹. La pandemia gripal se desarrollaba en un contexto político donde el escenario discursivo se iba estructurando en relación con la coyuntura electoral por la Presidencia de la República y diputaciones de provincias, y la movilización sindical y popular. No obstante, las autoridades del gobierno, municipio y parlamento desarrollaron una serie de acciones y posturas con relación

a la pandemia sobre la base de las miradas y propuestas de acción que -no sin conflictos- se venían proponiendo desde el cuerpo médico. El curso que tomaron las miradas y acciones y su resultante es el problema que abordamos en el presente artículo. Nos propusimos estudiar la manera cómo se fue generando un conjunto de observaciones médicas ante ese desafío, sus aciertos y sus limitaciones, y las acciones que realizaron o dejaron de realizar las autoridades políticas (por supuesto dentro del marco de lo que entonces era posible realizar).

Los historiadores peruanos apenas se han mostrado interesados en el tema de la “gripe española” y su impacto en el Perú (Ruiz 2015a). Los años de 1918 y 1919 han figurado en la historia como un momento de grandes hitos en la lucha popular. Los obreros consiguieron la jornada de ocho horas laborales y realizaron una intensa movilización por la

1 Entre los países europeos, sólo en España se hizo público la propagación de la epidemia. Al no hallarse involucrada en la Gran Guerra (la primera guerra mundial, 1914-1918) el Estado no ejerció un control de las noticias, como sucedió en todas las potencias en contienda. De ahí que en las noticias internacionales se refiriera a la pandemia como “la gripe española”.

rebaja de las subsistencias. También los estudiantes lograron la reforma universitaria y reorientaron su movimiento hacia posiciones de izquierda. Gracias al conflicto social, Augusto B. Leguía (que había ganado en las elecciones) con ayuda del Ejército derrocó al presidente José Pardo y disolvió el Congreso donde no tenía mayoría, con lo que puso fin a un largo predominio de Partido Civil. Cientos de personas murieron por acción de las balas durante los saqueos y enfrentamientos con las fuerzas del orden. Fueron grandes acontecimientos que marcaron hitos decisivos para el posterior curso de la historia política del país. En parte esto ayuda a entender por qué la "gripe española" ha estado ausente en el discurso de los historiadores peruanos, a pesar de que esa pandemia, que envolvió al Perú, fue la más letal de la historia de la humanidad y a pesar de que desde hace dos décadas, debido a los pronósticos de una gran pandemia -estimulados por las irrupciones del AH5N1 (2003), del MERS (2003) y de la H1n1 (2009) todos ellos, virus que atacan severamente al sistema respiratorio- el tema se ha venido tratando en la mayoría de las academias de historia de Estados Unidos y de Europa. En estos países se ha abordado una variedad de problemas como el lugar del primer foco, su llegada a Europa en el contexto de la Gran Guerra, el número de muertes y en general de personas afectadas, de acuerdo con países y regiones, su relación con los niveles socioeconómicos, las respuestas de la comunidad científica y del Estado, el papel de la prensa y su representación en las artes y en la literatura². Los historiadores latinoamericanos, al investigar el impacto de la pandemia en sus países de origen, abordaron una serie de problemas como las vías de ingreso de la "gripe española", la cronología local de la pandemia, el papel de la prensa en la generación de alarmas, los patrones de difusión del virus, el comportamiento de los diversos sectores de la población, su diferente impacto en zonas rurales y urbanas y las medidas sanitarias³. Son de particular importancia para nosotros, por su relación con el tema que desarrollamos, los trabajos de Liane Bartucci (2004), sobre la divulgación del discurso médico en los sectores populares de Sao Paulo, y de Adrian Carbonetti y Dolores Rivero (2016), en torno a las ideas sobre la "gripe española" producidas en la medicina argentina. En una línea similar de análisis se encuentra el trabajo de Víctor Serrón (2011) sobre las relaciones entre el saber médico y las políticas del Estado uruguayo durante la pandemia gripal. Estos trabajos permiten observar que en algunas experiencias latinoamericanas las miradas de los médicos, a pesar de que podían ser diversas y

contrapuestas, por lo general integraron un horizonte conceptual de antigua data, al que se sumaba la incertidumbre y carencia de certezas médicas en relación con la gripe, y no derivaron en un enfrentamiento entre modelos sanitarios.

El nuestro sería entonces el primer estudio, realizado a partir del análisis histórico, es decir, por un historiador, de la llamada gripe española en el Perú. Sin embargo, sí existe una aproximación estadística, muy valiosa, hecha desde una perspectiva epidemiológica, desarrollada por médicos y matemáticos peruanos y extranjeros (Chowell et Al 2011). Se trata de una indagación cuantitativa, basada en registros de mortalidad que guardan archivos de las ciudades de Lima, Iquitos e Ica, que muestra una elevada mortalidad por gripe. Entre los resultados que esta investigación ofrece, son interesantes en particular los que se refieren a los patrones de comportamiento de la pandemia en esas tres regiones, discordantes entre sí, y las coincidencias y diferencias con respecto a Europa y los Estados Unidos. Sin embargo, es notoria en este estudio la exclusión del análisis de las zonas altoandinas donde, según los diarios de la época la pandemia se desarrolló con gran letalidad. Más aún por que los mismos autores describen el escenario peruano como "un país geográficamente diverso, con una amplia variedad de sistemas ecológicos que incluyen zonas costeras desérticas, tierras altas templadas y selva tropical" (p. 2). Con todo, el artículo es una contribución al conocimiento general de la pandemia de 1918-1920 con dos aportes fundamentales. El primero es una descripción cuantitativa de tres olas (previa ola heraldo de julio a setiembre de 1918) de la pandemia gripal en el Perú: 1) ola severa de noviembre a febrero de 1919, 2) una nueva ola severa de enero a marzo de 1920 y finalmente 3) una ola intensa de julio a octubre de 1920. El segundo aporte se refiere al cálculo de fallecidos a causa la "gripe española". Según los autores murieron alrededor de 50 mil personas. Sin duda, se trata de un buen punto de partida para proseguir con el estudio de una serie de aspectos que están a la espera. Entre ellos, el papel que los diversos actores, sus conceptos previos y sus producciones de sentido⁴, desempeñaron durante la pandemia gripal en una coyuntura de gran conflictividad social y política. En particular me interesan los modelos sanitarios, que se establecen en base a la interacción de médicos y autoridades, y la respuesta pública coyuntural.

Por modelo sanitario me refiero a un conjunto, aparentemente contradictorio, de teorías sobre las enfermedades y las estrategias para enfrentarlas. No empleo la expresión "paradigma", que suele aplicarse a las teorías sobre las causas de la enfermedad (Urquía 2019), porque si bien es cierto que las teorías comportan unas líneas de acción para combatir la enfermedad, las estrategias que siguieron las autoridades para enfrentarla se nutren de (o son

2 Una aproximación a los cambios en la historiografía de la "gripe española" en González-García 2013. Ver también Erkoreka 2020, Porras, M. 1914 y Ayora-Talavera 1999. Una ilustración de la microbiología de la gripe de 1918, "desde el bacilo de Pfeiffer a la reconstrucción del virus AH1N1", en Garaizar 2020.

3 Véase al respecto los trabajos de López & Beltrán 2012 para el caso de Chile; Hernández 2020 para El Salvador; Sobrado 2017 para Costa Rica; Rausch 2021 para Colombia; Soyano & E para Venezuela; Márquez Morfín & Molina del Villar 2010 para México. Abreu Junior 2018 para Brasil.

4 Es decir, el acto en el que los actores hablan y no sólo son hablados por el lenguaje previo.

permeadas por) varias teorías (en particular la dominante) pero también de consideraciones ideológicas, políticas, económicas, entre otras. Respecto de la pandemia gripal de 1918, nos referimos a un conjunto de políticas públicas establecidas previamente para enfrentar la enfermedad, fijar las dimensiones y funciones de las instituciones de salud, conceptos sobre la etiología, la sintomatología, los tratamientos, leyes y reglamentos sobre la situación legal de los enfermos y la capacidad de decisión del cuerpo médico. La respuesta política coyuntural, es decir las decisiones que asumen las autoridades del gobierno central, el municipio, el parlamento y los organismos de coordinación como los consejos de sanidad con relación a la pandemia, se realiza sobre la base del modelo sanitario establecido -que puede integrar las hipótesis de los paradigmas en disputa-, pero también sobre la base de una evaluación de factores extra sanitarios: económicos, políticos-electorales, institucionales, conflictos sociales, etcétera.

Debido a la naturaleza particular de los factores implicados (médicos y sus conceptos, respuesta pública coyuntural y conflictividad social y política), mi investigación se apoyó libremente en varias tradiciones teóricas y metodológicas. En primer lugar, tenemos a los aportes ofrecidos por la historia intelectual/conceptual que pone atención a los conceptos (en este caso los conocimientos médicos) a partir de los cuales los actores sociales e individuales (los médicos y los políticos) "hablan y son hablados". Para este acercamiento fueron de gran utilidad las ideas de filósofos como Heidegger (1987, 2000) o Austin (1971) y de historiadores como Skinner (2000), Kosseleck (1993) y Palti (2007) que ponen énfasis en el lenguaje no solo como instrumento sino también como contexto, como escenario, a partir del cual se hace posible el uso de determinados conceptos. No para considerar el lenguaje como determinante sino como una estructura (discursiva) dentro de la cual los sujetos pueden producir su propia interpretación y generar ideas específicas. La tarea del historiador es analizar, de manera concreta, cómo se dio dicho proceso. En este sentido las acciones e ideas de los médicos, se hayan inmersas en contextos discursivos (de referencia biológico-médicos en general, jurídico-políticos, etc.) sobre los cuales crean representaciones acerca de la realidad que enfrentan (las epidemias) y proponen cursos de acción (la respuesta sanitaria a la pandemia). Estos contextos discursivos se van formando en periodos relativamente largos y se van transformando a través de momentos puntuales y precisos. La historia de estas transformaciones, como se ilustra en este trabajo, está atravesada por conflictos entre los diversos sujetos históricos. La naturaleza de estos conflictos es contingente: puede estar ligada a factores generacionales y a la difusión de ideas, como también a factores políticos, la cercanía o la lejanía con los diversos tipos de poder establecidos, entre otros.

Una segunda perspectiva teórica la suministra la historia social de la salud. A diferencia de la historia tradicional -centrada en la acción de los médicos y su campo específico, que tuvo insignes exponentes con autores como Valdizán (1938) y Lastres (1956)-, la historia social de la salud reubica a los médicos en un entramado social mayor y en relación directa con los fenómenos sanitarios que tiene como centro a las poblaciones. Autores como Cueto (1989, 1991), Ruiz (1994), Parker (2002), Armus (2002, 2007), Porras (2008), Murillo (2009), Palma (2021), entre otros se encontrarían en esta perspectiva⁵. Finalmente tenemos a la perspectiva teórica que aporta la ciencia política aplicada a la historia (centrada en el análisis de coyuntura), que a la fecha no ha sido incorporada al estudio histórico de la salud, pero que ha tenido intensa aplicación en la historia social y política, con autores como Tilly (1978) y Tarrow (1997), para Estados Unidos y Europa, y Parker (1995) y Ruiz (2015b), entre otros, para el caso del Perú. Los enfoques teóricos surgidos a partir de los trabajos de Tilly y Tarrow, permiten entender las decisiones políticas de las autoridades o de los subordinados como respuestas racionales, basadas en gran medida en el cálculo costo/beneficio, que se dan como parte de una compleja interacción conflictual en la que se evalúan oportunidades y se acumulan o se pierden recursos políticos. Las decisiones de política sanitaria, como proponemos aquí, no pueden comprenderse al margen del entramado conflictual que se da en una determinada coyuntura.

En este sentido, nuestro trabajo combina métodos de análisis que proceden de la historia intelectual, que pone atención a los conceptos a partir de los cuales los actores sociales e individuales pronuncian un discurso (los conocimientos médicos, la igualdad o la seguridad, entre otros), con la historia social de la salud (centrada en las relaciones de los médicos no solo con la enfermedad sino con el Estado y la sociedad) y la historia política (centrada en los hechos principales de la coyuntura).

Aunque focalizado en la coyuntura de la pandemia gripal, especialmente los años 1918-1919, el artículo sitúa a los actores en los procesos políticos e intelectuales previos. En la primera parte describimos las relaciones entre médicos, Estado y sociedad para precisar el nivel de protagonismo alcanzado por los médicos en los principios del siglo XX. En la segunda parte exponemos las teorías epidemiológicas en disputa y su aplicación en el entendimiento y el combate de la gripe. En la tercera parte presentamos el conflicto entre modelos sanitarios -y sus vínculos con las teorías en disputa- antes y durante el desarrollo de la

5 Una inicial crítica a la historia tradicional de la salud, precisamente desde una historia social de la salud, se encuentra en Cueto 1989. La compilación de Armus (2002) -entre los que destacamos el trabajo de Parker- y su propia contribución dieron un nuevo impulso a la historia social de la salud, al presentar la enfermedad y los procesos de salud dentro de un conjunto socio-cultural que remiten a diversas manifestaciones del proceso de urbanización.

