

Epidemias en los márgenes: la peste bubónica (1903-1905) y el COVID-19 en el sur andino peruano

Epidemics on the Margins: The Bubonic Plague (1903–1905) and COVID-19 Epidemics in the Peruvian South Andean Region

Epidemias marginais: a peste bubônica (1903-1905) e COVID-19 no sul andino peruano

Patricia Palma, PhD^{1*}

Nashely Lizarme Villcas, Bach.²

Recibido: 22 de octubre de 2020 · **Aceptado:** 15 de marzo de 2021

doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10596>

Para citar este artículo: Palma P, Lizarme Villcas N. Epidemias en los márgenes: la peste bubónica (1903-1905) y el COVID-19 en el sur andino peruano. Rev Cienc Salud. 2021;19(Especial):1-23. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10596>

Resumen

Introducción: la epidemia de COVID-19 ha dejado en evidencia una serie de problemas de desigualdad en el acceso a la salud pública en Perú, especialmente en las provincias alejadas de la capital, donde se observa precariedad tanto en infraestructura como en personal sanitario. Este artículo analiza cómo el Gobierno y la población han hecho frente a epidemias en el sur de Perú, usando como casos de estudio el COVID-19 y la peste bubónica ocurrida en 1903 y 1905, con el fin de entender continuidades en el manejo de la crisis epidémica y su respuesta a ellas. *Desarrollo:* se estudia la epidemia de la peste bubónica en las ciudades de Arequipa y Mollendo en 1903 y 1905 y el COVID-19, con un enfoque en el funcionamiento del sistema de salud local y nacional, en la infraestructura sanitaria disponible para enfrentar epidemias y, finalmente, en las respuestas sociales de la población respecto al escepticismo de las medidas impuestas por las autoridades y al incremento de la automedicación. *Conclusiones:* la epidemia del COVID-19 en el sur de Perú presenta importantes similitudes con la epidemia de peste bubónica que afectó a la región a inicios del siglo XX: desorden de responsabilidades, falta de previsión para hacer frente a enfermedades

1 Departamento de Ciencias Históricas y Geográficas, Universidad de Tarapacá (Arica, Chile). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1328-9635>

2 EAP de Historia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8171-2103>

* Autora de correspondencia: ppalma@academicos.uta.cl

epidémicas, infraestructura precaria y una población con alto grado de desconfianza frente a las recomendaciones de las autoridades civiles y sanitarias.

Palabras clave: epidemia; Perú; política de la salud; centralización; historia de las ciencias.

Abstract

Introduction: The COVID-19 epidemic has revealed a series of inequality problems in the access to public health services in Peru, especially in provinces far from the capital where precariousness in both infrastructure and sanitary personnel is observed. In this study, we analyzed how the population and authorities in southern Peru faced epidemics, using COVID-19 epidemic and bubonic plague in 1903 and 1905 as case studies to understand continuities in the management of epidemic crises and social response to them. *Development:* We studied the bubonic plague epidemic in the cities of Arequipa and Mollendo in 1903 and 1905 as well as the COVID-19 epidemic, focusing on the functioning of local and national health systems, health infrastructure available to face epidemics, and finally, the social response of the population, paying particular attention to the skepticism of the population toward measures imposed by the authorities and increase in self-medication. *Conclusions:* The COVID-19 epidemic in southern Peru presents important similarities with the bubonic plague epidemic that affected the region at the beginning of the 20th century, including a disorder of responsibilities, lack of foresight to face epidemic diseases, insufficient infrastructure, and a population with a high degree of distrust in the recommendations given by the civil and health authorities.

Keywords: Epidemic; Peru; health policy; centralization; history of science.

Resumo

Introdução: a epidemia de COVID-19 expôs uma série de problemas de desigualdade no acesso à saúde pública no Peru, especialmente nas províncias distantes da capital onde há precariedade tanto de infraestrutura quanto de pessoal de saúde. Este artigo analisa como o governo e a população têm enfrentado epidemias no sul do Peru, utilizando o COVID-19 e a peste bubônica ocorrida em 1903 e 1905 como estudos de caso, a fim de compreender as continuidades na gestão da crise epidêmica e suas respostas. *Desenvolvimento:* são estudadas as epidemias de peste bubônica nas cidades de Arequipa e Mollendo em 1903 e 1905 e a COVID-19, enfocando no funcionamento do sistema de saúde local e nacional, a infraestrutura de saúde disponível para enfrentar as epidemias e, por fim, as respostas da população, com particular atenção para o ceticismo em relação às medidas impostas pelas autoridades e ao aumento da automedicação. *Conclusões:* a epidemia de COVID-19 no sul do Peru apresenta semelhanças importantes com a epidemia de peste bubônica que afetou a região no início do século XX: desordem de responsabilidades, falta de previsão para enfrentar as doenças epidêmicas, infraestrutura precária e uma população com alto grau de desconfiança em relação às recomendações das autoridades civis e sanitárias.

Palavras-chave: epidemia; Peru; política de saúde; centralização; história da ciência.

Introducción

A inicios de septiembre de 2020, Perú ostentaba el récord de ser el país con mayor tasa de mortalidad por habitante de América Latina a causa del coronavirus, cifra que para ese entonces alcanzaba los casi 30 000 fallecidos (1-4). Entre ellos, 4 de cada 10 personas que perdieron la vida a causa del virus residían en Lima, capital del país. Pese a la alta concentración de casos en esta ciudad, es fuera de la capital donde se han experimentado los mayores estragos de la

pandemia, pues hay ciudades con mayores índices de positividad del virus y de decesos por cada 100 000 habitantes. Producto de la preponderancia de Lima —la cual alberga casi un tercio de la población— y del centralismo histórico de esta nación andina es que gran parte de las noticias y reflexiones en torno a la respuesta del Gobierno y de la población se han focalizado en las dinámicas sociales, económicas y laborales que se viven en esta capital.

No es nuevo el relativo desconocimiento sobre el estado de salud de los residentes en las provincias. Si bien en Perú, en los últimos años, las investigaciones sociales e históricas sobre medicina, específicamente epidemias, han tenido un importante auge, al incorporar diversas temáticas, aproximaciones y actores, estos estudios han tendido a enfocarse en la capital (5-11). De esta forma, existen muy pocos indicios que permitan comprender cómo el Estado peruano y las autoridades locales han actuado históricamente para hacer frente al arribo y expansión de epidemias fuera de Lima. No es reciente el colapso sanitario de varias provincias y responde en parte a la falta de personal sanitario y centralismo en materia de salud, que obliga a los ciudadanos a desplazarse miles de kilómetros hasta la capital para tratamientos de alta complejidad, o especialidades médicas con escaso número de profesionales fuera de Lima. Un dramático ejemplo de ello se vive en el área de la salud mental, pues, pese a los esfuerzos descentralistas por implantar centros de salud mental comunitarios en el país, los tres hospitales psiquiátricos más importantes se ubican en la ciudad de Lima (12). Así, el estudio de la salud pública desde una perspectiva histórica, sin duda, puede darnos luces para comprender las altas tasas de mortalidad y morbilidad en las provincias, y la crisis sanitaria que se vive especialmente en el sur del país.

Compartimos las reflexiones del historiador de la salud Diego Armus, quien ha enfatizado que, no obstante su carácter global, las epidemias son fenómenos únicos, donde cada sociedad reacciona y las reinterpreta de forma particular (13). Aun así, consideramos que existen diversos aspectos que se repiten entre una epidemia y otra, especialmente cuando se desarrollan en el mismo espacio geográfico, pese a la distancia temporal. El objetivo de este artículo es analizar los principales problemas que las autoridades y la población han enfrentado en el sur peruano durante la epidemia por el covid-19 y reflexionar hasta qué punto estos elementos son nuevos o responden a legados históricos. Para ello nos moveremos a inicios del siglo xx, cuando la población de las ciudades de Arequipa y Mollendo debió hacer frente a la epidemia de peste bubónica en 1903 y 1905. Como demostraremos en este artículo, no obstante la distancia de más de un siglo entre ambas epidemias, es posible observar claras continuidades en el manejo de la enfermedad por parte de las autoridades locales y nacionales, en las reacciones sociales de la población ante la crisis y en la precariedad del sistema de salud.

