

Del cólera al COVID-19

Un recorrido por viejas y nuevas
pandemias en la Argentina

Adriana Álvarez
Compiladora

DEL CÓLERA AL COVID-19
UN RECORRIDO POR VIEJAS Y NUEVAS
PANDEMIAS EN LA ARGENTINA

Adriana Álvarez
(Compiladora)



Del cólera al covid-19 : un recorrido por viejas y nuevas pandemias en la argentina /

María Silvia Di Liscia ... [et al.] ; coordinación general de Adriana Alvarez. - 1a ed - Mar del Plata : EUDEM, 2021.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: online

ISBN 978-987-8410-17-3

1. Pandemias. 2. Epidemiología. I. Di Liscia, María Silvia II. Alvarez, Adriana, coord.

CDD 616.2

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723 de Propiedad Intelectual.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio o método, sin autorización previa de los autores.

ISBN: 978-987-8410-17-3

Este libro fue evaluado por la Dra. María Laura Rodríguez

Primera edición: abril 2021

© 2021, Adriana Álvarez

© 2021, EUDEM

Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata

3 de Febrero 2538 / Mar del Plata / Argentina

Diagramación: Rocío Canetti y Luciano Alem

Tapa: Agustina Cosulich



Libro
Universitario
Argentino

Dedicamos este libro al personal de salud en su conjunto y a quienes perdieron sus vidas por el COVID-19.

AGRADECIMIENTOS

Este libro es una obra colectiva de investigadores/ras de distintas universidades nacionales: Mar del Plata, Córdoba, La Pampa y de sus respectivos Institutos de doble dependencia (INHUS, CIECS, IESH) a quienes agradecemos su valiosa participación. Pero, básicamente, es la expresión de un esfuerzo conjunto con EUDEM, la editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata, que con distintas acciones ha mostrado su compromiso con la pandemia del COVID-19. A todos/as sus integrantes un agradecimiento especial.

ÍNDICE

Presentación

Adriana Álvarez 13

Las epidemias de viruela y la vacunación en Argentina entre dos siglos. De arma biológica a extensión de la medicalización

María Silvia Di Liscia 20

Introducción20

¿Muertes esperables? Las comunidades indígenas
y las epidemias de viruela22

 Primeros ensayos22

 La viruela y la “Conquista del Desierto”33

Las campañas sanitarias masivas y la Nación Argentina.....36

 La ley y el orden sanitario36

Políticas itinerantes.....40

Hacia la erradicación46

A modo de cierre51

Bibliografía y fuentes citadas54

El cólera en la Argentina, la historia de una enfermedad emergente. Siglos XIX y XX

Adriana Álvarez	57
Introducción	57
El arribo del cólera epidémico.....	58
Estado, nación y cólera.....	61
Cólera, muerte y religiosidad	66
La última aparición del cólera en el siglo XIX	69
La reemergencia del cólera	72
A modo de cierre.....	81
Bibliografía y fuentes citadas	83

La lepra y su evolución en la región

Irene Molinari.....	88
Introducción	88
Evolución de la lepra en la Argentina	91
La importancia de la capacitación de los médicos y la investigación	94
Los obstáculos y diferencias que retrasaron lo dispuesto por la ley.....	96
Nuevos avances en la leprología.....	100
Un nuevo paradigma: mejorar las condiciones de salud, requisito esencial previo al crecimiento económico.....	104
Una nueva campaña nacional.....	107
A modo de cierre: algunas reflexiones	109
Bibliografía y fuentes	111

Sarampión: un viejo mal que reaparece	
Daniel Reynoso y Juan Pablo Ubici.....	113
Introducción	113
El largo camino entre origen, conocimiento y el descubrimiento de la vacuna	114
Del suero a la vacuna.....	115
El arribo del sarampión al territorio americano	116
Buenos Aires y la etapa prevacunal	118
El siglo XX y la antesala a la vacuna.....	123
A modo de cierre: la vacuna y sus efectos.....	127
Anexo: Enfermedades infecto contagiosas 1882-1915	129
Bibliografía y fuentes citadas.....	132
Epidemias y pandemias en Argentina.	
Miradas desde las Artes	
Laura Sacchetti.....	135
Introducción	135
La muerte pintada.....	137
Pestilencia e higienismo.....	141
Un combate peculiar	148
La primera pandemia del siglo: cuarentena, salud pública vs. negocios	151
Mujeres estigmatizadas.....	155
Una estética repulsiva.....	157
A modo de cierre	159
Bibliografía y fuentes citadas.....	161

Sistema de Salud y medidas sanitarias durante la pandemia de gripe española en Argentina (1918-1919)

