



Las epidemias y la modernización de la ciudad de Ayacucho, 1900 – 1920

Nolberto Rojas Porras,^(*) Mario Maldonado Valenzuela^(**)
y Néstor Taipe Campos^(***)

ARK CAICYT: <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s24690732/c0lvksoh8>

Resumen

Este artículo examina el efecto demográfico y urbano de las epidemias de viruela, sarampión y tifus que afectaron a la población de la ciudad de Ayacucho-Perú, entre 1900 y 1920, considerando las concepciones sobre la enfermedad, las condiciones de vida de la población y las medidas tomadas por las autoridades para mitigar sus efectos. El marco teórico se apoya en las nociones de modernización, adoptando una perspectiva sociocultural de la enfermedad que la vincula con la vida material y social de las personas y con los sistemas de atención sanitaria existentes. Metodológicamente, el estudio se basa en fuentes documentales, publicaciones de prensa local y estudios relacionados con el tema. Se concluye que las epidemias fueron un factor de cambio, no solo por el elevado número de víctimas entre los niños indígenas, sino también por haber impulsado la modernización de la ciudad con obras de infraestructura orientadas a mejorar las condiciones de higiene, que territorializaron la representación de la civilización y la decencia en el centro urbano.

Palabras clave: Ayacucho; Epidemias; Modernización de la Ciudad; Infraestructura de Higiene.

Epidemics and the modernization of the city of Ayacucho, 1900 – 1920

Abstract

This article examines the demographic and urban effect of the smallpox, measles and typhus epidemics that affected the population of the city of Ayacucho-Peru, between 1900 and 1920, considering the conceptions about the disease, the living conditions of the population and the measures taken by the authorities to mitigate its effects. The theoretical framework is based on notions of modernization, adopting a sociocultural perspective of illness that links it to the material and social life of individuals and to the existing healthcare systems. Methodologically, the study is based on documentary sources, local press publications and related studies. It is concluded that the epidemics were a factor of change, not only because of the high number of victims among indigenous children, but also because they promoted the modernization of the city with infrastructure works aimed at improving hygienic conditions, which territorialized the representation of civilization and decency in the urban center.

Keywords: Ayacucho; Epidemics; City Modernization; Hygiene Infrastructure.

^(*) Licenciado en Historia. Magister en Ciencias Sociales (Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. UNSCH). Docente (Escuela Profesional de Arqueología e Historia. UNSCH). Perú. Email: nolberto.rojas@unsch.edu.pe ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0451-4511>

^(**) Licenciado en Antropología Social. Magister en Ciencias Sociales (Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. UNSCH). Docente (Escuela Profesional de Arqueología e Historia. UNSCH). Perú. Email: mario.maldonado@unsch.edu.pe ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6323-1488>

^(***) Licenciado, Magíster y Doctorado en Antropología Social. (Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. UNSCH). Docente (Escuela Profesional de Arqueología e Historia. UNSCH). Perú. Email: nestor.taipe@unsch.edu.pe ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8194-7946>



Las epidemias y la modernización de la ciudad de Ayacucho, 1900 – 1920

Introducción

A lo largo de la historia, las epidemias han tenido un impacto significativo no solo en la salud de las poblaciones, sino también en las estructuras políticas y sociales de la sociedad. Debido a su alto impacto en la humanidad, han merecido atención de investigadores en diferentes momentos que estudiaron el tema desde diversas perspectivas y, como resultado, hay una abundante literatura. En la última centuria, en Latinoamérica, la investigación historiográfica ha seguido tres tendencias dominantes: “la historia sociocultural de la enfermedad, la historia de la salud pública y la nueva historia de la medicina” (Armus, 2002, p. 41). Todas ellas reconocen que las enfermedades son fenómenos complejos que van más allá de su origen en un virus o una bacteria; están asociadas con un conjunto de prácticas y discursos sobre la historia intelectual e institucional de la medicina, con la oportunidad para desarrollar y legitimar políticas públicas, canalizar diversas ansiedades sociales, facilitar y justificar el uso de determinadas tecnologías, revelar aspectos de las identidades individuales y colectivas, sancionar valores culturales y estructurar la interacción entre pacientes y proveedores de salud (Armus, 2002, p. 42).

Durante el arco temporal de 1900 a 1920, la población de la ciudad de Ayacucho fue afectada por varias epidemias. En 1912, José De la Riva Agüero, durante su visita a la ciudad, señaló que la población padecía las enfermedades como el “tifus, viruela y paludismo pernicioso” (1995, p. 124). Estas enfermedades no solo causaban numerosas muertes, sino que también visibilizaban factores ocultos que contribuían a la generación de enfermedades (Cueto, 2000; Lossio, 2021). Esta situación obligó tanto a las autoridades como a la población a tomar medidas para mitigar sus efectos, inspirándose en las recomendaciones del higienismo y en las expectativas de la modernización que se consideraban esenciales para alcanzar el progreso. Estos esfuerzos coincidieron con la celebración del centenario de la batalla de Ayacucho en 1924, un hito histórico que fue aprovechado para exigir al gobierno nacional la realización de obras de infraestructura clave.

Este estudio se enmarca en la teoría de la modernización, que sostiene una conexión entre las epidemias y el desarrollo urbano. Según Rosenberg, las epidemias actúan como “espejos” que exponen las debilidades estructurales de una sociedad y exigen respuestas colectivas e institucionales, reflejando la interacción entre incidente, percepción, interpretación y respuesta (1989, p. 8). Las crisis sanitarias, de acuerdo con este autor, no solo requieren medidas inmediatas, sino que también promueven un proceso de reorganización urbana y social, creando un contexto favorable para la implementación de reformas duraderas en infraestructura y políticas públicas. Esta perspectiva concuerda con Corbin (1987, pp. 105-110) que, al estudiar la sensibilidad social hacia el olor y la higiene en la modernidad, mostró cómo el temor a los miasmas (malos olores asociados con enfermedades) motivó políticas de saneamiento y modernización urbana. Similarmente, Vigarello (1985, pp. 183-187) argumenta que el higienismo y las políticas de salud pública se convirtieron en herramientas clave de modernización urbana, transformando las ciudades y su organización social, y consolidando la noción de que la higiene y una infraestructura adecuada son pilares del progreso social y de la calidad de vida.

Foucault contribuye a esta discusión a través del concepto de biopolítica, entendido como una forma de poder que regula y controla la vida y la salud de la población; es decir, el Estado se convierte en un agente fundamental en la regulación de la vida y la salud de la población, consolidando su presencia en las ciudades a través de políticas de salud pública y de organización del espacio urbano (2002, pp. 125-128). En el caso de Ayacucho, la respuesta a las epidemias no fue simplemente una serie de medidas sanitarias, sino una muestra del poder estatal sobre la organización y el control de la vida urbana. La política de vacunación, la creación del hospital público y los esfuerzos por regular la higiene y el saneamiento público representaron más que un interés por curar a los enfermos; fue la vigilancia de los cuerpos y la vida colectiva por parte del Estado. En este sentido, la gestión de la salud pública en Ayacucho puede interpretarse como un esfuerzo por disciplinar a la población y transformar la ciudad en un espacio “limpio”, acorde con las expectativas de una modernidad higiénica y ordenada.

Las epidemias de principios del siglo XX no solo afectaron la salud de las personas, sino que también reconfiguraron el espacio urbano. En situaciones de brotes epidémicos, las ciudades se ven obligadas a modificar sus espacios, promoviendo la creación de áreas de aislamiento, la apertura de espacios verdes para mejorar la calidad del aire y la construcción de infraestructura sanitaria. En ese sentido, Lefebvre (2013, pp. 129-131), en su teoría sobre la producción del espacio, argumenta que el espacio urbano es una construcción social que refleja las necesidades y aspiraciones de la sociedad en un momento determinado. En el caso de Ayacucho, las intervenciones en el espacio público no solo buscaron controlar la propagación de las enfermedades, sino que también proyectaron la modernización de la ciudad con espacios públicos mejorados y una planificación más consciente de la salud de sus habitantes.

A través de las teorías de Rosenberg, Foucault y Lefebvre, se argumenta que las epidemias no solo desencadenaron respuestas sanitarias, sino que también generaron un proceso de modernización urbana y social. Este proceso se ha materializado en la reconfiguración del espacio urbano y las políticas de la salud pública. Así, la modernización de Ayacucho, lejos de ser un simple proceso de avance material, debe entenderse no como un objetivo en sí mismo, sino como una estrategia de supervivencia, un complejo proyecto en el que el Estado, la sociedad y el espacio urbano se transformaron mutuamente bajo la presión de la crisis sanitaria. Con el fin de analizar este fenómeno se plantean las siguientes interrogantes: ¿Cuáles fueron las causas de las epidemias? ¿Qué medidas de solución se tomaron? ¿Qué repercusiones ha tenido en la población y en el desarrollo de la ciudad?