A inicios de siglo xx, la epidemia de peste bubónica afectó las principales ciudades portuarias globales y generó una serie de transformaciones en la salud pública. En Perú, y especialmente en el sur del país, ciudades portuarias y otras cercanas a ellas sufrieron los efectos económicos y humanos de las medidas preventivas y de contención de la peste bubónica.

La epidemia se originó en 1898, en Hong Kong, y arribó a la costa pacífica en 1900. Así se diseminó paulatinamente en los principales puertos, como San Francisco, Mazatlán (México), Callao, Iquique, Valparaíso, entre otros (14). En Perú, los primeros casos se conocieron a finales de abril de 1903, en el puerto de Paita, en el norte del país, y en el Callao, el más importante y a solo 13 kilómetros de la capital (10,15). En los meses siguientes, los casos en Lima fueron en aumento, por lo cual el Gobierno central y la Municipalidad destinaron importantes recursos para la desinfección urbana. Los periódicos nacionales informaban día a día de los avances de la epidemia, la cual menguó sus efectos a los pocos meses, aun cuando se activó en 1904.

Muy diferente fue el manejo de la epidemia en otros puertos del país. En Mollendo, a casi 1000 kilómetros al sur de Perú, perteneciente al Departamento de Arequipa, los primeros contagios aparecieron en agosto de 1903 con la muerte de un niño en La Joya, quien viajaba de Mollendo a Arequipa (16,17). Las autoridades y la población habían tenido casi tres años para anticiparse a los posibles efectos que tendría la llegada del flagelo en la ciudad. Pese a ello, ambas localidades estaban escasamente preparadas para hacer frente a la epidemia.

Este artículo se organiza en torno a tres temáticas. La primera de ellas busca entender el funcionamiento de la administración de salud, especialmente el desorden de responsabilidades que ha generado una serie de tensiones regionales y nacionales por el manejo de la crisis en momentos de epidemias. La segunda está relacionada con la precariedad en materia sanitaria y la poca previsión para hacer frente a la pandemia, lo que ha ocasionado la falta de acceso a cuidados médicos por parte de la población. Finalmente, la tercera corresponde a las respuestas sociales a la epidemia, que se observan, por ejemplo, en el poco respeto a medidas restrictivas como cuarentenas y las elevadas tasas de automedicación. Metodológicamente, el análisis se sustenta en un variado grupo de fuentes documentales: para la epidemia de peste bubónica, periódicos publicados en Lima (*El Comercio*) y en las ciudades del sur del país, como *El Pueblo*, *El Deber* y *La Bolsa* (Arequipa), revistas médicas y misceláneas, y documentación de carácter oficial, procedente de la Prefectura de Arequipa y el Ministerio de Fomento. Como el covid-19 es una enfermedad que aún está activa y el acceso a documentación es limitado (y en muchos casos de carácter reservado) se analizan periódicos en línea publicados en Lima (*El Comercio* y *La República*) y del sur del país, como *Prensa Regional*, *Sin Fronteras* y *El Correo*.

Desarrollo

Administración de la salud en tiempos de epidemia

A pocas semanas de la confirmación de los primeros casos de covid-19 en Perú, el norte del país, y especialmente ciudades ubicadas en la selva, se convirtieron en el epicentro de la epidemia. No obstante, con el paso de los meses, el virus y los contagios masivos se movieron con fuerza hacia el sur, y las regiones de Moquegua, Arequipa, Cusco, Puno y Tacna comenzaron a concentrar los mayores índices de contagio y mortalidad (18). La epidemia repercutió especialmente en la ciudad de Arequipa, la segunda más importante, y con el paso de las semanas sus hospitales comenzaron a colapsar (19). Esto llevó a que el presidente Martín Vizcarra se trasladara a la ciudad a mediados de julio, donde corroboró la situación crítica del sistema de salud. En el hospital covid-19, Honorio Delgado, el presidente escuchó los reclamos de médicos y pacientes, y a los pocos días el Gobierno emitió un decreto de urgencia que permitía la intervención del Ministerio de Salud en esta región, con el fin de ejecutar medidas para mitigar el impacto del virus (20).

Con esta decisión, “Arequipa queda en manos de Lima”, como informaba el periódico *Sin Fronteras* (21), y el manejo de la crisis volvía a la capital, ante la falta de liderazgo de las autoridades locales para manejar eficientemente la epidemia. Ello abrió un debate respecto a quiénes eran los organismos y las autoridades idóneas que deberían tomar decisiones en áreas clave como la salud, especialmente en tiempos de crisis sanitaria. Este fenómeno, sin embargo, no es reciente. Durante la epidemia de peste bubónica que azotó al Departamento de Arequipa en 1903 y 1905, se evidenciaron diversos problemas para articular los trabajos de prevención y lucha contra esta enfermedad por parte de las diferentes autoridades que tenían injerencia en el sector de la salud. La Ley de Municipalidades de 1892 mantuvo el programa de descentralización fiscal y administrativa introducido por el Reglamento de 1873, que les permitía a los concejos provinciales y distritales adquirir mayores facultades para el mantenimiento y fiscalización del aseo y la higiene pública. Empero, en última instancia, las actividades de los órganos locales se mantenían supeditadas a las resoluciones de las juntas de mayor jerarquía y del Supremo Gobierno (22).

En los casos de crisis sanitaria, como las epidemias, los gobiernos locales podían convocar la organización de juntas de sanidad que, por su jurisdicción, podían ser departamentales y provinciales; entre tanto, aquellas que estaban establecidas en los puertos se denominaban *litorales*. Estas juntas funcionaban dentro de un sistema jerarquizado en el cual las supremas o centrales, con sede en Lima, se encargaban de la vigilancia de las entidades menores, y cuya función era gestionar las medidas necesarias para superar el azote de enfermedades epidémicas nacionales (23). El principal problema de este sistema de administración sanitaria era la escasa relación entre las juntas de diferentes regiones del país, además del limitado

alcance de su accionar. En aquellos lugares donde no existían juntas solo se disponía de médicos sanitarios, quienes no siempre llegaban a tiempo para hacer frente a la enfermedad, especialmente en zonas alejadas de las capitales de provincias (24). Dadas estas restricciones, muchas de las disposiciones de las entidades de mayor jerarquía se ejecutaron sin considerar las necesidades reales o la voluntad de las poblaciones donde se aplicaban. Esta situación ocurrió, por ejemplo, durante el brote de peste bubónica en el puerto de Mollendo, cuando las autoridades centrales impusieron cuarentenas a dicha localidad, y las del Departamento de Arequipa reclamaron por la decisión contraria a la voluntad de comerciantes, médicos y autoridades regionales (25).

Mollendo era el segundo puerto más importante del país y un paso obligado de los barcos en la ruta entre el Callao y los puertos chilenos de Iquique y Valparaíso. La epidemia de peste bubónica apareció casi de forma paralela en el Callao e Iquique en mayo de 1903, razón por la cual los periódicos de la ciudad de Arequipa siguieron de cerca el avance de esta afección en ambas ciudades. Con el fin de evitar la expansión de la enfermedad en el sur, la Junta Suprema ordenó en junio de ese año la implementación de una cuarentena rígida de cinco días para toda embarcación procedente desde Chile. Sin embargo, no impuso las mismas restricciones para los navíos procedentes desde el puerto del Callao, donde ya se habían confirmado varios casos de peste bubónica. La Junta Departamental de Sanidad de Arequipa, convencida de la ineficacia de las cuarentenas y con el fin de no ver afectadas las arcas departamentales, solicitó al Ministerio de Fomento que el puerto de Mollendo continuara recibiendo vapores chilenos con la única condición de que portaran una “patente limpia”, es decir, estuvieran libres de todo rastro de la enfermedad (26).