Adrián Carbonetti.....	163
Introducción	163
Epidemiología de la enfermedad	164
Sistemas de salud y sus políticas durante la gripe española	165
Las medidas en 1918	169
Las medidas en 1919	176
A modo de cierre	179
Bibliografía y fuentes citadas	181

El amor después del amor. Recorridos posibles de la pandemia de VIH/sida en Argentina

Luciana Linares y Alexis Manzo	183
Introducción	183
Entre silencios, miedos y juventudes	184
Entre el pico de la pandemia, respuestas médicas y silencios de Estado.....	193
Entre la responsabilidad y una nueva convivencia.....	200
A modo de cierre	203
Bibliografía y fuentes citadas	205

El siglo XXI y sus pandemias por coronavirus: entre el SARS (2003) y el SARS-COV2. El caso argentino (2020)

Adriana Alvarez y Alexis Manzo	207
Introducción	207

Los ancestros del COVID-19: el SARS, una clara advertencia ...	208
El COVID-19	217
A modo de cierre provisorio	220
Bibliografía y fuentes citadas	223

**Reglamento Sanitario Internacional. Antecedentes y desarrollo
Carlos Daniel Florio 226**

Introducción	226
Antecedentes históricos	227
Una nueva estrategia en salud pública. Creación del Reglamento Sanitario Internacional	229
Principios aplicables del Reglamento	231
Diferencias con el anterior Reglamento (1969).....	233
Alcance imperativo a los Estados miembros	237
Reserva de los Estados Unidos de América.....	239
Normativa de origen nacional. Normas en la República Argentina	240
De cara al futuro	244
A modo de cierre	245
Bibliografía y fuentes citadas	246

Sobre los autores 248

PRESENTACIÓN

Adriana Álvarez

Introducción

El siglo XX legó al XXI un vertiginoso avance de la ciencia en general, y de la medicina, en particular: nacieron los primeros niños/as “probeta” y el desarrollo de antibióticos y vacunas, junto a la tecnología médica, acompañó una constante transformación en los diagnósticos y en los tratamientos médicos. Todo lo anterior dio una sensación triunfalista a la medicina en general.

Dicha percepción entró en crisis por la presencia del COVID-19. Se puso en evidencia que las dolencias infecciosas tienen una dinámica que las mantiene vigentes, incluso cuando algunas de ellas parecen estar controladas. Más aún, con un virus emergente, desconocido, que carecía de vacunas, de tratamientos efectivamente probados, cuyo comportamiento y consecuencias de su padecimiento pasan a formar parte de los misterios de la ciencia.

En ese contexto se escribió y se inscribe este libro, elaborado por especialistas en historia de la salud y la enfermedad, juristas y epidemiólogos que, desde una mirada interdisciplinaria, y en tiempos de pandemia, analizan el devenir de epidemias viejas, nuevas y reemergentes.

Existe un denominador común a lo largo de estas páginas y es que las enfermedades no son consideradas hechos meramente biológicos, se las interpreta como fenómenos históricos complejos, en los que juegan un papel importante los cambios políticos, sociales, económicos, y culturales.

En ese marco, los miedos al contagio, la culpabilización de los enfermos, la aceptación o las resistencias a las medidas preventivas, los discursos médicos y los índices de letalidad, los usos políticos de

las pandemias son interpretados a través de las historias de la viruela, el sarampión, el cólera, la lepra, la gripe española, el sida, el arte y el COVID-19.

La globalización forma parte de las problemáticas abordadas, debido a que durante el siglo XIX se celebraron decenas de conferencias internacionales en las que se abordó la lucha contra las enfermedades. Su culminación fue la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 y la promulgación del Reglamento Sanitario Internacional en 1951, de ahí que un capítulo se dedica al análisis del Reglamento Sanitario Internacional (2005) como instrumento jurídico vigente aplicado para la gestión pandémica del COVID-19.

Si bien en cada capítulo se exponen los avances del conocimiento médico sobre cada enfermedad, se penetra en otra esfera, que es la percepción social; se presta atención a las metáforas que afloran de los diversos discursos, como las representaciones que el arte realiza sobre las dolencias. Cuarentenas, tensiones entre los poderes provinciales y nacionales, los virus como armas biológicas, la pobreza epidemiológicamente peligrosa, las vacunas, son algunos de los ejes presentes en este libro, cuya finalidad es la de brindar herramientas de carácter histórico que contribuyan a comprender más allá de lo clínico el COVID-19.

Son historias de enfermedades y epidemias escritas por especialistas, pero destinadas a un gran público, que ubican a este texto en los marcos de la Historia Pública, esa que busca “aplicar el método histórico fuera de la academia” (Robert Kelley, 1978: 16) volcando en un lenguaje amplio los resultados de investigaciones realizadas en universidades y organismos científicos. No es casualidad esta perspectiva, porque el virus también atravesó a las ciencias sociales y humanas y “logró poner a todos en un mismo escenario” (VVAA, 2020) interpelando a pensar la crisis sanitaria desde diferentes ángulos, y el pasado es uno de ellos.