"gripe española". En la cuarta parte describimos las acciones que ejecutaron las autoridades políticas y la disputa que se generó a partir de las críticas de quienes consciente o espontáneamente planteaban un nuevo modelo sanitario para el Perú. Finalmente, exponemos el desenlace de esta lucha dentro de un escenario político mayor estructurado por la conflictividad político-electoral y los conflictos sociales, especialmente desde el movimiento laboral. Las fuentes que empleamos son diversas. Son de primera importancia los diarios y semanarios de la época, de Lima y de algunas provincias, pues ellos presentan de manera extensa y continua el impacto de la pandemia gripal en las poblaciones, a la vez que reflejan las tensiones que involucran a las autoridades municipales, prefecturales, parlamentarias y ministeriales. Otra fuente de primer orden son las publicaciones médicas, como *El Monitor Médico* y *La Crónica Médica*, que difundían los avances de la ciencia y ayudaban a procesar conocimientos médicos producidos localmente. Los documentos oficiales (*Boletines Municipales*, Memoria de los Hospitales, Memoria de la Sociedad de Beneficencia, *Diarios de Debates* del Congreso de la República, etc.) nos acercan a los actores que tomaban las decisiones políticas en torno a la emergencia sanitaria.

Cuerpo médico, Estado y sociedad

A partir de las reformas borbónicas, especialmente a finales del siglo XVIII, en un contexto de apertura a las ideas ilustradas, el cuerpo médico se convirtió en un actor importante para las políticas del Estado virreinal que buscaba salir de la decadencia económica en la que se hallaba España, y para ello, como decía entonces el doctor Hipólito Unanue, era necesario resolver el problema de la escasez de mano de obra, o sea acabar con la mortalidad elevada. Esto se lograría de la mano de la ciencia médica (Murillo 2009; Benavente Véliz 2006). Las relaciones entre médicos y Estado continuó con la llegada al Perú en 1803 de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (contra la viruela). Luego se crea la Junta Central de Conservación de la Vacuna (1806) y se crea el Real Colegio de Medicina de San Fernando (1811). Tras la independencia fueron creadas las Juntas de Sanidad en varias capitales de departamento (1826), la Casa de Maternidad de Lima (1826), la Dirección General de Beneficencia Pública (1826), la Facultad de Medicina de San Fernando bajo ideas de la ciencia médica moderna (1856) y el Hospital Dos de Mayo (1875). Se promulgaron algunas leyes y ordenanzas importantes (Salinas 2000, Salaverry García & Delgado Matallana 2000, Bustíos 2004). A pesar de estos avances, el concepto colonial previo a las reformas borbónicas en esta materia seguía siendo dominante. La salud era vista como un tema de carácter privado; la Iglesia administraba los hospitales bajo el concepto de la caridad (Paz Soldán 1914).

En su objetivo consciente de encaminar el papel del Estado en la gestión de los problemas sanitarios, el cuerpo médico, o para ser más exactos, su elite, en primera instancia

batallaba por lograr influencia dentro del Estado. También ganó prestigio en el seno de la sociedad -al igual que en otras capitales de América Latina- a tal punto que parte de su lenguaje empezaba a permear el léxico de intelectuales y políticos. Solo recordemos la famosa frase de Manuel González Prada refiriéndose al Perú como un organismo enfermo o a Joaquín Capelo quien se calificaba como "un médico de la sociedad". La aparición de revistas académicas (*La Gaceta Médica de Lima*, de 1856 a 1868 y luego de 1875 a 1879; *El Monitor Médico* de 1885 a 1899, *La Crónica Médica* de 1884 a 1970 y *La Reforma Médica* a partir de 1915), donde se publicaba sólidos artículos de doctores peruanos y se difundía los últimos avances de la medicina europea, consolidaba más el estatus que el cuerpo médico iba ganando en la sociedad.

El avance de la medicina se producía básicamente en un sector de la opinión pública, compuesto por personas ilustradas, empresarios y funcionarios del Estado y dificultosamente en el conjunto de la población -de la ciudad y el campo- donde los habitantes tenían modos de vida considerados por los médicos como favorables a la propagación de enfermedades, además de ideas tradicionales refractarias a la aplicación de los avances de la medicina, en particular a las vacunas. Para ser exactos, había una actitud mixta. En tiempos de epidemias las poblaciones de las provincias, a la vez que clamaban por doctores y medicamentos, también recurrían a las imágenes sagradas que cargaban en procesión, promoviendo de ese modo el incremento del contagio (lo que se replicó a lo largo de las décadas, incluso en los años 1918-1919 durante la pandemia gripal). Para reforzar las ideas de la ciencia médica en la población se publicaron en la segunda mitad del siglo XIX varias cartillas y folletos; por ejemplo, aquellos donde se exponía los efectos inmunológicos de la vacuna contra la viruela. Pero esa era una vía poco eficaz para ganar esa batalla. Estas realidades y su pretendida superioridad respecto a los modos de sanación de origen tradicional convencieron a los médicos de que era más efectivo lograr que sus ideas se conviertan en políticas públicas antes que esperar cambios culturales en las poblaciones, por lo que, entre otras medidas, los médicos esperaban que el gobierno decretara la obligatoriedad de la vacuna. Eso ocurrió recién a los finales del siglo XIX, en 1896, durante el gobierno de Nicolás de Piérola.

El salto más importante se dio en 1903 con la creación de la Dirección General de Salubridad Pública, como parte del Ministerio de Fomento (que hasta esa fecha disponía de dos direcciones: la Dirección de Fomento y la Dirección de Obras Públicas e Irrigación) Se trataba de una entidad de primer nivel en las decisiones de política. Como sostiene Marcos Cuetto (1997), el accionar conjunto de los médicos en la epidemia de peste sensibilizó a los poderes públicos. Con el paso de los años, la Dirección General de Salubridad fue ganando mayor campo de acción, aunque con un impacto limitado

en las poblaciones de provincias que, a través de sus representantes en el Parlamento, pugnaban por la designación de uno o varios médicos, con presupuesto del Estado. También editó periódicamente el *Registro Oficial de Fomento-Dirección de Salubridad Pública* (entre 1905 y 1910) y el *Boletín del Ministerio de Fomento-Dirección de Salubridad* (1905-1919). Este último, además de publicar estadísticas, elaboraba proyectos de ordenanzas, leyes y reglamentos orientados a educar a la población en prácticas sanitarias controlistas, afines al proyecto modernizador de las elites económicas y sociales. El editorial del primer número no pudo ser más explícito de su filosofía y de sus propósitos: "... el progreso de los pueblos depende más del número de vidas ahorradas, que, del guarismo de nacimientos, lo que soluciona la higiene respondiendo a la sociología con generaciones fuertes, sanas y capaces, y a la economía con el descenso de la cifra mortuoria, puesto que la salud y por lo tanto la vida larga, en época productora o con promesas de serlo, es el primero de entre todos los capitales". El vínculo entre sanidad y racionalidad económica, que había expresado tempranamente Hipólito Unanue, se mantuvo firme a lo largo del siglo XIX y comienzos del siglo XX, a veces con énfasis en los intereses comerciales, que en una epidemia se veían perjudicados por las cuarentenas; a veces con énfasis en los intereses del capital extractivo y productivo por la escasez de fuerza de trabajo. Ambos intereses se vieron perjudicados en 1918-1919.

Aunque afín a la política del civilismo -y en particular a la modernización que impulsaba- la Dirección de Salubridad también estaba al servicio de los objetivos generales de la profesión médica, especialmente la sanación y la conservación de la vida. En este sentido la Dirección de Salubridad significó la posibilidad de mayor poder para estos fines. Ahora se disponía de un organismo estatal compuesto por especialistas médicos, con carácter permanente y no episódico como el de las Juntas de Sanidad que se formaban desde inicios de la república para afrontar las emergencias sanitarias. El saber experto podría imponerse sobre la improvisación de personas sin conocimientos, pero con poder. Su radio de acción podía extenderse a nivel nacional; tuvo bajo su mando estaciones sanitarias y laboratorios. Pero en los hechos, la Dirección de Salubridad estuvo concentrada en los puertos y ciudades principales del país. Los hospitales, en su mayoría, antiguos y muchas veces insalubres, seguían bajo la jurisdicción de las sociedades de beneficencia.

Luego de la creación de la Dirección de Salubridad no hubo un hito institucional de la misma importancia. Desde su creación en 1903 hasta 1918, cuando se inició la pandemia de "gripe española", no se habían registrado cambios significativos en la situación sanitaria del país. La tuberculosis, el tífus, la fiebre y la peste bubónica atacaban una y otra vez a las poblaciones, mientras la mayor parte de los distritos del interior carecían de médicos y de medicinas. Cuando llegaban

lo hacían tras la aparición de alguna epidemia. Fueron constantes las solicitudes al poder ejecutivo y las gestiones ante el parlamento para que un distrito pudiera disponer de un médico. Durante la "gripe española" estas demandas se multiplicaron de manera exponencial. No solo en distritos alejados de las ciudades principales sino también en ciudades más pobladas como Huaraz, Iquitos o Huancayo, la inexistencia o existencia limitada de médicos y medicina o la falta de reemplazo cuando uno enfermaba y de reposición de medicamentos cuando se agotaban fue la noticia recurrente que transmitían por telégrafo los corresponsales o los universitarios en Lima que oficiaban de voceros de sus distritos ante el gobierno nacional y los diarios de la capital. En enero de 1919, cuando la epidemia gripal "ha grasado" (como se decía entonces⁶) a las poblaciones del interior del país, un editorial de *La Prensa* concluía que la Dirección de Salubridad no contaba con los elementos materiales necesarios para atender las solicitudes de auxilio "que le han sido y le continúan siendo dirigidas por las poblaciones de la sierra y de la costa invadidas por la peste gripal". Por lo general, continúa el diario, la respuesta se tradujo en el envío "de un pequeño lote de medicinas, cuyo valor excede muy pocas veces al de cinco libras". Solo en casos excepcionales, puntualizaba el editorial, cuando la ciudad era importante o se registraba un elevado número de muertes, "se ha hecho el nombramiento de un médico especial para combatir el flagelo", y aun así, precisaba, ha sido insuficiente. Para terminar con una epidemia "de carácter tan difusible y de tan temidos resultados (...) se requiere un numeroso personal médico, distribuido en todo el territorio de la república"⁷. Es decir, se requería toda una reforma médica.

Estas críticas, transmitidas por sectores del periodismo, eran en realidad producto de un nuevo esquema o modelo sanitario que venía elaborando un sector del cuerpo médico. Un planteamiento que buscaba impactar de manera diferente sobre las políticas públicas. Este sector, desde la academia, el periodismo e incluso el parlamento -como veremos luego-, estaba convencido de que, si bien la Dirección de Salubridad había representado un avance, con relación al periodo previo a 1903, en los hechos su progreso se había detenido y se requería una propuesta de mayores alcances. Se requería cambiar el modelo sanitario. Se podría decir que la "gripe española" no solamente reveló el nivel de influencia del cuerpo médico -que se había detenido en 1903 con su último hito importante, la Dirección de Salubridad-, sino también hizo visible las limitaciones que emanaban del tipo de conceptos con los que se tenía injerencia en las políticas del Estado. Lo que nos remite a las teorías hegemónicas y en general a los modelos sanitarios en disputa dentro del cuerpo médico y del espacio público.

6 De uso cotidiano en la prensa de entonces, el verbo "grasar" estaba asociados a aniquilamiento y destrucción de la vida. En ocasiones se empleaba arrasar en lugar de "grasar".

7 *La Prensa*, 18 de enero de 1919, p. 3.

La gripe y los médicos peruanos.

Teorías y experiencias.

Las teorías epidemiológicas y los médicos peruanos tuvieron una historia que siguió un curso parecido al de la mayoría de los países europeos y americanos. De la teoría humoral originada en el médico Hipócrates de la Grecia del periodo clásico -que sostenía que la enfermedad aparecía con el desequilibrio de los fluidos del cuerpo- y del contagionismo hegemónico desde los tiempos de la peste negra -con una política sanitaria centrada en las cuarentenas- se había pasado a fines del siglo XVIII al predominio de la teoría miasmática que encontraba las causas de la enfermedad en la propagación de malos elementos en el ambiente, como el miasma que se desprendía de la suciedad, el agua de las acequias, la descomposición de los cadáveres, entre otros. Hacia mediados del siglo XIX surgió la teoría del germen contagioso cuyo núcleo central es la hipótesis en torno a la existencia de microorganismos extraños que causan las enfermedades. En los finales del siglo XIX se registró el paso -no siempre total y definitivo- de la teoría del miasma a la teoría del germen contagioso de la mano de Koch y Pasteur (Byrne 2008: 260-264) que se expresaría en el concepto de transmisión (Czeresnia 1997). La emergencia y progreso de la bacteriología, con el tiempo hicieron que esta teoría se convirtiera, aunque no sin resistencias, en hegemónica en la comunidad científica.