El estudio se sustenta en información inédita que se encuentra en el libro de defunciones de las tres parroquias de la ciudad y que se conserva en el repositorio del Archivo Arzobispal de Ayacucho (AAAy). También, se han utilizado informes de las autoridades políticas, documentos administrativos y periódicos de la época en las secciones de prefectura y municipalidad del Archivo Regional de Ayacucho (ARAY) y el fondo archivo de la Biblioteca Nacional (BN). La información seleccionada fue ordenada según afinidad temática. La cantidad de fallecidos se presenta en tablas temáticas, obtenidas mediante el método de reconstrucción anónima; luego fue analizada e interpretada a la luz de los objetivos y el marco teórico elegido para el estudio.

La ciudad de Ayacucho

La ciudad se encuentra ubicada en la zona sur-central de Perú, a una altitud de 2,761 m s. n. m., y es la capital de la región del mismo nombre. Su origen se remonta a la época de la conquista; fue fundada el 25 de abril de 1540 por Vasco de Guevara, en un lugar llamado Pucaray. Los españoles que se asentaron en ella construyeron la ciudad; para 1550, un cronista destacó: “han edificado las mayores y mejores casas que ay en todo el Perú, todas de piedra, ladrillo, y teja, con grandes torres de manera que no falta aposentos” (Cieza, 1987, p. 249). Durante el período colonial, fue una de las principales ciudades del virreinato, y en sus postrimerías, la población citadina desempeñó un papel protagónico en la lucha por la independencia. El 9 de diciembre de 1824, en las cercanías de la ciudad, se libró la batalla de Ayacucho, la última contienda anticolonial que, con la victoria patriota, selló la independencia de América hispana. En homenaje a este hecho histórico, el libertador Simón Bolívar dispuso que la ciudad cambiara su nombre de Huamanga a Ayacucho, mientras que la provincia a la que pertenece pasó a denominarse Huamanga.

La ciudad, desde su fundación, fue un: “núcleo urbano europeo implantado en el territorio rural andino; se construyó en oposición a la cultura andina local asociada a lo rural y a lo indígena” (Chagnollaud, 2010, p. 189). Para las primeras décadas del siglo XX, la ciudad ya no ostentaba el esplendor alcanzado durante la época colonial. Por el contrario, se la describía como: “histórica, inmutable en costumbres y de espaldas a la vida moderna” (Pozo, 1924, p. 77). Miró Quesada resaltaba que: “las casas antiguas son de una arquitectura nobilísima, zaguanes, muros anchos, fuertes soportales [...] se mantiene así, quizá como en ninguna otra ciudad del Perú, el ambiente exterior de los días de la colonia” (1974, p. 402). Los contornos de la ciudad no habían cambiado desde la época de la colonia.

En 1908, un funcionario municipal estimaba que la población de la ciudad era: “poco densa, de 12,000 habitantes, distribuida en un área de 4 km”. Para 1912, De La Riva Agüero (1995) calculó

16,000 habitantes. La distribución espacial de la población seguía el patrón heredado de la época colonial, reflejando la estratificación social de la sociedad. El centro de la ciudad estaba reservado para la élite, compuesta por miembros de familias señoriales y representantes locales del poder estatal. En cambio, los barrios periféricos, ubicados al norte y al sur de la ciudad, eran predominantemente habitados por artesanos, comerciantes y arrieros mestizos, descendientes de indígenas que se habían establecido en el ámbito urbano durante la colonia. Las relaciones entre la élite y la población de los barrios periféricos eran, en general, puramente económicas y la dominación de la primera estaba bien establecida. A pesar de la división descrita, todos sus miembros se consideraban y eran reconocidos como huamanguinos, en clara oposición a los habitantes de las zonas rurales de la región, a quienes veían con desprecio (Chagnollaud, 2010, p. 189).

Imagen 1. Plano de la ciudad de Ayacucho 1924, con delimitación de las parroquias.



Fuente: José Ruiz (1924)

La ciudad, como centro de poder político y económico del departamento, desempeñaba un papel crucial en la organización y administración de la región, destacándose por la presencia de oficinas regionales: prefectura, obispado, juzgado y del gobierno local, que la definían como una ciudad burocrática. En el ámbito económico, su importancia radicaba en su condición de “ciudad de mercado”, donde convergían los agentes del comercio y los consumidores. Las actividades productivas y comerciales en la ciudad se organizaban en 39 gremios, contribuyendo a la dinamización de la economía. La plaza mayor y las tiendas ubicadas en la zona céntrica servían como puntos estratégicos para la distribución de productos agrícolas, manufacturados y artesanales. Esta estrecha interrelación entre la producción agrícola y artesanal denotaba la función de la ciudad como un nodo económico, un centro redistribuidor de bienes y servicios, consolidando su rol como articulador económico de la región.

De acuerdo con el criterio de la iglesia católica, la ciudad se dividía en tres parroquias denominadas: Sagrario, Santa Ana y Magdalena. La del Sagrario abarcaba la parte central de la ciudad, donde residía alrededor del 50 % de la población de la ciudad, constituida por blancos, que eran la mayoría, y complementada por mestizos e indígenas. La de Santa Ana (*Hanayparroquia*) comprendía el barrio homónimo, así como Yanama, Guaschahora, Rancho, Cabrapata, Carmen Alto y San Juan Bautista albergaba el 30 % de los habitantes, mayoritariamente indígenas y mestizos. Finalmente, la de Magdalena (*Urayparroquia*) incluía el barrio del mismo nombre, además de El Arco, Conchopata, Amargura, Mollepata, Tejarpata, Totorá y Rumichaca, habitada principalmente por indígenas, quienes constituían el porcentaje restante de la población de la ciudad.

Las epidemias en la ciudad

En estos últimos años la población de esta provincia ha disminuido considerablemente y algunas epidemias que ya se van haciendo endémicas si no se las combate a tiempo, fatalmente exterminarían la población, no solo de esta ciudad sino también de los distritos en cuyos pueblos y caseríos, el tifus, la viruela, la tos convulsiva grasan espantosamente¹

Este fragmento pertenece al informe memoria del Subprefecto de Huamanga correspondiente al año 1913. Revela la presencia de enfermedades y la preocupación por la repercusión en la población urbana y rural de la provincia. A continuación, se ofrece una aproximación al estudio de las epidemias y su impacto demográfico.

La viruela

El nombre viruela proviene de la palabra latina *variola*, que significa *manchado o moteado*. Se refiere a los abultamientos que aparecen en la cara y en el cuerpo de una persona infectada (Múnera y Román, 2016, p. 68). Es una enfermedad muy antigua, cuya evidencia más temprana se remonta a unos 3,000 a. C. en el antiguo Egipto e India. Desde entonces, el *variola virus* ha infectado a los seres humanos y ha ocasionado muerte y desfiguración. Su transmisión se ha mantenido solo entre humanos a través de gotas generadas en las mucosas oral, nasal y faríngea de pacientes infectados, que son inhaladas por personas susceptibles. También, se transmite: “con menor frecuencia, por contacto con lesiones cutáneas de los enfermos o material contaminado reciente” (Alcalá, 2008, p. 171). La enfermedad tenía dos variantes: la viruela mayor, que era la más común y la más severa y letal, cuya tasa de ataque en contactos se estima entre 50 y 60 % (Franco, *et al.* 2003, p. 300), con una letalidad del 25 al 30 % de las personas infectadas (Lossio, 2021, p. 49); mientras que la viruela menor causaba una enfermedad menos agresiva, mortal en menos del 5 % en grupos no vacunados (Melchor, 2021, p. 2).

Durante el período analizado, la viruela se presentó como una enfermedad recurrente en la ciudad, afectando principalmente a la población infantil, denominada en aquel tiempo como “párvulos”. Este grupo etario incluía a menores de entre 0 y 12 años, aunque en ciertos casos los registradores extendían el límite hasta los 15 años. Los libros de defunciones consignan lo siguiente:

¹ Biblioteca Nacional (BN). Memoria del subprefecto de Huamanga, 1913. f. 4

Tabla 1. Cantidad de párvulos fallecidos por viruela según parroquia

Años	Parroquia			Total de fallecidos por viruela		Total de muertos (adul. y párv.)
	Sagrario	Santa Ana	Magdalena	Casos	%	
1901	25	21	33	79	17.67	447
1902	102	26	27	155	34.99	443
1903	18	25	13	56	17.72	316
1904	60		6			782 *
1906	119	77	129	325	41.99	774
1907			1	1		133
1909	53**	51	25	129	56.07	214
1910			3	3		46
1911	14	9		23		235
1915			11	11		71
1916	107	51	35	193	38.6	500

Fuente: Archivo Arzobispal de Ayacucho (AAAy), libro de defunciones de las tres parroquias, de 1900 a 1918.

(*) BN. Memoria del Prefecto de Ayacucho 1906.

(**) ARAy. Municipalidad. Expedientes. Leg. 118. 1863-1937.

Los recuadros vacíos se deben a falta de información.

En los años 1900, 1902, 1906 y 1916, la viruela causó un elevado número de defunciones, el 39 % de todas las muertes (adultos y párvulos), lo que se clasifica como una epidemia. El impacto fue mayor en el grupo de párvulos, que superó el 60 %. En la parroquia de Magdalena, durante el año de 1906, causó la muerte del 76 % del total de párvulos fallecidos. Este grupo poblacional era particularmente vulnerable a la enfermedad, dado que: “el virus era más agresivo con los organismos que no habían experimentado la enfermedad” (Melchor, 2021, p. 7).

