



«Una medida violenta y perjudicial»: cuarentenas en Perú y el surgimiento de una política sanitaria panamericana (1850-1905)¹

PATRICIA PALMA

Departamento de Ciencias Históricas y Geográficas, Universidad de Tarapacá, Chile
ppalma@academicos.uta.cl

Resumen. El presente artículo analiza el establecimiento de cuarentenas en Perú y los debates generados en torno a su implementación como política de salud pública. El marco temporal abarca desde la epidemia de fiebre amarilla en la década de 1850 hasta la Conferencia Sanitaria de Washington 1905, la cual unificó los criterios de sanidad marítima americana. Se plantea que las discusiones acerca de los costos económicos y sociales de la imposición de cuarentenas ha sido una constante en la historia de la salud de Perú y América Latina. La limitada efectividad de esta política llevó a que se repensara su imposición, y se buscaran medidas alternativas para evitar la expansión de epidemias.

Palabras claves: cuarentenas, panamericanismo, fiebre amarilla, peste bubónica, Perú, historia de la medicina

«A violent and harmful measure»: quarantines in Peru and the emergence of a Pan-American health policy (1850-1905)

Abstract. This article analyzes the imposition of quarantines in Peru and the debates that emerged around their implementation as a public health policy. The time frame ranges from the yellow fever epidemic in the 1850s to the 1905 Washington Sanitary Conference, which unified maritime public health criteria in the Americas. The study argues that discussions about the economic and social costs of imposing quarantines have been a constant in the history of public health in Peru and Latin America. The limited

¹ Este artículo es resultado del Proyecto Fondecyt Postdoctoral N° 3190403. Una versión anterior fue presentada en el «Ciclo de Humanidades Médicas», organizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile el 21 de julio de 2020. Mis agradecimientos a Nashely Lizarme, Javiera Ferman-dois y Helbert Suyo, quienes contribuyeron de diversas maneras a la realización de este trabajo.

effectiveness of these policies led authorities to rethink their imposition and to implement alternative measures to prevent the spread of epidemics.

Keywords: quarantines, Pan-Americanism, yellow fever, bubonic plague, Peru, history of medicine

Introducción

La epidemia actual de SARS-CoV-2 ha expuesto la desigualdad económica en regiones como América Latina y el Caribe, con cerca de 140 millones de trabajadores en informalidad laboral (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2018). El debate que ha guiado las políticas gubernamentales respecto a cómo enfrentar la pandemia se ha basado en los costos sociales y económicos de una cuarentena y el consiguiente cierre total de áreas de la economía consideradas «no esenciales». Mientras países como Perú y Argentina decretaron el temprano cierre de sus fronteras y la cuarentena total en su territorio en marzo del 2020, Brasil y Chile fueron reacios a establecer medidas similares. Para el presidente argentino Alberto Fernández (2020), tomar esta decisión no fue sencillo, pues el mandatario señaló lo siguiente: «Muchos me decían que iba a destruir la economía con la cuarentena. Si el dilema es la economía o la vida, yo elijo la vida. Después veremos cómo ordenar la economía». El presidente chileno Sebastián Piñera (2020) tuvo una posición muy distinta al respecto: «Tenemos que volver a poner en marcha nuestra sociedad, porque si nos quedamos acuartelados vamos a tener una crisis social de desempleo». Ambas perspectivas han sido cuestionadas y defendidas por diversos actores sociales, entre ellos médicos, representantes de gremios de trabajadores, comerciantes y empresarios.

Las enfermedades y epidemias son parte de la experiencia humana, en la que existen elementos que se repiten y, a su vez, cada uno de ellos está plagado de particularidades (Armus, 2020; Álvarez, 2020). La pandemia actual ha dejado de manifiesto que, en tiempos de crisis sanitarias, se perciben importantes continuidades y diferencias en la manera en la que los Estados y la población reaccionan ante eventos de este tipo. Asimismo, es posible observar que, a nivel político, no ha existido ni existe una fórmula única para hacer frente a la propagación de enfermedades contagiosas. El estudio de medidas implementadas en tiempos de plagas para frenar o contrarrestar su expansión, como las cuarentenas, nos permite comprender el complejo diálogo o interacción entre el pasado y presente (Carter & López, 2020).

La actual epidemia difiere de manera fundamental con sus antecesoras respecto a la puesta en marcha de la cuarentena como una acción generalizada, bien sea aceptada o rechazada por las autoridades. En estos días la palabra «cuarentena» se ha hecho parte de nuestro vocabulario: la repiten medios de prensa, autoridades políticas y organismos internacionales. La cuarentena ha sido una acción adoptada durante siglos por los gobiernos. En sus orígenes esta se refería principalmente a la circulación marítima, donde barcos, mercancías y pasajeros, que habían estado en contacto con población afectada por enfermedades contagiosas como fiebre amarilla, cólera o peste

bubónica, quedaban bajo inspección al momento de arribar a un puerto no infectado. En casos más extremos, el confinamiento implicaba el cierre total de un embarcadero hasta que la amenaza se disipara. La situación actual, en la que la población en su conjunto ha quedado recluida en sus hogares, y el comercio ha sido restringido, o redirigido, hacia el espacio virtual, es, sin duda, una nueva etapa en la relación entre pestes y sociedad.

Como señala Alex Chase-Levenson (2020), la historia de las cuarentenas ha disfrutado de un resurgimiento en las últimas décadas. Estos fenómenos han sido analizados desde diferentes aproximaciones. Desde el punto de vista económico, Harrison (2012) ha estudiado cómo diversas epidemias –desde la peste negra en el siglo XIV hasta las actuales– han sido difundidas por el comercio y las medidas diseñadas para contenerlas o prevenirlas. Desde la perspectiva social, varios académicos han demostrado que las políticas de control de enfermedades infecciosas como las cuarentenas han sido parte de una serie de mecanismos para prohibir la entrada de inmigrantes indeseados a ciertos territorios (Bashford, 2002; Shah, 2001; Markel, 1999; Mayne, 2008). En términos geográficos, estas investigaciones se han centrado principalmente en el Mediterráneo y Atlántico, aunque, en los últimos años, se han expandido a Asia y Oceanía. En el caso de las Américas, los estudios han privilegiado la experiencia de los Estados Unidos (Bashford, 2016) y, recientemente, han aparecido indagaciones sobre el desarrollo de cuarentenas en el Caribe, particularmente en Puerto Rico y Cuba (Schiappacasse, 2014; Schiappacasse, 2016; McLeod, 2010).

El objetivo de este artículo es analizar desde un enfoque histórico los acontecimientos y debates que condujeron a la implementación de confinamientos en Perú en un contexto panamericano. Se plantea que el desarrollo de esta política de salud pública debió hacer frente la oposición de poderosos intereses económicos que, a nivel nacional e internacional, criticaban los cierres de puertos o limitación del tráfico marítimo, y que, a su vez, generó una serie de tensiones bilaterales. El desarrollo de congresos médicos y acuerdos multilaterales en la segunda mitad del siglo XIX permitió a las naciones americanas establecer consensos sanitarios con el fin de hacer frente a las epidemias. El cómo, cuándo y por cuánto tiempo establecer cuarentenas fue un punto importante en las discusiones sobre cómo controlar la diseminación de enfermedades en el continente. Se busca estudiar los debates surgidos respecto al cierre y limitación del espacio marítimo que afectaba los intereses comerciales de importantes grupos de la élite y pequeños empresarios navales durante la pandemia de fiebre amarilla de 1867-68, y de peste bubónica de 1903-4. Además, se revisa la aplicación de un protocolo regional sobre policía sanitaria marítima al inicio del siglo

XX, y de medidas profilácticas alternativas al cierre de puertos, como la instauración de lazaretos en islas aledañas a los principales puertos para buques sospechosos o contaminados.

El marco temporal abarca desde el desarrollo de la epidemia de fiebre amarilla de 1850, que afectó a la mayoría de los puertos pacíficos, hasta la Conferencia Sanitaria de Washington en 1905, la cual determinó los mandatos sobre sanidad marítima y fue aprobada por casi todos los países americanos. El artículo está dividido en tres partes. En la primera se examinan diversos brotes de fiebre amarilla a mediados del siglo XIX, y cómo esta enfermedad generó importantes debates a la hora de imponer cuarentenas en Perú y América Latina en general. La segunda parte estudia la transformación de la salud pública panamericana, especialmente en lo que refería al confinamiento y las medidas alternativas implementadas por diversas naciones para evitar el cierre de los principales puertos en tiempos de epidemias. Finalmente, se analiza la transformación de esta política de salud en el contexto de la peste bubónica que afectó a la región a inicios del siglo XX, en la cual se puso a prueba varios de los acuerdos internacionales adoptados en las décadas anteriores.