La teoría miasmática, la terapéutica de ella derivada -entre otras la climatoterapia- junto a la construcción de alamedas y espacios ventilados, la creación de cementerios alejados de los domicilios, la canalización de excretas y saneamiento de las acequias, en suma, su repertorio de respuestas frente a las enfermedades epidémicas estaba en la base del modelo sanitario de las reformas borbónicas y de las primeras décadas de la república. Esta teoría tuvo efectos en políticas de reordenamiento urbano que contribuyeron a atenuar las epidemias. Posteriormente, aunque la aplicación de la vacuna va encaminando la apertura a un paradigma teórico alternativo este no aparecerá sino hasta los años 1880 con la llegada al Perú de las ideas del sabio alemán Robert Koch -quien aisló el bacilo tuberculoso y demostró su contagiosidad- que se instalaron en la medicina peruana en pleno combate contra la tuberculosis pulmonar (Núñez Espinoza 2009; Cueto y Rivera 2009). Si bien el antiguo contagionismo y la teoría del germen contagioso tenían cierta coincidencia, las prácticas que inspiraban para combatir la enfermedad eran diferentes. El antiguo contagionismo ponía énfasis en las cuarentenas, mientras que el modelo sanitario influenciado por la teoría del germen contagioso apuntaba al corte de la cadena de contagio mediante el control de las poblaciones. Sin embargo, muchas prácticas surgidas con las antiguas teorías reaparecieron o se propusieron una y otra vez, lo que remitía a diferentes criterios (político-internacional, económicos, teórico-médicos) que

adoptaban las autoridades. Por ejemplo, las cuarentenas fueron replanteadas durante la pandemia gripal (Escomel 1918) o sugerencias más radicales como la exclusión absoluta "de todo buque procedente de un lugar infectado" (Arce 1900 citado por Palma 2021:31), fueron propuestas a inicios del siglo XX. Estas y otras medidas, evidenciaron hacia finales del siglo XIX la formación de un modelo sanitario cargado de hibridez. Ese modelo enfrentaba y enfrentará después las epidemias y pandemias globales. Incluyendo a las pandemias gripales.

Las primeras epidemias gripales acontecieron en la Antigüedad, pero solo con la medicina moderna, a partir de los siglos XVI y XVII, se les empezó a tratar con preocupación, especialmente en Italia donde la bautizaron como "influenza", término que luego fue tomado por los ingleses (*flu*), y en Francia, donde la llamaron "grippe", expresión que fue incorporada por los países hispanohablantes. El léxico médico peruano a partir del siglo XIX incorporó ambas expresiones. Pero la gripe, a pesar de que podía ser mortal, no representó una prioridad. Frente a las terribles epidemias de fiebre amarilla y el cólera (que empezaron a azotar a poblaciones urbanas de gran parte de países, sobre todo con la aceleración del comercio mundial, que involucró al Perú y podríamos decir en general en América del sur (ver, por ejemplo, Rodríguez et Al. 2018), las epidemias de gripe fueron consideradas como algo estacional y secundario. En el Perú, epidemias gripales ocurrieron en 1818 y en 1851-1853 y luego fueron recordadas por los médicos, sobre todo esta última, conocida como "la ferrolana" porque coincidió con la llegada al puerto del Callao del buque español del mismo nombre. En 1865 hubo otra epidemia que fue bautizada como "el abrazo de Pinzón". Se trató de gripes de carácter benigno -según el reporte de los médicos⁸, epidemias que pasaron por la costa sin que causara alarma.

La "gripe rusa" de 1889 a 1892 fue la primera pandemia gripal de la historia⁹, la primera comparable a las pandemias de cólera o de fiebre. Azotó Europa y atravesó los cinco continentes, causando gran zozobra. Aunque de origen dudoso, se sabe que bajó de Rusia a Francia y desde ahí se difundió al resto del mundo. Se trató en este caso de un virus altamente letal. En Francia, por ejemplo, se contabilizaron entre diciembre de 1889 y enero de 1890 más de 5 mil personas muertas: "la inmensa mayoría de los fallecidos tenían más de 50 años" (Erkoreka 2020: 94). En el caso peruano, según los médicos de la época, la "gripe rusa" causó la muerte, especialmente en "personas de edad o los adultos valetudinarios"¹⁰. Esto ocurrió durante la segunda ola de julio a setiembre de 1892. No hay, de momento, manera de

8 "Influenza o Grippe", *Monitor Médico*, Año VIII, N° 171, p. 33-34. También ver La Crónica Médica X, 112, 30 de abril de 1893, p.6.

9 Ver Erkoreka 2020a y 2020b. Valleron et Al 2010

10 "La epidemia reinante", *Monitor Médico*, Año VIII, N° 173.

acercarnos al número total de muertes causadas por la "gripe rusa", pero si podemos decir que el año 1892 fue terrible. El hospital "Dos de Mayo" registró ese año un exceso en la mortalidad que se explica, según la autoridad, "por la epidemia de la influenza que grasó [sic] en esta ciudad y sus alrededores" (Aspillaga 1894: 84). Hay que recordar que, al igual que en las anteriores epidemias, la mortalidad en los hospitales fue menor que la mortalidad general ocurrida en los distritos de la ciudad, lo que posiblemente ocurrió también en localidades del interior del país. Como precisó una comisión de la Académica Nacional de Medicina en 1892, Lima, Callao y varias otras ciudades del Perú "soportaron los rigores de una cruel epidemia de influenza: flagelo que atacó a un gran número de sus moradores, que sembró el luto y la desalación en muchos hogares" (Academia Nacional de Medicina 1893: 121).

La expansión de la "gripe rusa" coincidió con el desarrollo de la bacteriología y su instrumental de laboratorio, especialmente en Alemania y Francia. En ese instante había en el Perú un escenario teórico de gran complejidad. Por una parte, se aprecia la existencia de firmes adherentes al antiguo contagionismo y al miasmatismo, dentro de la comunidad científica y sobre todo en la opinión pública. El ex presidente Cáceres recordó años después que en 1881, durante la resistencia, sus soldados enfermaban debido a "aaglomeración de gente en la quebrada de Chosica, harto encerrada y estrecha; las crecientes del Rímac, que infestaban la atmósfera con emanaciones palúdicas", además de la falta de higiene en el cuartel y de médicos (citado por Rodríguez 2022, p. 5). Incluso en 1918, un funcionario de la Sociedad de Beneficencia mostraba preocupación por la transmisión de germen de la gripe de los cuerpos de los muertos en los ataúdes durante los entierros¹¹. Por otro lado, hubo un grupo importante de médicos que, instalados en la teoría del germen contagioso, mantenían algunas hipótesis de la teoría del miasma. Finalmente hubo una tendencia, cada vez mayoritaria, centrada en la bacteriología, que había desechado por completo los resabios de teorías anteriores. Actitudes híbridas en lo teórico también se registraron con relación a la influenza. Cuando la "gripe rusa" se difundió con fuerza en la población, una primera comisión de la Academia Nacional de Medicina, considerando la teoría del contagio, introdujo en la explicación la variable climático-telúrica (las lluvias, los vientos y la temperatura atmosférica) que "ha influido poderosamente" en el desarrollo de la epidemia¹², mientras que un grupo de médicos tacneños ponían énfasis a la acción del germen sobre pacientes cardíacos, diabéticos "y muchos tuberculosos"¹³. La variable telúrica-climática permitía apoyar la tesis que sostenía un grupo de doctores sobre la reviviscencia y letalidad

en 1892 del germen que había entrado en 1890 o a fines de 1889, en contra de otros médicos que sostenían que el germen había sido recientemente importado con la llegada del buque chileno "Cachapoal" el 23 de julio de aquel año. Aunque había discusión, en general, las posiciones compartían la teoría del contagio. La segunda comisión de la Academia concluyó que ambas tesis no eran excluyentes entre sí, pues si bien el vapor chileno había traído griposos de Valparaíso, los médicos habían registrado casos de gripe unos días antes¹⁴. Por último, la tercera comisión tomaba en cuenta las condiciones sanitarias y económicas que favorecían la epidemia: "en muchos otros lugares de la república, desprovistos de recursos y de auxilios profesionales, la enfermedad germinó con vigorosa energía causando innumerables víctimas"¹⁵. En esta última visión estaba, embrionariamente, un modelo sanitario médico-social de la enfermedad. Pero esta posición, siendo meritoria, no fue la dominante. Las discusiones médicas fueron en otra dirección.

Dentro de los que se alineaban con la bacteriología, prescindiendo por completo de hipótesis miasmáticas, había una división entre quienes seguían a Richard Pfeiffer y quienes dudaban de su tesis y prestaban atención a otros hallazgos de origen bacteriano. Dos jóvenes médicos sustentaron sus respectivas tesis mientras cabalgaba la "gripe rusa" en el Perú. Uno (Cueto 1892) adhería a Pfeiffer, mientras que el segundo (Ybañez 1893) apelaba a más de un bacteriólogo. Pero ya para entonces, varios médicos seguían este último camino. El estreptococo y el estafilococo, descubiertos por Rosembach en 1884, y el pneumococo, por Fraenkel en 1886 (Urquía 2019), fueron introducidos como elementos de análisis para determinar su grado de participación en las complicaciones de la enfermedad. Fue así cómo los médicos de la Academia Nacional subrayaron el hecho que el agente infeccioso desencadenaba la agresividad de otros agentes patógenos (estreptococos, estafilococos y neumococos) que eran "los huéspedes habituales de la boca y del tubo respiratorio"¹⁶. Aunque daban importancia a las tesis del discípulo de Koch, eran conscientes de que "el bacilo de Pfeiffer está apenas en su principio". Uno de los integrantes de la segunda comisión había realizado análisis de sangre de un paciente "sin haber encontrado en ella parásito alguno"¹⁷. Lo único seguro era que había un "agente patógeno de la influenza" que, a través del aire o del polvo del suelo donde se desecan los gérmenes, la cercanía con personas infectadas, o mediante la ingesta de comida o el agua, penetraba por las fosas nasales o la boca, produciendo una gran perturbación en el organismo y la disminución de "los medios de defensa de este contra los otros microbios patógenos" y estos, desarrollándose libremente, "dan lugar

11 *El Tiempo*, 11 de diciembre de 1918, p. 4.

12 Academia Nacional de Medicina 1893a, p.122.

13 González et Al 1893, p. 373.

14 Academia Nacional de Medicina 1893b, p. 160.

15 Academia Nacional de Medicina, 1893c, p. 196.

16 Academia Nacional de Medicina, 1893b, Informe de la 2a Comisión, p. 162.

17 Academia Nacional de Medicina, 1893b, Informe de la 2a Comisión, p. 163.

a las complicaciones de la neumonía¹⁸. También se registraban -advertían los médicos- complicaciones cardíacas y gastrointestinales.

La fragilidad del conocimiento del agente infeccioso impedía la posibilidad de un medicamento específico para combatirlo. Por esta razón los médicos se dedicaron a ver la manera de impedir la enfermedad por medios profilácticos y, cuando se presentaba, atacando, en la medida de lo posible, sus complicaciones. Para ello prescribieron una serie de medicinas que habían sido usadas para la fiebre, la toz, la congestión nasal y la infección, como la antipirina, acetato de amoníaco, agua destilada, yodo, jarabe de corteza de naranja, alcohol, bicarbonato, éter, clorhidrato de morfina y la quinina, y una serie de propuestas de acción para combatir la pandemia en el Perú: el aislamiento de los enfermos, el cierre temporal de focos epidémicos -como colegios y cuarteles-, consumo de agua filtrada o esterilizada, limpieza personal y regular de boca y garganta con antisépticos aromatizantes para prevenir el contagio. Pero la profilaxis y el combate de las complicaciones de la enfermedad (salvar vidas) eran objetivos que la experiencia de la "gripe rusa" había demostrado difícil de generalizar, debido a la precariedad de la salud pública y el limitado radio de acción de los médicos. Aunque hubo al menos un grupo de médicos que lo expresó con claridad -la tercera comisión arriba mencionada- la mayoría permaneció encerrada en un esquema epidemiológico estrictamente médico biológico sin considerar la falta de recursos de las poblaciones y la ausencia de auxilio médico. El tema médico-social quedó entonces planteado, pero no se transformó en un pensamiento ni en propuestas de política que apuntaran a una reforma del modelo sanitario.

Así, al comenzar el nuevo siglo, la actividad médico-biológica siguió su curso, mientras que el virus de la gripe perdió letalidad y comenzó a reaparecer de manera estacional, en el Perú y el resto de países, con menos virulencia. Muchos más empezaban a dudar del bacilo Pfeiffer, sobre todo porque pronto se comprobaría que, como en 1892, en numerosos casos gripales no se registraba su existencia. Esto pasó con más frecuencia durante la pandemia gripal de 1918-1920. Entonces no se había comprobado todavía la existencia del virus de la gripe, el causante real, lo que ocurrió en 1933 cuando gracias al microscopio electrónico se aisló al virus en un paciente humano (Ayora-Talavera 1999: 59; Morens, Taubenberger & Fauci 2009). Sin embargo, en 1918 algunos médicos, entre ellos peruanos, entrevieron la posibilidad de un virus como agente infeccioso de la gripe.