Un problema que surgió en los meses de la epidemia —y que, como veremos, se mantiene hasta la actualidad— fue la superposición y la falta de una delimitación específica en competencias en materias de salud. Durante la epidemia de peste bubónica, la poca claridad en las competencias entre las diferentes autoridades sanitarias demoró la aplicación de los reglamentos y la ejecución de las obras de saneamiento necesarias para frenar el avance de la enfermedad. Si bien es cierto que entre 1887 y 1903 se estableció un sistema de jerarquías que permitía la marcha relativamente organizada de las juntas de sanidad y las entidades administrativas locales, estas normativas no limitaron claramente las atribuciones de estas instituciones. Lo cierto es que las juntas de sanidad tenían un carácter intermitente y solo funcionaban en momentos de crisis sanitarias; además, no estaban compuestas necesariamente por médicos, sino por funcionarios de diferentes instituciones que carecían de los conocimientos científicos necesarios, razón por la que no le prestaban suficiente importancia a la salubridad (24). Por ello, no era raro que otras instituciones asumieran las labores de asistencia descuidadas por estos organismos. Las sociedades de beneficencia pública intervinieron de forma directa en la prestación de servicios hospitalarios.

En el Perú, la epidemia de peste bubónica generó cambios en la estructura de la administración de la salud pública. La Dirección de Salubridad, creada en 1903, fue la primera entidad sanitaria organizada de carácter permanente que trató de resolver las falencias que presentaban las actividades de las juntas de sanidad. No obstante, por la forma en la que fue planteada como un órgano consultivo, no tuvo la capacidad real de ejecutar acciones efectivas en materia sanitaria (27). Otra de sus claras falencias fue su limitado alcance regional, dado que fuera de Lima sus disposiciones dependían de otros organismos. Esto fue cambiando con el paso de los años. Durante las décadas de 1920 y 1930, el Estado se convirtió en el administrador de las políticas de salud y se crearon nuevas instituciones cada vez más especializadas en el manejo de esta materia. Se suprimió el Reglamento General de Sanidad y las obligaciones de las juntas fueron transferidas a secciones y servicios dentro de la Dirección de Salubridad (28). Este nuevo aparato administrativo pasó a formar parte del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social (1935) y, posteriormente, al reformado Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1942), desde donde se establecieron unidades de salud en diferentes regiones. Si bien con la creación de un sistema de salud unificado se centralizó la toma de decisiones, también se generó una mayor dependencia de los organismos capitalinos con trabas burocráticas en el ámbito regional.

El exceso de centralismo y burocracia entorpeció el manejo de las crisis sanitarias durante el siglo xx, pero la excesiva descentralización, al parecer, tampoco fue la solución más eficiente. Como plantea el historiador Carlos Contreras, Perú es un país que desde su constitución, en el siglo xvi, ha sido centralista, y donde casi siempre han sido fallidas las propuestas para modificar este régimen político y económico (29). Como señala la socióloga María Isabel Remy (30), la epidemia del covid-19 ha puesto de manifiesto los problemas e ineficiencias del proyecto de descentralización elaborado en 2002, e implementado en los años siguientes. Este plan entregó competencias a las regiones sin la evaluación y acreditación de capacidades. De esta forma, los gobernadores regionales han debido generar un plan de prevención, control, diagnóstico y tratamiento del covid-19 sin tener la preparación, ni experiencia o personal para llevarlo a cabo. Otra de las falencias del proyecto de descentralización —como planea Remy— ha sido un desorden de responsabilidades, pues gobiernos regionales y municipales comparten competencias sin una clara delimitación de funciones. Estos problemas se han podido apreciar de forma clara en el Departamento de Arequipa durante el manejo de la crisis del covid-19.

La intervención del Ministerio de Salud en la región, en julio de 2020, fue una clara señal por parte del Ejecutivo de que estaba dispuesto a dar un paso atrás en la descentralización, al permitirles a los equipos técnicos del Ministerio de Salud con sede en Lima decidir respecto a recursos humanos, financieros, así como gestión hospitalaria y de salud (20). Este decreto fue celebrado por gran parte de la opinión pública arequipeña, que en las semanas previas venía

informando que “Arequipa no daba para más”. Alguien quien no celebró la implementación de esta medida fue la máxima autoridad regional, Elmer Cáceres, un político de perfil populista y regionalista, que no aceptó de buena forma el despojo de su autoridad en materia de salud. El gobernador Cáceres, lejos de hacer una autocrítica por su gestión, declaró que quienes lo criticaban eran unos *pitucos* (gente de clase alta) y sin sustento científico continuó recomendando a la población el consumo de productos para evitar y tratar el COVID-19, como el dióxido de cloro y carne de llama (3,21). Las recomendaciones de la máxima autoridad política tuvieron un alto costo para la salud de la población arequipeña, y generó, entre otras cosas, el aumento de la automedicación, como analizaremos en la última sección.

Precariedades en sector de la salud en el sur andino

La peste bubónica dejó en evidencia las graves deficiencias de la vida urbana y demostró que las ciudades peruanas estaban mal preparadas para hacer frente a una epidemia de esta naturaleza (10,15). En el caso del puerto de Mollendo, las condiciones higiénicas lo hacían especialmente vulnerable a la llegada de la peste (figura 1). Según el informe presentado al Ministerio de Fomento por parte del doctor Ramón Ribeyro, la ciudad sufría por la escasez



Figura 1. Viviendas en Mollendo

Fuente: tomado de (34).

y calidad del agua, existía un limitado sistema de desagüe y las características de las construcciones en el puerto favorecían el desarrollo de enfermedades como la peste bubónica. La inclinación del terreno y el espacio dejado entre el suelo y el piso de las viviendas servía como depósito de basura y criadero de animales domésticos, lo cual generaba un incremento en el número de insectos y roedores (31,32). No es de extrañar que, ante los primeros rumores de la llegada de la epidemia en agosto de 1903, casi el 60 % de la población decidiera dejar la ciudad (33).

Una de las primeras y más extendidas medidas profilácticas para evitar la propagación de la epidemia fue la limpieza de los espacios públicos y el control del espacio privado. A inicios de siglo, los consejos provinciales y distritales eran los organismos encargados de velar por el correcto cumplimiento de los servicios de baja policía (recolección y traslado de basura, limpieza de calles y mantenimiento del orden y ornato), ejecución de obras de saneamiento ambiental y la reglamentación de las construcciones de edificios públicos y privados (13,35). La llegada de la epidemia a Mollendo obligó a desarrollar un plan de acción rápido para lograr un profundo saneamiento de la ciudad. Sin embargo, el puerto, al igual que la mayoría de las ciudades, no contaba con los recursos, personal o implementos necesarios para realizar las mejoras necesarias. Por ello, el Gobierno distrital de Mollendo optó por la caza de roedores a través de incentivos económicos y por trasladarles a los habitantes la responsabilidad de mantener la limpieza del espacio público y privado, a través de visitas domiciliarias y multas a la población que infringiera las normas de higiene (36).

En el momento del arribo de la epidemia, la infraestructura sanitaria era precaria e insuficiente en el país. La falta de hospitales y de profesionales para la asistencia de enfermos obligó a las juntas de sanidad a disponer lo necesario para construir establecimientos temporales como barracas y lazaretos, donde se asilaba a la población infectada. Según el Reglamento General de Sanidad de 1887, cada puerto donde existiera una Junta Departamental o Litoral debía contar con un lazareto (23). No obstante, las juntas de sanidad, al no tener recursos, dependían de la capacidad de ejecución de los consejos municipales, las sociedades de beneficencia y el Gobierno central. No era extraño entonces que cuando aparecía una epidemia, el lazareto de la ciudad no estuviera en funcionamiento.

Arequipa, capital del departamento, segunda ciudad más importante del país, en términos de población, y la más relevante del sur andino, en términos demográficos y económicos, no contaba con un lazareto. Esta situación era aún más grave en Mollendo, pues, pese a su importancia comercial y lo estipulado por la normativa oficial, carecía de uno. A ello se sumaba la limitada capacidad del establecimiento hospitalario de la ciudad, construido décadas atrás por el empresario Enrique Meigss para atender a los trabajadores del ferrocarril Mollendo-Arequipa. Además, la construcción de estos lugares no fue una tarea sencilla. Las obras podían tomar un periodo largo, porque dependían de la aprobación de requerimientos técnicos del Ministerio de Fomento, ubicado en la capital del país. Por ello, ante la necesidad

urgente de reducir el número de contagios, producto de la aparición de brotes epidémicos, las autoridades locales decidieron usar establecimientos temporales e improvisados (37).