En los últimos años, la historiografía de la salud ha tenido una importante renovación en América Latina y Perú, ya que ha incorporado en el análisis a diversos actores en el proceso de curar y enfermar (Cueto & Palmer, 2015; Palma & Ragas, 2018; Palma & Ragas, 2019). Sin embargo, continúa siendo muy complejo acceder a testimonios de personas «comunes y corrientes», conocer su experiencia de sanación, sus impresiones respecto a ciertas políticas de salud, saber si estas fueron acatadas o si, en cambio, existió cierta resistencia hacia ellas. Esta investigación se sustenta en diversos tipos de fuentes documentales, como tesis de medicina, informes oficiales, revistas médicas, prensa y actas de congresos nacionales e internacionales, las cuales, sin duda, privilegian una mirada desde el Estado sobre la implementación de ciertas políticas públicas. Pese a ello, este tipo de fuentes y, en especial la prensa, permiten aproximarnos de manera indirecta a la respuesta de diversos actores sociales respecto a políticas de salud, en este caso, cuarentenas.

1. La fiebre amarilla en el Pacífico

Las cuarentenas durante el siglo XIX en América Latina estuvieron orientadas principalmente a controlar el tráfico marítimo, y afectaban primordialmente a ciudades portuarias. Como señalaba el estudiante de medicina peruano Rufino López, «la cuarentena no consiste en otra cosa que en la detención de las embarcaciones por un tiempo más o menos prolongado y a una distancia más o menos lejana de los puntos de más acceso a los navegantes» (1858,

p. 2). La finalidad de estas medidas era impedir, a través de la detención de navíos, la transmisión de enfermedades de un punto a otro que, posteriormente, podían aclimatarse al medio local. Un cuerpo contagiado podría dañar el ambiente y provocar que la enfermedad se esparciera por los aires. Por esos años, la teoría miasmática de la difusión de enfermedades seguía siendo un paradigma hegemónico en Perú y en otros países de América Latina. Se creía que las afecciones eran transmitidas a través de miasmas presentes en la atmósfera, originadas por la putrefacción de materias orgánicas tales como estancamiento de aguas turbias o descomposición de plantas y animales, y que ingresaban al cuerpo humano a través de la respiración (Lossio, 2003). Para detener su avance, era fundamental controlar el ingreso de personas infectadas a las ciudades, y notificar a las autoridades los casos cuanto antes.

Durante gran parte del siglo XIX, cada país del Cono Sur tenía su propia legislación marítima que incluía decretos referidos al ingreso de naves procedentes de puertos contaminados y el tratamiento de pasajeros con enfermedades contagiosas. La inexistencia de un protocolo regional sobre la activación de medidas preventivas para evitar la propagación de epidemias durante gran parte del siglo XIX no solo incrementó la diseminación de estas afecciones, sino que también generó tensiones entre algunos países cuando una nación determinaba cerrar el comercio marítimo con otra de forma arbitraria. De acuerdo a los médicos peruanos Carlos Paz Soldán y Sebastián Lorente, fervientes opositores al cierre total de los desembarcaderos a inicio del siglo XX, la «política de puertas cerradas» que habían desarrollado durante gran parte del siglo XIX países como Perú, si bien se justificaba por un interés público, «era el punto de partida para protestas y reclamos de Cancillería, en los cuales muy a menudo se oscurecía la cordialidad internacional. Las cuarentenas llegaron así a mirarse como actos de hostilidad al comercio y a la economía de la nación que era objeto de sus procedencias» (1924, p. 20).

La ejecución de cuarentenas en los puertos fue una medida extendida en la primera mitad del siglo XIX, pero discutida y cuestionada por ciertos sectores, especialmente comerciantes. Los ingresos económicos de las recién independizadas colonias americanas provenían en gran parte de la exportación de materias primas, durante este periodo, caracterizado por Llorca-Jaña (2014) como de globalización temprana. El comercio exterior —especialmente con el Reino Unido— fue dinámico y en aumento, por lo que transformó al tráfico marítimo en un área clave para las economías locales. En el caso peruano, existió una modificación del sector exportación desde la década de 1840 y gran parte de los ingresos del país se debían a la

exportación masiva del guano, lo cual creaba, según José Deustua (2011), una conexión muy fuerte entre Perú y el comercio internacional. En este escenario, las compañías navieras y grupos de comerciantes consideraron que las medidas restrictivas para la llegada y salida de buques desde puertos peruanos menoscababan sus intereses económicos. No es de extrañar que algunos capitanes de barcos ocultaran casos sospechosos de epidemias con el fin de evitar las cuarentenas y la paralización del tráfico, para lo cual contaban con el apoyo de algunas autoridades locales, las cuales no actuaron con la severidad que según los médicos debía aplicarse a las naves sospechosas, como se analizará posteriormente.

En muchos casos, el control sanitario marítimo resultó ineficiente en las recién independientes repúblicas americanas, por contar, entre otras razones, con legislación poco actualizada y que no era acorde con los amplios flujos comerciales propios de mediados de siglo. Recién en las últimas décadas del siglo XIX, se dio paso a un movimiento reformista, por lo que se crearon los Departamentos o Consejos Nacionales de Higiene en países como Argentina (1880) o Chile (1892), con jurisdicción a nivel nacional y a cargo de la sanidad marítima y terrestre (Álvarez, 1999; Illanes, 1993). En el caso de Perú, esta renovación recién se llevó a cabo en 1903 con la instauración de la Dirección de Salubridad Pública (Cueto, 1997). Durante gran parte del siglo XIX, la sanidad marítima e internacional peruana estaba supeditada al decreto del año 1826 que elaboró la Junta Superior de Sanidad y estuvo vigente hasta 1887 (Paz Soldán & Lorente, 1924). Según este decreto «todo buque procedente de los países en que se sepa se ha desarrollado la fiebre contagiosa llamada amarilla deberá ponerse en facha a dos tiros de cañón del puerto para esperar la falta de sanidad» (1924, p.11). En cuanto a las cuarentenas, determinaba que durante el tiempo que durasen existiría una «perfecta incomunicación entre los contagiados, y los guardias y demás empleados de sanidad» (Paz Soldán & Lorente, 1924, p.11). Sin embargo, estas medidas rara vez se cumplían, razón por la cual el gobierno debió implementar procedimientos especiales ante el posible arribo de epidemias, como sucedió en 1833, cuando el gobierno expidió un decreto de cuarentena para los buques procedentes de Guayaquil (García, 2002).

Si hubo una enfermedad que causó fuertes discusiones en torno a su propagación y al desarrollo de políticas de contención durante la segunda mitad del siglo XIX esta fue la fiebre amarilla, la cual aparecía en los puertos de Sudamérica y el Caribe con regularidad y provocaba acalorados debates sobre si se trataba de una enfermedad contagiosa o climática (Harrison, 2012; McNeill, 2010). Como señala Mark Harrison (2012), la expansión de la epidemia desde las Américas hacia Europa condujo a que, en la década de

1850, países como Portugal y Francia comenzaron a imponer cuarentena a los barcos arribados desde Brasil. Aunque estas precauciones eran razonables, los británicos se opusieron a ellas, pues médicos y gran parte de la opinión pública consideraban que la mejor medida para prevenir su ingreso era la sanitización de los puertos más que la imposición de cuarentenas (Harrison, 2012). Pese a ello, forzado por las expectativas de otros países europeos, Gran Bretaña debió recurrir a la cuarentena de sus puertos en los años siguientes, pero planteó un nuevo sistema: el llamado *English System* adoptado en 1872 (Booker, 2007). A diferencia del modelo imperante que se centraba en contener epidemias específicas que podían arriesgar la salud pública de un país a través del cierre de desembarcaderos o la limitación de navíos sospechosos, el modelo inglés se enfocaba en las personas. De acuerdo con Maglen (2014), el sistema inglés dependía de una combinación de saneamiento portuario y vigilancia sanitaria por sobre el cierre de puertos. Este sistema pronto se expandirá a algunas naciones latinoamericanas, especialmente Argentina, la cual tenía un fluido comercio naval con Gran Bretaña.