La excepcionalidad, las nuevas normalidades, el temor al contagio, los efectos socioculturales, la crisis, la incertidumbre, la muerte, incrementaron la necesidad de mirar hacia atrás en el tiempo, buscando continuidades y discontinuidades con un presente pandémico mediático. En la actualidad, a diferencia de lo ocurrido con otras pestes, la existencia de medios de comunicación masiva delimitó los

marcos del imaginario social sobre el coronavirus. Una forma de ayudar a entender esas particularidades es analizar cómo, por qué y de qué manera se gestaron otros imaginarios, como por ejemplo los del sida, el cólera, la lepra, la gripe española, etc., mediante una narrativa en la que sobresalen las experiencias locales como una vía factible para contemplar las perspectivas pandémicas de manera más amplia y compleja (Birn, 2020).

Entender sus diferencias y sus temporalidades contribuirá a comprender que cada crisis sanitaria tiene su propia dinámica, en la que juegan múltiples factores (sociales, económicos, ideológicos, culturales, etc.). Los y las lectoras hallarán diversas huellas (no soluciones, no recetas) en que se inscriben las analogías y las diferencias entre un pasado remoto y un presente pandémico que deja un cuestionamiento claro: ¿Qué cambios hubo desde la sociedad del siglo XIX a la del siglo XXI si los métodos de prevención son los mismos, si los temores son iguales? Aspiramos a que esos rastros detallados en cada capítulo ayuden a descifrarlo.

Cuando se pensó este texto, en otras latitudes surgían otros similares, en lo que “se compara lo que está pasando con lo que aconteció para tener referentes, para valorar la dimensión de lo que ocurre, para tratar de aprender de los errores y aciertos de las estrategias que se usaron ante otras situaciones análogas” (Campo, Perdiguero y Bueno, 2020: 9). Este hecho demuestra que la demanda social de mirar hacia atrás es global, y es precisamente la que ha dinamizado la aparición de este ensayo

Del cólera al COVID-19 realiza un recorrido histórico por algunas de las pestes que asolaron este suelo. No se trata de un recorte despojado de intencionalidad, por el contrario, ha sido realizado en la búsqueda de esos “rastros”, de esas “huellas” que nos orienten a entender, interpretar, o simplemente transitar un presente pandémico con una perspectiva temporal más amplia. Sabemos que siempre, después de cada crisis, hubo un mañana, una pospandemia, que dejó legados, mostró falencias y cambió las agendas políticas.

Por esa razón, el primer capítulo escrito por María Silvia Di Liscia se centra en la temida viruela, dolencia que asoló al mundo entero durante al menos 3000 años y que en las postrimerías del siglo anterior (1980) fue oficialmente declarada erradicada por la Organización

Mundial de la Salud. El capítulo “Las epidemias de viruela y la vacunación en Argentina entre dos siglos. De arma biológica a extensión de la medicalización” parte del siguiente interrogante: ¿podría haberse empleado como una estrategia bélica indirecta para eliminar a otro/s indeseables o enemigos? Este eje se enlaza con el análisis de las técnicas y extensión de la inmunización, las prácticas médicas, el derecho al uso individual del cuerpo, y finaliza con el regreso de la viruela en la experimentación biotecnológica, de la mano de la Organización Panamericana de la Salud a fines del siglo XX y el peligro latente que ello significa.

La siguiente “huella” la encontramos en “El cólera en la Argentina, la historia de una enfermedad reemergente (siglos XIX y XX)”. Se presenta una dolencia que provocó pánico a lo largo del siglo XIX pero que a comienzos de la siguiente centuria fue considerada controlada, hasta su reaparición en las postrimerías del siglo XX, cuando se convirtió nuevamente en una amenaza sanitaria. La “pobreza epidémicamente peligrosa” articula un texto que muestra que se trata de la enfermedad de la inequidad, que afecta principalmente a los sectores más pobres y vulnerables, y es un llamado de atención, que pone de relieve que “sin desarrollo socioeconómico no puede haber salud y sin salud el progreso social y económico se paralizará” (OPS, 1992). Paradójicamente no fue el cólera sino el coronavirus el que suscitó los efectos económicos no deseados que se venían anunciado desde fines del siglo anterior.