Tabla 2. Párvulos fallecidos por causa de viruela en la parroquia Magdalena, 1906

Mes	Edad en años							Fallecidos por viruela		Total de párvulos fallecidos
	< 1	1	2	3	4	5	6-12.	Casos	%	
Febrero										4
Marzo	1			1				2	50.00	4
Abril	4	3	2	2		1		11	78.57	14
Mayo	11	9	8	7	1	1		37	90.24	41
Junio	25	16	11	8	1			61	85.91	71
Julio	6	4	4	1			1	16	88.88	18
Agosto		1						1	16.66	6
Setiembre		1						1	33.33	3
Octubre										5
Noviembre										3
Total								129	75.88	170

Fuente: AAAy, libro de defunciones parroquia Magdalena, 1906.

Los recuadros vacíos se deben a falta de información.

De los datos presentados, la viruela en Ayacucho, como en otras partes de América Latina: “atacaba en periodo de secas y tendía a desaparecer pronto con las lluvias” (Cramausse, 2008, p. 106). Solía extenderse desde el mes de abril hasta noviembre, coincidiendo con las festividades religiosas, como la Semana Santa, celebrada usualmente en abril, congregaba a numerosos feligreses y comerciantes de diversas regiones del país. Por otra parte, era el centro político-administrativo del departamento, que atraía no solo a la población de su jurisdicción, sino también de regiones vecinas como Apurímac y Huancavelica, lo que generaba un flujo permanente y aglomeración de personas que facilitaban la propagación de la enfermedad. La pregunta es: ¿cómo afectaba a la población? En la siguiente tabla se presentan las cifras al respecto.

Tabla 3. Párvulos fallecidos por viruela según grupo étnico de la parroquia Sagrario, 1902

Mes	Total de párvulos fallecidos	Grupo étnico	
		Indígena / mestizo	Blanco
Febrero	1	1	
Marzo			
Abril	1	1	
Mayo			
Junio	2	2	
Julio	7	5	2
Agosto	10	9	1
Setiembre	10	8	2
Octubre	18	12	6
Noviembre	29	25	4
Diciembre	24	21	3
Total	102	84	18

Fuente: AAAY. libro de defunciones parroquia Sagrario, 1902.

Los datos de la tabla precedente evidencian que la viruela no afectó de manera equitativa a los distintos grupos étnicos. En la parroquia de El Sagrario, la mayoría de los habitantes eran blancos, pero solo le correspondió el 18 % de las víctimas, mientras que los indígenas, eran la minoría, concentraron el 82 % de los casos fatales. Esta notable diferencia se atribuye a las precarias condiciones de vida de la población indígena, marcadas por el hacinamiento, la insuficiencia alimentaria y la idea de la enfermedad como castigo divino (Lossio, 2021, p. 52). Estas circunstancias no solo incrementaron su vulnerabilidad al contagio, sino que también dificultaron el impacto de las campañas de vacunación y otras estrategias preventivas promovidas por las autoridades, lo que contribuyó a la persistencia de la enfermedad con un alto grado de letalidad.

Sarampión

Es una enfermedad de origen viral, aguda y eruptiva, altamente contagiosa por vía aerosol, que apareció hace más de 5,000 años. Debe haber surgido en este tiempo, quizá por la adaptación en humanos que estaban relacionados con los virus de animales. No tiene un reservorio animal, por lo que necesita de una población de 100,000 personas para mantener la presencia del virus (Carballo *et al.*, 1998, p. 170). Los primeros escritos sobre el sarampión son atribuidos a Abu Bechr (Rhazes), médico persa del siglo X, quién se refirió a la enfermedad como *hasbah*, que significa erupción en árabe, y la describió como una enfermedad más severa que la viruela. Es uno de los virus más contagiosos (90 %) que se conocen, responsable de más del 10 % del total de defunciones en menores de 5 años (Carballo *et al.*, 1998). En América, aparece en el siglo XVI, cuando fue introducido por los occidentales; ocasionó millones de muertos en la población nativa, lo que facilitó la conquista (Delpiano *et al.*, 2015, p. 417).

Aquella enfermedad fue recurrente en la historia de la ciudad. A diferencia de la viruela, ha tenido brotes más espaciados en el tiempo y afectó principalmente a la población infantil. Su gravedad estaba condicionada por factores como la desnutrición y la corta edad de los afectados que aumentaban el riesgo de infecciones sobreagregadas (Fadic y Repetto, 2019, p. 255). Los datos obtenidos de los libros de defunciones permiten establecer tanto la cantidad de fallecidos como los años de mayor incidencia de la enfermedad.

Tabla 4. Párulos fallecidos con sarampión por parroquias

Año	Parroquia			Total muertos
	Sagrario	Santa Ana	Magdalena	
1904	107	16	12	135
1906	121	2		123
1911	52	101		153
1917		29		

Fuente: AAy, libro de defunciones de las tres parroquias, 1900 a 1918.
ARy. Prefectura, Leg. Año: 1917.

Dada la escasez de información, no es posible determinar la cantidad exacta de fallecidos a causa de esta enfermedad. Además, en esa época, no existían criterios uniformes para el registro de defunciones, y no era obligatorio hacerlo por cada occiso, por lo que las cifras son aproximaciones. Por ejemplo, para el año de 1904, el prefecto, en su informe, señala 284 adultos y 498 niños fallecidos,² una cifra que supera lo registrado por las parroquias. Esto sugiere que el número real de casos era generalmente mayor al asentado en los libros de defunciones.

Tabla 5. Cantidad de párvulos fallecidos con sarampión, parroquia Sagrario, 1904

Meses	Cantidad de fallecidos	Grupo étnico	
	Párulos	Indígena / mestizo	Blanco
Enero	8	8	
Febrero	22	20	2
Marzo	33	28	5
Abril	18	3	
Mayo	5	5	

Fuente: AAy, libro de defunciones de la parroquia sagrario, 1906.

De manera similar a la viruela, el sarampión no afectaba por igual a toda la población. En este caso para 1904, el 90 % de los casos registrados (86) corresponde a párvulos indígenas. Una característica distintiva de esta enfermedad era su alta letalidad en menores de un año; ocasionaba hasta el 50 % de las muertes dentro del grupo de menores de cinco años (Carballo, García y Galindo, 1998, p. 169).

Este impacto desproporcionado se explica por varios factores: la falta de inmunidad previa en este grupo, las complicaciones severas de la enfermedad en niños con deficiente alimentación, y la alta contagiosidad del virus, favorecida por los contactos cercanos tanto en el entorno doméstico como en el ámbito urbano. A ello se suman las precarias condiciones de vida, la falta de asistencia sanitaria y la inexistencia de vacunas, lo que aumentaba significativamente la morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional.

² BN. Memoria del prefecto de Ayacucho, 1906. s/f.

El tifus y otras enfermedades infecciosas

El tifus exantemático es una enfermedad de origen bacteriano *-Rickettsia prowazekii-*, que se hospeda y transmite a través del piojo del cuerpo humano *-pediculus humanus corporis-*. Los síntomas son variados y dependen del órgano afectado, así como de la liberación de citoquinas en el torrente sanguíneo. Los más comunes son: “fiebre, tos, cefalea, escalofríos, mialgias, artralgias, anorexia, vómitos y dolor abdominal” (Morón, 1999, p. 52), por lo que antes solía confundirse con fiebre tifoidea, y ambas eran llamadas tabardillo (Gonzales-Moya, 2022). Era conocida como la “enfermedad de miseria” debido a que afectaba a la población que vivía en: “hacinamiento, condiciones de pobreza, insalubridad y carencia alimentaria” (Gonzales-Moya, 2022, p. 25).

Según Lorente y Flores (1925, p. 143), el tifus era endémico en las poblaciones andinas del Perú; junto con la viruela, ocasionaba el mayor porcentaje de mortalidad en los indígenas. Los brotes se localizaban básicamente en la población joven, ya que los adultos eran inmunes. La enfermedad ocurría con mayor frecuencia en los meses fríos, cuando la ropa gruesa, el hacinamiento y las inadecuadas condiciones sanitarias favorecían la proliferación y transmisión por piojos. A esto se sumaban las dificultades de comunicación, los recursos económicos y personal limitados y el registro inadecuado de casos (Morón, 1999, p.51).

En Ayacucho, el tifus era endémico durante el verano y solía convertirse en epidémico en el invierno; afectaba principalmente a la población infantil del sector indígena. Para el periodo de estudio, el registro de fallecidos en los libros de defunciones de las parroquias consigna lo siguiente:

Tabla 6. Mortalidad por tifus por parroquias y según sexo.

Años	Parroquia						Total	
	Sagrario		Magdalena		Santa Ana		M	F
	M	F	M	F	M	F		
1900	30	17	10	8	3	6	43	31
1901	35	7			16	5	51	12
1902	12	3			8	2	20	5
1903	10	2	4	3	3	1	17	6
1904	10	5	3	2	1	1	14	8
1906					8	3	8	3
1907			3	1			3	1
1908			3	3			3	3
1909			15	4	19	6	34	10
1910			2	3			2	3
1911					8	16	8	16
1915			2	4	21	5	23	9
1916			9	1	4	8	13	9

Fuente: AAAY, libro de defunciones de las tres parroquias 1900 -1918.