Al igual que en círculos médicos internacionales, entre los médicos latinoamericanos y peruanos no existía consenso sobre el origen y la forma de transmisión de la fiebre amarilla. En Perú, un sector consideraba que era una enfermedad contagiosa que se difundía de persona a persona, producto de los miasmas emanados de un cuerpo enfermo y transmitido por el aire hacia otro. Entre este grupo se encontraban médicos como José Macedo, Manuel Corpancho y Miguel de los Ríos; este último llegaría a ser decano de la Facultad de Medicina de Lima. Sin embargo, otro grupo anti-contagionista creía que las enfermedades y epidemias aparecían de forma espontánea en el país como resultado de las inadecuadas condiciones ambientales, por lo que proponían la erradicación de focos de contaminación urbana (Arce, 1919). Esta discusión no era menor respecto a la puesta en práctica de medidas profilácticas para el comercio naval. Si se demostraba que era una enfermedad endémica en Perú, la cuarentena de los barcos procedentes de puertos infectados con alguna afección epidémica era una precaución exagerada e innecesaria. Por el contrario, si se confirmaba que era una enfermedad exótica e importada en el territorio peruano a través de pasajeros o bultos infectados, la cuarentena de estos resultaba fundamental para frenar el contagio (Arce, 1919). La disputa se prolongó durante varios años y no llegó a cristalizarse en conclusiones definitivas, aunque la corriente contagionista ganó espacio al interior de la Facultad de Medicina de Lima.

En la década de 1850, la fiebre amarilla era endémica en varias ciudades portuarias, especialmente con climas tropicales como New Orleans, Panamá y Guayaquil. En 1853, aparecieron en Perú varios casos de personas conta-

giadas de lo que parecía ser fiebre amarilla, procedentes desde Centroamérica. A inicios de enero de ese año, del vapor «Lima» desembarcaron dos pasajeros enfermos que fallecieron a los pocos días, y que originaron, según los médicos, la transferencia de la enfermedad. Después de varias semanas de este incidente, la Junta Suprema de Sanidad tomó conocimiento de los casos y acordó poner en práctica una serie de acciones sanitarias para el control de las embarcaciones, y la imposición de regulaciones establecidas en anticuados decretos de sanidad que habían sido promulgados a los inicios de la República en 1833 y 1834 (Ramón, 1999). Asimismo, la Junta de Sanidad de Lima determinó hacer un llamado de atención al encargado de la Junta de Sanidad del Puerto del Callao por no haber actuado con el celo necesario, pues era claro que la inspección que realizó al vapor «Lima» había sido deficiente.

Durante esta epidemia comienzan a notarse tensiones entre el gremio médico, autoridades políticas y comerciantes respecto a la falta de cumplimiento de medidas sanitarias, conflictos que se harán más álgidos en la década siguiente. El médico Rómulo Eyzaguirre, en su historia de las epidemias de fiebre amarilla en el Perú (1906), responsabilizó la expansión de esta enfermedad directamente a la empresa de vapores, comerciantes y pasajeros quienes habían disimulado la dolencia de los primeros fallecidos con el fin de evitar las inspecciones y cuarentena en dichos puertos. Eyzaguirre indicaba lo siguiente: «El pretexto de un principio de mal entendida libertad individual y de los llamados altos intereses del comercio prevalecieron, y el rédito de unos y la majestad de la otra tuvieron por representantes a algunos centenares de sujetos que perecieron por fiebre amarilla» (1906, p. 16).

La crítica de la cofradía médica a la preponderancia del comercio sobre la seguridad de las personas será permanente en las décadas siguientes, especialmente en tiempos de epidemias. Los médicos de la recién inaugurada Facultad de Medicina (1856) discutieron los beneficios de la puesta en marcha de cuarentenas. En 1858, el estudiante de medicina Rufino López trató en profundidad este asunto en su tesis. Así, indicaba que era de imperiosa necesidad decretarla cuando un país con el cual se tenía contacto era atacado por una epidemia, especialmente si este era vecino. Para el joven estudiante, la cuarentena de barcos debía ejecutarse aún con los perjuicios económicos que significaba para una nación, pues de nada servía que un país gozara de riquezas y comercio activo si era una amenaza no solo para los buques que salieran de sus puertos, sino también para aquellos que arribaban. En la opinión de López, los países donde predominaba la avaricia y el instinto de conservación eran los más vulnerables a las epidemias. Ello se debía a que el principal enemigo de los confinamientos eran los comerciantes:

Sabido es que en las naciones donde la principal base de riquezas e industria consisten en el comercio marítimo han tratado no solo de desprestigiar el uso de las cuarentenas sino aun de abolirlas oponiéndose de este modo al cumplimiento de lo que en esta parte manda la higiene pública; que en los países por el contrario donde poco o nada pueden sacar de la industria marítima han llevado las cuarentenas hasta el éxito. Ved, pues, como el comercio tiene una influencia directa sobre ellas alargando la duración, minorándolas y aun suprimiéndolas (López, 1858, p. 10).

Será durante la epidemia de fiebre amarilla que afectó Lima y El Callao, en 1867 y 1868, cuando las discusiones sobre implementar o no cuarentenas tomarán fuerza. Esta peste es considerada como la peor que enfrentó el país durante el siglo XIX, con una tasa de contagio del 10% de la población de Lima. Como señala el historiador Gabriel Ramón (1999), la endemia fue un momento crítico en el cual las estrategias sanitarias se hicieron sentir masivamente en la ciudad, mediante una acción combinada entre el Ministerio de Justicia, Culto, Instrucción y Beneficencia, autoridades municipales, de beneficencia y el cuerpo médico. La incorporación del gremio médico no fue una decisión al azar. En Perú, como en el resto de América Latina, los profesionales de la salud comenzaban a tener un rol protagónico en el desarrollo de políticas públicas (Cueto & Palmer, 2015). Esta asociación estaba en pleno proceso de profesionalización, y ya para fines de siglo, se transformarían en los principales aliados del proceso de modernización que vivirían las ciudades latinoamericanas, lo que redujo la mortalidad y ayudó a combatir las enfermedades infecciosas a partir de la prevención y la higiene (Parker, 1998).

A diferencia de la epidemia de fiebre amarilla de 1853, esta vez el gobierno rápidamente tomó medidas para evitar el contagio. En 1867, el cónsul peruano en Guayaquil informó sobre un brote epidémico en la ciudad, ante lo cual el gobierno decidió consultar a la Facultad de Medicina de Lima sobre la mejor forma de proceder. El decano opinó que «se sometiera a una cuarentena de observación por 7 días a todos los buques tanto a vela como a vapor de aquel puerto epidemiado» (Eyzaguirre, 1906, p. 34). Siguiendo el consejo de dicha autoridad sanitaria, el día 6 de febrero de 1867 se emitió una resolución suprema que decretaba que todos los barcos procedentes de Guayaquil debían presentar la patente y sufrir la cuarentena de una semana. En marzo se aplicó por primera vez la medida a un navío procedente de Panamá que había realizado escala en Guayaquil, lo cual según Eyzaguirre fue suficiente para que «levantase el clamoreo de oposición de parte del comercio y la compañía de vapores, de los que prontamente se hizo defensora la prensa de la capital» (1906, p. 35).

Interesada la Compañía Inglesa de Vapores en el Pacífico en poner fin a la cuarentena en el puerto del Callao, en el mes de marzo, consultó al médico inglés James J. Watson, miembro del Real Colegio de Inglaterra, para que informara sobre el estado sanitario de Panamá. El profesional de la salud dio cuenta al agente de la compañía en Perú, Sr. Jorge Petrie, que la fiebre amarilla había desaparecido del istmo, opinión respaldada por el cónsul peruano en dicha ciudad. La compañía tenía grandes intereses en mantener el funcionamiento del Callao, en el cual habían invertido para realizar mejoras. En 1863, el gobierno le había concedido a Jorge Petrie, como agente de la compañía, el privilegio exclusivo por veinte años para la construcción de un dique en el puerto del Callao, para carenar o reparar buques (García, 1879). Dos años después, el gobierno había autorizado al mismo agente la construcción de un muelle en el puerto, con el objetivo de embarcar y desembarcar la carga de los buques de la compañía, durante el tiempo que el gobierno terminara las obras proyectadas para dicho puerto (Templeman & Bergmann, 1870). Ante la presión de la prensa, y tomando como referencia estas dos opiniones que consideraban que «no hay razón para temer un contagio ni para enervar la actividad del comercio con la observación de la cuarentena» (Eyzaguirre, 1906, p. 37), es que el ministro de Justicia, Culto, Instrucción y Beneficencia, el obispo de Tiberiópolis, decidió revocar la resolución suprema del mes de febrero que establecía la cuarentena obligatoria por siete días.