El recelo de la población por tener cerca esos improvisados espacios, que a su entender podían contaminar y propagar la enfermedad por aire y suelo, fue otro de los factores que entorpecieron la correcta aplicación de políticas de salubridad. Ante la negativa de la población de Mollendo por alquilar o ceder terrenos para el levantamiento de un lazareto, se optó por implementar uno provisional. En 1905, solo la Sociedad de Beneficencia de esta localidad estuvo dispuesta a ceder el Balneario de Jesús para dicho propósito (37). El carácter temporal de estos establecimientos obligó a las autoridades a repensar otro lazareto cada vez que se manifestaba un rebrote de la enfermedad. Según los historiadores Tirro y Rojas, en esa ocasión se construyó en un espacio dentro de un hospital recientemente cimentado (17). El problema radicaba en que las características del lugar continuaron siendo bastante modestas. Como se puede apreciar en la figura 2, el lazareto era un pequeño cuarto de cuatro o cinco metros de largo por tres metros y medio de ancho, con el techo y las paredes de material ligero (38).

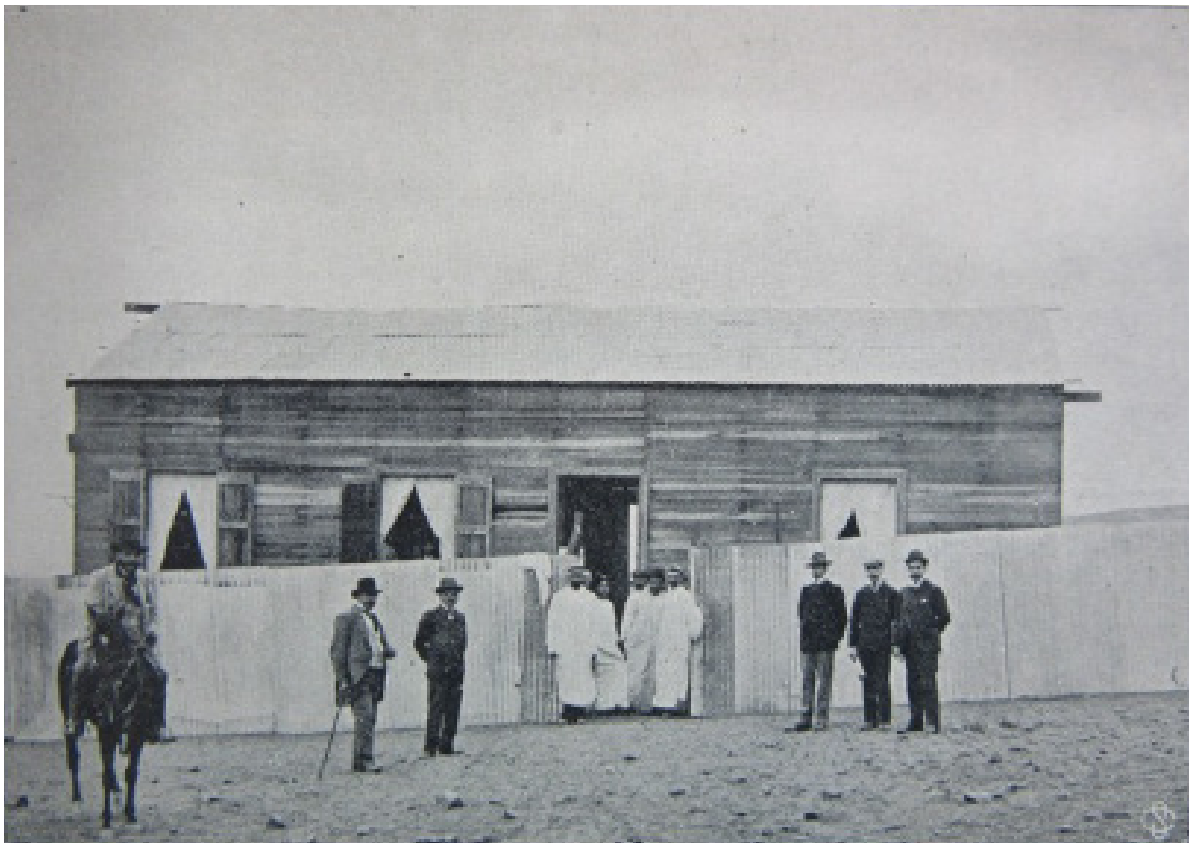


Figura 2. Lazareto de Mollendo

Fuente: tomado de (39).

Mollendo, al ser el segundo puerto más importante del país, precisaba resolver el problema sanitario de manera efectiva y duradera. Los intereses económicos detrás del saneamiento del puerto motivaron a que no solo instituciones públicas se comprometieran con esta tarea, sino también particulares que querían evitar la implementación de medidas más radicales como cuarentenas o cierre total del puerto. Por ejemplo, el señor Guillermo Ricketts, miembro de una de las familias de comerciantes más importantes de Arequipa, Ricketts & Cía., dedicada a la producción de lana de ovinos y camélidos, donó 200 soles a la Sociedad de Beneficencia de la ciudad con el objetivo de mantener el hospital del puerto (40). Las donaciones de vecinos desempeñaron un rol clave en la construcción y mantenimiento de estos establecimientos de salud.

Las epidemias de peste bubónica de 1903 y 1905 permitieron entender la importancia de la construcción de centros de asistencia permanentes. En las siguientes décadas se evidenció una mayor preocupación por mejorar la infraestructura sanitaria en las ciudades de Mollendo y Arequipa. En 1905 se iniciaron los trabajos de edificación del hospital Goyeneche en Arequipa y cuatro años después se retomaron los proyectos de construcción de servicios de agua en Mollendo (41,42). A pesar de estos esfuerzos, el crecimiento urbano que experimentó Arequipa en las década de 1940 y, posteriormente, de 1970, producto de la migración de ciudadanos del sur andino, produjo que el sistema hospitalario y de atención médica siguiera siendo limitado para enfrentar escenarios adversos de salubridad pública, como sucede en la actualidad (43).

A inicios de la pandemia del COVID-19, el diagnóstico de la infraestructura hospitalaria para Latinoamérica daba luces del complejo escenario que enfrentaría la región, particularmente Perú en los siguientes meses. El país contaba con menos de una cama hospitalaria por cada mil habitantes y cinco ventiladores por cada diez mil. Así, era el segundo país peor preparado para la epidemia, solo superado por Guatemala (44). Para prevenir la catástrofe, el Gobierno de Martín Vizcarra envió una partida presupuestaria para los gobiernos regionales, que en el caso de Arequipa superó los siete millones de dólares. Pese a ello, las noticias sobre las graves deficiencias de los hospitales del sur, especialmente de Arequipa, no tardaron en ocupar las portadas de los principales periódicos regionales. En el caso de esta ciudad, se debieron acondicionar carpas en los estacionamientos de hospitales para evitar el colapso, y el desabastecimiento de insumos médicos y medicamentos se transformó en un problema crítico. En medio de ello, la Defensoría del Pueblo informaba que a inicios de julio de 2020 solo se había gastado el 40 % del presupuesto asignado al inicio de la pandemia para el COVID-19 (45).

La epidemia ha expuesto los graves problemas existentes en la administración de salud regional, sobre todo respecto al mal uso de los recursos públicos y corrupción. Desde que se decretó el estado de emergencia el 16 de marzo de 2020, en varias ciudades del sur se han detectado casos de colusión, negociación incompatible y cohecho en la contratación de bienes y servicios (46). En Arequipa, por ejemplo, existen tres hospitales inconclusos que

comenzaron a construirse hace cuatro años y que están paralizados debido a investigaciones por corrupción, incumplimiento por parte de contratistas o irregularidades técnicas, como ha demostrado la investigación realizada por *Ojo Público* (47). Esto se ha repetido en otras ciudades como Tacna, donde en mayo y junio la Fiscalía decidió intervenir el municipio por casos de corrupción.