Si bien, el tema del agente infeccioso específico permanecía aún en el misterio, "la gripe rusa" y el dolor causado quizás

más que sus lecciones, permanecieron en el recuerdo de los médicos y de la población en edad mayor a los 38 años, es decir quienes tuvieron al menos 10 años al momento en que sufrieron directa o indirectamente esa pandemia. Cuando en octubre de 1918 empezaron a aparecer los primeros casos de la "gripe española", a pesar de que los médicos con poder político (cargos públicos) la consideraban de carácter benigno, el diario *La Crónica* realizó una "alarma justificadísima", por la propagación de esta enfermedad, "que puede causar tantos perjuicios y desgracias como en su aparición en esta misma ciudad en 1890"¹⁹. Dos meses después, cuando empezó a causar gran mortalidad, el diario *La Prensa* manifestó su temor a que la epidemia estuviera "destinada a asumir los letales aspectos que tuvo el año 90, cuando cubrió de luto la ciudad entera"²⁰. En los días que siguieron el redactor comprobaría que la situación se pondría mucho más dramática. Los médicos veteranos y con poder político, especialmente en la Dirección de Salubridad, 28 años después, comprobarían pronto que nuevamente se enfrentaban a una epidemia de gripe de carácter global y de gran letalidad, que se expandía por las localidades pobres de la costa, la sierra y la selva del país, como había sucedido en 1892. Lo que tardarían un poco más de tiempo en entender era que, ante ese tipo de pandemias con elevada transmisibilidad y virulencia, el Perú no podía hacerle frente sin reformar el modelo sanitario.

Modelos sanitarios en conflicto hacia 1918

En conjunto, el cuerpo médico, desde el Ministerio de Fomento, ponía en marcha una política centrada en la prevención del contagio -promoviendo la higiene pública- y en su combate mediante una serie de medidas profilácticas o de curación que encajaban dentro de la utopía controlista de la elite social del país²¹. De las teorías científicas se desprendían tratamientos médicos y de manera implícita acciones de política sanitaria. Pero en los hechos las acciones no siempre guardaron relación con la teoría hegemónica. El modelo sanitario que imponía finalmente la autoridad política era el resultado de la pugna teórica en el seno del cuerpo médico y de la pugna de intereses económicos y políticos. Algunas veces fueron importantes las contradicciones entre médicos, políticos y empresarios. Este modelo sanitario, que era hegemónico entre los médicos en los finales del siglo XIX, se apoyaba en la tesis de que las epidemias propagaban "enfermedades evitables", haciendo abstracción de la condición social de los enfermos, salvo cuando se aludía al impacto de la cultura popular sobre la salud en los proletarios, "sugestionados por estúpidos pre-

19 *La Crónica*, 28 de octubre de 1918: 2.

20 *La Prensa*, 11 de diciembre de 1918: 5.

21 Entendemos por utopía controlista a la obsesión de las autoridades políticas por someter bajo control la fuerza laboral y en general las poblaciones. Aunque dotada de sentido por una variedad de actores, su objetivo principal era lograr la disciplina de la fuerza de trabajo y un espacio urbano puro, limpio y ordenado. Ver Ruiz 1994.

18 Academia Nacional de Medicina, 1893b, Informe de la 2a Comisión p. 164.

juicios, la más crasa ignorancia y la más completa desidia" (León García 1909: 35). Aunque se había incorporado algunas de las prácticas sanitarias empleadas en los años que dominaban el antiguo contagionismo, se apuntaba a una cuarentena más ligera, en los lazaretos, para inspeccionar, detectar el germen y desinfectar objetos durante el periodo máximo de tiempo. Las respuestas sanitarias se enfocaban en el análisis de laboratorio (de fluidos corporales, de agua y alimentos) para detectar agentes infecciosos (su letalidad, duración y fortaleza) y proceder al suministro adecuado de medicamentos, el manejo del tiempo de incubación de la bacteria, para la desinfección de la mercadería y su desembarque, y el manejo focalizado de la población para lograr el corte de la cadena de contagio mediante las desinfecciones de calles, casas donde hubiera enfermos, fumigación y limpieza de los muladares (esta última, una práctica que venía del periodo de hegemonía de la teoría del miasma), la atención y encierro de las personas contagiadas, para no afectar el circuito comercial y productivo. Aunque con argumentos propios, los médicos coincidían con los empresarios del comercio, la minería y la agroexportación al considerar las cuarentenas como inconveniente. Se trataba en suma de un modelo sanitario centrado en el análisis bacteriológico y en el control de las poblaciones. Algunos médicos en ciertas oportunidades parecían avanzar, concentrándose en la aplicación de medicinas y la hospitalización de los enfermos, pero seguir este camino demandaba salirse del modelo controlista y transitar hacia un modelo sanitario médico social. Para la mayoría el dilema era cuarentena o controlismo. A veces avanzaban, a veces retrocedían, pero no salían de ese esquema.

Figura 1.



Pero desde 1914, con la tesis doctoral de Carlos Enrique Paz Soldán (y 1915 con la fundación de la revista *La Reforma Médica*), aunque con antecedentes aislados y poco consistentes, empezó a tomar cuerpo una corriente de opinión que proponía a los peruanos un modelo sanitario médico-social basado en una teoría multifactorial de la enfermedad y un esquema de acción más amplio. Paz Soldán se basaba en su formación académica (la teoría del germen contagioso, su pasión por la historia de la medicina) y su propia experiencia como médico, que lo llevaron a sostener que las personas en estado de pobreza tendían más que los pudientes a enfermar y sucumbir ante las infecciones, especialmente respiratorias. Su reflexión política y social lo hacía solidario con los indios a quienes buscaba hermanar con los blancos y mestizos (aunque tenía aversión por los asiáticos). Un hecho decisivo fue su inspiración en el médico alemán Rudolf Virchow (García 1998: 29), el teórico de la medicina social, cuyo impacto se aprecia también en otros importantes médicos latinoamericanos como Salvador Allende, más tarde presidente de Chile (Waitzkin 2006: 4). En suma, el enfoque médico social de Paz Soldán, sin cuestionar la teoría del contagio, relevaba los factores sociales y económicos en la explicación de la enfermedad y miraba la atención médica y la asistencia social como un deber del Estado, en el marco "de los altos ideales de fraternidad patriótica y de justicia social", lo que implicaba toda una reforma que, con el fin de erradicar la miseria y el pauperismo, combatiese "los desequilibrios económicos generadores de la fortuna y de la riqueza" (Paz Soldán 1914: 38). "La mejor cuarentena es tener poblaciones saneadas"²². En dirección a esos fines, Paz Soldán proponía como un paso necesario una reforma sanitaria que sumara a la Dirección de Salubridad e Higiene Públicas del Ministerio de Fomento -encargada de la profilaxis, higiene y saneamiento-, una Dirección de Beneficencia y Asistencia Social, lo que, con el debido presupuesto, garantizaría una mejor salud de las poblaciones. Proponía, además, en el ámbito previsional, la creación del seguro obrero. Mientras que doctores como León García pensaban que la ignorancia y los prejuicios llevaban a los individuos a la enfermedad y ésta los condenaba a la pobreza, Paz Soldán sostenía abiertamente que la pobreza era una de las principales causas de la enfermedad, lo que afirmó no sólo en sus tesis o en revistas especializadas sino también en los artículos que publicó durante la "gripe española" en tres de los más importantes diarios de la capital -*El Comercio*, *La Prensa* y *La Crónica*- en los que firmaba con su nombre o como "Dr. Percy". El modelo médico-social de Paz Soldán fue compartido por parlamentarios con sensibilidad por la cuestión social, como Matías Manzanilla, cuyos discursos, "sostuvieron la conveniencia y justicia de la asistencia médica gratuita y obligatoria en los centros industriales apartados de las poblaciones" (Paz Soldán 1919: xv), por algunos médicos que eran senadores o diputados en

22 "La gripe 'ad portas". *La Crónica*, 18 de octubre de 1918, p. 2.

el Congreso nacional, como Mariano Lino Urquieta -quien venía de una experiencia socialista y liberal en Arequipa-, y médicos que simplemente actuaban a título individual como el doctor Raúl Florez Córdova y Augusto Dammer. Dentro del Congreso hubo médicos que, al igual que muchos otros fuera de él, no apoyaron la reforma sanitaria. Un proyecto de Ley de Reforma Sanitaria fue presentado al Congreso de la República en 1917, pero no contó con el apoyo y su discusión se postergó una y otra vez. Volveré luego a este punto.

Esas dos tendencias, una centrada en lo biológico y en el controlismo y otra que integraba el aspecto biológico a la problemática social para explicar la enfermedad y enfrentarla integralmente, se manifestaron al iniciarse la pandemia gripal en el segundo semestre de 1918, proponiendo medidas desde su propio marco conceptual. Los que se apoyaban en la teoría del germen contagioso estaban enfrascados en la ilustración bacteriológica y la investigación en el laboratorio, lo que, aunque no iba a la raíz de fondo, también era importante. Uno de estos médicos fue el arequipeño Eduardo Escomel, quien en el mes de octubre asistía a un Congreso en Río de Janeiro cuando estallaba la segunda ola de "gripe española" en Brasil. Escomel escribió un informe en el que daba cuenta de muchos médicos convencidos de que el bacilo Pfeiffer sólo era una bacteria implicada en algunas infecciones secundarias de la influenza. El peruano se encontraba entre los médicos del Congreso que comprobaron que la virulencia y otros hechos que se habían registrado en la pandemia hacían pensar que, con relación al agente patógeno, "no es la característica biológica del Pfeiffer que todos conocemos, lo que nos hace [concluir] que o bien se trata de una raza de bacilo modificada o bien existe algo más que aún ha escapado a las más esmeradas y sapientes investigaciones científicas". Si se ha presentado bajo la forma hipervirulenta, continúa Escomel, "o si se ha asociado a algún virus filtrante es pregunta que el tiempo solo resolverá" (Escomel: 1918)²³.

En general -y al margen del congreso de Brasil-, en la academia peruana si bien se consideraba al bacilo Pfeiffer importante para explicar las formas bronquiales de la gripe, eran más los que dudaban de que fuera el agente específico causante de la gripe²⁴. Incluso la Dirección de Salubridad, en su comunicado oficial conceptuaba la gripe como una enfermedad causada por la penetración en el organismo "de un microbio especial"²⁵. En diciembre de 1918 un artículo aparecido en *La Prensa* -probablemente escrito por un médico, por el tenor de la redacción- informaba que el agente infeccioso era desconocido: "mientras unos estiman que es el coco bacilo Pfeiffer, los franceses que es un virus filtrante

estudiado por Nicolle y Lebathy"²⁶. Se refiere, sin duda, al científico Charles Jules Nicolle -años después premiado con el Nobel- quien, en efecto, realizó importantes hallazgos sobre la causa y la transmisión de la fiebre recurrente e influenza pandémica, tracoma y leishmaniasis (Byrne 2008: 489). Otro médico limeño que se refirió al "agente x" como causante de la gripe fue el ya veterano Julian Arce quien, en 1919, mediante análisis de sangre practicados a pacientes hospitalarios, investigó sobre el impacto de la gripe en la capacidad del riñón. Arce, al comparar varios casos de enfermos graves y sin complicaciones, se preguntaba si la disminución funcional del riñón se debía a los gérmenes encontrados en el esputo (micro *coccus catarrhalis* y bacilo Pfeiffer, productos probables de la bronconeumonía) "o al agente específico de la gripe, todavía desconocido" (Arce 1919; 22). Paz Soldán ingresó también a ese debate y se refería a "el germen o gérmenes de la gripe" como responsables del incremento de la mortalidad por tuberculosis en esos meses, con lo que al mismo tiempo afirmaba que la gripe golpeaba a la población más vulnerable²⁷.

Los doctores que eludían el factor socio económico anhelaban una solución estrictamente biomédica a la pandemia de la gripe. Pero el desconocimiento del agente causal -como en los tiempos de la "gripe rusa"- no hacía posible "preparar eficazmente esos maravillosos fluidos curativos que han revolucionado la terapéutica de otras enfermedades"²⁸. Sin remedios específicos, en el corto plazo no quedaba más que atacar la sintomatología y recurrir a medidas profilácticas. La idea de una vacuna, como la de la viruela, era aún más remota. La terapéutica estaba centrada en medicinas que servían para combatir la fiebre y las infecciones, sobre todo cuando había complicaciones broncopulmonares, muy similares a las que se habían empleado en la anterior pandemia gripal. Eran medicamentos que se usaban en casi todos los países: antipiréticos y desinflamantes, en primer lugar, seguidos de expectorantes y estimulantes. Luego venían las medicinas con las que se buscaba un efecto antibacteriano. "Quinina, piramidol, aspirina, quina, kola, canela, esparteína, estrofantus, benzonato de soda, clorhidrato de amoníaco, terpina, gomenol y eucalipto" (Escomel 1918: 370). La aspirina fue una novedad en 1918 pero, no representó mayor contribución para atacar la gripe. El eucalipto era un paliativo recomendado por los médicos y por los sanadores

23 También en *La Prensa*, 10 de enero de 1919.

24 Lo que, recordemos, había comenzado durante la coyuntura gripal de 1889-1992.

25 "Consejos para la Gripe", *El Comercio*, 3 de noviembre de 1918, p. 5.