Pese a lo señalado por la prensa, la epidemia no significó un retroceso para las arcas fiscales ni para el comercio naval. De hecho, los ingresos que tuvo el país por concepto de aduanas fueron en aumento los años de la epidemia. En 1866 el país había recibido por este concepto la suma de 3.904.371 soles, y se incrementó a 3.998.020 y 4.405.629 respectivamente durante los años más álgidos de la peste. El año 1868 también había sido un año muy positivo para el gobierno peruano en cuanto a los ingresos derivados del guano, los cuales casi se duplicaron entre 1866 y 1868 (Contreras, 2011). Esta renta permitió incrementar el presupuesto de ciertas ramas del Estado, entre ellas del Ministerio de Beneficencia, Justicia, Instrucción y Culto, lo que posibilitó afrontar gastos realizados durante la epidemia, como la limpieza de las acequias de la ciudad (siguiendo la teoría miasmática de transmisión de enfermedades), contratar personal médico para asistir a los pacientes en su domicilio ante el colapso de los hospitales existentes, así como la construcción de un nuevo y moderno hospital en la ciudad de Lima, el hospital Dos de Mayo (De los Ríos, 1868).

A pesar de ser un año positivo para la economía, en parte derivado del comercio marítimo, el libre tránsito de naves generó la protesta de la Facul-

dad de Medicina y el aumento de casos de fiebre amarilla en las principales ciudades portuarias del Perú. Las consecuencias que generó para el país el desoír la recomendación de cuarentena se evidenciaron en el número de contagiados, por lo que, en el mes de octubre de 1867, el ministerio emitió un decreto restableciendo la cuarentena. Sin embargo, como señalaba Eyzaguirre, esta medida llegaba tarde, y el país debía hacer frente a una de las peores catástrofes sanitarias en el siguiente contexto:

«discusión eterna, entre la higiene y el comercio, entre la pérdida que de momento no se ve, no se avalúa –porque jamás nos hemos detenido a considerar el valor de la unidad humana– y esta otra pérdida comercial, instantáneamente tangible e inmediatamente bien noticia, porque está representado en dinero que no se embolsa» (1906, p. 38).

La discusión entre comercio e higiene continuará en las décadas siguientes, pues el médico comentaba lo siguiente: «Desgraciadamente la historia se repite» (1906, p. 39).

2. «No más cuarentenas»: transformación de la sanidad internacional

En 1851, se reunieron en París decenas de autoridades médicas en la Primera Conferencia Sanitaria Internacional, la cual buscaba aunar criterios para la vigilancia epidemiológica internacional; y que no contó con representantes de las naciones americanas. En los años siguientes, este tipo de eventos serán recurrentes, especialmente con el objetivo de sistematizar medidas para la propagación de enfermedades como el cólera, fiebre amarilla o peste bubónica (Cueto, 2004). Pese a no formar parte de estos eventos, América Latina no estuvo ajena a las discusiones que se desarrollaban en el viejo continente respecto a la sanidad marítima. Gran Bretaña era el principal socio comercial para muchos de los países de la región, por lo que seguían de cerca el modelo de cuarentena inglés implementado desde 1872.

En la segunda mitad del siglo XIX, en las naciones latinoamericanas, aumentará el rechazo a imponer cuarentenas totales y cierre de puertos, y se optará por medidas de protección que tuvieran el menor impacto posible en el comercio internacional junto con el establecimiento de políticas regionales conjuntas para hacer frente a las epidemias. Los primeros congresos se realizaron entre países vecinos, o que eran parte de una misma ruta marítima. Por ejemplo, por el lado Atlántico, en 1873, se reunieron en Montevideo representantes de Uruguay, Argentina y Brasil, donde trataron de uniformar las reglas de cuarentenas y de desinfecciones a las que eran sometidas las embarcaciones provenientes de puertos con enfermedades contagiosas endémicas, como el cólera y la fiebre amarilla (Cueto, 2004).

Años después, estos mismos países ratificaron sus acuerdos en la reunión sostenida en Rio de Janeiro en 1887.

En el caso del Pacífico sur, en julio de 1887, el gobierno peruano invitó a todos los países de América a un Congreso Sanitario que tendría lugar en Lima, el cual se desarrolló en enero de 1888, pero que congregó solamente a Perú, Bolivia, Chile y Ecuador (Márquez, 2002). En esta instancia se adoptaron medidas referidas a la notificación recíproca de enfermedades, a través de la creación en cada país de una oficina central de información que notificara a sus pares sobre el desarrollo del cólera o fiebre amarilla de la forma más rápida posible (Cueto, 2004). Se establecieron reglas generales de profilaxis contra el cólera y la fiebre amarilla, así como la organización y características de lazaretos, clasificación y desinfección de puertos, naves, entre otras medidas sanitarias. En relación con las cuarentenas, y siguiendo la lógica de este procedimiento durante el siglo XIX centrado más en cargas que pasajeros (Barnes, 2014), en el congreso, se dictaminaron cuarentenas de dos tipos: de observación o rigor. La primera de ellas consistía en la detención del navío por el tiempo necesario para practicar una rigurosa visita sanitaria a bordo. Todas las naves sospechosas debían ser sometidas a esta cuarentena. En caso de que alguna estuviera infectada –se refiere a la nave, no de los pasajeros– debería ser sometida a una cuarentena de rigor, que consistía en «el aislamiento absoluto de la nave por el tiempo necesario para salubrificarse y desinfectar los objetos infectados de cólera y para que transcurra el periodo de incubación máxima» que era de ocho días (Muñoz, 1888, p. 48). De esta forma, las precauciones se concentraban en embarcaciones procedentes de puertos infectados o sospechosos, y aquellas que tuvieran algún contagiado a bordo, lo que posibilitaba el libre tránsito de navíos procedentes de «puertos limpios» que pasaran la inspección sanitaria de las autoridades portuarias sin problema.

Sin embargo, la institucionalización del panamericanismo en materia sanitaria se logró recién en los primeros años del siglo XX. Entre el 22 de octubre de 1901 y 22 de enero de 1902, se llevó a cabo, en México, la Conferencia Internacional de Estados Americanos a la cual asistieron 15 países americanos, entre ellos, Perú. Como señala Marcos Cueto, esta reunión podría ser considerada el punto de partida de la institucionalidad continental (2004). En este congreso, se aprobaron ocho resoluciones que buscaban modificar la sanidad internacional, con el objetivo de «poner a las ciudades en condiciones sanitarias tales que las enfermedades no se propaguen en lugar de verse en la necesidad de prevenir infecciones por medio de las cuarentenas, que obstaculizan el tráfico y traen barreras al comercio» (Cueto, 2004, p. 38). Los aspectos centrales de esta conferencia fueron

reproducidos por la prensa de todos los países asistentes. En abril de 1902, el diario *El Comercio* de Perú informaba sobre el evento y, especialmente, sobre la participación de los delegados peruanos quienes habían centrado su presentación en dos puntos centrales: «1. Que no es posible asegurar la salud de un país sin un régimen de solidaridad entre todas las naciones; 2. Que debe desaparecer el sistema de cuarentenas prohibitivas y sustituirse con otro género de precauciones menos perjudiciales» (1902, p. 2).

La postura peruana se basaba, según exponía el periódico, en la publicación de médicos eminentes peruanos, y especialmente en la opinión del doctor Francisco de Rosas que, en el Congreso Sanitario de Lima de 1889, había señalado que estaba «demostrado científicamente que la clausura de puertos y fronteras no impide la invasión de las epidemias, sino más bien que estas penetran y se propagan rápidamente en los países que practican el aislamiento» (*El Comercio*, 1902, p. 2). El diario destacaba que la conferencia determinó suprimir la cuarentena prohibitiva de artículos manufacturados y demás mercancías procedentes de lugares limpios, incluso aquellas que habían atravesado territorios infectados sin detenerse. Además, programó un nuevo encuentro el siguiente año en Washington donde se celebrarían convenios sanitarios y se formularían reglamentos.