Irene Molinari, en “La lepra y su evolución en la región”, muestra una dolencia que en el imaginario social se prefigura como propia de la antigüedad, pero que es en realidad endémica en la región; cada año en la República Argentina se detectan más de 300 casos. Es decir, se convive con una enfermedad cruenta, curable y casi oculta (los casos más agudos se sitúan en las zonas rurales), que ha dejado de provocar el pánico colectivo que otrora produjo. ¿Qué ha inducido al aplanamiento en la curva del miedo a la lepra?, este es uno de los interrogantes que marcan el recorrido de un capítulo que fue escrito cuando se ponía en tensión la misma curva, pero para el COVID-19.

El “Sarampión: un viejo mal que reaparece” se centra en el derrotero de una enfermedad que ha sido opacada por el coronavirus, pues la aparición del nuevo virus coincidió con la alerta mundial lanzado

por la OMS sobre su resurgimiento. ¿Cuáles fueron las respuestas médicas?, ¿cuánto sobre él conocía la ciencia médica cuando se hizo presente en tierras americanas?, ¿qué medidas preventivas fueron implementadas?, ¿cuándo y cómo se logró su control a lo largo del siglo XX? y ¿cómo entender su reaparición? son algunas de las explicaciones que en este capítulo brindan Daniel Reynoso y Juan Pablo Ubici.

Cuando de crisis sanitarias se trata, los vestigios penetran por diferentes capilares, las formas de expresión no están exentas de ello. Laura Sacchetti en “Epidemias y pandemias en Argentina miradas desde las artes”, nos muestra que las imágenes constituyen un lenguaje en sí mismo y representan de manera sensible la sociedad en la que se produjeron y circularon. Las pinturas y las distintas obras hablan y retratan los episodios pandémicos desde un lente distinto al que lo puede hacer el discurso oficial, médico o periodístico.

Adrián Carbonetti en “Sistema de salud y medidas sanitarias durante la pandemia de gripe española en Argentina (1918-1919)”, nos presenta la pandemia más observada desde que hizo irrupción el COVID-19, puesto que es el antecedente en el que se reflejan las mayorías de las miradas que pretenden buscar una referencia en el pasado para entender la actual pandemia.

En “El amor después del amor. Recorridos posibles de la pandemia de VIH/sida en Argentina” se analizan las diversas construcciones discursivas como un denominador común entre el COVID 19 y el VIH/Sida. En este capítulo de Luciana Linares y Alexis Manzo, la idea de lo “plagático” recorre el texto y sirve para explicar que el miedo a las enfermedades está lejos de ser estático.

Los capítulos anteriores brindaron algunas “huellas” que son retomadas hacia el final del libro. En el capítulo “El siglo XXI y sus pandemias por coronavirus: entre el SARS-COVID (2003) y el Sars-CoV- 2 o COVID-19 (2020). El caso argentino”, Adriana Alvarez y Alexis Manzo buscan otorgar historicidad a la pandemia iniciada a fines del 2019. El eje fundamental pasa por demostrar la existencia de precedentes epidemiológicos e históricos que la enmarcan en un mal largamente anunciado por las autoridades sanitarias internacionales. Muestran también los cambios ocurridos en el mundo que le otorgan ciertas singularidades al COVID-19 respecto de sus precedentes.

El último capítulo aborda, desde un plano histórico-jurídico, el Reglamento Sanitario Internacional (2005), herramienta central en la gestión de la pandemia de COVID-19. Alcances, limitaciones, déficits son algunas de las cuestiones que Carlos Daniel Florio analiza en “El Reglamento Sanitario Internacional. Antecedentes y desarrollo. ¿Tiene eficacia jurídica?”.

Cierro esta presentación con una frase de Georges Duby (1995): “¿Para qué escribir Historia si no se lo hace para ayudar a nuestros contemporáneos a confiar en el porvenir y a encarar mejor armados las dificultades que encuentran día a día?”