En la tabla se observa que la enfermedad fue una causa permanente de la mortalidad. Por la cantidad de cifras se deduce que tenía un comportamiento endémico y epidémico a la vez. Durante los años de 1900 a 1904, 1909, 1911, 1915 y 1916 se manifestó como epidemia y ocasionó mayor cantidad de fallecidos, de los cuales el 70 % correspondía a párvulos y el restante a adultos. Predominaron entre las víctimas los hombres, tendencia que, según Gonzales-Moya en su estudio sobre Chile, se explica por: “la mayor facilidad que tiene el hombre, por sus hábitos de vida, de ponerse en contacto con la infección” (2022, p. 30).

Por otra parte, la cantidad de fallecidos por tifus resulta menor si se compara con la ocasionada por otras epidemias; sin embargo, según otras fuentes, la cifra fue distinta: “son endémicos *el tifus*, la viruela, y el paludismo, enfermedades de las que *la primera y la más terrible está*

actualmente grasando ...”.³ En 1912, “el tifus exantemático o patequial se ha presentado en forma alarmante y epidémica en el populoso barrio del Calvario de donde van diariamente en número de 3 ó 4, al hospital para ser atendido allí”.⁴ Para el mismo año, el médico del Hospital San Juan de Dios, en su informe, señala que: “... en la sala de infección existen 16 tíficos de los que tres han muerto por infección del tifus recurrente”⁵. Algunas de las víctimas merecieron nota necrológica en el semanario del Obispado.

...el 23 del actual a las 12 a. m. dejaron de existir el maestro organicista don Pedro Jiménez y doña Gregoria Moreno, la primera víctima del tifus complicado con pulmonía doble ... el 28 en la mañana murieron con tifus la señora Ubaldina Galván de Morales y su hermana la señorita Nieves Galván en la misma casa.⁶

El tifus afectaba más a la población indígena, ya que sus condiciones de vida favorecían la transmisión de la enfermedad. Dada la similitud en las condiciones de vida de los indígenas de la sierra sur del Perú, se asume que en Ayacucho vivían en pobreza, reflejada en la posesión de una sola y paupérrima indumentaria, así como en la vivienda estrecha construida de adobe, con piso de tierra y poca ventilación, sin condiciones higiénicas adecuadas. En ese espacio convivía toda la familia, realizando actividades como dormir, cocinar, almacenar alimentos y cohabitaba con animales domésticos, lo que contribuía a la proliferación del vector transmisor del tifus. A esto se suman prácticas culturales como la aglomeración en las ceremonias religiosas, costumbres como velar a los muertos por varios días, el dormir en la misma cama con los enfermos y lavar la ropa del difunto, además de la creencia de que a los niños no se les debía cortar el pelo entre el nacimiento y los dos años (Cueto, 2000, p. 102-103). La falta de educación: “impedía la penetración de recomendaciones y prohibiciones” (Gonzales-Moya, 2022, p. 47) y la limitada capacidad del hospital dificultaba la detección temprana y el acceso a tratamientos efectivos.

Otras enfermedades infecciosas que afectaron a la población de la ciudad fueron la disentería, tifoidea, tisis, colerina y tosferina que, de manera permanente, ocasionaban muertes, pero con baja incidencia en la mortalidad. En 1913, una epidemia: “... va grasando en la ciudad de una manera alarmante, al extremo de que hai días que se trasladan cadáveres al panteón hasta el número de diez ...”.⁷ Por el momento se desconoce de qué epidemia se trataba, queda como tema por investigar.

Explicaciones sobre las causas de las epidemias

Para el periodo de estudio, a pesar de los avances de la teoría bacteriológica,⁸ predominaba la explicación miasmática⁹ de la enfermedad. Según esta teoría, el miasma era la partícula nociva producto de la descomposición de todo elemento orgánico (cadáveres y desechos), emanaciones malolientes de personas enfermas y animales, así como efluvio de pantanos y aguas estancadas que circulaban por el aire (Alcalá, 2008; Lossio, 2021, p. 58). La difusión de las emanaciones dependía del clima, las estaciones del año, las condiciones de la habitación, los alimentos y las bebidas (Martínez, 2001). Las sustancias nocivas, al ser inhaladas, rompían el equilibrio interno y provocaban epidemias, escorbuto y fiebres pestilentes (Corbin, 1987, p. 25).

La ciudad de Ayacucho, en la apreciación de propios y extraños, en materia de higiene pública, era calificada como deplorable, con varios focos infecciosos. José de la Riva Agüero, durante su

³ Archivo Regional de Ayacucho (ARAY). Prefectura. Oficios recibidos. Leg: 61. Año: 1902 -1915. Oficio del alcalde de la ciudad dirigido al prefecto, con fecha 31/05/1909. Hoja suelta.

⁴ ARAY. Prefectura. Leg: 58. Año: 1904-1929. Informe del médico. Hoja suelta.

⁵ ARAY. Prefectura. Leg: 58. Año: 1904-1929. Informe del médico. Hoja suelta.

⁶ *Estandarte católico*, Ayacucho, siglo XX, año: XIII, n.º 371, 30/08/1913. p. 2.

⁷ *Estandarte Católico*, Ayacucho, siglo XX, año: XIII, n.º 371, 30/08/1913. p. 3.

⁸ En la segunda mitad del siglo XIX, Louis Pasteur y Robert Koch descubrieron que las bacterias transmitían las enfermedades y sentaron bases de la teoría bacteriológica; explicaban que las enfermedades tienen un agente causal único, microorganismos invisibles al ojo humano (Lossio, 2021).

⁹ Giovanni M. Lancisi (1654-1720) y Thomas Sydenham (1624-1689) fueron los padres de aquella teoría. Sostenían que las miasmas eran las emanaciones fétidas de suelos y aguas impuras, y ocasionaban enfermedades. Posteriormente, Justus Von Liebig añadió la tesis de fermentación de la sangre produce gases tóxicos, el que causa viruela, cólera y sífilis; el aire transportaba los gases y combinaba con otros que procedían de la descomposición de la materia orgánica en la tierra.

visita, manifestó su desagrado ante: “las calles sucias, anegadas con el agua blanquizca e inmunda de las acequias, entre tapias altas y montones de basura” (1995, p. 131). En muchas calles, “después de una lluvia, los transeúntes tienen que tomar un pediluvio frío en los charcos que se forman en las veredas. Las acequias llenas de inmundicias, que amenazan a la salubridad pública”.¹⁰ En el semanario del obispado de Ayacucho, se señalaba:

Es verdaderamente alarmante la falta de aseo en la ciudad. Casi todas las calles se encuentran llenas de basurales de inmundicias, como perros, gallinas muertas, sin que el llamado a velar por la salud pública se de cuenta de esta situación.¹¹

En la consideración causal de la enfermedad, con la suciedad, la cárcel, que ocupaba una parte del local de la municipalidad, situada al frente de la plaza Mayor, era considerada otro foco de producción de miasmas. La situación insalubre de aquel lugar fue motivo de denuncia en la prensa local: “los reservados de la cárcel los desaguan en las horas avanzadas del día, cuando el tráfico es más concurrido dando lugar a que los transeúntes se vean obligados a aspirar los miasmas que despiden”,¹² lo que ocasionaba víctimas.

Cárcel. - nos aseguran que en estos días, han fallecido dos presos en el hospital, atacados por la fiebre tifoidea, y que hay algunos con la misma enfermedad. Suponemos que la epidemia desarrollada en aquel local sea originada por las malas condiciones higiénicas de los calabozos y la aglomeración de muchos presos en cada uno ...¹³

Por otro lado, el desarrollo de diversas actividades, como la venta de comida, las chicherías, las curtiembres, las panaderías y otras, generaba residuos contaminantes que eran arrojados directamente a las calles ante la falta de un sistema de desagüe. A esto se sumaban la excreta de animales y los desechos acumulados tras la feria realizada en la plaza Mayor, los cuales no solo atraían enjambres de moscas, sino que también eran considerados focos de propagación de enfermedades.

El problema no se limitaba únicamente a los focos infecciosos; también involucraba a indígenas y mestizos de los barrios. Su condición de vida, marcada por la precariedad, la falta de servicios higiénicos y la costumbre de cohabitar con animales domésticos (cuyes, aves, cerdos, perros) contribuía a un alto grado de parasitismo en sus cuerpos y ropas, convirtiéndolos en agentes de contagio de enfermedades. Como resultado, eran estigmatizados como sucios y malolientes; a las mujeres mestizas e indígenas que vendían en el mercado se les motejaba de “sucias y cochinas”, portadoras del mal. En esta perspectiva, aquellas personas eran percibidas como “miasmas sociales”, que contaminaban el gran organismo social que es la sociedad (Corbin, 1987, p. 180). Así, las enfermedades eran explicadas como producto de circunstancias sociales.