En diciembre de 1902, se celebró la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, evento fundador de lo que hoy se conoce como la Organización Panamericana de la Salud (*International Union of American Republics*, 1903). Estos eventos serían, según los médicos peruanos Paz Soldán y Lorente (1924), una preparación del ambiente para la obtención de una carta magna de sanidad, la cual se lograría en 1905 en la Segunda Convención Sanitaria Internacional realizada en octubre en Washington DC. Este suceso contó con la participación casi total de los países de la región y sus mandatos fueron adoptados en casi todas las naciones de las Américas. En ella se codificaron procedimientos de sanidad internacional particularmente para el control de enfermedades como el cólera, la peste bubónica o la fiebre amarilla. Los acuerdos firmados son considerados como el Primer Código Sanitario Panamericano (Márquez, 2002).

Entre las transformaciones observadas en sanidad marítima internacional en el cambio de siglo, se destaca la implementación de servicios sanitarios en islas, que permitieran aislar de mejor manera a las personas contagiadas para dañar lo menos posible el comercio internacional. Estados Unidos había sido uno de los primeros en ejecutar estaciones de cuarentena en los dos puertos principales del país: Nueva York y San Francisco. En el caso de la costa Pacífica, la Isla del Ángel se transformó en una estación de inmigración donde, según Bashford (2002), el control de la salud pública

y las enfermedades infecciosas fueron uno de los argumentos técnicos para prohibir la entrada de los inmigrantes indeseables al país. El gran flujo de personas y cargas que ingresaban por el puerto de San Francisco obligó al gobierno federal, en 1890, a establecer una estación de cuarentena en la Isla del Ángel. En este lugar funcionaba un centro de desinfección y, en 1893, se agregó un hospital y centro de detención, lo que transformó a la isla en un centro de detención médica para inmigrantes y viajeros provenientes de América Central y del Sur, Australia, y principalmente de Asia (Shah, 2016; Lee & Yung, 2010). Estos estaban obligados a permanecer en la isla por observación médica y tratamiento en caso de ser necesarios. Este proceso estuvo claramente racializado, pues el monitoreo médico, tratamientos y tiempo de estadía en la isla dependió del origen racial de los pasajeros, y si eran considerados o no un peligro para la salud pública y la nación.

En los siguientes años, diversos países de la región siguieron el modelo y establecieron estaciones sanitarias permanentes en islas alejadas a los principales puertos. Como indicaba el médico chileno Conrado Ríos (1914), varios territorios insulares habían sido acondicionados para llevar a cabo tal labor: la «Isla de las Flores» frente a Río de Janeiro, «Culebra» en Panamá, «El Cardón» en Nicaragua, «Martín García» en Buenos Aires, «La Uvita» en Costa Rica, entre otros. Estos lugares estaban provistos de estufas y otros medios de saneamiento para el equipaje y ropa de los pasajeros. En el caso de la costa Atlántica, la Isla de las Flores en Río de Janeiro cumplía un rol clave por ser uno de los puntos de arribo de los barcos procedentes desde Europa. En la Convención Sanitaria Internacional de 1904, se había acordado utilizar esta isla para la esterilización de barcos, y como lugar de cuarentena para pasajeros atacados por alguna enfermedad exótica, junto con todos aquellos que viajaban en tercera clase (*International Union of American Republics*, 1906). Por su parte, en el puerto de Buenos Aires, se puso en funcionamiento un lazareto en la isla Martín García, que entre 1889 y 1893 recibió a 19.848 pasajeros, afectados principalmente por enfermedades del aparato digestivo (Álvarez, 2004).

En el caso del Pacífico Sur, Conrado Ríos exponía la importancia que cumplía la estación sanitaria establecida en la Isla de San Lorenzo frente a la costa del Callao, en Perú, y la necesidad que Chile aplicara un modelo similar de asilos cuarentenarios. La Isla de San Lorenzo, de solo 8 kilómetros de largo, había sido utilizada desde tiempos coloniales para diversas labores. Durante el siglo XVII, se estableció un «presidio de forzados» o cárcel para los condenados a trabajos forzados, los cuales se dedicaban a cortar piedras que servían para las construcciones de Lima y Callao (Mariátegui, 1957). Durante las epidemias, en el siglo XIX, la isla comenzó a usarse de manera

continua para temas sanitarios. En el año 1833, ante la noticia de la llegada del cólera asiático a México y Centroamérica, el gobierno peruano reaccionó aprobando un decreto supremo, que establecía, entre otros asuntos, la creación de un lazareto en la Isla de San Lorenzo, en el cual existirían dos espacios: uno con habitaciones para pasajeros y tripulación, y otro para ventilar los cargamentos de los buques (García, 2002; Vargas, 2020). Este proyecto no se llevó a cabo, y en 1866 una nueva resolución aprobó la construcción del lazareto en la Isla de San Lorenzo, el cual fue de gran utilidad los años siguientes cuando la epidemia causó estragos en el puerto. Ese año, el prefecto del Callao, coronel Mariano Herencia, informó a la familia inglesa Harris, dueños de una fundición y casa en la isla, sobre la necesidad de emplear su casa de manera provisional para, en primer lugar, construir una cárcel. Sin embargo, ante las noticias de la epidemia de fiebre amarilla que afectaba a Guayaquil, en enero de 1867, la Prefectura del Callao decidió «establecer en ella [...] el lazareto donde deben medicinarse los epidemiados de fiebre amarilla que procedían del extranjero» (Inga & Carcelén, 2020, p. 190).

La isla se transformó en un centro de aislamiento para los buques procedentes del extranjero, y al igual que en el caso de California, los inmigrantes chinos sufrieron particularmente de estas medidas restrictivas. Durante el periodo de 1849 a 1875, el país recibió a casi 100,000 coolies chinos, los cuales llegaron a realizar labores a las haciendas de azúcar y algodón del norte del país, y trabajar en las islas guaneras. Watt Stewart (1951) advierte que una vez que los barcos con coolies se aproximaban a los puertos peruanos iniciaba la actividad de limpieza previa a la inspección a la cual eran sometidos. Los capitanes y tripulación le entregaban a cada uno de ellos un nuevo traje, sombrero y par de zapatos. Los lugares que habían sido utilizados para dormir eran aseados y fumigados, y se hacía todo lo posible para que los enfermos se mantuvieran en pie por sí mismos. Una vez llegado al puerto —generalmente del Callao— el barco se mantenía incomunicado hasta la visita de las autoridades portuarias de salud, y la verificación de que no existían personas con enfermedades transmisibles. Si cumplían con todos los requerimientos legales, los pasajeros eran libres de desembarcar (Stewart, 1951).

Sin embargo, durante las epidemias, las autoridades del puerto prohibieron, en algunos casos, el desembarco de inmigrantes chinos por considerarlos una amenaza para la salud pública de la ciudad y el país. Por ejemplo, en marzo de 1868, durante el avance de la fiebre amarilla, el capitán del puerto del Callao, Sr. Manuel Palacios, informaba al prefecto de la ciudad la llegada de la fragata italiana *Ummcowah* procedente de Macao con 491 colonos asiáticos. Pese a que la visita de sanidad demostró que no había

indicios de fiebre amarilla entre los pasajeros, el capitán decidió desautorizar su desembarco solicitando instrucciones a la máxima autoridad del puerto. El prefecto ordenó «enviar a esos infelices a la Ysla de San Lorenzo por unos días para que puedan refrescarse» (citado por Inga & Carcelén, 2020, p. 192). De esta forma, se informó a los capitanes de otros buques que pasaran a todos los colonos a la isla para realizar la cuarentena como una medida preventiva, a pesar de que los reportes de las autoridades no indicaban contagiados.

3. La peste bubónica en el Pacífico de 1899-1903

El inicio de un nuevo siglo estuvo marcado por la llegada de una nueva pandemia al continente americano: la peste bubónica. Esta enfermedad de roedores salvajes es transmitida a otros mamíferos –entre ellos los humanos– principalmente a través de la picadura de una pulga infectada por la bacteria *Yersinia pestis* se propagó, principalmente, por lugares atestados de ratas, como los puertos. La epidemia se originó en la ciudad de Hong Kong en 1894 y, en pocos años, se masificó a nivel global. América fue uno de los últimos lugares perjudicados por la peste, que se manifestó inicialmente en 1899 en Honolulu (Hawái), y pocos meses después provocaría daños en dos de los más importantes puertos pacíficos y atlánticos: San Francisco y Río de Janeiro.