Los problemas en la administración local de salud han generado falta de pago de salarios al personal sanitario y duras condiciones laborales, como las que han denunciado algunos médicos de la ciudad de Arequipa. Ante la lenta respuesta del Estado y de las entidades regionales de salud, las empresas y organizaciones privadas han asumido un rol activo en proveer infraestructura e insumos médicos. A diferencia de la situación de hace un siglo, cuando los vecinos prósperos financiaban las principales obras de caridad, en la actualidad son empresas mineras, como Southern Perú o Cerro Verde, principales fuentes de ingresos en estas regiones, las que han invertido directamente en el sector de la salud. Por ejemplo, solo en agosto Southern Perú entregó 3000 pruebas rápidas y 3 módulos hospitalarios en Camaná, 2 módulos en Mollendo, 18000 pruebas rápidas a la Dirección de Salud de Tacna, y ambulancias y equipos de ventilación en la ciudad de Ilo (48). A estas iniciativas se suman las de instituciones que históricamente han contribuido en tiempos de desastres, como la Iglesia católica, la cual a través de su campaña “Respira Perú” ha donado ventiladores a ciudades como Cusco y Tacna (49).

De esta forma, la precariedad continúa en el sector de la salud, esta vez no por la falta de recursos económicos. Como Ómar Narrea ha demostrado, casi la mitad de las transferencias de recursos mineros a gobiernos regionales no ha sido gastada, y continúan acumulándose (50). Pero la principal deficiencia en muchos hospitales es la carencia de médicos especializados en unidad de cuidados intensivos y personal de enfermería. Esto es crítico en ciudades del sur como Tacna, que con más de medio millón de habitantes solo cuenta con un médico intensivista y un emergenciólogo (51). Pero, nuevamente, no es simplemente un problema de presupuesto, especialmente si consideramos que entre 2015 y 2017 la universidad pública de Tacna, la Universidad Jorge Basadre, recibió 55 millones de soles (unos 15 millones de dólares) por recursos mineros, presupuesto del cual el 61 % no fue ejecutado (50). Sin duda, la poca capacidad de gasto e inversión en capital humano se ha sentido con fuerza en las regiones del sur durante la epidemia actual.

Respuesta social ante el flagelo

Si analizamos el comportamiento de las personas en tiempos de epidemias, observaremos importantes similitudes entre reacciones actuales y vividas durante epidemias pasadas. Hay grupos que niegan la existencia de la enfermedad y perciben las medidas implementadas por sus gobiernos como una violación a sus derechos de circulación o como una excusa

para implementar cambios políticos, económicos o incluso migratorios. Otros desconfían de la efectividad de las políticas implementadas por sus autoridades para frenar el alcance de la epidemia y las desafían abiertamente. De igual manera, es posible encontrar personas que desestiman los postulados científicos y las recomendaciones de expertos en salud para combatir la propagación del virus, recurriendo a una serie de remedios populares y experimentales que ponen en riesgo incluso su propia vida. Estos fenómenos están lejos de ser exclusivos de Perú y particularmente de los habitantes del sur. Sin embargo, nos interesa analizar la respuesta social de la población ante las epidemias.

El primero de ellos es la desconfianza y escepticismo respecto a la información existente sobre la epidemia. Desde abril de 1903, los principales diarios de Arequipa anunciaban la llegada de la enfermedad bubónica a diferentes puertos del Perú y Chile. El temor de la población por la invasión de la peste fue aumentando al ritmo en que incrementaba el número de noticias contradictorias sobre si se trataba o no de peste bubónica. Para algunos, los casos reportados en el puerto de Iquique (Chile) no correspondían a bubónica, sino que solo era una treta de carácter político para detener el descontento popular y evitar una inminente huelga de trabajadores (52). Las noticias que llegaban desde Lima tampoco eran tranquilizadoras. Algunos medios de prensa, como el diario *El Comercio*, el más importante nacional, cuestionaban las investigaciones del Dr. Biffi, quien había confirmado la existencia de la *Yersinia pestis*, bacteria causante de la peste, en el Callao.

Sin embargo, la desconfianza y el escepticismo no son propios de sociedades con limitado acceso a información. Hoy en día, en que parte importante de la población tiene acceso a periódicos, radios, televisión e incluso internet, la proliferación de noticias falsas (*fake news*) que circulan sobre la epidemia especialmente por las redes sociales ha significado un aumento del pánico, pese a los intentos de las autoridades por aclarar dichas informaciones y hacer un llamado a la calma. En los primeros meses de 2020, las imágenes de largas filas fuera de los mercados, el aumento de precios de productos de higiene o el acaparamiento de productos de primera necesidad se repitieron en todo el mundo, y, en nuestro caso, en el Departamento de Arequipa. A inicios de marzo, las autoridades debieron de salir a desmentir la información que circulaba sobre saqueos en el mercado de Río Seco, en el distrito de Cerro Colorado (53).

En otros casos, la población decidió hacer caso omiso a las recomendaciones emanadas por parte de las autoridades de salud, especialmente cuando estas atentaban contra creencias arraigadas. En el caso de la epidemia de peste bubónica de 1903 y 1905, la Iglesia católica y los fieles fueron reticentes a aceptar las disposiciones sanitarias que modificaban prácticas funerarias. Una de estas disposiciones municipales para prevenir la propagación de la peste fue prohibir los funerales de cuerpo presente. Una vez que el enfermo fallecía a causa de peste bubónica, el cuerpo debía ser enterrado lo antes posible (54). Sin embargo, algunas autoridades eclesiásticas de la ciudad de Arequipa se negaron a acatar estas disposiciones y

ello ocasionó una serie de tensiones entre el poder civil y eclesiástico. Por ejemplo, el obispo de Arequipa, Manuel Segundo Ballón, mediante una extensa carta presentada ante el presidente de la Junta Departamental a inicios de 1904, manifestó que la disposición del Consejo Provincial vulneraba la autoridad de la Iglesia al legislar en asuntos propios de la jurisdicción religiosa (54).

Una situación similar sucedió durante la epidemia del COVID en la ciudad de Arequipa. A inicios de abril de 2020, el Arzobispado de Lima informó que serían suspendidas las celebraciones públicas de Semana Santa que implicaran aglomeraciones. En esa línea, la Arquidiócesis de Arequipa anunció un programa especial de celebraciones transmitidas en línea y suspendió el lavatorio de pies y la procesión del Santísimo Sacramento (55). Pese a ello, y especialmente del estado de emergencia dispuesto por el Gobierno, los feligreses de la parroquia Espíritu Santo decidieron sacar en procesión a la Virgen de Chapi el día Jueves Santo. Ante el cuestionamiento por el desacato de las disposiciones civiles y eclesiásticas, el párroco justificó su accionar argumentando que la procesión buscaba pedir la calma de la pandemia, agregando que contaban con el permiso de la municipalidad distrital, y que incluso personal municipal había participado en el evento.

El autoritarismo con el que se dictaron las disposiciones sanitarias tampoco contribuyó a generar mayor confianza entre la población. Pese a que el ocultamiento de los casos sospechosos de peste bubónica era una práctica penada, el estigma social y las consecuencias económicas que acarrearía notificar la presencia de enfermos o sospechosos generaron que no todos los casos se informaran. Más allá de las responsabilidades de los gobiernos locales y las entidades sanitarias por la ausencia de políticas efectivas de prevención de epidemias, para la opinión pública el contagio estaba asociado a la pobreza y falta de higiene. Como señalaba el doctor Ribeyro en su diagnóstico de la peste en Mollendo: “la inmensa mayoría de los apestados pertenecían a la clase indigente [...] tenían por costumbre andar descalzos, haciéndose así sumamente fácil la infección por la picadura de pulgas de ratas” (33). Estos grupos sociales eran propensos a la exposición pública y a la pérdida de su condición de “vecinos” para ser luego denominados como *apestados*, como se aprecia en las declaraciones de Ribeyro.