En la situación expuesta, “las autoridades eran conscientes que la suciedad atentaba a la salud y buen ornato de la ciudad” (Rivasplata, 2023, p. 3). El alcalde, en un oficio dirigido al Prefecto, señalaba que: “este importantísimo ramo –higiene– está en peores condiciones que el anterior [...] es la causa para la aparición del tifus”.¹⁴ El visitador de la municipalidad, en su informe, señalaba que: “no se inspeccionan los alimentos y bebidas, ni se hacen visitas domiciliarias, sino alarma por ejemplo el tifus anual que parece endémico”.¹⁵ La comunidad médica también contribuyó al problema al sostener que la propagación de enfermedades se debía a la falta de higiene; además, consideraban que era producto del contagio.

Medidas de solución: modernización higienista

¹⁰ *Estandarte Católico*, Ayacucho, siglo XX, año: VIII, n.º 189, 5/10/ 1907. p. 3.

¹¹ *Estandarte Católico*, Ayacucho, siglo XX, año XIII, n.º 398, 20/08/1914. p. 4.

¹² *Debate*, Ayacucho, año XVI, n.º 350, 25/08/1912. p. 2.

¹³ *Debate*, Ayacucho, año XVI, n.º 216, 17/10/ 1901. p. 2.

¹⁴ ARAY. Prefectura. Oficios recibidos. Leg: 61. año 1902-1915. Hoja suelta.

¹⁵ BN Informe del visitador del Concejo Provincial de Ayacucho, 1906, s/f.

Los gobernantes de la República Aristocrática,¹⁶ cuyo periodo abarcó de 1895 a 1919, se destacaron por promover un Estado con un rol moderador, promotor e integrador, en el que la educación y la salud pública eran concebidas como instrumentos esenciales de la civilización (Contreras y Cueto, 2013, p. 212). Esta forma de organizar el Estado respondía a la influencia del pensamiento positivista, que asociaba el progreso económico y político con la mejora en la salud pública, indispensable para garantizar el crecimiento poblacional y, con ello, el desarrollo nacional (Cueto, 1998).

En la concepción del progreso vinculado con la salud, la higiene pública y privada era considerada un factor clave para lograrlo, la misma que se sustentaba en el higienismo, que tiene por antecedente el pensamiento ilustrado del siglo XVIII, planteaba la influencia del ambiente y del medio social en el desarrollo de las enfermedades (Alcalá, 2008). Los efectos ambientales y sociales de la Revolución Industrial, afianzados por la Ilustración, han generado conciencia de que la existencia terrena del hombre guarda relación con su entorno, como el hábitat o la salubridad (Alcaide, 2017). En el campo de la medicina, esta corriente de pensamiento incorporó un espíritu científico en el conocimiento de enfermedades y epidemias que afectaban a la población. La higiene fue convertida en la vanguardia de la lucha por la erradicación de enfermedades tales como el cólera-morbo, que se propagaba con mayor frecuencia en la ciudad y afectaba más a los sectores pobres de la población.

En Perú, apareció en el siglo XIX como un movimiento médico y social inspirado en la tradición médica europea; buscaba frenar la expansión de enfermedades y epidemias mediante la mejora de las condiciones de vida urbana y la modificación de los hábitos de las personas (Salaverry, 2017, p. 140). Como doctrina médica, postulaba que las enfermedades eran “producto de circunstancias sociales” (Múnera y Román, 2016, p. 14), como la tugurización, la suciedad en las casas, la mala alimentación, el hábito de beber alcohol en demasía, la falta de actividad física y el aire y agua impuros (Velázquez, 2020, p. 64-65). De ahí que proponía como solución mejorar las condiciones sanitarias y ambientales de las urbes, contar con espacios verdes, obras de saneamiento, atención médica y seguir una serie de reglas en cuanto a estilos de vida y vivienda (Lossio, 2003). No cuestionaba las relaciones socioeconómicas dominantes, en su lugar ha contribuido a transformar el papel del Estado en un tutor de pobres mediante un traslado de la “filantropía privada” al área estatal (Múnera y Román, 2016, p. 22).

La influencia del positivismo y el higienismo, se materializó en la creación de entidades para velar por la salud de la población. Entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX se crearon distintas instituciones en salud encargadas de proveer y propagar la vacuna. En 1896, el presidente Nicolás de Piérola declaró obligatoria y forzosa la vacunación contra la viruela en el Perú y ha creado el Instituto Nacional de Vacuna (Lossio, 2021, p. 61). Esta entidad contaba con un equipo compuesto por tres médicos, dos estudiantes de medicina, un amanuense, un guardián y dos vaqueros, y tenía como funciones la preparación de la vacuna animalizada, el envío de dosis a las prefecturas de los distintos departamentos, la inoculación de linfa en el instituto y la selección de terneras para la producción de vacunas. En 1902 se estableció el Instituto de Vacuna y Seroterapia en sustitución del Instituto de Vacuna. En 1903, se creó la Dirección de Salubridad Pública como parte del Ministerio de Fomento. Según Cueto (2000), esta institución: “tuvo bajo su control a los médicos titulares encargados de las provincias, a los lazaretos, a las estaciones sanitarias en los puertos y al Instituto Nacional de Vacuna” (p. 35). Así, el Estado asumió un papel más proactivo en la intervención social, alineándose con los principios del higienismo y los ideales de la modernidad.

En el departamento de Ayacucho, las campañas de vacunación¹⁷ estaban bajo la coordinación del Prefecto, quien, en su calidad de presidente de la Junta de Sanidad del departamento, tenía la responsabilidad de organizar y supervisar. Además,

¹⁶ Se refiere al gobierno ejercido por el grupo oligárquico, vinculadas entre sí por lazos de parentesco e intereses económicos. Durante su gestión combinaron el uso de la violencia y el consenso para mantener el control político, mientras excluía a la mayoría de la población del poder. Su política económica se basó en la exportación de materias primas y en la atracción de capitales e inmigrantes extranjeros. (Contreras y Cueto, 2013, p. 205)

¹⁷ En 1802 la Corona española dispuso propalar la vacuna por todo su imperio. La campaña duró de 1803 hasta 1810. (Lossio, 2021, p. 56) En Huamanga, el cabildo asumió la responsabilidad de llevar a cabo la vacunación de párvulos. Tras la Independencia, el Estado peruano hizo esfuerzos para continuar con las campañas de vacunación, pero de manera irregular.

ha prestado importantísimos servicios a la localidad, atendiendo de preferencia la higiene y el aseo de la población, en las terribles epidemias del tifus y la viruela, que diezman la ciudad, dando auxilios de todo género a la Municipalidad, que tuvo cuadrillas de operarios que se ocuparon en el aseo de la ciudad, vacunadores y rentas para atender estos servicios.¹⁸

En la ciudad, la Municipalidad tenía a su cargo llevar a cabo la vacunación. El personal asignado atendía en el: “local del Concejo cada día de horas 2 a 5 p. m. y prestar atención en las casas particulares de donde sea solicitado”¹⁹. La vacunación contra la viruela se efectuaba mediante la: “inoculación de fluido vacuno a los niños de ambos sexos”²⁰. En el año de 1907, se logró vacunar a 1,063 menores de ambos géneros de la ciudad; en 1915, la cantidad fue de 2,042 párvulos.²¹ Estos esfuerzos no fueron suficientes: “...pues hay multitud de criaturas que no están vacunados y otros a los que se ha prendido el mal ...”.²² Este limitado alcance se explica por diversas dificultades: poco presupuesto: “en 1910 tenía asignado 30 soles para combatir epidemias”,²³ las restricciones operativas de la entidad responsable, la resistencia de la población por el dolor asociado con las inoculaciones y el tipo de aguja utilizada, los rumores sobre la posible transmisión de la sífilis a través de la vacuna, la efectividad irregular de las vacunaciones, y la falta de conocimiento y resistencia a sujetarse a un orden sanitario en los sectores populares (Lossio, 2003; Kingman, 2006, p. 296).

en las poblaciones de la sierra, la resistencia –a la vacunación– es mayor y en veces hay que utilizar los servicios de la fuerza pública para obligar a sus pobladores a que se dejen vacunar. Si esto sucede en las poblaciones, ¿qué sucederá en la gran mayoría de la masa indígena que vive fuera de las ciudades en las estepas andinas! La labor allí es imposible de ser realizada y esta es la causa principal de la endemidad de la viruela en la serranía. (Lorente y Flores, 1925, p. 169)

Para combatir el tifus, se utilizó el suero antitífico. En 1910, cuando la población del barrio de Calvario fue afectada por esta enfermedad, la autoridad edil solicitó al prefecto: “hacer concurrir a todos los que viven en los alrededores de los focos de infección, a fin de que estos sean inyectados con el suero antitífico para inmunizar”.²⁴ Otra manera de controlar la enfermedad era eliminando el piojo y manteniendo una buena higiene personal, rasurándose el cabello y usando ropa limpia (Cueto, 2000, p. 104).