26 *La Prensa*, 7 de diciembre de 1918, p. 5.

27 "Cómo ha sido la gripe en Lima", en *La Crónica*, 5 de febrero de 1919, p. 7-8. El doctor Anibal Corvetto, en el mes de julio, sostuvo una idea que iría en otra dirección (la gripe no causa mortalidad en los tuberculosos), aunque se basó en enfermos en el Hospital "Dos de Mayo" y en el Preventorio "Juan Byron". Ver Corvetto 1919.

28 *La Prensa*, 7 de diciembre de 1918, p. 5.

chinos y peruanos²⁹. Estas y otras substancias eran administradas dependiendo de la situación del enfermo, es decir, no hubo un tratamiento genérico para esta enfermedad. La experiencia previa en la curación de la gripe, en Europa y en Perú -lo que se aprecia en *La Crónica Médica* de los primeros años del siglo XX- favoreció la posterior tarea. En este sentido, en lo terapéutico, algunos avances fueron registrados con relación a lo avanzado durante la "gripe rusa" de 1889-1922, y en lo profiláctico, era muy poco con relación a lo que se había hecho incluso antes de la "gripe rusa". Pese a ello, allí donde llegaban el médico y las medicinas, los tratamientos ayudaron al enfermo. Por ejemplo, en los hospitales "Dos de Mayo" y "Santa Ana", y en el "Lazareto de Variolosos", durante la ola de 1918 fueron atendidos 1,297 casos de gripe de los cuales murieron 187, lo que revela en parte una efectividad de los tratamientos y del cuidado hospitalario. Ahora bien: ¿llegó la asistencia médica a las poblaciones pobres? Los numerosos informes de reporteros de provincias a los principales diarios de la capital permiten concluir que no. Y en la ciudad de Lima donde, había más posibilidades que en el interior del país, la cobertura hospitalaria era limitada. En el "Dos de Mayo", como informó el doctor Augusto Dammer, a muchos enfermos graves, "cuyo estado de salud requería inmediata hospitalización, no se les recibía por falta de cama" (Dammer 1921:3). Esta situación se replicaba en Hospitales como "Santa Ana" para mujeres y en el de Huérfanos Lactantes. El resultado se reflejaría en las estadísticas: solo en Lima murieron por la gripe 15 mil personas durante 1918-1919 (Lorente 1926: 640). La triste realidad daba la razón a los reclamos de los médicos reformadores, entre los que se encontraba también Dammer quien en su informe de 1918 respaldó abiertamente "el proyecto del doctor Paz Soldán" (Dammer 1921: 4). En suma, aunque no hubiera esos "maravillosos fluidos curativos", los que estaban disponibles y el cuidado hospitalario funcionaban, pero hacerlos extensivos implicaba un nuevo modelo sanitario: apostar por el modelo médico-social.

A falta de esos medicamentos, los médicos que -con o sin intención- coincidían con los intereses comerciales, mineros y agroexportadores propusieron acentuar el aspecto controlista del esquema sanitario vigente. En el momento más álgido de la pandemia gripal el doctor Lauro Curletti -un ex director de Salubridad-, en respuesta a la acogida que los reformadores tenían en la prensa, publicó una carta donde defendía una política sanitaria "eficaz" para poblaciones de escasa densidad que no exigen, como en otras latitudes, de "valiosas obras sanitarias", pues en nuestro medio "lo más indispensable y urgente es crear hábitos de aseo". Ello se

lograría por medio de una intensa propaganda o por medio de la acción, recurriendo "a la violencia cuando fuese indispensable sacudir nuestra habitual indolencia". Claramente se trataba de una respuesta a Paz Soldán, Dammer, Urqueta, Flores Córdova y otros médicos que planteaban la reforma sanitaria, comenzando por la fusión y reorganización de las instituciones. Por ello consideraba que es un error "crear organizaciones complejas y dispendiosas". En su concepto el problema se resolvería con "medidas de policía urbana, rural y marítima". Para ello proponía trasladar la Dirección de Salubridad "al Ministerio de Gobierno" normalmente encargado de la seguridad y represión³⁰. Era la utopía controlista en su expresión más represiva.

La defensa del doctor Curletti resultaba poco convincente ante la realidad de la pandemia. En 1918-1919 el avance por momentos incontenible de la enfermedad y el incremento de las muertes, hacían ver que las medidas de higiene encaminadas a cortar la cadena de contagios siendo algunas necesarias -aunque sin violencia- no eran suficientes. De ahí la credibilidad que empezaba a ganar la tesis de la reforma sanitaria, especialmente en los editores de los diarios *La Prensa*, *El Comercio*, *La Crónica* y *El Tiempo*, que se mostraron favorable al discurso de la reforma médica basado en el fortalecimiento de la vida y la salud de las personas. Por ejemplo, *La Prensa* en enero de 1919 puntualizaba que "si el proyecto de ley orgánica de sanidad y su complemento de rentas especiales [...] hubiesen sido oportunamente aprobados, tendríamos seguramente los organismos profesionales adecuados y los recursos económicos indispensables para llevar a cabo en estos momentos una vigorosa campaña sanitaria"³¹. *El Comercio* y *La Crónica* publicaron los informes de Paz Soldán que mostraban, con datos estadísticos, la elevada mortalidad en Lima con relación a Buenos Aires y Sao Pablo. Para el médico reformador la mortalidad estaba íntimamente asociada a la pobreza y a la falta de atención médica estatal: "la creciente miseria de nuestras clases proletarias" que eran víctimas "del alza de precios de las subsistencias, de la vivienda pobre, insalubre y cara". A lo que se agregaba "las perturbaciones biológicas determinadas por el pésimo estado sanitario"³². Mientras funcionarios del Estado y algunos médicos culpaban a los pobladores y sus hábitos culturales por propagar la enfermedad -como lo había hecho antes el doctor León García-, Paz Soldán culpa al Estado por no darles protección. Estos pobladores "sacan procesiones esperando del Cielo lo que la patria no es capaz de darles", sentenciaba³³.

29 Los herbolarios y chinos recetaban jarabes y mentoles importados de la China. Y a pesar de sus servicios, fueron perseguidos cuando se desarrolló la cuarta ola de gripe española en el Perú. En general los curanderos chinos o peruanos fueron perseguidos. Ver: "El ejercicio ilegal de la profesión médica". En: *La Crónica*, 4 de agosto de 1920, p. 3. La hostilidad contra los sanadores chinos tenía antigua data. Ver Palma y Ragas 2018.

30 "Una Carta del doctor Curletti". *La Prensa*, 20 de diciembre de 1918, p. 6.

31 *La Prensa* 18 de enero de 1919, p. 3.

32 "El balance demográfico de la gripe en Lima en 1918", *La Prensa*, 7 de enero de 1919, p. 4.

33 "Revelaciones de la actual epidemia de la gripe", en *El Comercio* 4 de enero de 1919, p. 4.

Los médicos reformadores, en medio de una pandemia que se iba extendiendo por toda la república, llevándose "a todos aquellos que heridos por la miseria han sido incapaces de defenderse de sus agresiones", mostraban compasión no solo por los muertos sino también por los que sobreviven a una enfermedad de seis días "y un malestar de setenta", sobre todo por las personas de escasos recursos, la mayoría. Las personas con recursos "pueden perfectamente atender a su restablecimiento". Pero los pobres, que solo viven de su ingreso diario, "cómo van a poder hacer frente a la reconstitución de su organismo"³⁴. Mientras los médicos centrados en combatir el germen, actuaban fríamente proponiendo más control, los médicos reformadores mostraban empatía con el sufrimiento de la población y proponían una política estatal de gasto público extensivo, sin ahorrar dineros, de modo tal que se garantice la asistencia a los enfermos de todos los rincones del país y ganar "en salud y riqueza sanitarias". Y entonces "veremos cuánto beneficio reportará a la nación el esfuerzo y el dinero así empleados"³⁵.

Pero ese no era el razonamiento de la mayoría del cuerpo médico. Al final, un modelo sanitario hegemónico (basado en la teoría del germen contagioso y que incorporaba prácticas del miasmatisismo, incluso del antiguo contagionismo) sumado a la inexistencia de remedios y vacunas específicas, junto a la falta de voluntad por parte de las élites sociales (o a la inviabilidad política) para implementar un modelo sanitario médico-social en el Perú, hicieron que las respuestas tuvieran una orientación predominantemente controlista, lo que, de algún modo, fue la causa del incremento del número de muertes.

Las autoridades políticas durante la pandemia

De manera concreta, el controlismo se manifestó en conjuntos de medidas de carácter regional, colectivo e individual. El primero estaba referido básicamente a la inspección a los buques, a los pasajeros y a los objetos. Si era detectado uno o varios casos infecciosos debían trasladarse a los pasajeros a un lazareto, un espacio de aislamiento al cuidado de los médicos³⁶ (hasta que la enfermedad pasara o la persona falleciera). Algo similar se indicaba en el reglamento de ferrocarriles: "las personas atacadas de enfermedades infectocontagiosas, molestas o repugnantes" debían ser trasladadas en coche aparte (Perú. Poder Ejecutivo 1904). Pero teniendo en cuenta las magnitudes de los afectados por la gripe, resultaba inviable una reclusión masiva en los lazaretos como en 1903, 1904 y 1905, cuando murieron 52 por

ciento de los detenidos (Cueto 2000: 48). El segundo tipo de acciones controlistas tenía que ver con la prohibición de concentraciones de personas, permanentes (colegios, cuarteles) y eventuales: actos religiosos, manifestaciones masivas, asistencia a cafés y espectáculos. La Municipalidad de Lima, que tenía bajo su jurisdicción el funcionamiento de las escuelas y colegios, el 10 de noviembre de 1918 resolvió suspender las clases durante quince días; el puerto del Callao lo había hecho con anterioridad. La prohibición de asistir a los sepelios también fue otra recomendación que las autoridades llevaron a la práctica. También se proponía la desinfección de calles y casas de la población: en esta oportunidad la desinfección se aplicó de manera intensa. En una entrevista el doctor Latorrería mostraba estadísticas de las desinfecciones que su Dirección realizaba a las casas de los infectados³⁷. Además, se insistía en limpiar paredes y pisos con creso y solución de mercurio. La desinfección de escuelas, lugares de espectáculos, trenes, autobuses, calles y el interior de algunas casas fue una acción que desplegaba el municipio con una convicción que venía del combate a las epidemias anteriores, como la de peste bubónica (Cueto 1991; Chávez Zúñiga 2021), y que, en el caso de la gripe, era de una efectividad incierta. El tercer tipo tenía que ver con una restricción (la obligación de declarar la enfermedad de los afectados o de algún familiar, como se hacía para los casos de viruela) y con recomendaciones útiles para evitar contraer la enfermedad: lavado de manos y de los alimentos, beber agua hervida, evitar los cambios bruscos de temperatura y "evitar en lo posible el beso entre los sanos" (Escomel 1918: 375). Las personas que cuidaban familiares con gripe "deben cubrirse la cara con máscaras que se amolden perfectamente a las facciones". Se indicaba la manera en que empleando gasa se debía crear las mascarillas³⁸. La Dirección de Salubridad, cuando la pandemia empezó a golpear con fuerza, mandó a imprimir miles de cartillas de salud para evitar la gripe y las distribuyó por las principales ciudades del país.

Para apoyar estas acciones el gobierno central, convocó a un Consejo Superior de Higiene, integrado por el director de Salubridad del Ministerio de Fomento, El alcalde, el decano de la Facultad de Medicina, el jefe del Instituto de Vacuna y otros médicos. La decisión recordaba a las antiguas juntas de sanidad, sobre todo por el hecho que cuando se autorizó el funcionamiento de consejos de higiene en ciudades de provincias, aparecieron como "juntas de sanidad"³⁹. Si bien no en Lima, donde incluso el alcalde pertenecía al cuerpo médico, en muchas ciudades la decisión de convocar a esos consejos amplios abrió la puerta a personas sin conocimientos y con intereses particulares. Por ejemplo, en el Callao

34 Paz Soldán, "Combatamos la Gripe", *El Comercio*, 29 de diciembre de 1918, p. 7

35 Paz Soldán, "La política sanitaria y la gripe", *El Comercio*, 19 de diciembre de 1918, p. 1

36 Había lazaretos en Paíta, Piura, y en la Isla San Lorenzo, frente al Callao; luego, al estallar la "gripe española" se abriría uno nuevo en el antiguo local de los variolosos, en la ciudad de Lima.