Pero, además de las consecuencias sociales, los costos económicos para las familias —especialmente las más vulnerables— eran muy altos. Una de las medidas más extendidas, y que se consideraba más eficaz para frenar la supuesta expansión de la epidemia era la incineración de los enseres y habitaciones de las personas contagiadas. Así lo demuestra uno de los pocos reportajes publicados en Lima sobre la epidemia en el sur del país. En octubre de 1903, la revista ilustrada *Actualidades* publicó un artículo sobre “la peste en Mollendo”, en la cual con mucho orgullo se mostraba cómo el alcalde municipal, el Sr. Zegarra, el inspector de Higiene, el director de Beneficencia y los médicos de la ciudad habían “vencido y destruido al enemigo”, acompañando la noticia con imágenes de la destrucción del hogar

del “apestado Mamani” (figura 3) (40). El gran número de incineraciones llevó, por ejemplo, a que en abril de 1905 un grupo de afectados hiciera un motín y quemara el edificio de la Capitanía del Puerto, pues no creían en la promesa de indemnización de sus casas por parte del Gobierno (16).



Figura 3. Incendio de casa de “apestados” de Mollendo

Fuente: tomado de (39).

Para aliviar el impacto económico de la peste fue necesaria la mediación de los consejos municipales, con el objetivo de mantener el precio de los víveres de consumo. Era preciso romper las cuarentenas para restablecer el tráfico comercial, por lo que los comerciantes miembros de las juntas de sanidad apoyaron los proyectos que apuntaban a la construcción de estaciones sanitarias de desinfección, para así evitar el establecimiento de cordones sanitarios y, por ende, facilitar el transporte, además del comercio (56).

En el caso del covid-19, la crisis económica provocó que un grupo importante de la población no acatará las medidas restrictivas establecidas. Perú fue uno de los primeros países en imponer cuarentena, y en su momento, a mediados de marzo de 2020, fue una de las más rigurosas del planeta. Solo se autorizaron actividades básicas de alimentación, financieras, sanitarias y de mantenimiento de infraestructura estratégica (3). Para alivianar la situación económica de los ciudadanos impedidos de trabajar, el Gobierno desarrolló una serie de medidas, consistentes en la entrega de bonos y paquetes de ayuda. Sin embargo, la gestión deficiente de registros estadísticos y la escasa capacidad logística del Estado para responder

en tiempos de crisis hicieron que estas ayudas fueran insuficientes y no llegaran a la mayoría de la población, lo que obligó a muchos a tener que salir a las calles a trabajar. Así, la pobreza y la informalidad laboral se transformaron, en el discurso público, en los responsables de la expansión de la enfermedad. En agosto de 2020, los periódicos de Arequipa daban cuenta de cómo el comercio informal parecía no tener control; mientras que el municipio señalaba que un gran número de contagios se debía al comercio informal “que invade las calles del centro y provoca aglomeraciones” (57).

Entre tanto, a nivel social varios respondieron haciendo caso omiso a las recomendaciones de quedarse en sus hogares, respetar la distancia social y dar cuenta de los casos sospechosos a las autoridades; en términos personales, un grupo importante de la población decidió combatir las epidemias por su propia cuenta, a través del consumo de una serie de remedios preventivos o curativos. Estos, en muchos casos, solo empeoraron el estado de salud de la población y los pacientes. El fenómeno de la automedicación ha tenido graves consecuencias durante la epidemia del COVID-19 en Perú, especialmente en la ciudad de Arequipa. Existen escasas investigaciones respecto a este fenómeno en el país, y los pocos estudios disponibles se han centrado en analizar el fenómeno en Lima (58). En los ámbitos nacional y regional no se cuentan con cifras actualizadas, pero según la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, entre 2005 y 2011, uno de cada tres peruanos prefería automedicarse, antes que acudir a un establecimiento de salud. Actualmente, preocupan las altas tasas de automedicación en la ciudad de Arequipa (59). El jefe del Hospital Honorio Delgado informaba en agosto que el 80% de los pacientes que acudía al hospital ya habían probado un cóctel de fármacos, entre ellos ivermectina (antiparasitario) e hidroxiclороquina, medicamento utilizado para la malaria, los cuales estaban complicando los tratamientos médicos (60).

Más grave aún es que tres de cada diez pacientes reconocía haber consumido dióxido de cloro, un desinfectante de superficies industriales no apto para el consumo humano, que les ha ocasionado graves problemas renales y hepáticos (61). A pesar de las evidencias científicas, congresistas del partido Unión por el Perú propusieron al Congreso que formara una comisión que investigara los efectos del dióxido de cloro para ser utilizado como tratamiento para la enfermedad, pese a que el Colegio Médico y de Químicos Farmacéuticos han llamado a la población a no consumirlo por las graves consecuencias para el organismo (62). Esta situación se ha hecho más crítica en Arequipa, donde ha sido la máxima autoridad, el polémico gobernador Elmer Cáceres, quien ha defendido su consumo y criticado al Gobierno por no respaldar su uso para combatir el COVID en el país (63). A ello se ha sumado su recomendación de ingerir carne de llama y alpaca como antídoto para tratar al virus, pese a no existir evidencia científica que sustente su recomendación. A la fecha son varios los organismos científicos y médicos del país que han llamado a la responsabilidad de los medios de comunicación y especialmente a autoridades políticas (como Cáceres) para informar de manera certera y no difundir noticias falsas que generan pánico en la población y provocan una

respuesta social contraria a las recomendaciones de los expertos. Sin embargo, romper con este histórico hábito no será tarea sencilla.

Conclusiones

Como señala Diego Armus, cada epidemia es única en su origen como microorganismo; también lo es la forma en que una sociedad la confronta, reacciona e interpreta. Pese a su carácter particular, consideramos que el estudio de epidemias desde una perspectiva histórica nos permite reflexionar de manera más profunda acerca de cómo, en la actualidad, tanto diversos agentes del Estado como la población reaccionan a la llegada y expansión de pandemias. Hoy en día es evidente que los tiempos se han acelerado: los avances en los medios de transporte han permitido que las personas se movilicen de un lado del planeta a otro solo en unas cuantas horas, al igual que los virus. Gracias a internet, podemos seguir minuto a minuto el avance de los contagios y decesos en el mundo, y a diferencia de otras epidemias en la historia, distintas vacunas están disponibles a poco menos de un año de la aparición de los primeros casos en Wuhan (China). A pesar de estos cambios, aún es posible identificar diversas continuidades tanto en el manejo de las epidemias por parte de los respectivos Estados como en la respuesta social de las personas ante su llegada.

Entre ambas epidemias analizadas, sin duda, el Perú experimentó cambios sustanciales. En primer lugar, pasó de ser una nación de 2 699 000 habitantes, según el censo de 1876, a tener una población más de 32 millones de personas en 2020 (64,65). Además, se produjeron significativas transformaciones en materia de salud pública. Se llevaron a cabo programas de salud para erradicar epidemias y de planificación familiar y la infraestructura hospitalaria y los servicios de saneamiento fueron en aumento, aunque estos siguieron siendo limitados para un país en franca expansión demográfica (9). Por otro lado, el mercado terapéutico también amplió su oferta, y al país llegaron procedentes del extranjero miles de productos de venta libre y con prescripción. El Estado tuvo un rol más activo en la regulación de la venta de medicamentos, y en la práctica médica, aunque fue un proceso complejo y con limitado éxito (66).

Pese a las transformaciones que vivió el país y especialmente la región sur, existen importantes similitudes en materia de salud pública entre la experiencia del covid-19 con la epidemia de peste bubónica que afectó a la misma zona en 1903 y luego en 1905. En términos de gestión, se observa un desorden en las responsabilidades de los organismos a cargo de la salud. En los ámbitos municipal, regional y estatal, las acusaciones —especialmente sobre cuál era la entidad a cargo de asignar los recursos para las acciones de prevención y tratamiento de la epidemia— se repiten tanto hoy como hace un siglo. La excesiva centralización del país fue un

obstáculo a inicios del siglo xx para combatir de modo eficiente la epidemia de bubónica. Sin embargo, la descentralización tampoco ha sido la mejor solución. Como demostramos en este artículo, estudiado también en detalle por la socióloga María Isabel Remy, los gobernadores regionales han debido generar un plan de prevención, control, diagnóstico y tratamiento del covid-19 sin tener la preparación, ni experiencia o personal para llevarlo a cabo, problemas que se observan claramente en el Departamento de Arequipa.