Además de la vacunación, la limpieza pública fue considerada una medida necesaria para combatir las enfermedades atribuidas a las miasmas. En ese propósito, la municipalidad, en colaboración con la subprefectura, implementó diversas acciones mediante ordenanzas, servicio de baja policía y proyectos de mejoramiento urbano. En relación al primero, como ocurrió en Quito, una ciudad andina comparable a Ayacucho: “las actividades públicas de cuidado de la ciudad estaban reservadas a los indios” (Kingman, 2006, p. 279). Para eliminar los elementos contaminantes de los espacios públicos, acequias y fuentes de agua, el alcalde solicitaba al subprefecto provincial la provisión de personal. Este último, valiéndose de su poder coercitivo, convocaba a indígenas de las comunidades a cumplir con la “mita de plaza”.

el barrido de las calles se hace con más frecuencia en la actualidad, no se tiene determinado su intervalo, porque depende de las comunidades de indígenas de los distritos que vienen turnándose por semana en número de doce por lo regular, a efectuarlo bajo la dirección del celador de ramo ...el concejo socorre a razón de diez centavos por individuo, cuya propina alcanza para la coca y la chicha ...²⁵

¹⁸ *El Debate*. Ayacucho, Año XXII. N. 307. 7/08/1909, p. 2.

¹⁹ BN. Informe del visitador de Concejo Provincial de Ayacucho, 4 de diciembre de 1906. s/f.

²⁰ BN, Informe memoria del Prefecto, 1904. s/f.

²¹ ARAY. Municipalidad. Oficios recibidos, legajo 47, año 1900-1919. Oficio del alcalde a prefecto. Hoja suelta

²² *La Ronda Libre*, Ayacucho, año I, n.º 7. p. 2.

²³ ARAY. Prefectura. Oficios recibidos. Leg. 47. Año: 1900-1919. Oficio del alcalde a prefecto. Hoja suelta.

²⁴ ARAY. Prefectura. Leg: 58. Año: 1904 – 1929. Oficio de alcalde a prefecto. Hoja suelta.

²⁵ Informe del visitador de Concejo Provincial de Ayacucho, 1906. f. 12.

La dependencia de la limpieza pública en los trabajadores indígenas no garantizaba la higiene constante de la ciudad. Durante los meses de mayor actividad agrícola en las comunidades (enero, abril, mayo, octubre, noviembre y diciembre), a menudo, no acudían oportunamente al llamado de la subprefectura, lo que comprometía significativamente las condiciones de salubridad.

... la falta de servicio del ramo de baja policía, proviene de la poca diligencia de la Subprefectura en proporcionar los peones que pide la Municipalidad para el aseo de la ciudad, pasando a veces hasta un mes de la fecha del oficio en que se hace el pedido.²⁶

Los desechos recolectados eran retirados en pequeñas carretas tiradas por burros que conducían hacia: “la quebrada del arroyo a ser encendido”.²⁷ La eliminación de la basura no solo mejoraba la limpieza de la ciudad; también, limpiaba el aire, pues, de acuerdo con la concepción higienista: “el olor –era– el principal indicador para la pureza del aire” (Alcalá, 2008, p. 112), por lo que resultaba fundamental implementar medidas que evitaran la emisión de malos olores. En una campaña de eliminación de canes, el director de un periódico de la localidad recomendaba:

Intoxicación de perros ... esta operación que se había hecho ya indispensable por el excesivo número de la familia canina, que casi ya venía dando a Ayacucho el aspecto de un arrabal de Constantinopla. Bien por la Municipalidad; pero en lo que hay que fijar preferentemente la atención es en dar sepultura inmediata y conveniente a los perros intoxicados, abriendo al efecto fosas profundas en la pampa del Arco a regular distancia de la población, pues de lo contrario los cadáveres insepultos ...causaran al vecindario terribles daños, inficionando la atmosfera y desarrollando el tifus del que hemos tenido que deplorar varios casos.²⁸

En el mismo propósito de evitar las miasmas, el prefecto dispuso las siguientes medidas:

- 1.- ordénese usted que los cadáveres de las personas que fallezcan en la ciudad sean esmeradamente desinfectados con la cantidad de cal necesaria, para evitar la propagación de la dolencia que motivó el caso funesto; y
- 2.- procurará usted por todos los medios que estén a su alcance y por lo que le sugiera su buen criterio, evitar que los cadáveres sean conducidos a su última morada sin estar previamente encerrados en el respectivo ataúd ...²⁹

Otra manera de garantizar la limpieza de plazas, calles, y demás espacios públicos, incluso de la moral pública era con la vigilancia de inspectores

... siempre es necesario que el inspector o celador de ramo recorra las calles a bestia con dos de caballería lanceros por los días miércoles y sábado a fin de prohibir la crianza de cerdos que andan vagando por las calles y ver por el aseo comunal de la población.³⁰

La eliminación de los agentes y focos de mal olor; no se limitó a las acciones descritas, sino que también justificó la ejecución de proyectos de infraestructura destinados a mejorar la higiene pública. Estos proyectos incluyeron la construcción del mercado y el camal, el embellecimiento de la plaza Mayor y de la Alameda, el mejoramiento de las calles, la instalación de servicios de agua y alcantarillado, la mejora del canal de conducción de agua, la creación del hospital, y la apertura de nuevas vías urbanas.

²⁶ *El Debate*, Ayacucho, año XVI, n.º 1, 24/05/1901. p. 4.

²⁷ Informe del visitador de Concejo Provincial de Ayacucho, 1906. f. 12.

²⁸ *El Debate*, Ayacucho, año XVI, n.º 2, 10/08/1901, p. 2.

²⁹ ARAy. Prefectura. Leg: 61. año: 1902-1915. Hoja suelta.

³⁰ BN. Memoria del Gobernador del cercado presentada al Subprefecto de la provincia en 1903. s.f.

En cuanto al mercado, el primero en la ciudad, su construcción comenzó en 1903 y concluyó en 1906. Días antes de la inauguración, el director de un periódico local lo calificó como:

hermoso edificio que lleva más de 3 años de construcción se inaugurará el día 18 del mes próximo, con la construcción de la nueva plaza es indudable que la ciudad ganará mucho más en higiene, comodidad y ornato ...³¹

Otro medio escrito lo destacó como: “el primer paso dado en la vía del progreso y de la cultura”.³² En la ceremonia del acto inaugural, el Sr. Andrés Vivanco Amorín, presidente de la Sociedad Anónima Departamental encargada de la ejecución del proyecto, pronunció un discurso en el que describió el edificio como “sólido, elegante e higiénico”.

La puesta en funcionamiento del mercado marcó un cambio significativo en la ciudad y puso fin al tradicional uso de la plaza Mayor como lugar de intercambio comercial desde la época de la colonia. Esto liberó a la plaza de basura, malos olores y la presencia de vendedoras mestizas e indígenas que eran calificadas como “sucias y cochinas”. Así, aquel lugar pasó a representar los ideales de la civilización y la modernidad.

El Hospital San Juan de Dios, el único en la ciudad, regentado por vecinos notables agrupados en una Junta de Beneficencia, actuaba “bajo criterios caritativos” y prestaba servicios con tres médicos, quienes basaban su práctica en la concepción contagionista de la enfermedad, y contaba con una capacidad de atención muy limitada. Esta situación motivó a las autoridades y residentes de la ciudad a solicitar al gobierno la creación de un hospital público. En 1909, la iniciativa fue aprobada, ordenándose la elaboración de los planos y la asignación del presupuesto necesario. Sin embargo, el inicio de la construcción del edificio se retrasó hasta 1924.

El nuevo hospital mixto del llano del Arco se inició en 1924 bajo los auspicios de la Junta presidida por el malogrado Obispo Mons. Olivas Escudero. Edificaronse, en un periodo de tres o cuatro años, cinco pabellones para enfermos y un pabellón para oficinas. Esto es lo único que se encuentra techado ... Techando los pabellones para enfermos y proveyéndoles de agua y desagüe, el nuevo local quedaría en condiciones de reemplazar, con ventaja el viejo antihigiénico de San Juan de Dios.³³

La plaza Mayor fue intervenida para su remodelación y pavimentación. En 1913, se dio inicio al trabajo de enlosado de la calzada y la acera; además, se crearon jardines con plantas ornamentales, los cuales concluyeron en 1915. Con dicha modificación, como ha ocurrido en Quito, la plaza se convertía en un parque, propicio para el descanso y la recreación, de “adecentamiento” de sus ocupantes efímeros (Kingman, 2006, p. 270). La inauguración de la obra fue motivo de una nota periodística.

Nadie puede dudar de la importancia de la obra con que acabais de obsequiaros: Bajo los puntos de vista educativo e higiénico, representa para Ayacucho un verdadero valor, un triunfo de cultura y de civilización. Las naciones más avanzadas proclaman los paseos y campos de recreo como uno de los elementos primordiales de la educación, porque efectivamente, nada puede generar mejor el desarrollo físico de la juventud que el ambiente amplio y puro, como el que ofrecen los jardines y las alamedas; la renovación de aire a que continuamente dan lugar contribuyendo de un modo eficaz a la higiene pública.³⁴

En 1909, se llevaron a cabo trabajos de remodelación y arborización en el área del jardín de la Alameda³⁵, lo que convirtió en un lugar “ventilado y puro”, que combinaba la luz del sol con la sombra de los árboles y favorecía la circulación del aire. Fue una obra orientada a mejorar el

³¹ *El Debate*, Ayacucho, año XVIII. n.º 8, 30/03/1906. p. 2.

³² *La Gironda*, Ayacucho, n.º 19, 17/12/1907, p. 3.