37 *La Prensa* 16 de diciembre de 1918, p. 3.

38 *El Comercio*, 5 de noviembre de 1918, p. 4.

39 Ver, por ejemplo: "Junta Departamental de Sanidad", en *El Heraldo*, de Ica, del 24 de agosto de 1920, donde además se aprecia una fuerte presencia de conceptos miasmatisistas.

la Junta Litoral de Sanidad, además de médicos, incluyó al "señor Florentino Vincés, propietario y al señor Lincoln La Rosa, vecino notable del Callao" y propuso, entre otras medidas, "no prohibir los espectáculos públicos"⁴⁰. A diferencia del Callao, en Lima se procedió al cierre de cinemas, teatros y otros locales y del cementerio general. Sin embargo, no quedó del todo claro las intenciones tras de algunas decisiones del Consejo Superior de Higiene. Por ejemplo, el comercio de frutas con el Ecuador, suspendido en la primera reunión, fue reabierto a los pocos días. Del mismo modo, la prohibición del envío de aparatos florales a las casas de los familiares en situación de duelo fue revocada tomando en cuenta "el enorme perjuicio que (...)significará para los dueños de jardines"⁴¹. Es decir, no quedaba claro si esas decisiones se tomaron con absoluta autonomía, se trate de priorizar la salud o de cuidar la economía nacional, o si se tomaron para salvaguardar el interés privado. Más incierta todavía, debido al nivel de transmisibilidad de la gripe, fue su inclusión dentro de las enfermedades que deberían declararse obligatoriamente. En diciembre de 1918 en Lima murieron 276 personas del total de 396 fallecidas en todo el año, es decir casi el 70 por ciento murió de gripe en solo un mes⁴². Lo que supone la existencia de varios miles de contagios. Por ello, la medida que obligaba a la declaración de enfermedades contagiosas, pensada para detectar casos tempranos de enfermedades menos transmisibles como la tuberculosis o la peste, para la gripe carecía de sentido práctico.

El gobierno también dispuso la designación de médicos que atenderían gratuitamente a los más pobres de la ciudad y destinó partidas especiales a las municipalidades de ciudades importantes. Alcaldías del interior del país también lo hicieron, aunque en fechas distintas⁴³. La designación de médicos para los distritos fue una medida esperanzadora, saludada por la prensa. En aviso público en los diarios, el Ministerio de Fomento, a través de la Dirección de Salubridad, informaba que atenderá al público hasta las 8 de la noche a través de una oficina que recibiría los pedidos de atención médica domiciliaria. Las medidas contemplaban el funcionamiento de farmacias de modo permanente y la entrega gratuita de medicamentos para las personas pobres⁴⁴. Sobre la venta de medicamentos, el municipio, en coordinación con la Dirección de Salubridad, estableció un control de los precios de los medicamentos, "con el objeto de resguardar los intereses del público contra posibles abusos de los propietarios y conductores de farmacias", como declaró el doctor Laverería, director de Salubridad⁴⁵.

40 *El Comercio*, 22 de diciembre de 1918, p. 2

41 *La Prensa*, 17 de diciembre de 1918, p. 3

42 Sin contar las muertes por neumonía y bronconeumonía, que en diciembre también estuvieron muy por encima de la tendencia habitual. *El Comercio*, 7 de enero de 1919, p. 4

43 *La Prensa*, 2 de noviembre de 1918, p. 3.

44 *La Crónica*, 2 de enero de 1919, p. 2.

45 *La Prensa*, 16 de diciembre de 1918, p. 3.

La oportunidad y los alcances de las medidas que tomaron las autoridades sanitarias fueron motivo de debate público.

En muchos distritos de provincias, periódicos opositores del alcalde o del prefecto denunciaron negligencia o inacción de sus autoridades. Por ejemplo, en Pisco, departamento de Ica, el prefecto convocó a una junta de notables "en vista de la desidia del municipio que no ha tomado medidas contra la gripe"⁴⁶. Y en Chimbote, departamento de Ancachs, donde se propaga con gran rapidez, "la municipalidad es lo mismo que si no existiera"⁴⁷. En Izcuchaca, Huancavelica, "la municipalidad no toma medida alguna para combatir el mal; no hay medicamentos"⁴⁸. Son sólo algunos de los muchos casos. Las partidas especiales fueron consideradas pequeñas por los municipios, especialmente por la Alcaldía de Lima. Ica recibió 200 mil libras peruanas que invirtió en la desinfección de la localidad y no pudo cubrir el valor de las recetas "pues el subsidio no alcanza para hacerlo"⁴⁹. Otras municipalidades se quejaban porque el apoyo del gobierno solo consistía en un botiquín con escasas medicinas y muchos demandaban la presencia de al menos un facultativo. Editoriales y reporteros de provincias afirmaron que el margen de acción de las autoridades era en extremo limitado. Sabemos que la pandemia gripal se ensañó también con más fuerza con las poblaciones de Iquitos e Ica (Chowel et. Al 2011)⁵⁰. Pero en la sierra -en Áncash, Apurímac y Huánuco-, donde las campanas de los templos amanecían redoblando y "las calles parecían cementerios", no fue menos dolorosa. Un reporte desde Huánuco, citado por el diario *La Crónica*⁵¹, informaba que la gripe a diario "mata a dos o diez personas, los médicos no se dan abasto, las boticas despachan 200 recetas diarias cada una, todos los días". Continuaba el redactor de Huánuco, contando que la ocupación diaria de los huanuqueños de 4 a 5 de la tarde es acompañar cadáveres y darles sepultura. Sería pues conveniente, opinaba *La Crónica*, "que las autoridades atiendan en la mejor forma posible la sanidad de esa región"⁵². Otro caso es el de Ticapampa, en Ancach, donde según un reporte, "el 40 por ciento de la población ha desaparecido". A propósito de esta situación el diario mostraba su solidaridad con lugares "donde la falta de recursos y elementos sanitarios son tan manifiestos que resulta pequeño todo esfuerzo que se consagre a destruir la enfermedad"⁵³.

46 *La Prensa*, 18 de diciembre de 1918, p. 1

47 *El Comercio*, 28 de diciembre de 1918, p. 6.

48 *La Prensa*, 7 de diciembre de 1918, p. 5

49 *El Herald*, 2 de agosto de 1920, p. 2.

50 Chowel et. Al 2011.

51 6 de enero de 1919: 5.

52 *La Crónica*, 6 de enero de 1919, p. 11.

53 *La Crónica*, 18 de enero de 1919, p. 5.

Figura 2.

Publicado en Lima y Callao, los días 1.º, 3.º y 5.º de cada mes. Autoridad en otros periodos, trimestres. Autoridad en el extranjero, semestres.

El Comercio

TELÉFONO DE LA ADMINISTRACIÓN 1711
NÚMERO 10011
TELÉFONO DE LA REDACCIÓN 1111

FUNDADO EN 1839 LIMA, DOMINGO 8 DE DICIEMBRE DE 1918 NÚMERO 37.566

COMBATAMOS LA GRIPPE

La gripe ha entrado en sus reales...

Tratamiento preventivo

Como se contagia

Régimen preventivo

Tratamiento práctico directo

Tratamiento abortivo



Enfermera norteamericana de un hospital de Nueva York, en donde se cuida a personas atacadas de gripe. La enfermera lleva la máscara de gas para protegerse contra el contagio, sobre la que muestra una pequeña etiqueta con explicación detallada en el curso de la enfermedad.

Los críticos señalaban que las medidas demoraban en ponerse en práctica debido al entrampamiento de las tramitaciones. Ese fue el caso de la designación de médicos y sus practicantes para cada distrito de la capital. Más aún, los críticos comentaban que muchas de sus disposiciones fueron contraproducentes. Por ejemplo, la suspensión de clases solamente por 15 días y su restablecimiento cuando comenzaba la mortalidad por la pandemia era una medida inconveniente. La postergación de la respuesta a la pandemia para el invierno de 1919 ("toda la actividad de la Dirección [de Salubridad] es para el futuro"), bajo el supuesto de que el verano, que se aproximaba, sería desfavorable al germen (por lo que "le quedan al mal unos pocos días más") puso al descubierto la desconexión de la más alta autoridad sanitaria, el doctor Abel Olaechea, con la experiencia de la gripe, sobre todo cuando apelaba a lo ocurrido "entre nosotros durante los años 1891 y 1892"⁵⁴. El doctor Olaechea tuvo que renunciar, pero su reemplazante, el doctor Daniel Laverería, también fue criticado por los médicos reformadores. Laverería, minimizando la pandemia, habló en *La Prensa* de alarmas infundadas y del "terror que se ha querido sembrar en la gente"⁵⁵. Lo secundaba el decano de la Facultad de

Medicina, Ernesto Odriozola, quien se refirió a una situación que, "no siendo tan grave como se ha creído erróneamente"⁵⁶, había que afrontarla. Refutando estas declaraciones el "Dr. Percy" (Paz Soldán) mencionaba que, en sólo un día, el 12 de diciembre cuando lo peor no había llegado todavía, hubo más muertes por gripe (28 en total) que en todo el año 1915 (19 muertos) y que en todos los meses de 1916 (13 muertos)⁵⁷. La tendencia al incremento acelerado de fallecimientos se irá acentuando en los siguientes días, advertía Paz Soldán. También fue blanco de críticas el permitir que los cinemas y salas públicas de espectáculos siguieran funcionando la mayor parte del tiempo. El cinema, hacia 1918, era una de las atracciones habituales de los sectores populares, especialmente de la población joven, que en el Perú y la mayor parte del mundo fue la más golpeada durante la pandemia. Los lugares de apuestas, regentados por inmigrantes chinos, eran frecuentados por la clase obrera. "Deben ser clausurados estos antros de contagio", editorializó *El Tiempo*⁵⁸. Permitir su funcionamiento era colaborar con la propagación de la enfermedad.

54 *El Tiempo*, 29 de octubre de 1918, p. 3.

55 *La Prensa*, 16 de diciembre de 1918, p. 3.

56 *La Prensa*, 17 de diciembre de 1918, p. 3. Sorprendentemente Olaechea, Laverería y Odriozola habían combatido a la "gripe rusa" 28 años atrás.

57 "La política sanitaria de la gripe". *El Comercio* 19 de diciembre de 1918, p. 1.

58 *El Tiempo*, 1 de diciembre de 1918, p. 2.

Las principales críticas de los doctores reformistas y de los diarios que los apoyaban apuntaban al reducido gasto público. Aunque no se aprobara una Ley Orgánica de Sanidad, la realidad de la pandemia imponía decisiones inmediatas sin escatimar recursos. En lo inmediato había que atacar la enfermedad, dándole prioridad al enfermo. "Sin gripe no hay gripe" afirmaba Paz Soldán, recordando al mismo tiempo "la dificultad para prevenir los contagios", por lo que las medidas controlistas, desinfectantes y todas aquellas que apunten al aislamiento del germen de la gripe, resultarán insuficientes. Esta realidad, continúa el doctor, "obliga a la autoridad sanitaria a tomar su actividad oficial en el sentido de rodear a la asistencia de los atacados de todas las garantías científicas y económicas posibles". Si los enfermos fueran asistidos, la pandemia "no ofrecerá sus brutales avances"⁵⁹.

Si bien fue un paso saludable la designación de médicos para atención gratuita a los enfermos, destinar 7 doctores para una ciudad con más de 140 mil habitantes, la mayoría pobres, era, además de un sacrificio para esos médicos, poca ayuda para la mayoría de los vecinos. Además, llegaba con retraso. "Está visto que sólo a estímulo de la opinión", concluía el doctor en el mismo artículo, se deciden a tomar medidas, "que siempre son tardías y que ocasionan en la inmensa mayoría de las veces despilfarro de los dineros públicos".

Conflictividad política y social y la respuesta pública

Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1918 y los primeros meses de 1919, mientras se desarrollaba la "gripe española", la escena política se caracterizaba por una doble conflictividad. En primer lugar, había una intensa conflictividad a nivel de las élites, acentuada porque en mayo de 1919 se realizaría las elecciones presidenciales. La conflictividad se dio al interior de Ejecutivo debido al quiebre de la alianza oficialista como también de su propia mayoría en el parlamento, a causa de intereses regionales, lo que era aprovechado por los sectores que se agrupaban entorno a la candidatura de Leguía y por sectores militares que planeaban sublevarse. En segundo lugar, se registraba un intenso auge en la protesta popular, acicateada por la debilidad gubernamental descrita y el alza de los precios de los alimentos, y motorizada por la organización obrera liderada por el anarquismo, que logró articular a sectores amplios de la población en torno de sus principales reivindicaciones: la jornada de las 8 horas y luego la rebaja de las subsistencias. En noviembre de 1918, el gobierno estaba debilitado por la conflictividad y pendía sobre él la amenaza militar, y por ello, tratando de recuperar terreno, el parlamento, a iniciativa de Pardo, apruebo la Ley de la jornada de ocho horas de trabajo para mujeres y niños. Las convicciones civilizatorias del civilismo jugaron un papel en esa decisión, pero la necesidad

política explicaría el momento de la decisión (Parker 1995). Sin duda, la aprobación de las ocho horas para niños y mujeres fue para los trabajadores un aliciente muy eficaz para ir a la huelga. Pero también fue un aliciente el contar con el apoyo del leguismo, quien a través de *El Tiempo* y de políticos ligados a las organizaciones sindicales, alentaba la protesta obrera para asegurar su triunfo electoral y desestabilizar al gobierno. Se había configurado lo que Tilly (1978) y Tarrow (1997) denominan una estructura de oportunidad política (Ruiz 2015b).