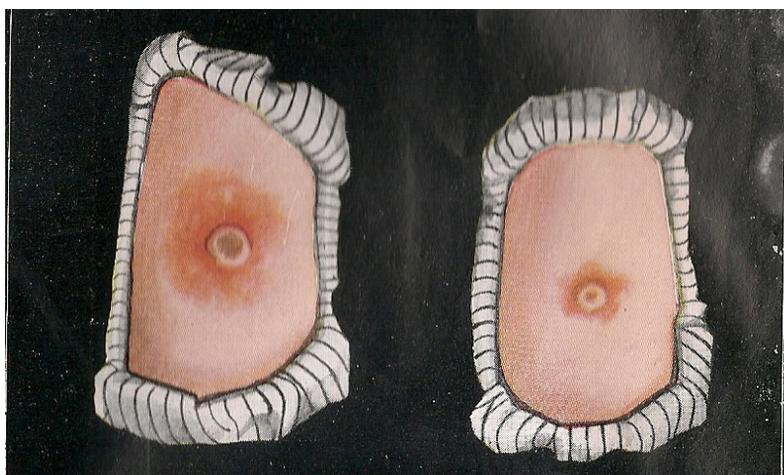
Bibliografía

- George Duby (1995) *Año 1000, año 2000 La Huella de nuestros miedos*. Ed. Andrés Bello, Santiago de Chile.
- Organización Panamericana de la Salud (1992) número III. Washington
- Robert Kelley (1978) “Public History: Its Origins, Nature and Prospects”, *The Public Historian* 1.1
- Ricardo Campos, Enrique Perdiguero-Gil, Eduardo Bueno (eds) (2020) *Cuarenta historias para una cuarentena: Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*. Ed Sociedad Española de Historia de la Medicina, España
- Anne-Emanuelle Birn (2020) “How to have narrative-flipping history in a pandemic: Views of/from Latin America” en *Centaurus*; 62:354–369.
- AAVV (2020) *La vida en suspenso. 16 hipótesis sobre la Argentina irreconocible que viene*. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.

LAS EPIDEMIAS DE VIRUELA Y LA VACUNACIÓN EN ARGENTINA ENTRE DOS SIGLOS

De arma biológica a extensión de la medicalización

María Silvia Di Liscia



“Vacuna a los cinco y ocho días respectivamente”. *El nuevo médico de la Familia*, Buenos Aires, Casa Editora Sudamericana, 1925, p. 25.

Introducción

Por primera vez en su historia, se ha declarado en todas las provincias argentinas la necesidad de una cuarentena epidémica, situación que se replica en gran parte del globo. Para evitar la dispersión de un virus de ignota procedencia y alto contagio, denominado *Sars CoV-2*, se impuso durante los primeros meses de 2020 el aislamiento y la confinación a la población. Al momento que escribo estas frases no existe un tratamiento eficaz ni tampoco una estrategia de inmunización

y tal situación nos retrotrae a reflexionar sobre una de las primeras herramientas médicas que lograron controlar una enfermedad y su preservativo, la vacuna antivariólica.

La erradicación de la viruela se ha expuesto como uno de los mayores éxitos de la medicina occidental; ese proceso culminó en todo el mundo en los años ochenta del siglo XX gracias a la extensión de la vacunación con el afán de los Estados y la coordinación de organismos internacionales. Si consideramos al sistema biomédico oficial en directa relación con la conformación de una sociedad compleja (porque incide en la transición demográfica y epidemiológica, entre otras cuestiones), en Argentina, como en otros países, el control de una enfermedad marca un hito científico y, a la vez, la vacunación constituye un buen ejemplo de una práctica utilizada tanto para incluir grupos afines como para contribuir, negándola, a su extinción.

La viruela, ¿podría haberse empleado como una estrategia bélica indirecta para eliminar a otro/s indeseables o enemigos? Veamos más de cerca este concepto. En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) define a las armas biológicas, utilizadas en anteriores conflictos bélicos y en el bioterrorismo, como “microorganismos similares a virus, bacterias, hongos u otras toxinas que se producen y se liberan deliberadamente para causar enfermedad y muerte en humanos, animales o plantas”. Aquí estamos proponiendo su uso un tanto anacrónico para reflexionar sobre las consecuencias morales de impedir determinadas medidas a sabiendas de sus resultados mortales.

A la vez, la viruela pone en foco a la salud pública, incluso antes de que existiese como concepto, a raíz de lo que llamamos, a grandes rasgos, políticas higiénicas o acciones sanitarias. Y así, ilumina a los actores, ya sean científicos, médicos y políticos de diferente signo, o bien a las instituciones encargadas de la lucha contra la epidemia. En estas páginas, hablaremos tanto del Protomedicato y el Tribunal de Higiene, como de los Consejos de Higiene provinciales, así como del Departamento Nacional de Higiene, todas ellas instituciones del siglo XIX que intervinieron directamente en las medidas sobre la inmunización de la población.

A mediados del siglo XX, las modificaciones del Estado en su conjunto implicaron la aparición de agencias cada más sofisticadas vin-

culadas a la salud, con rango de Secretarías y Ministerio, que a su vez mutaron de pertenencia, organigrama y denominación. Finalmente, en el borde del siglo XXI, reflexionamos sobre una nueva vacuna pos erradicación, de la mano de teorías sobre ataques bioterroristas.

Entonces, la historia de la viruela puede examinarse a la luz de otros aspectos, como los mecanismos de integración sociales y étnicos del siglo XIX. También puede explorarse en relación a la particular situación de los gobiernos de turno a lo largo del siglo XX, ya que se trató de una política pública sobre la que se generaron campañas sanitarias de contenido nacional y federal. Para cerrar, la erradicación de la viruela implicó asumir en el Estado burocrático-autoritario propio de la última dictadura cívico-militar las obligaciones con organismos internacionales.