³³ *Sierra*, Ayacucho, quincena de julio de 1936, .9, año 1, p. 3.

³⁴ *Estandarte Católico*, Ayacucho, siglo XX, n.º 420, 15/04/1915. p. 4.

³⁵ Alameda, lugar de paseo de la aristocracia, creado en 1806.

ornato y a crear un entorno más agradable y habitable para la población residente y los visitantes (Kingman, 2006, p. 223-224).

Habiéndose concluido la reconstrucción de la Alameda, que adorna esta población implantándose en ella serias y hermosas mejoras, como la reedificación de los muros que la circundan y la construcción de un riachuelo en el centro de la citada obra, junto ... convirtiéndose lo que era antes una Alameda, en un parque de pintoresco aspecto.³⁶

En la sesión de concejo, de fecha 11 de marzo de 1903, se aprobó el proyecto de pavimentación de varias calles de la ciudad: “... disponiéndose que se principie con dicho trabajo por la cuadra central de San Francisco por cuenta de los propietarios en sus respectivas pertenencias ...”.³⁷ Las otras calles del centro de la ciudad, como 28 de julio, 2 de mayo, Lima, Callao, Arequipa, Cusco, Asamblea y 9 de diciembre, también fueron enlosadas. Estas obras contribuyeron a mejorar la higiene, el ornato y la imagen urbana, consolidando al centro de la ciudad como un espacio que simbolizaba la civilización y la decencia, asociadas al sector dominante de la población que se atribuía tener un mayor grado de cultura. En contraposición, los barrios periféricos permanecieron como expresiones de insalubridad, habitados por personas pobres, consideradas ignorantes y sucias. Estos sectores marginales, según esta lógica, representaban el "no-culto" y acentuaban la división socioespacial en la ciudad (Kingman, 2002, p. 111).

Hacia la segunda década del siglo XX, la preocupación por la higiene y la mejora de la ciudad se convirtió en agenda política. La proximidad del centenario de la batalla de Ayacucho, que se cumpliría en 1924, fue considerada como: “... la única ocasión en que se puede lograr algo de los altos poderes del Estado, y que pasando ella hay que perder toda esperanza de mejora local”.³⁸ Se trata del fragmento del acuerdo tomado por las autoridades locales durante la constitución del comité Pro Centenario de la Batalla de Ayacucho, en junio de 1918, integrado por personalidades representativas de la ciudad (prefecto, subprefecto, alcalde, obispo, vecinos notables), quienes recibieron el encargo de organizar la celebración y solicitar al gobierno central la atención de 19 pedidos; de los cuales, en materia de salud y modernización, consideraron:

- Dotación de agua potable y canalización de la ciudad.
- Organización del servicio de baja policía.
- Pavimentación de la ciudad.
- Construcción de una cárcel en reemplazo de la actual.
- Conclusión de la obra del Arco de San Francisco y sus jardines.
- Establecimiento de un camal.
- Conservación y mejoramiento de la Alameda.
- Construcción de locales para los centros escolares y escuela fiscales.
- Propender al progreso material y moral de los centros de educación y cultura en general.
- Gestionar la construcción del ferrocarril de Huancayo a Ayacucho. (Rojas, 2010, p. 100)

Ante tales peticiones, el presidente Augusto B. Leguía (1919-1930) asignó un presupuesto para la refacción de edificios institucionales, la pavimentación de las calles, la construcción de la nueva cárcel y parque el María Parado de Bellido. Además, envió materiales para canalizar y dotar de agua potable a la ciudad (Vásquez, 2022, p. 133). Como parte de estas iniciativas, la ciudad fue reorganizada en cuarteles, y muchas calles recibieron nuevos nombres en conmemoración de fechas y personajes históricos, como 9 de Diciembre, 28 de Julio, 2 de Mayo, María Parado de Bellido, José de San Martín y Miguel Grau, entre otros (Rojas, 2005, p. 123). También se abrieron nuevas vías, como Tejarpata, Augusto B. Leguía, Nazareno, Andrés A. Cáceres y Centenario, lo que dio inicio al crecimiento horizontal de la ciudad.

³⁶ ARAY, Prefectura (Libros copiadore de oficio), Leg 46, años 1894-1908. f. 212.

³⁷ ARAY, libro de sesiones. Leg: 27, año: 1903-1920, libro 4, folio 16.

³⁸ ARAY. Municipalidad. Leg. 29, año 1918 – 1951. Hojas sueltas.

Así, la “conmemoración” fue tomada por el gobierno nacional como una oportunidad para fortalecer su poder político, enmarcado en la modernización del Estado (Zhingre, 2022), mientras que la ciudad ha transitado de lo señorial hacia lo moderno. Tal como señalan los autores citados en el esbozo teórico, así como Martínez y Short (2021), las epidemias y las políticas de higiene representaron una oportunidad para replantear la planificación urbana, favoreciendo la alianza con la arquitectura y la urbanística. De manera similar a lo sucedido en la ciudad de Buenos Aires, las epidemias impulsaron un proceso de “medicalización indirecta”, “articulada en torno a los temas del progreso, la multitud, el orden, la higiene y el bienestar” (Armus, 2000, p. 510).

La política salubrista no se limitó solo al espacio público; también se extendió al ámbito privado. En los medios periodísticos de la localidad, se difundió la cartilla sanitaria que recomendaba las siguientes medidas: desinfectar la casa con solución de bicloruro de mercurio, “mantener claros, secos, ventilados y limpios, todos los cuartos, corredores, reservados, etc., para ser sanos, de lo contrario el germen de la peste encontraría en ellos un lugar adecuado para vivir indefinidamente”; también, recomendaba: “cazar, matar y destruir sin descanso, sin tregua, las ratas y pericotes, por todos los medios posibles”,³⁹ considerados vectores de la enfermedad. Estas medidas reflejaban una clara preocupación por promover hábitos de vida más saludables en el ámbito privado.

Con las medidas de limpieza del hogar y del cuerpo, se buscaba cambiar la visión degradada de la vida de los pobres y la sociabilidad de los marginales (Velazquez, 2020, p. 23). En su lugar, se proponía la cultura de la higiene, que se consideraba una nueva norma moral para la salud, asociada con el bienestar y el progreso (Puppo, Nóbile y Sader, 2022, p. 174). Era una forma de racionalizar la sociedad y controlar a los sujetos y sus cuerpos.

Conclusiones

Durante las dos primeras décadas del siglo XX, la población de la ciudad de Ayacucho fue afectada por epidemias como la viruela, el sarampión, el tifus y otras enfermedades con manifestaciones tanto endémicas como epidémicas. En los años 1900, 1904, 1912 y 1916, la viruela alcanzó un carácter epidémico, causando la muerte de párvulos, quienes representaron hasta el 40 % del total de fallecidos. De manera similar, el sarampión tuvo un impacto significativo en los infantes durante los años 1906 y 1910. Por su parte, el tifus generó un elevado número de muertes entre los párvulos en los años 1900-1904, 1909, 1915 y 1916. Las tres enfermedades han ocasionado el mayor número de víctimas en el sector indígena; por otra parte, el tifus ha tenido la particularidad de haber ocasionado mayor cantidad de muertos en la población masculina.

Según la concepción médica predominante de la época, las epidemias eran atribuibles a los miasmas y al contagio. La acumulación de basura en calles y plazas, el flujo de aguas residuales provenientes de curtiembres, carnicerías, puestos de comida y chicherías, así como de casas particulares, y el hacinamiento en el que vivía gran parte de la población indígena y mestiza, eran evidentes y respaldaban esta visión. Por ello, las soluciones propuestas se centraban en mejorar la higiene pública y privada, así como en desarrollar campañas de vacunación contra la viruela y el tifus. Sin embargo, estas medidas tuvieron un impacto limitado en la reducción de la mortalidad, ya que las causas de las epidemias también se hallaban en las deficiencias alimentarias, actividades que propiciaban la aglomeración de personas, el rechazo a la vacunación, la alta contagiosidad del virus, las concepciones culturales sobre la enfermedad y la limitada capacidad operativa del Hospital San Juan de Dios, junto con la escasez de recursos económicos y humanos en la subprefectura y la municipalidad, impedían garantizar a todos el acceso a servicios esenciales como agua potable, la limpieza de espacios públicos y la ejecución regular de campañas de vacunación. Estas deficiencias explican por qué las epidemias, tanto en su manifestación endémica como epidémica, persistieron durante las décadas siguientes.