Aprovechando esa situación, en términos generales, en los finales del gobierno de Pardo se produjeron olas de protestas en Lima, El Callao, pero también en Cuzco, Huacho y en otras regiones del país. Hubo conspiraciones militares y mucha actividad política local, fundamentalmente electoral, que implicaron manifestaciones públicas en ciudades y poblados. En enero de 1919 el presidente José Pardo promulgó la Ley de ocho horas para todos los trabajadores, lo que animó al movimiento obrero a organizar la lucha por las subsistencias, que tuvo su momento cumbre a fines de mayo con un violento paro. Fueron meses en los que varias agendas previas se desplegaron en acciones; agendas del gobierno, de la oposición leguista y del movimiento laboral limeño, mientras que en la sierra sur el movimiento campesino iniciaba un nuevo ciclo de protestas.

Esta situación tiene relación con la pandemia gripal en un sentido doble. Por un lado, es obvio (lo era entonces para las autoridades y para sectores de la población) que las manifestaciones públicas favorecían la propagación del virus. En noviembre de 1918 al producirse el fin de la primera guerra mundial, se realizaron varias manifestaciones celebrando el hecho, en Lima y algunas ciudades del interior del país, lo que habría favorecido la propagación del virus de la gripe. Pero en esa línea de interpretación, más importante fueron la protesta obrera y popular y las manifestaciones electorales no solo en Lima sino también en provincias. Por ejemplo, *La Prensa* en la misma columna en que se informaba de la gripe y de "la desidia del municipio" daba cuenta de un mitin de protesta de las sociedades obreras "contra las intrigas hechas para anular las últimas elecciones"⁶⁰.

Por otro lado -y esto es lo que me interesa subrayar- en el terreno del discurso la competición electoral y la conflictividad social estaban planteando agendas alejadas del problema sanitario. El civilismo y otras fuerzas políticas, tanto en el Ejecutivo como en el Congreso eran sensibles a la demanda obrera y popular. La oposición y el oficialismo competían por ganar su apoyo. Y las demandas que las autoridades, en el Ejecutivo y en el Congreso, especialmente en Diputados tenían que atender eran básicamente dos: jornada de ocho horas y control del precio de las subsistencias.

⁵⁹ Paz Soldán, "El Estado y la actual epidemia de la gripe". *El Comercio*, 14 de diciembre de 1918, p. 1.

⁶⁰ *La Prensa* 18 de diciembre de 1918, p. 1.

La demanda sanitaria no figuraba en la agenda del movimiento popular -por una decisión de los líderes anarquistas cuya explicación remitiría a otro análisis. Además del periodismo la brega de los médicos reformadores no tenía más apoyo que una minoría dentro del cuerpo médico y dentro del poder legislativo.

Cuando en octubre de 1918 el senador y médico Mariano Lino Urquieta logró el apoyo en el senado para un proyecto de Ley Orgánica de Sanidad y lo presentó a la Cámara de Diputados para su deliberación⁶¹, esta lo encarpetó aduciendo supuestas faltas constitucionales y sobre todo el hecho que la iniciativa contemplaba la inclusión de personas ajenas al Congreso (médicos de la Academia Nacional de Medicina y de la Facultad de San Fernando). Se habló de la pretensión de formar una "comisión bastarda con elementos extraparlamentarios"⁶² La mayoría votó porque no se discuta y que pase a comisión de Higiene y de Constitución. Uno de los diputados que apoyaban la reforma, el señor Pinzás, comentó: "Enviando el proyecto a comisión, seguramente dormirá ahí, como duermen la mayoría de proyectos en las comisiones" (Cámara de Diputados 1919: 195). Y, efectivamente, así fue. El año siguiente, la legislatura se vio truncada por el golpe de Estado que dio Leguía con apoyo del Ejército y la Ley pasó al olvido.

Sin embargo, aunque no se aprobó una ley orgánica de sanidad, la magnitud de la pandemia y la prédica de los reformadores abrió el camino para importantes cambios en las políticas de salud. Muchos médicos ajenos a los reformadores modificaron su perspectiva con el enfrentamiento a la pandemia gripal. Uno de ellos fue el doctor Escomel, quien al comprobar que la gripe se iba extendiendo hacia localidades periféricas, durante la ola recrudesciente de la "gripe española" de setiembre de 1920, "en las que la miseria hace aún más aflictiva la situación de sus moradores" a quienes no alcanza "recurso médico ni farmacéutico de ninguna especie". Concluía Escomel que la grave situación se debía a la misma gripe "como por el pánico consiguiente a la falta de una norma médica" (Escome 1920: 2-3). Prácticamente todo el periodismo ventiló la necesidad de una reforma sanitaria. En 1920, el Congreso Constituyente, convocado por el presidente Augusto B. Leguía, recogió algunas ideas y las incorporó al artículo 55 de la Constitución: "El Estado establecerá y fomentará los servicios sanitarios y de asistencia pública, institutos, hospitales y asilos, y cuidará de la protección y auxilio de la infancia y de las clases necesitadas". La constitucionalización del derecho a la salud fue un gran paso importante. Y eso, sin duda, fue producto de la discusión en torno a la reforma médica que la "gripe española" redimensionó.

61 "Ley de Sanidad. 14 de octubre de 1918". Ver: Cámara de Diputados, 1918, pp. 914-195

62 Fueron las palabras del diputado Sánchez Palacios. Cámara de diputados 1919, p. 178.

CONCLUSIONES

Al comenzar el siglo XX, la respuesta del Estado a los problemas sanitarios, fue en algunos grados mejor con respecto al periodo anterior (sobre todo con la creación de la Dirección de Sanidad dentro del Ministerio de Fomento), pero, debido a un enfoque médico biológico (centrado en el combate a la transmisión de gérmenes patógenos, mediante el uso de desinfectantes en calles, casas y medios de transporte, el control de las poblaciones y, limitadamente, subsidiariamente con la asistencia a los enfermos), la morbilidad y mortalidad de la población seguían siendo elevadas. Las enfermedades endémicas, como el tifo y la viruela, aparecían de modo intermitente, incluso en el mismo año de 1918, sin que las respuestas del Estado fueran suficientes.

La aparición de la "gripe rusa" en el Perú entre 1889 y 1892 que, como en el resto del mundo, causó estragos en las poblaciones, alertó al cuerpo médico por el ingreso de un germen de gran letalidad y rápido contagio; suministró la base conceptual, la experiencia y la terapéutica que sirvió para tratar la gripe en los años que siguieron, incluso hasta 1918 cuando irrumpió la "gripe española"; y puso en alarma sobre todo a un reducido grupo de médicos que, contra la tendencia dominante, platearon la importancia de los recursos sanitarios y económicos.

Sin embargo, en general, la mayoría de los doctores permaneció encerrada en el modelo sanitario vigente. Muchos de ellos (Odriozola, Olaechea, Laborería, García y otros), 27 años después de la "gripe rusa" continuaron en posiciones de poder dentro de la estructura del Estado, siendo su actuación durante la pandemia de "gripe española" desafortunada, a juzgar por sus críticos, los médicos reformadores.

La pandemia gripal de 1918 fue una oportunidad para la colisión, en el seno de la opinión pública, de dos modelos sanitarios. De un lado, estuvo el modelo hegemónico que tenía su principal fuente epistemológica en la teoría del germen contagioso, aunque sumaba prácticas que venían de teorías anteriores como el antiguo contagionismo y, sobre todo, el miasmatismo. Todas ellas, dentro de una tradición ideológica más envolvente que denominamos utopía controlista y que en 1918-1919 tuvo en el doctor Lauro Curletti, ex director de Sanidad, su más radical exponente. De otro lado, un modelo reformista médico social sustentado en un enfoque explicativo multifactorial de la enfermedad que incorporaba la teoría del germen contagioso en un planteamiento mayor en el que destacaba el paradigma teórico que ponía en relieve la condición socio económica de las personas.

La "gripe española" dejó en evidencia que la respuesta política a la pandemia, basada en el modelo sanitario dominante, que enfatizaba el aislamiento, la represión y control de poblaciones, resultaba ineficaz debido a la alta

transmisibilidad de la gripe. La elevada mortalidad, puso en evidencia que el trabajo de los médicos que sostenían el modelo sanitario vigente tenía sus límites en las mismas concepciones que les habían permitido avanzar con cierto impacto positivo en la política Estatal. Al mismo tiempo hizo que los médicos reformadores se presentaran como el sector que ostentaba las alternativas necesarias para encaminar la solución al problema de la salud.

Estos médicos pugnaban por implantar una política sanitaria de Estado basada en la justicia social, lo que implicaba considerar la salud como un derecho de las poblaciones y al mismo tiempo como un deber del Estado. Una meritoria actuación correspondió al doctor Carlos Enrique Paz Soldán cuya prédica fue agregando a otros médicos (Dammer, Urquieta, Flores Córdova, Escomel) a la propuesta de un nuevo modelo sanitario que buscaba generalizar la atención médica, el cuidado hospitalario, un sistema previsional y en general el combate de los desequilibrios económicos.

También hubo médicos (Arce, Crovetto, Eyzaguirre, Escomel) que aportaron a partir del estudio de sus pacientes. Se dudaba del bacilo Pfeiffer como causante directo de la gripe, actitud que tenía sus raíces en tesis de bachiller de un joven médico, en 1892, y en los análisis de laboratorio realizados por algunos médicos en los hospitales, quienes refirieron a un agente no conocido (que luego se llamaría el "agente x") mucho antes de que en el congreso médico de Río de Janeiro se oyera hablar de "un virus filtrante". Estos profesionales y muchos más, pese a la escasez de recursos enfrentaron positivamente la pandemia, en los hospitales, en los distritos asignados, en Lima y el interior del país. Ahí donde estuvieron, lograron salvar vidas, y a pesar de que no compartieran de manera pública las opiniones de los

reformadores su labor era una prueba de que la salida a la situación iba por el camino de la atención médica, idea que estaba en el núcleo de la tesis reformadora.

De los miles de personas que, estando graves, no lograban atención en los hospitales, muy pocas se salvaban. En Lima murieron en total 15 mil personas, el 28 % del total de fallecidos por "gripe española" en el Perú (53 mil personas). En Lima, como en el resto de las regiones, murieron sin asistencia médica. Por el contrario, de los 1,297 casos de gripe que fueron atendidos en los hospitales de la capital durante la ola de 1918, salvaron de morir 1,110 personas, lo que revela la efectividad del tratamiento y del cuidado hospitalario. La atención médica a las personas pobres -la mayoría de la población- era el camino a seguir.

Pero los conceptos que apuntaban a una solución médico social avanzaron lentamente en el cuerpo médico en los comienzos del siglo XX y mucho más lentamente en los sectores populares: no estaban inscritos en la agenda del movimiento popular organizado que por entonces demostró una gran capacidad para condicionar en los políticos -incluso de la oligarquía- la atención de sus demandas más urgentes, como la jornada de las ocho horas y en parte la rebaja de las subsistencias. De ese modo, en materia de sanidad pública, los políticos en el parlamento y en el Ejecutivo estuvieron libres de cualquier presión: con una votación mayoritaria los diputados postergaron la discusión de la Ley Orgánica de Sanidad. Sin embargo, el desastre de la "gripe española" facilitó una mayor toma de consciencia sobre la necesidad de esta reforma. Su manifestación más importante ocurrió pronto con el cambio de gobierno: la inclusión del tema de la salud en la Constitución de 1920. Y ello en gran medida ocurrió gracias a la prédica de los médicos reformadores.

Referencias

Abreu Junior, J. M. D. C.

2018. O vírus e a cidade: rastros da gripe espanhola no cotidiano da cidade de Belém, Belém: Universidade Federal de Pará.

Academia Nacional de Medicina

1893a. Informe de la Comisión, en *La Crónica Médica*, Lima: Vol. X, N° 112, pp. 119-127.

Academia Nacional de Medicina,

1893b. Informe de la 2ª Comisión, en *La Crónica Médica*, Lima: Vol. X, N° 113, pp.159-164.

Academia Nacional de Medicina,

1893c. Informe de la 3ª Comisión, *La Crónica Médica*, Lima: Año X, N° 114, pp. 196-202.

Arce, J.

1919. Algunas consideraciones sobre la insuficiencia renal en la gripe. Lima: *Anales de la Facultad de Medicina*, Universidad San Marcos, pp. 18-24.

Armus, D.