A diferencia de las epidemias de fiebre amarilla de mediados del siglo XIX, esta nueva pandemia arribó en un momento donde muchos de los países tenían sistemas sanitarios más organizados, existían acuerdos regionales para actuar en caso de epidemias y, particularmente, existía un rechazo generalizado a cuarentenas totales que exigían el cierre de los puertos. Asimismo, la ciencia había tenido importantes avances: la bacteriología ya empezaba a ser globalmente difundida y aceptada en los círculos científicos. En comparación con epidemias anteriores, existía consenso en que la enfermedad era causada por un bacilo y se trataba de una de las tantas enfermedades prevenibles, al igual que el cólera, peste, fiebre amarilla, tífus (Cueto, 1989). Las discusiones médicas superaron el antiguo paradigma entre «contagionistas» y no «contagionistas». Para inicios del siglo XX, parte de los debates al interior del gremio médico radicaban en las vías de transmisión de las enfermedades, así como en la identificación del tipo de bacteria presente en un cuerpo enfermo.

Durante esta epidemia, nuevamente, se reavivaron las polémicas entre economía y salud y, en algunas ciudades como Buenos Aires, los periódicos *La Prensa* y *La Nación* consideraron que los reportes sobre la pandemia en el puerto eran exagerados. Como precisa Myron Echenberg (2007), las

autoridades del Departamento Nacional de Higiene, como Eduardo Wilde, pertenecían a la vieja escuela de médicos sanitarios: eran probritánicos y estaban convencidos de la importancia de mantener el libre comercio. Este grupo de profesionales, apoyados por la prensa, mantuvieron silencio acerca de la epidemia negando y disimulando su presencia, por lo que se generó desconfianza y sospecha de la comunidad internacional.

La epidemia arribó al Pacífico sur en 1903, y fue el Perú uno de los países más afectados, pues permaneció en el territorio por casi una década. Respecto a las medidas para prevenir el ingreso, diversos actores sociales plantearon lo inadecuado de establecer cuarentenas como principal estrategia para evitar el ingreso de la epidemia al país. En contraposición con lo sucedido con la fiebre amarilla, médicos peruanos se opusieron al desarrollo de esta medida. Uno de ellos fue el doctor Julián Arce, quien en marzo de 1900, publicó una serie de artículos en el diario *El Comercio* en cuanto a la epidemia. En lo que concierne a las medidas profilácticas, Arce señalaba que la instauración de cuarentenas y cordones sanitarios eran dos recursos que estaban destinados a desaparecer con la generalización de los adelantos sanitarios. Pese a ello, reconocía que los confinamientos modernos eran menos deficientes que los del siglo pasado, pues comprendían medidas preventivas como aislamiento y desinfección de barcos (*El Comercio*, 1900).

Arce (1919) creía que existía una serie de problemas al momento de considerar las cuarentenas como la principal medida para hacer frente a las epidemias. Según el médico, los aislamientos no constituían una barrera infranqueable por diversas razones: la primera es que era una enfermedad que muchas veces no presentaba síntomas evidentes; por ende, los contagiados no siempre eran identificados y existía el riesgo de que se les permitiera desembarcar y propagar la enfermedad. Segundo, la plaga no era transportada únicamente por personas, sino también por animales, principalmente ratas, las cuales fácilmente podían burlar las medidas cuarentenarias y bajar a tierra. Tercero, las cuarentenas solo se ponían en vigor una vez que existía la noticia oficial de la peste en determinado país. Arce se refería a ciertos países como Argentina, que no informaban a la comunidad internacional hasta que era demasiado tarde y ya no era posible ocultar la presencia de la enfermedad (*El Comercio*, 1900).

Si en décadas pasadas la cuarentena fue vista como la medida más restrictiva y perjudicial para el comercio, la alternativa planteada por médicos, sin duda, avivó el debate entre este gremio y los comerciantes. Arce planteaba tajantemente lo siguiente: «Nos declaramos, pues, abiertamente en contra de las cuarentenas como medida defensiva eficaz contra la importación de plaga en el Perú» (*El Comercio*, 1900, p. 3), y agregó que la única defensa

que quedaba, considerando la deplorable condición sanitaria del país, era la «exclusión absoluta de nuestros puertos de todo buque procedente de un lugar infestado. La medida es violenta y perjudicial en sumo grado para el comercio, pero más perjudicial sería no adoptarla» (1900, p. 3). El médico aclaraba que, si bien era un sacrificio económico, los costos serían menores que la difusión de la epidemia. Para ello, citaba el ejemplo de las ciudades de Rosario y Santos (Argentina y Brasil), donde en pocos días varias casas exportadoras habían quebrado, miles de personas abandonaron los puertos, y las pérdidas se cifraron en millones de pesos.

Iniciado el año 1903, el número de barcos en cuarentena aumentó bajo la amenaza de la peste en el Perú, al igual que el número de artículos en la prensa respecto a la necesidad de tomar medidas más radicales. En febrero de ese año, el diario *El Comercio* precisaba que Perú debería tomar precauciones similares a las acordadas por la Junta de Higiene de Bogotá estableciendo cordones sanitarios con los países limítrofes contagiados y sometiendo a cuarentena de observación de mínimo 10 días a las naves que llegaran; además, este diario añadió lo siguiente:

Lo práctico y eficaz en estos casos es rechazar de hecho a las embarcaciones procedentes de puertos infectados con la peste bubónica; porque hallándose de por medio la conservación de la salud pública; es deber de la autoridad recurrir a las medidas extremas y radicales (1903a, p. 2).

Pese a estos esfuerzos, en mayo de 1903, aparecieron los primeros casos de contagio en la ciudad de Lima y el Callao, los cuales se expandieron rápidamente al resto del país (Cueto, 1997). La epidemia exacerbó el prejuicio contra los inmigrantes chinos, lo cual se observa en la desconfianza hacia la llegada de buques procedentes de Asia (Palma & Ragas, 2018). Por ejemplo, en octubre de 1904, fondeó, en el Callao, el vapor Kesington que llevaba a bordo 350 chinos, el cual la junta decidió dejar en cuarentena. Esta medida se llevó a cabo a pesar de que el director de Sanidad informó que no existían contagiados por peste bubónica en su interior. No solo los pasajeros fueron examinados en profundidad, sino que también sus pertenencias fueron desinfectadas en reiteradas ocasiones por la estufa municipal (*El Comercio*, 1904a). Esta situación se repitió en otros puertos del país, donde ante el temor del ingreso de más contagiados, algunas autoridades locales prohibieron que embarcaciones encallaran en los desembarcaderos, aunque muchos de ellos no venían de lugares infectados, como sucedió en el puerto de Salaverry en el norte del país.

A inicios de 1904, se comienzan a observar una serie de tensiones entre las autoridades políticas y las compañías de vapores. En enero de 1904, el

diputado Cortés solicitaba a la cámara de diputados que se gestionara la rebaja de los pasajes en el transporte marítimo. El representante expresaba que, debido a la aparición de peste bubónica en los puertos peruanos, se había dispuesto que todos los vapores procedentes de puertos infectados debían hacer cuarentena, frente a lo cual las compañías de vapores habían recargado un 20% en el valor de los pasajes y fletes. Esta medida se había mantenido a pesar de haberse suspendido unos meses después la cuarentena. Para el diputado, el alza en las tarifas era una forma de explotación de las empresas extranjeras del país, las cuales, a pesar de recibir grandes utilidades, mantenían altos precios con el fin de recuperar parte de las pérdidas de meses anteriores (*El Comercio*, 1904b). La discusión respecto a la implementación de precios de itinerarios fijos para las compañías de vapores seguirá siendo controversial en los siguientes años (*El Comercio*, 1906).