La falta de previsión para hacer frente a una epidemia de este tipo es otro de los elementos que se repiten en ambas situaciones. Si bien es cierto que en 2020 los diversos agentes del Estado solo tuvieron unos meses para prepararse a la llegada de la enfermedad, los esfuerzos fueron insuficientes. Mientras que en 1903 y 1905, las autoridades regionales y municipales indicaban que la falta de recursos imposibilitaba contar con una infraestructura sanitaria, hoy los problemas son otros. Perú vive desde hace algunos años un periodo de bonanza económica gracias a la minería, que le ha permitido a las regiones mineras del sur contar con importantes ingresos. Sin embargo, una parte importante de estos recursos no son gastados o invertidos en áreas clave, como salud o educación. Como señalamos en el artículo, el mal manejo de los recursos y la corrupción hoy aparecen como los principales responsables de no contar con una infraestructura sanitaria acorde a las necesidades de la población, ni tener el capital humano necesario para atenderlas.

Finalmente, observamos que, pese a la distancia temporal de un siglo entre una epidemia y otra, la población aún posee un alto grado de desconfianza a las recomendaciones de las autoridades civiles y sanitarias. Los prejuicios sociales y económicos que significan estar contagiado de enfermedades epidémicas como bubónica y covid han llevado al ocultamiento de los casos y a no respetar las medidas impuestas por las autoridades sanitarias. Así, por ejemplo, en 1905 los habitantes del puerto de Mollendo hicieron un motín en respuesta a las incineraciones de sus hogares, hoy son cientos los habitantes que salen de sus casas a trabajar sin respetar las medidas restrictivas, pues muchos no han recibido la prometida ayuda del Estado. Ambas epidemias han demostrado que el país está poco preparado para hacer frente a catástrofes sanitarias, especialmente en regiones fuera de Lima. Así como la epidemia de peste bubónica generó cambios estructurales en los organismos de salud y motivó mayor inversión sanitaria, esperamos que la epidemia actual haga lo mismo, especialmente incrementando el control en cómo se están gastando los recursos en el país.

Agradecimientos

Agradecemos la información facilitada por Edison Halley Quispe para Arequipa y los comentarios de Elías Amaya y Pamela Vargas a una primera versión.

Financiación

Este artículo es resultado del Fondecyt Posdoctoral 3190403 de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile.

Descargos de responsabilidad

Los autores asumen la responsabilidad de lo publicado y la *Revista de Ciencias de la Salud* no asume ninguna responsabilidad por ello.

Contribución de los autores

Las autoras han realizado conjuntamente y por igual la argumentación y la redacción del presente estudio.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Referencias

1. Perú, Ministerio de Salud. Sala situacional COVID-19 Perú [internet]. Lima: Minsa; 2020 [citado 2020 sep 8]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
2. Pan American Health Organization. COVID-19 information system for the region of the Americas [internet]. Washington: PAHO; 2020 [citado 2020 sep 8]. Disponible en: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>
3. Asensio R. Crónica del Gran Encierro: pensando el Perú en tiempos de pandemia. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2020.
4. Burga M, Portocarrero F, Panfichi A. Por una nueva convivencia. La sociedad peruana en tiempos del COVID-19: escenarios, propuestas de política y acción pública. Lima: Fondo Editorial PUCP; 2020.
5. Valdivia M. Sensacionalismo, prejuicios y estereotipos en los diarios limeños durante la epidemia de cólera de 1991. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2014.

6. Lan J. Sida y temor: las representaciones sobre los pacientes de una nueva epidemia a partir del conocimiento médico y tres diarios limeños entre 1985 y 1988. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2019.
7. Antuñaño R. Salubridad y epidemias en la ciudad de Lima 1535-1590. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
8. Lossio J. Acequias y gallinazos: salud ambiental en Lima del siglo XIX. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2003.
9. Lossio J, Barriga E. Salud pública en el Perú del siglo XX: paradigmas, discursos y políticas. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Instituto Riva-Agüero; 2017.
10. Palma P, Ragas J. Enclaves sanitarios: higiene, epidemias y salud en el Barrio Chino de Lima (1880-1910). *Anu Colomb Hist Soc Cult*. 2018;45(1):159-90. <https://doi.org/10.15446/achsc.v45n1.67555>
11. Cueto M. Culpa y coraje: historia de las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.
12. Palma P. Neoliberalismo, violencia política y salud mental en Perú (1990-2006). *Rev Cienc Salud*. 2019;17(2):352-72. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/rev-salud/a.7954>
13. Armus D. ¿Cómo se narra el coronavirus?: incertidumbres e historias globales. *Revista Ñ* [internet]. 2020 [citado 2020 sep 8]. Disponible en: https://www.clarin.com/revista-enie/ideas/-narra-coronavirus-incertidumbres-historias-globales_0_ot977nECw.html
14. Risse G. Plague, fear, and politics in San Francisco's Chinatown. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2012.
15. Cueto M. El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1997.
16. Carpio J. Texao: Arequipa y Mostajo. Arequipa: Editorial Universidad Católica de Santa María; 2019.
17. Titto G, Rojas Y. Historia de epidemias, políticas de salud pública y reacciones sociales en los puertos de Santa Rosa de Islay (1868-1869) y Mollendo (1903-1905). Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2013.
18. ¿Cómo ha impactado la pandemia del coronavirus la zona sur del país? *El Comercio* [internet]. 2020 ago 20 [citado 2020 sep 8]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/como-ha-impactado-la-pandemia-del-coronavirus-la-zona-sur-del-pais-noticia/>
19. Callapiña G. La pandemia en Arequipa: las razones que llevaron a esta región al colapso sanitario. *Ojo Público* [internet]. 2020 jul 28 [citado 2020 sep 8]. Disponible: <https://ojo-publico.com/1981/la-pandemia-en-arequipa-las-razones-del-colapso-sanitario>
20. Arequipa: autorizan intervención del Minsa ante crisis sanitaria por el covid-19. *Radio Nacional* [internet]. 2020 jul 23 [citado 2020 oct 1]. Disponible en: <https://www.radionacional.com.pe/noticias/nacional/arequipa-autorizan-intervencion-del-minsa-ante-cri-sis-sanitaria-por-el-covid-19>
21. Arequipa queda en manos de Lima. *Sin Fronteras* [internet]. 2020 [citado 2020 sep 22]. Disponible en: <https://digital.gruposinfronteras.pe/diarios/Arequipa/2020/07/23/index.html>