2002 *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en América Latina*. Ed. Grupo Editorial Norma

- Armus, D.
2007. La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950, Buenos Aires: Edhasa.
- Aspillaga, A.
1894. Hospital "Dos de Mayo". Inspección. *Memoria que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Dr. D. Octavio Tudela, correspondiente al año económico de 1993*. Lima: Imp. Torres Aguirre. pp. 83-92
- Austin, J.
1971. *Cómo hacer cosas con palabras. Palabras y acciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Ayora-Talavera, G.
1999. Influenza: Historia de una enfermedad, *Rev Biomed* 1999; 10:57-61 Vol. 10/No. 1/Enero-Marzo, Universidad de Yucatán, pp. 57-61
- Benavente Véliz, S. C.
2006. La Imagen de las Epidemias, pestes y Enfermedades. *Diálogo Andino* 27:23-59.
- Bartucci, L.,
2004. *Influenza, a Medicina Enferma*. Sao Paulo: Editora Universidad del Estado de Campinas
- Byrne, J. 2008.
Encyclopedia of Pestilence, Pandemics, and plagues. Greenwood Press.
- Burgues, S.
2017. La pandemia de gripe en Uruguay (1918-1919). *Americana Revista de Estudios Latinoamericanos* 6. Nueva Época.
- Bustíos, C.
2004. *Cuatrocientos años de salud pública en el Perú (1533-1933)*. Lima: Fondo Editorial de la UNMSM – CONCYTEC
- Cámara de Diputados
1918. *Legislatura ordinaria de 1918. Diario de debates*. Lima: Tipografía de "La Prensa".
- Cámara de Diputados,
1919. *Legislatura ordinaria de 1918. Diario de debates*. Lima: Tipografía de "La Prensa".
- Capelo, J.
1895. *Sociología de Lima, T. I*, Lima: Imprenta Masías
- Carbonetti, A. & Rivero, D.,
2016. La "gripe española" en perspectiva médica: los brotes de 1918-1919 en la escena científica argentina. En *Revista Ciencias de la Salud*; 14; 2; 11-2016. Rosario.
- Comisión de la Academia Nacional de Medicina
1893. Informe de la 1ª Comisión, en *La Crónica Médica*, Lima: Vol. X, N° 112, pp. 119-127.
- Corvetto, A.
1919. Influenza i tuberculosis. Lima: *La Crónica Médica*, Año XXXVI, pp. 231-234.
- Cueto, J.
1892. Algunas formas clínicas de la gripe. Tesis para obtener el grado de Bachiller, Lima: Facultad de Medicina de la UNMSM.
- Cueto, M.
1989. *Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo.
- Cueto, M.
1991. La ciudad y las ratas: la peste bubónica en Lima y en la costa peruana a comienzos del siglo veinte. *Histórica* 15:1-26.
- Cueto M.
2000. *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*, Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Cueto, M. Lossio, J. Pasco C.
2009. *El rastro de la salud en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos-Universidad Cayetano Heredia, Lima.
- Cueto, M. y Rivera B.
2009. Entre la medicina, el comercio y la política: el cólera y el Congreso Sanitario Americano de Lima, 1888. En Cueto, M. Lossio, J. Pasco C. 2009. *El rastro de la salud en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos-Universidad Cayetano Heredia, pp. 111-150, Lima.
- Czeresnia, D.
(1997). *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Editora Fiocruz.
- Chávez Zúñiga, P
2021. La peste bubónica en el puerto de Arica (1903-1928). *Diálogo Andino* 64:215-224.
- Chowell G, Viboud C, Simonsen L, Miller MA, Hurtado J, Soto G, et al
2011. The 1918–1920 influenza pandemic in Peru. *Vaccine*. July 22; 29(Suppl 2).
- Dammer, A.
1921. Hospital Dos de Mayo. Servicio de recepción de enfermos y consultorio médico. Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, Memoria Administrativa [correspondiente a 1918]. Lima: spdi.
- Erkoreka, A.
2020. *Una nueva historia de la gripe española: paralelismos con la covid-19*. Pamplona: Lamiñarra.
- Erkoreka, A.
2020b. *130 años de pandemias víricas en el mundo. Gac Med Bilbao*, Vol. 117, N° 2, pp. 93-95

- Escomel, E.
1918. La gripe en Río de Janeiro, Montevideo y Buenos Aires. Medidas profilácticas y terapéuticas. En: *La Crónica Médica*, Lima: Vol. XXXV.
- Escomel, E.
1920. Sobre la gripe para las gentes desamparadas. *El Porvenir*, 27 de setiembre de 1920, pp. 2-3.
- García, U.,
1998. Las tres musas de Carlos Enrique Paz Soldán. *Revista de la Académica Peruana de Salud*, Año. 5, N° 1, 1998-1999, pp. 26-29.
- González, Monge, Dagnino y Basadre
1893. Sobre la epidemia de gripe habida en Tacna en el año 1892. En: *La Crónica Médica*, Lima: Año X, N° 119, pp. 372-374.
- Heidegger, M.
1987. *De camino al habla*, Barcelona: Ediciones Serbal.
- Heidegger, M.
2000. *Carta sobre el humanismo*, Madrid: Alianza Editorial.
- Hernández, R. A. R.
2020. COVID-19. Una pandemia del siglo XXI. Impacto en El Salvador. *Crea Ciencia Revista Científica*, 13(1), 48-53.
- Kosseleck, R.
1993. *Futuro pasado Para una semántica de los tiempos históricos*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Lastres, J.B.
1956. Historia del cáncer en el Perú. En: *Anales de la Facultad de Medicina*. 39, 3.
- León García, E.
1909. *Las razas en el Perú. Estudio demográfico*. Tesis para el doctorado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Sanmarti y Cía.
- López, S.
1991. *El Dios Mortal: estado, sociedad y política en el Perú del siglo XX*, Lima: Instituto Democracia y Socialismo, Lima.
- Lopez, M. & Beltran, M.
2012. Chile entre pandemias: la influenza de 1918, globalización y la nueva medicina. *Revista Chilena de Infectología*. 30, 2, pp.206-215.
- Lorente, S.
1926. La Organización de los Servicios Sanitarios en el Perú. Lima: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 5(12).
- Lossio, J.
2002. Fiebre amarilla, etnicidad y fragmentación social. *Socialismo y Participación* 93: 79-87.
- Márquez Morfín, L., & Molina del Villar, A.
2010. El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México. *Desacatos*, (32), 121-144.
- Morens, D. M., Taubenberger, J. K., & Fauci, A.
2009. The persistent legacy of the 1918 influenza virus. *New England Journal of Medicine* 361:225-229.
- Municipalidad de Lima
1917. *Boletín Municipal*, Inspección de Higiene, octubre.
- Murillo, J.P.
2009. Hipólito Unanue y el proceso de construcción del discurso epidemiológico peruano. En Cueto, M. Lossio, J. Pasco C. 2009. *El rastro de la salud en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos-Universidad Cayetano Heredia, pp. 9-20, Lima.
- Núñez, Julio.
2009. *Primeros rastros de la teoría bacteriológica en el discurso médico peruano: el debate entre Francisco Almenara e Ignacio de la Puente, 1895*. En Cueto, M. Lossio, J. Pasco C. 2009. *El rastro de la salud en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos-Universidad Cayetano Heredia, pp. 151-180, Lima..
- Palma, P. y Ragas, J.
2018. Enclaves sanitarios: higiene, epidemias y salud en el Barrio chino de Lima, 1880-1910. *Historia Social y de la Cultura* 45.1, pp. 159-190
- Palma, P.
2021. "Una medida violenta y perjudicial": cuarentenas en Perú y el surgimiento de una política sanitaria panamericana (1850-1905). Lima: *Apuntes*, 48(89), 13-38.
- Palti, J.
2007. La nueva historia intelectual y sus repercusiones en América Latina. *História Unisinos* 11(3):297-305, Setembro/Dezembro
- Paz Soldán, C.E.,
1914. *La asistencia social en el Perú. Tesis para el Doctorado*, Lima: Imprenta del Centro Editorial. p. 38.
- Paz Soldán, C.E.
1919. Prólogo. En: Manzanilla, M. *Discursos parlamentarios*, Primer Tomo, Lima: Imprenta de El Centro Editorial, p. XV.
- Perú Poder Ejecutivo
1904. *Reglamento Sanitario de Ferrocarriles*. SPDI.

- Parker, D.
1995. Peruvian politics and the eight-hour day: Rethinking the 1919 general strike. *Canadian Journal of History* 30 (3), 417-438.
- Parker, D.
2002. Civilizando la Ciudad de los Reyes: higiene y vivienda en Lima, 1890-1920. . En *Entre médicos y curanderos*. Buenos Aires, Edición de Diego Armus, Grupo Editorial Norma, pp. 105-150. Lima.
- Porras, M.
2008. Sueros y vacunas en la lucha contra la pandemia de gripe de 1918 - 1919 en España. En *Asclepio Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. Vol. LX, n° 2, julio-diciembre, pp. 261-288.
- Porras, M.
1914. *Una ciudad en crisis: la Epidemia de gripe 1918 -19 en Madrid*. Universidad Complutense de Madrid.
- Rausch, J.
2021. La pandemia de la gripe española de 1918 en Colombia: una percepción del impacto de un fenómeno mundial en un país neutral durante la Gran Guerra. *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local*, 13(27), 183-206.
- Rodríguez Palacios, R.
2015. Historia Marítima del Perú. 1919-1930, T. XIV, Vol. 1. Lima: Instituto de Estudios Histórico Marítimos del Perú.
- Rodríguez, M. Rivero, M. y Carbonetti, A.
2018. Convicciones, saberes y prácticas higiénicas argentinas en la segunda mitad del siglo XIX: sus condiciones de posibilidad en los estudios de las epidemias de cólera, 1868, 1871 y 1887. *Investigaciones y Ensayos*, No 66, abril-setiembre, pp. 75-110.
- Rodríguez, J.J.
2022. Sanidad en tiempos difíciles: Salud e higiene durante la guerra del salitre. Comunicación personal.
- Rottenbacher de Rojas, J.
2013. *Emociones colectivas, autoritarismo y prejuicio durante una crisis sanitaria: la sociedad limeña frente a la epidemia de fiebre amarilla de 1868*. Tesis para optar por el grado académico de Magíster en Historia. Lima
- Ruiz, A.
1994. *Psiquiatras y locos. Perú, 1850 – 1930*. Lima: Instituto Pasado & Presente.
- Ruiz, A.
2015a. Población y Sociedad. En Contreras, C. *Perú, La apertura al mundo 1880 – 1930*. Tomo 3 de la Colección América Latina en la Historia contemporánea. Madrid: Fundación Mapfre.
- Ruiz, A.
2015b. Conflictos Sociales y Estructura de Oportunidad Política. Perú 1909-1968. Tesis para optar el grado de doctor en Ciencias Sociales. Lima: Escuela de Postgrado UNFV.
- Salaverry García, O., & Delgado Matallana, G.
2000. Historia de la medicina peruana en el siglo XX. Tomo II. In *Historia de la medicina peruana en el siglo XX. Tomo II* (pp. 800-800).
- Salinas, A.
2000. *Medicina y salubridad ene l siglo XIX*, Lima: Seminario de Historia Rural Andina-UNMSM.
- Serrón, V.
.2011. Epidemia y perplejidades médicas: Uruguay, 1918-1919. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 18, 701-722.
- Skinner, O.
2000. Significado y comprensión en la historia de las ideas. *Prismas. Revista de Historia Intelectual* 4.
- Sobrado, A. M. B.
2017. La tardía epidemia de influenza o gripe 'española'y sus desenlaces en Costa Rica (1918-1920). *América-nía: Revista de Estudios Latinoamericanos*, (6), 77-109.
- Soyano, A., & Esparza, J.
2020. La epidemia de gripe española en Venezuela (1918-1919). *Gaceta Médica De Caracas*, 324-337.
- Tarrow, S.
1997 Tarrow El poder en movimiento Los movimientos sociales, la acción colectiva y la política. Alianza Editorial.
- Tilly, C.
(1978). From mobilization to revolution. Mass. *Reading*.
- Urquía, M.
2019. Teorías dominantes y alternativas en epidemiología. Universidad Nacional de Lanús.
- Valdés, J. M
1827. Memoria sobre las enfermedades epidémicas que se padecieron en Lima el año de 1821 estando sitiada por el Ejército Libertador. Imprenta de la Libertad por J. Masías. Lima

- Valdizán, H.
(1938) *Diccionario de la medicina peruana*. Lima: Talleres Gráficos del Hospital Larco Herrera.
- Valleron, A. J., Cori, A., Valtat, S., Meurisse, S., Carrat, F., & Boëlle, P. Y.
2010. Transmissibility and geographic spread of the 1889 influenza pandemic. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(19), 8778-8781.
- Waitzkin, H.
2006 Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*, Volumen 1, No. 1, Junio 2006, <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicina-social>.
- Ybañez, E.
1893. Bacteriología y patología de la "grippe". Indicaciones profilácticas. Tesis para obtener el grado de Bachiller. Lima, manuscrito, Facultad de Medicina de San Fernando.