Esta especie de historia (mínima) de la viruela y la vacunación se centra más entre finales del XIX y principios del XX, cuando la epidemia representaba una preocupación tanto comunitaria como estatal, y las angustias ante el contagio involucraban a un amplio sector social. Pero enlaza la enfermedad y a su preventivo de manera indisoluble y representa, aún hoy, un aspecto a estudiar a través del prisma temporal. Involucra también la ética ante las prácticas médicas y el derecho al uso individual del cuerpo, frente al sentido social y colectivo que significa la inmunización universal.

Una nueva epidemia significa una reflexión no solo hacia atrás, sino hacia la profundidad de los significados complejos y, a la vez, subyugantes que unen a los virus con la especie humana, por un lado, y las también multiformes representaciones sociales del contagio y de los estigmas sociales, por otro, sin dejar de lado el ejercicio de los saberes y poderes médicos y científicos.

¿Muertes esperables? Las comunidades indígenas y las epidemias de viruela

Primeros ensayos

La viruela, peligrosa enfermedad causada por el virus *Variola Mayor* se presentó de forma epidémica en el territorio nacional desde la lle-

gada de los primeros europeos en el siglo XVI, pero no fue hasta principios del siglo XIX que se expandió la inoculación y variolización, al menos en las principales ciudades del entonces Virreinato del Río de La Plata. Así y todo, las epidemias se repitieron durante décadas, dejando su tendal de muertos o de convalecientes con graves consecuencias, como la ceguera y las marcas que desfiguraban para siempre la piel del rostro y el cuerpo.

La inoculación, práctica popular en Asia Menor y Grecia, se introdujo en Europa a principios del siglo XVIII y de allí pasó a distintos lugares de América. Se realizaba a partir de la implantación en niños y adultos de costras de personas que hubiesen tenido la “viruela benigna”. A finales del siglo XVIII, las investigaciones de Edward Jenner en Gran Bretaña llevaron al uso de la variolización, es decir, a la implantación artificial del virus de la viruela vacuna o *cow pox*, que tuvo una gran expansión en Europa. La Corona española la expandió a las colonias a través de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. Un entusiasta médico, Francisco de Balmis Berenguer, acompañado de enfermeros y otros agentes médicos, se trasladó a las colonias entre 1803 y 1807. En esta famosa expedición iban niños huérfanos, a quienes se les inoculaba sucesivamente el virus atenuado para disponer de “brazos” a la llegada. Podemos intuir el terrible viaje de esos veintidós infantes, especie de reservorios del virus, punzados con lancetas de dos en dos para mantener la viruela en condiciones a fin de obtener el material para vacunar en América. Indudablemente, la medida de Balmis tenía poco de ética médica porque se contagiaba a pequeños sanos (que no habían padecido el mal) para salvaguardar así el “material” en condiciones y tener éxito, pero una historiografía que valora el ahorro en vidas en América la considera la primera misión humanitaria de la historia y a los niños, héroes involuntarios de esta odisea.

A partir de 1808, las colonias americanas españolas contaron con un dispositivo de vacunación que, si bien era complicado, engorroso y podía acarrear en el vacunado la posibilidad de contraer la viruela y otras infecciones, era a la vez el único mecanismo posible para lograr cierta inmunidad en la población en tiempos epidémicos, que ciertamente lograban una alta morbi-mortalidad en diferentes sectores sociales, sin respetar niños, adultos o ancianos, ni mujeres o varones.

El virus tiene otra característica: no requiere de reservorios animales (como sí los de la influenza y los coronavirus) y su contagio es de persona a persona.

En 1813, *La Gaceta de Buenos Aires* publicó un Reglamento del clérigo-médico Saturnino Segurola para prevenir a los habitantes de la ciudad y de las Provincias Unidas de los estragos de la viruela, por medio de la propagación del fluido vacuno. Se habilitaron al respecto en Buenos Aires casas de vacuna y empleados que inocularían a la población. La distribución de la vacuna continuó siendo un problema para las autoridades durante los siguientes veinte años, ya que se requería un registro concienzudo de la población, una organización estable que permitiera el acceso al material inmunológico (costras conservadas de variolosos o bien personas con costras para vacunar “brazo a brazo”) y recursos económicos para mantener este incipiente servicio médico estatal. Además, es curioso que tuviera que insistirse una y otra vez sobre las ventajas de la variolización, lo cual indica que la mayoría, tanto en las ciudades como en las áreas rurales, consideraba vacunarse como una desventaja y los reparos de la población se sumaban a los inconvenientes de orden político-burocrático.