Efectivamente los puertos peruanos sufrieron una contracción en el tráfico marítimo durante el año 1903, lo cual se aprecia en los fondeaderos importantes del sur del país. En el caso del puerto de Ilo, las autoridades decretaron su cierre en agosto de 1903 para procedencias del sur, lo que, sin duda, afectó a la economía local y las empresas navieras (*El Comercio*, 1903b). En el caso del embarcadero de Mollendo, las medidas de cuarentena impactaron al tráfico naval, y el arribo de buques experimentó una disminución respecto al periodo 1900-1901 en el cual habían ingresado un promedio de 42 vapores por año, mientras que, en 1903, solo lo hicieron 22. No obstante, en los años siguientes, se observa un repunte en el número de navíos arribados al puerto y, para el año 1905, la cifra se elevaría a 93. Si bien existió una reducción del comercio internacional durante unos meses, rápidamente, las compañías pudieron recuperar las pérdidas, gracias al aumento del tráfico, pero también a la permanencia del aumento de la tarifa de pasajeros (Elías & Rivera, 2008). La polémica sobre la importancia del comercio por sobre la salud pública se repetiría en las siguientes epidemias.

4. Conclusiones

Durante la segunda mitad del siglo XIX, el desarrollo de cuarentenas a nivel mundial sufrió importantes transformaciones. Estas fueron influenciadas por el libre comercio y el llamado «sistema inglés», el mismo que privilegiaba el control sanitario de los viajeros y sus pertenencias antes de optar por el cierre de puertos y la cuarentena de las embarcaciones. El objetivo era generar el menor daño posible al comercio internacional, en un momento en que la circulación de bienes y personas producía importantes ingresos para las arcas fiscales. Durante este periodo se perciben esfuerzos a nivel

regional e internacional para articular criterios de sanidad marítima y evitar la propagación de epidemias a nivel global.

América Latina no estuvo ajena a este proceso. Desde 1850, los comerciantes –un grupo que se estaba recuperando luego de las Guerras de Independencia– fueron la voz disidente contra quienes deseaban cerrar los puertos como una medida sanitaria preventiva. El análisis de las epidemias de fiebre amarilla y bubónica que afectaron a Perú nos demuestra que los conflictos entre autoridades locales, los comerciantes nacionales y extranjeros, y el gremio médico para implementar cuarentenas a buques y pasajeros se repitieron con la confirmación de una nueva pandemia. Estas medidas, muchas veces, fueron criticadas, y el gobierno central debió ceder a las presiones de la opinión pública. Como se ha confirmado, durante la segunda mitad del siglo XIX, se produjo una reforma a favor de las cuarentenas, tanto a nivel local como mundial. Los médicos peruanos, que habían sido partidarios de estas, comenzaron a cuestionar su efectividad. A diferencia de los comerciantes y dueños de empresas navieras que anhelaban el libre tránsito de mercaderías y personas, los médicos peruanos plantearon acciones aún más radicales para proteger la salud pública del país. Así, ante el arribo de la peste bubónica a inicio del siglo XX, importantes voces buscaron prohibir el ingreso de todos los navíos procedentes de puertos infectados. La cuarentena no era suficiente.

A nivel internacional, durante este periodo, se sentaron las bases del panamericanismo médico. El desarrollo de conferencias y acuerdos multilaterales sobre sanidad marítima en el siglo XIX dio paso al desarrollo de lo que se conoce como el Primer Código Sanitario Panamericano (1905). Este fue aprobado durante la Segunda Convención Sanitaria Internacional realizada en octubre en Washington DC, evento donde participaron casi todos los países de la región y sus mandatos fueron adoptados por la gran mayoría de países en el hemisferio. A nivel local, se buscó poner en marcha medidas que no afectaran el comercio marítimo, como la ejecución de lazaretos en islas aledañas a los principales puertos. De esta forma, entre 1880 y 1910, se establecieron estaciones sanitarias en EEUU, Puerto Rico, Argentina, Brasil, Venezuela, entre otros. En Perú, la Isla de San Lorenzo cumplió un rol crucial para la salud pública, aunque como sucedió en algunas ciudades con importantes niveles de inmigración asiática, los inmigrantes chinos fueron objeto de un escrutinio muy severo, tanto hacia sus personas como sus pertenencias, en un contexto donde el anti-chinismo empezaba a ganar fuerza en la región, amparado en conceptos raciales y de salud pública.

La indagación de los casos presentados ha evidenciado que las discusiones entre costos económicos y sociales producto de la puesta en práctica de

cuarentenas ha sido una constante en la historia de la salud a nivel global y particularmente de América Latina. En 2020, en medio de la pandemia de SARS-CoV-2, diversos sectores reclamaron, al igual que un siglo atrás, que las medidas que buscaban controlar la movilidad de las personas y comercio eran perjudiciales para la población, especialmente para los más pobres. Aún es muy pronto para evaluar si las medidas de cuarentena más extremas, como el cierre de fronteras, espacio aéreo, y áreas económicas no esenciales, fueron, a largo plazo, beneficiosas para la población y evitaron el contagio. Perú es un ejemplo de ello; fue uno de los primeros países en imponer cuarentena y cierre de fronteras. Sin embargo, en agosto del 2020, a cinco meses de la implementación de tales medidas, era uno de los países con mayor tasa de contagio y mortalidad por SARS-CoV-2 en la región. Sin duda, estudios futuros que cuenten con mayor data podrán evaluar si las políticas públicas implementadas fueron o no las correctas.

Como comentaban los médicos peruanos a mediados del siglo XIX, en países donde el ingreso fiscal está determinado por el comercio, y especialmente la exportación de un pequeño número de productos de materias primas, la presión de los grupos de comerciantes ha sido mayor y ha repercutido en la toma de decisiones del Estado en materias de salud pública. Hoy la tensión sigue presente, y no solo respecto a la implementación de cuarentenas. La vacunación y la escasez de vacunas ha resurgido el debate en torno a costos sociales y económicos de las políticas de salud pública, así como de las ventajas y desventajas que provoca la injerencia de empresarios y comerciantes en la toma de decisiones de aspectos claves en materia de sanidad. Aún queda mucho por investigar respecto a este y otros aspectos en la historia de la salud y económica de América Latina. La pandemia de SARS-CoV-2 ha reanudado el interés en conocer más acerca de las epidemias en la región; esperemos que los nuevos estudios den luces de nuevas temáticas y aproximaciones que nos permitan estar mejor preparados a eventos similares en el futuro.

Referencias

- Álvarez, A. (1999). Resignificando los conceptos de la higiene: el surgimiento de una autoridad sanitaria en el Buenos Aires de los años 80. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 6(2), 293-314.
- Álvarez, A. (2004). El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires 1870-1915. *História Revista*, 9(2), 287-317.
- Álvarez, A. (2020). La Historia del COVID 19 en tiempos del Coronavirus. Un ensayo inconcluso. *Pasado Abierto*, 6(11), 215-235.
- Arce, J. (1919). Sobre la supuesta endemicidad de la fiebre amarilla en la costa del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 3, 93-133.
- Armus, D. (22 de abril de 2020). *Opinión ¿Cómo se narra el coronavirus? Incertidumbres e historias globales*. Revista Ñ. Recuperado de https://www.clarin.com/revista-eniel/ideas/-narra-coronavirus-incertidumbres-historias-globales_0_ot977nECw.html
- Barnes, D. (2014). Cargo, Infection, and the Logic of Quarantine in the Nineteenth Century. *Bulletin of the History of Medicine*, 88(1), 75-101.
- Bashford, A. (2002). At the Border Contagion, Immigration, Nation. *Australian Historical Studies*, 33(120), 344-358
- Bashford, A. (2016). Maritime Quarantine: Linking Old World and New World Histories. En *Quarantine. Local and Global Histories* (pp. 1-12.). Londres: Palgrave.
- Booker, J. (2007). *Maritime Quarantine: The British Experience*. Aldershot: Ashgate.
- Carter, Eric., & Lopéz, M. (18 de abril de 2020). Facetas de una pandemia en el siglo XXI: América Latina y el coronavirus. *Historia + Salud. Red de historia de la salud. Blogueando desde Latinoamérica*. Recuperado de <http://historiasalud.cl/facetas-de-una-pandemia-en-el-siglo-xxi-america-latina-y-el-coronavirus/>
- Chase-Levenson, A. (2020). *The Yellow Flag: Quarantine and the British Mediterranean World, 1780-1869*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Contreras, C. (Ed.). (2011). *Compendio de Historia Económica del Perú IV: Economía de la primera centuria independencia*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos y Banco Central de Reserva del Perú.
- 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. (1997). *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Cueto, M. (2004). *El valor de la Salud Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Cueto, M., & Palmer, S. (2015). *Medicine and Public Health in Latin America: A History*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Deustua, J. (2011). Guano, salitre, minería y petróleo en la economía peruana, 1820-1930. En C. Contreras (Ed.). *Compendio de Historia Económica del Perú IV: Economía de la primera centuria independencia* (pp.165-237). Lima: Instituto de Estudios Peruanos y Banco Central de Reserva del Perú.
- De Los Ríos, M. (1868). Informe al Ministro de Estado en el despacho de Beneficencia. En *Memoria del Ministro de Estado en el Despacho de Justicia, Instrucción Pública, Culto y Beneficencia* (pp. 62-64). Lima: Imprenta del Estado.