22. Nueva Ley de Municipalidades [internet]. Lima: Archivo Digital de la Legislación del Perú; 1892 [citado 2020 sep 25]. Disponible en: <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/LeyesXIX/1892028.pdf>
23. Reglamento General de Sanidad. Lima: Imprenta Bacigalupi; 1887.
24. Vargas P. De cuarentenas y “lazaretos”: covid-19 y peste bubónica en el Perú [internet]. Grupo de Trabajo de Historia del Siglo xx. 2020 [citado 2020 oct 1]. Disponible en: https://grupodetrabajohistoriasiglo20.blogspot.com/2020/05/de-cuarentenas-y-lazaretos-covid-19-y.html?fbclid=IwAR0shPHycUUVNdCCi_jjb1J1SJ3fcTVxlvv-2Ea2g3ao-gIts-hp_lvwkGAE
25. Reducción de cuarentenas. El Deber; 11 de junio 1904.
26. Cuarentenas. El Deber; 17 de junio de 1904, pp. 2-3.
27. Paz-Soldán C. La política sanitaria en el Perú (1916-1925) noticias y comentarios. Lima: Biblioteca de La Reforma Médica, 1926, pp. 19-21.
28. Lorente S. La organización de los servicios sanitarios en el Perú. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1926;5(12):619-56.
29. Contreras C. El centralismo peruano en su perspectiva histórica. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2002, p. 6.
30. Remy M. Descentralización en tiempo de pandemia. En: Burga M, Portocarrero F, Panfichi A, editores. Por una nueva convivencia: la sociedad peruana en tiempos del covid-19. Escenarios, propuestas de política y acción pública. Lima: Fondo Editorial PUCP; 2020. p. 125-30.
31. Gobernador peruano dice que comer carne de llama cura el covid-19. CNN Chile [internet]. 2020 ago 16 [citado 2020 sep 9]. Disponible en: https://www.cnnchile.com/mundo/carne-llama-gobernador-peru_20200816/
32. Ribeyro R. La peste en Mollendo. Boletín del Ministerio de Fomento. 1903 sep;(9):52.
33. La peste en Mollendo. El Comercio; 25 de octubre 1903.
34. Parodi S. La peste bubónica en Mollendo. Boletín del Ministerio de Fomento. 1903 nov;1(11):67.
35. Parker D. Civilizando la ciudad de los Reyes: higiene y vivienda en Lima, 1890-1920. En: Armus D. Entre médicos y curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma; 2002. p. 105-50.
36. Parodi S. La peste en Mollendo. Boletín del Ministerio de Fomento. Noviembre 1903;1(11):95-6.
37. Local para el Lazareto. La Bolsa; 19 de marzo de 1905, p. 1.
38. Mollendo. El Deber; 25 de marzo de 1905, p. 3.
39. La peste en Mollendo. Actualidades. Revista Ilustrada; 23 de octubre 1903.
40. Agradecimiento. El Deber; 23 de septiembre de 1903, p. 2.
41. Buzzi E. Agua potable de Mollendo. Informaciones y Memorias de la Sociedad de Ingenieros del Perú. 1909 jul;X(7):201-23.
42. Barrios. Agua potable para Mollendo. Anales de Obras públicas del Perú. 1904:425-6.

43. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Migraciones internas en el Perú [internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 1995 [citado 2020 sep 23]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0018/n00.htm
44. Almeida Farga A. Así está preparada América Latina para el Covid-19 en cuanto a infraestructura hospitalaria (y Chile no es líder para nada). Interferencia [internet]. 2020 mar 3 [citado 2020 sep 9]. Disponible en: <https://interferencia.cl/articulos/exclusivo-asi-esta-preparada-america-latina-para-el-covid-19-en-cuanto-infraestructura>
45. Espinoza C. Arequipa y la covid-19: ¿cómo llegó a esta crisis sanitaria y qué hizo el Gobierno Regional? RPP [internet]. 2020 jul 25 [citado 2020 oct 1]. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/arequipa/coronavirus-en-peru-arequipa-que-hizo-el-gobierno-regional-de-elmer-caceres-llica-para-enfrentar-la-pandemia-noticia-1282347?ref=rpp>
46. Segundo lugar en corrupción. Sin Fronteras [internet]. 2020 jun 20 [citado 2020 oct 1]. Disponible en: <https://digital.gruposinfronteras.pe/diarios/Arequipa/2020/06/20/index.html>
47. Red Investigativa Regional. Regiones gastaron S/ 1.900 millones en 14 hospitales que hoy están inconclusos y paralizados. Ojo Público [internet]. 2020 mayo 3 [citado 2020 sep 9]. Disponible en: <https://ojo-publico.com/1798/los-14-hospitales-paralizados-por-sospechas-de-corrupcion>
48. Southern entrega una ambulancia y dos equipos de ventilación a red de salud del Minsa en Ilo. Gestión Perú [internet]. 2020 may 5 [citado 2020 sep 9]. Disponible en: <https://gestion.pe/peru/southern-entrega-una-ambulancia-y-dos-equipos-de-ventilacion-a-red-de-salud-del-minsa-en-ilo-noticia/>
49. Iglesia católica peruana dona 30 ventiladores mecánicos al Cusco. El Diario del Cusco [internet]. 2020 sep 3 [citado 9 sept 2020]. Disponible en: <https://diariodelcusco.pe/2020/actualidad/iglesia-catolica-peruana-dona-30-ventiladores-mecanicos-al-cusco/>
50. Narrea O. Agenda 2013: la minería como motor de desarrollo económico para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 8, 9, 12 y 17. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social-CIES; 2018, p. 15.
51. Agencia EFE. Los médicos de Perú, país devastado por el covid-19, claman por mejoras. Gestión Perú [internet]. 2020 ago 26 [citado 2020 sep 11]. Disponible en: <https://gestion.pe/peru/los-medicos-de-peru-pais-devastado-por-el-covid-19-claman-por-mejoras-noticia/?ref=gesr>
52. La temida huelga. El Deber; 1 de junio de 1903, p. 2.
53. Arequipa: descartan saqueos en mercado Río Seco (Fake News). El Búho [internet]. 2020 mar 12 [citado 2020 oct 1]. Disponible en: <https://elbuho.pe/2020/03/arequipa-descartan-saqueos-en-mercado-rio-seco-fake-news/>
54. Funerales de cuerpo presente. El Deber; 11 de febrero de 1904, p. 1.
55. COVID-19 en Semana Santa: las actividades religiosas en regiones y medidas policiales para reforzar la seguridad. El Comercio [internet]. 2020 abr 7 [citado 2020 sep 23]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/covid-19-en-semana-santa-las-actividades-religiosas-en-regiones-y-medidas-policiales-para-reforzar-la-seguridad-noticia/>
56. Establecimiento de una estación sanitaria. El Deber; 12 de marzo de 1903, p. 2.

57. El mercado de Arequipa es el distrito con más casos de COVID. 40% da positivo. Sin Fronteras [internet]. 2020 ago 12 [citado 2020 oct 1]. Disponible en: <https://digital.gruposinfronteras.pe/diarios/Arequipa/2020/08/12/index.html>
58. Hermoza-Moquillaza R, Loza-Munarriz C, Rodríguez-Hurtado D, Arellano-Sacramento C, Hermoza-Moquillaza V. Automedicación en un distrito de Lima Metropolitana, Perú. *Rev Med Hered.* 2016;27:15-21. <https://doi.org/10.20453/rmh.v27i1.2779>
59. Palma P. Los “específicos” de Luis Guerrero: boticas, pacientes y circulación de medicamentos en Lima (1856-1930). En: Correa M, Carvajal Y. *Historia de los medicamentos: apropiaciones e invenciones en Chile, Argentina y Perú.* Santiago: Ocho Libros; 2015. p. 53-84.
60. Mamani E. Pacientes con COVID-19 en Arequipa abusan de la automedicación. La República [internet]. 2020 ago 13 [citado 2020 oct 1]. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2020/08/13/pacientes-con-covid-19-en-arequipa-abusan-de-la-automedicacion-lrsd/>
61. Arequipa: pacientes COVID-19 que consumieron dióxido de cloro presentan problemas renales y hepáticos. Canal N [internet]. 2020 ago 27 [citado 2020 sep 24]. Disponible en: <https://canaln.pe/peru/arequipa-pacientes-covid-19-que-consumieron-dioxido-cloro-presentan-problemas-renales-y-hepaticos-n424429>
62. Suárez Bosleman D. El Congreso insiste con el dióxido de cloro. El Comercio [internet]. 2020 ago 22 [citado 2020 sep 24]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/coronavirus-el-congreso-insiste-con-el-dioxido-de-cloro-covid-19-noticia/?ref=ecr>
63. Tapullima D. Elmer Cáceres Llica, Gobernador Regional de Arequipa “La Coca Cola [...] es más tóxica que el dióxido de cloro”. Ojo Público [internet]. 2020 ago 12 [citado 2020 sep 24]. Disponible en: <https://ojo-publico.com/2010/elmer-caceres-no-dijo-la-verdad-sobre-coca-cola-y-dioxido-de-cloro>
64. Gootenberg P. *Poblaciones y etnicidad en el Perú republicano (siglo XIX): algunas revisiones.* Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1995.
65. Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú. *Estado de la población peruana 2020.* Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2020.
66. Palma P, Ragas J. Desenmascarando a los impostores: los médicos profesionales y su lucha contra los falsos médicos del Perú. *Salud Colectiva.* 2019;15:1-14. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2162>