Entre 1821 y 1827, durante el gobierno de Martín Rodríguez y gracias al impulso de Bernardino Rivadavia, la vacunación fue un asunto central dentro de la creación y reorganización institucional sanitaria, al formalizarse una “comisión para la vacuna” que debía administrarla, generalizarla y conservarla. Asimismo, se reglamentó su distribución en la campaña bonaerense y se invitó a los distintos gobiernos de provincia a establecer oficinas de vacunación en sus jurisdicciones respectivas. Esta “invitación” del gobierno habría que leerla como el intento de controlar desde el incipiente Estado central ciertas instituciones sanitarias, debido a que el mismo decreto exigía al mismo tiempo a los gobiernos provinciales una estadística o “razón” de los recién nacidos en el territorio respectivo, con vistas a que las autoridades nacionales pudieran distribuir y propagar la vacuna. Pero debemos dejar en claro que en esta etapa temprana, la intervención nacional sobre las jurisdicciones provinciales era muy limitada, y mucho más en asuntos sanitarios.

Rivadavia, como ministro de Martín Rodríguez, creó la Academia y la Facultad de Medicina y el Tribunal de Medicina en reemplazo del

Protomedicato en 1822; reglamentó la tarea de los médicos de campaña, de ejército, de hospitales y de puerto; reorganizó el cuerpo de medicina del ejército; y estableció la Sociedad de Beneficencia, que entre sus múltiples tareas debía atender el hospital de mujeres y la Casa de partos. Los médicos de campaña, otra innovación de Rivadavia, fueron mantenidos por Rosas, así como la vacunación de la población en la ciudad y en las localidades del interior bonaerense, aunque no se insistiese en darle alcance general, dadas las transformaciones políticas de los años 30. En 1829, luego de los intentos unitarios por lograr una unificación de las provincias, se produjo un estallido de la organización nacional con la estructuración de estados provinciales que se mantuvieron en cierta autonomía hasta 1852.

En la compleja situación política, marcada por la oposición entre unitarios y federales y, a nivel social, por el avance de los hacendados frente a otros sectores de ideología liberal y centralista, el líder porteño Juan Manuel de Rosas conquistó el apoyo de grupos populares (asociaciones de africanos, mujeres, artesanos y paisanos pobres, gauchos y montoneros) tanto en la ciudad como en la campaña bonaerense, donde llevó a cabo una política de amistad con determinados grupos indígenas.

Se ha dicho que Rosas destruyó conscientemente las instituciones laboriosamente construidas por la generación de la Independencia, sobre todo por Rivadavia. Es verdad que la insistencia en el ahorro público redujo considerablemente el presupuesto de escuelas y hospitales, así como el salario de la administración pública provincial. Pero en el caso de la organización sanitaria tendiente a asegurar el alcance de la vacuna, no es posible ser tan tajante, ya que siguieron existiendo médicos de campaña y urbanos, así como presupuesto para vacunar y para investigar sobre la viruela y la vacuna.

Veamos más de cerca ese proceso, y luego, la situación particular de las comunidades indígenas en relación con el líder porteño. En las primeras décadas del siglo XIX, la región pampeana, sobre todo el área bonaerense, inició una etapa de desarrollo ganadero estimulado por la creciente exportación de cueros y carnes, lo que aumentó la presión de los estancieros sobre las tierras del interior. La competencia por los recursos económicos pampeanos -ganado vacuno salvaje- abrió las puertas a enfrentamientos entre población blanca e

indígenas, manifestados en los grandes malones de los años 20 y en las incursiones fronterizas de estancieros y militares. A esta situación se agregó la influencia de las guerras entre españoles y criollos, y entre federales y unitarios, posteriormente, lo que generó un ambiente politizado en las etnias pampeanas hábilmente utilizado por algunos caudillos como Juan Manuel de Rosas. Él realizó una campaña contra los indios, estableció lazos de amistad con algunas tribus, y, a la vez, como lo habían hecho las autoridades coloniales cincuenta años antes, enfrentó a sus aliados con otros grupos indígenas a los que se consideró enemigos.

La política rosista incluyó el “negocio pacífico de indios” que en principio había sido estructurado por estancieros bonaerenses para mantener la paz con raciones de ganado y otros productos. Desde 1829, esa actividad fue realizada desde el Estado a partir de la acción concreta de Rosas y de su estrategia de alianzas con algunas etnias indias. Esta situación incluía el alojamiento en la misma ciudad de Buenos Aires de caciques y principales indios, con el objeto de firmar acuerdos y obsequiarlos con presentes, como ganado vacuno, bebidas alcohólicas, yerba mate y azúcar, entre otros.