La ocurrencia de las epidemias fue un factor de cambio para la ciudad. Las medidas de solución al inspirarse en la doctrina del higienismo, han dado lugar a la modernización de la ciudad. La mejora de la limpieza pública no se ha limitado únicamente a la eliminación de elementos contaminantes, sino que también propició la construcción de infraestructura higiénica. Tanto las

³⁹ *Estandarte Católico*, Ayacucho, siglo XX, año IV, n.º 107, 31/10/1904. p. 3.

autoridades nacionales como las locales reconocieron la necesidad de implementar un conjunto de obras destinadas a mejorar la higiene pública. En este contexto, la conmemoración del centenario de la Batalla de Ayacucho, celebrada en 1924, fue un motivo importante para que el gobierno nacional financiara obras, en reconocimiento del papel histórico de la región. Las obras ejecutadas fueron la construcción del mercado Andrés Vivanco, la cárcel y el hospital, junto con obras de saneamiento, como la instalación de servicios de agua y desagüe. Además, se realizaron mejoras urbanas en el entorno del centro, como el enlosado y la ampliación de las calles, y el embellecimiento de la plaza Mayor y de la Alameda. Estas obras permitieron higienizar el aire y los espacios en la parte céntrica de la ciudad, dando lugar a la transición de lo tradicional y señorial hacia la modernización. Así también limpiaron el centro de la ciudad de miasmas orgánicos y sociales, para luego convertirlo en un espacio de adecentamiento, de diferenciación social y segmentación urbana. De esta manera, la ciudad experimentó una reconfiguración física y simbólica que reflejaba los ideales de progreso y modernidad de la época.

Manuscritos

Libro de defunciones, de 1900 a 1928.

Documentos administrativos de prefectura, subprefectura y municipalidad, 1900 a 1922.

Manuscritos, memoria del prefecto y subprefecto de Ayacucho, 1904, 1906.

Informe del visitador del Concejo Provincial de Ayacucho, 1906.

Fuentes hemerográficas

Semanario *Estandarte Católico*, Ayacucho, n.º 107, 189, 371, 398, 420 Obispado de Ayacucho.

Quincenario *Sierra*, vocero departamental Ayacucho, n.º 6, 9.

Bimensuario *El Debate*, Ayacucho, n.º 216, 350, 378.

La Gironda, Ayacucho, n.º 9.

La Ronda Libre, Ayacucho, año I, n.º 7.

Bibliografía

Alcaide, R. (2017). El higienismo y su implicación en el desarrollo del marco legal de los transportes públicos en España (1848-1936). *TST*, 33, 52-69. Recuperado de https://asihf.org/wp-content/uploads/2024/03/TST_33_52_69.pdf

Alcalá, C. (2008). *Asistencia sanidad y población en la ciudad de San Francisco de Campeche, 1812 -1861* (Tesis de Doctorado). Universidad Barcelona, Barcelona, España. Recuperado de <https://www.tesisenred.net/handle/10803/720?locale-attribute=es#page=1>

Armus, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Argentina: Edhasa.

Armus, D. (2002). La enfermedad en la historiografía de América latina moderna. *Asclepio* 54 (2), 41–60. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2002.v54.i2.140>

Armus, D. (2000). El descubrimiento de la enfermedad como problema social. En: Lobato, M. (Dir.). *Nueva Historia Argentina. Tomo 5. El progreso, la modernización y sus límites (1880–1916)*. Buenos Aires: Sudamericana. Recuperado de https://historiapolitica.com/datos/biblioteca/medicosXIX_armus.pdf

Carballo, M. Galindo, M. y García, M. (1998). El sarampión: una realidad y un desafío. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 36 (3), 169-78. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v36n3/hie01398.pdf>

Chagnollaud, F. (2010) La andinización de la ciudad de Ayacucho. ¿La reconquista andina del espacio urbano? *Pandora revue d'etudes hispaniques*, (10), 87-201. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3781747>

Cieza, P. (1984). *Crónica del Perú (primera parte)*. Lima: PUC.

Contreras, C. y Cueto, M. (2013) *Historia del Perú contemporáneo*. Lima: IEP.

Corbin, A. (1987). *Del perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social. siglos XVIII y XIX*. México: FCE.

Cramaussel, C. (2008) La lucha contra la viruela en Chihuahua durante el siglo XIX. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad* 29 (114), 101-132. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/137/13711405.pdf>

Cueto, M. (2000). *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: IEP.

Cueto, M. (1989). *Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú 1890-1950*. Lima: Grade – Concytec.

De La Riva Agüero, J. (1995). *Paisajes peruanos*. Lima: PUCP.

Delpiano, L., Astroza, L. y Toro, J. (2015). Sarampión: la enfermedad, epidemiología, historia y los programas de vacunación en Chile. *Revista chilena de infectología* 32 (4), 417-429. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000500008>

Fadic, R y Repetto, G. (2019). Sarampión: antecedentes históricos y situación actual. *Andes Pediatría* 90 (3), 253-259. DOI: <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i3.1231>

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI. Argentina.

- Franco, C; Del Rio, C; Nava-Frias, M; et. al. (2003). Enfrentando el bioterrorismo: aspectos epidemiológicos, clínicos y preventivos de la viruela. *Salud Pública de México* 45 (4), 298-309. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n4/a09v45n4.pdf>
- Galdo, V. (1992). *Ayacucho: conflictos y pobreza. Historia regional (siglos XVI-XIX)*. Ayacucho: UNSCH.
- González-Moya, M. (2023). 'La venganza de la miseria'. La epidemia de tifus exantemático en Santiago de Chile, 1933-1937. *HISTORELo. Revista de Historia Regional y Local* 15 (34), 22-56. DOI: <https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102938>
- Kingman, E. (2006). *La ciudad y los otros. Quito.1860-1940. Higienismo, ornato y policía*. FLACSO. DOI: <https://doi.org/10.17141/iconos.15.2003.559>
- Kingman Garcés, E. (2002). Historia social y mentalidades: los higienistas, el ornato de la ciudad y las clasificaciones sociales. *Íconos - Revista De Ciencias Sociales*, 15. 104–113. DOI: <https://doi.org/10.17141/iconos.15.2003.559>
- Lefebvre, H. (2013). *La producción del espacio*. España: Capitán Swing.
- Lorente S. y Flores, R. (1925). *Estudios sobre geografía médica y patología del Perú*. Lima: Americana.
- Lossio, J. (2021). *Pandemias y salud pública. Historias de cuarentenas y vacunaciones*. Proyecto Especial Bicentenario de la Independencia del Perú. Ministerio de Cultura, Perú. Recuperado de <https://bicentenario.gob.pe/biblioteca/detalle-libro/pandemias-y-salud-publica-historia-de-cuarentenas-y-vacunaciones>
- Lossio, J. (2003). *Acequias y gallinazos. Salud ambiental en Lima del siglo XIX*. Lima: IEP.
- Martínez, L. y Short, J. R. (2021). The Pandemic City: Urban Issues in the Time of COVID-19. *Sustainability* 13(6), 3295. DOI: <https://doi.org/10.3390/su13063295>
- Melchor Barrera, Z. (2021). Acciones contra la viruela en Jalisco, siglos XIX y XX. *Letras Históricas*, 25. DOI: <https://doi.org/10.31836/lh.25.7309>
- Miró Quesada, A. (1974). *Ayacucho. Huamanga una larga historia*. Lima: Conup.
- Morón C, Cecilia. (1999). Tifus exantemático: una enfermedad reemergente en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 16 (1-2), 51-54. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v16n1-2/a11v16n1-2.pdf>
- Múnera Cavada, A., y Román Romero, R. (2016). La ciudad en tiempos de epidemias. *Revista Ciencias Biomédicas* 7 (2), 392. DOI: <https://doi.org/10.32997/rcb-2016-2879>
- Pozo, M. (1924). *Historia de Huamanga (época colonial)*. Ayacucho: Tip. de La República.
- Puppo, M. E., Nobile, C., y Sader, A. (2022). Urbanismo epidémico. La medicalización de la vida urbana en Montevideo en el primer tercio del siglo XX. *Ciudades*, 25, 153–179. DOI: <https://doi.org/10.24197/ciudades.25.2022.153-179>
- Rivasplata, P. (2023). El manejo de los residuos orgánicos en el virreinato del Perú: El caso de los muladares de la ciudad de Lima. *Historia Regional* 36 (48), 1-17. Recuperado de <http://historiaregional.org/ojs/index.php/historiaregional/index>
- Rojas, C. (2010). El mito de progreso de Ayacucho, 1900 – 1950 (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1109>
- Rojas, C. (2006). Las mentalidades en la toponimia de las calles de la ciudad de Huamanga. *Mirada Antropológica*, 5, 93-108.
- Rosenberg, C. (1989). What Is an Epidemic? AIDS in Historical Perspective. *Daedalus* 118 (2), 1-17. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/20025233>
- Salaverry, O. (2017). Higienismo en el Perú del siglo XIX. Sebastián Lorente y el Catecismo de higiene. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 34 (1), 139- 144. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2776>
- Ulloa, J. (1854). *Gaceta Médica*. Publicación de la Sociedad Peruana de Historia de la Medicina. Lima.
- Vásquez, J. (2022). Transformando la sociedad de Ayacucho desde la percepción de la comunidad de notables: Costumbres, tradiciones y vida cotidiana (1850- 1945) (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12672/19029>
- Velázquez, M. (2020). *Hijos de la peste. Una historia de las epidemias en el Perú*. Lima: Taurus.
- Vigarello, G. (1991). *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid: Alianza Editorial.
- Zhingre, R. (2022). La ciudad latinoamericana moderna: finales del siglo XIX-1920. Una aproximación a la segregación social a través del urbanismo de las élites. *Revista Internacional de Humanidades* 15(4), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.37467/revhuman.v11.4262>

Recibido: 11/10/2023
Evaluado: 31/10/2024
Versión Final: 10/12/2024