- Echenberg, M. (2007). *Plague Ports. The Global Urban Impact of Bubonic Plague, 1894-1901*. Nueva York: New York University Press.
- El Comercio. (13 de marzo de 1900). *Inserciones*, «La Plaga Bubónica», 3.
- El Comercio. (7 de abril de 1902). *Exterior*, «Cartas Mejicanas», 2.
- El Comercio. (11 de febrero de 1903a). *Crónica*, «La bubónica», 2.
- El Comercio. (18 de agosto de 1903b). *Crónica*, «La peste bubónica», 3.
- El Comercio. (22 de octubre de 1904a). *Callao*, «Los Chinos», 3.
- El Comercio. (11 de enero de 1904b). *Congreso Extraordinario, Cámara de Diputados, sesión del lunes 11 de enero de 1904*, 1.
- El Comercio. (24 de enero de 1906). *Diario de los debates, Congreso Extraordinario, Cámara de senadores, 5ª sesión del miércoles 27 de diciembre de 1905*, 5-8.
- Elías y Rivera, G. (2008). *El Comercio marítimo en el sur del Perú*. Lima: Instituto Latinoamericano de Cultura y Desarrollo.
- Eyzaguirre, R. (1906). Las epidemias amarilicas de Lima. Apuntes para la Historia de la fiebre Amarilla en América. *Boletín del Ministerio de Fomento. Dirección de Salubridad Pública*, 2(8), 1-109.
- Fernández, A. (23 de marzo de 2020). *Alberto Fernández: «Si el dilema es la economía o la vida, yo elijo la vida»*. Perfil. Recuperado de <https://www.perfil.com/noticias/politica/alberto-fernandez-si-el-dilema-es-la-economia-o-la-vida-yo-elijo-la-vida.phtml>
- García, F. (1879). *Diccionario de la legislación peruana* (tomo I). Lima y París: Librería de Laroque.
- García, U. (2002). El cólera en la historia de la medicina social peruana: comentarios sobre un decreto precursor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 19(2), 97-101.
- Harrison, M. (2012). *Contagion. How commerce has spread disease*. New Heaven: Yale University Press.
- Illanes, M. A. (1993). *En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia: historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973: hacia una historia social del Siglo XX*. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria.
- Inga, S., & Carcelén, C. (2020). La epidemia de fiebre amarilla en el puerto del Callao durante 1868. *Espiral, revista de geografías y ciencias sociales*, 1(2), 183-195.
- International Union of the American Republic. (1903). *Transactions of the First General International Sanitary convention of the American Republic*. Washington D.C: Government Printing Office.
- International Union of the American Republic. (1906). *Transactions of the Second General International Sanitary Convention of the American Republic*. Washington D.C: Government Printing Office.
- Lee, E., & Yung, J. (2010). *Angel Island: Immigrant Gateway to America*. Nueva York: Oxford University Press.
- López, R. (1858). *Cuarentenas* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Lossio, J. (2003). *Acequias y Gallinazos. Salud ambiental en Lima del siglo XIX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Llorca-Jaña, M. (2014). The impact of early nineteenth-century globalization on foreign trade in the Southern Cone: A study of British trade statistics. *Economic History Research*, 10(1), 46-56.

«Una medida violenta y perjudicial»: cuarentenas en Perú y el surgimiento de una política sanitaria panamericana (1850-1905)

- Maglen, K. (2014). *The English System: Quarantine, Immigration and the Making of a Port Sanitary Zone*. Nueva York: Manchester University Press.
- Mariátegui, R. (1957). *El Callao: Asilo de las leyes y la libertad*. Lima: Talleres Gráficos Cecil.
- Markel, H. (1999). *Quarantine! East European Jewish Immigrants and the New York City Epidemics of 1892*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Mayne, A. (2008). Guardians at the gate: Quarantine and racialism in two Pacific Rim port cities, 1870-1914. *Urban History*, 35(2), 255-274.
- Márquez, M. (2002). *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud de Cuba 1898-1996*. Cuenca: Ediciones Universidad de Cuenca.
- McLeod, M. (2010). We Cubans Are Obligated Like Cats to Have a Clean Face: Malaria, Quarantine, and Race in Neocolonial Cuba, 1898-1940. *The Americas*, 67(1), 57-81.
- McNeill, J. R. (2010). *Mosquito Empires: Ecology and War in the Greater Caribbean, 1620-1914*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Muñoz, A. (1888). Congreso Sanitario Americano. *La Crónica Médica*, 5(50), 41-66.
- Organización Internacional del Trabajo. (2018). *OIT: Cerca de 140 millones de trabajadores en la informalidad en América Latina y el Caribe*. Recuperado de https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_645596/lang-es/index.htm#:~:text=La%20tasa%20de%20informalidad%20de,ni%20por%20la%20seguridad%20social
- Palma, P., & Ragas, J. (2018). Enclaves sanitarios: Higiene, epidemias y salud en el Barrio Chino de Lima (1880-1910). *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 45(1), 159-190.
- Palma, P., & Ragas, J. (2019). Desenmascarando a los impostores: Los médicos profesionales y su lucha contra los falsos médicos en Perú. *Salud Colectiva*, 15, 1-14.
- Parker, D. (1998). Civilizing the City of Kings: Hygiene and Housing in Lima. En R. Pineo & J. Baer. (Eds.). *Cities of Hope, People, Protest and Progress in Urbanizing Latin America, 1870-1930* (pp.153-177). Colorado: Westview Press.
- Paz Soldán, C., & Lorente, S. (1924). *Cien años de política sanitaria marítima en el Perú*. Lima: Imprenta del Asilo Víctor Larco Herrera.
- Piñera, S. (1 de mayo de 2020). *Presidente Piñera llama a "salir de cuarentena" para aplacar crisis económica*. Radio U Chile. Recuperado de <https://radio.uchile.cl/2020/05/01/presidente-pinera-llama-a-salir-de-cuarentena-para-aplacar-tesis-economica/>
- Ramón, G.(1999). *La muralla y los callejones. Intervención urbana y proyecto político en Lima durante la segunda mitad del siglo XIX*. Lima: PromPerú y Sidea.
- Ríos, C. (1914). *Arica en el presente i en el porvenir. Su saneamiento*. Santiago de Chile: Imprenta La Ilustración.
- Schiappacasse, P. (2014). Welcome to isolation! Lazareto de Isla de Cabras, the first permanent quarantine station in 19th century Puerto Rico. *The Grog A Journal of Navy Medical History and Culture*, 41, 10-16.
- Schiappacasse, P. (2016). The Development of a Maritime Quarantine System in 19th Century Spanish Puerto Rico as a Response to Epidemics and Pandemics. En J. Vögele, S. Knöll & T. Noack (Eds.). *Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive: Epidemics and Pandemics in Historical Perspective* (pp. 103-116). Wiesbaden: Springer.

- Shah, N. (2001). *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's Chinatown*. Berkeley: University of California Press.
- Shah, N. (2016). The Empire of Medical Investigation on Angel Island, California. En A. Bashford (Ed.). *Quarantine. Local and Global Histories* (pp.103-120). Londres: Palgrave.
- Stewart, W. (1951). *Chinese Bondage in Perú. A History of the Chinese Coolie in Perú, 1849-1874*. Durham: Duke University Press.
- Templeman & Bergmann. (1870). *Muelle Dársena. Refutación del folleto de los agentes y comerciantes del Callao*. Lima: Tipología de «El Comercio».
- Vargas, P. (24 de mayo de 2020). *De cuarentenas y «lazaretos»: COVID-19 y Peste bubónica en el Perú*. Recuperado de https://grupodetrabajohistoriasiglo20.blogspot.com/2020/05/de-cuarentenas-y-lazaretos-covid-19y.html?m=1&fbclid=IwAR3LB2P1EFFMtin0NzPyulpWPFThlZlYwr0QYoUOLPCOQ-Ffd_vWmaCYvj0