A través de dos casos puntuales, analizados comparativamente, es posible observar una transformación de la política indígena y, al mismo tiempo, la incidencia de las prácticas científicas en el resto de la población. En 1830, se declaró en la ciudad de Buenos Aires una epidemia de viruela entre los indios “pampas” que estaban en la ciudad para honrar al Restaurador de las Leyes. Rosas los visitó sin alarmarse ante la posibilidad de contagio y los estimuló a que se vacunasen. A cambio, obtuvo una rendida admiración de los caciques ante la valentía del gobernador porteño frente al temible mal. Un número estimado en más de cien indios aceptó entonces inmunizarse, colocándose según el testimonio de Parish, la “vacuna a indígenas”. Paralelamente, Francisco Javier Muñiz, médico de la campaña, iniciaba las investigaciones con las que diez años después se logró el redescubrimiento del *cow-pox* o viruela vacuna, llamada por Domingo Faustino Sarmiento “la vacuna indígena”.

¿Simple coincidencia de denominación? Vacuna a indígenas y vacuna indígena, dos conceptos que, aunque usados en diferente sentido, permiten reflexionar sobre aspectos que interrelacionan ciencia,

poder e integración social. Por una parte, la vacuna “a los indios” podría tratarse de una nueva forma de relación que incluía el cuidado médico con vistas a generar una dependencia mayor de la población nativa aliada al grupo federal bonaerense. Y si esto fuera así, se podría pensar que la integración social de los indígenas al conjunto provincial era un proyecto viable para Rosas y la élite federal. Por otro lado, “la vacuna indígena”, desarrollada a partir de investigaciones de científicos nativos, constituye un elemento para examinar el papel de Rosas frente al sistema médico y sus prácticas científicas, sobre todo considerando el estigma de oscurantista colocado por la historiografía tradicional al caudillo federal.

El cuidado médico también fue una forma de asegurar los lazos de amistad y su uso era más o menos frecuente en las relaciones diplomáticas entre militares e indígenas en la región pampeana. El hecho de que el Restaurador de las Leyes se empeñara en vacunar a los caciques, a sus mujeres, niños y acompañantes al menos en una ocasión confirmada, indica un interés por mejorar los vínculos de amistad, transformando a los jefes en deudores de favores. Al generalizar la vacuna a toda la población, restringiendo así el número de infectados y los posibles focos de contagio, Rosas además aseguraba que su imagen de protector de los indios estuviera equiparada con la de protector de la salud.

En las sociedades indígenas pampeanas, a diferencia de lo que sucedía entre los blancos, la viruela tenía un status de epidemia mortífera porque su herencia inmunológica les impedía generar anticuerpos frente a una dolencia extraña. Diversos cronistas y viajeros explicaban que, con la aparición de las señas exteriores de la enfermedad, no se realizaban ceremonias ni se daban remedios de ningún tipo. La huida de la tribu del lugar infectado y el abandono de los enfermos para que se recobrasen o muriesen en soledad son comunes en los relatos de la época y se repiten también en narraciones posteriores.

Los indígenas aparentemente no aplicaban remedios, aunque sí se tomaban ciertas precauciones y buscaban alguna teoría explicativa de una enfermedad que provocaba pérdidas tan importantes. En general, observaron que había una relación directa entre ingreso de europeos a las *tolderías* y viruela al poco tiempo, por lo que denominaron a esta enfermedad *winca cutrán*, es decir, “enfermedad del blanco”. Su

aparición estaba seguida de un proceso de culpabilización directa de los extraños, sobre todo blancos (sacerdotes, militares, funcionarios, cautivos/as) y afectaba también a los *machis*, es decir, a los especialistas nativos, que no habían vigilado la introducción del mal (*walicho*) dentro de la comunidad.

Hacia 1830, el cónsul inglés en el Río de la Plata, Woodbine Parish, expresaba que “tribus completas de indios han sido exterminadas” por la viruela. En una visita de los caciques a Buenos Aires para presentar sus homenajes al caudillo, algunos se contagiaron. En ese marco, el mismo Juan Manuel de Rosas se presentó frente a ellos, les mostró a los indios la cicatriz de la vacuna que llevaba en el brazo y ordenó a su intérprete que les explicase qué secreto había permitido la aproximación al enfermo sin riesgo. Al momento, los caciques Catriel, Cachul, Tetrúé, Quindulé, Callinao, Toriano y Venancio, todos ellos del Fuerte de Tapalqué, y con ellos, más de ciento cincuenta indios, aceptaron la vacunación, confiando en que la marca era también un talismán protector.

Es interesante observar en el relato del cónsul inglés la actuación de Rosas. Su rápida visión política lo hizo transformar una situación aparentemente inocua -la visita humanitaria a una persona sufriente- en un movimiento estratégico, tendiente a obtener ventajas futuras. Rosas conocía con mayor exactitud que sus contemporáneos determinados elementos de la cosmovisión mapuche y, por lo tanto, podía ubicar perfectamente las reacciones del otro en un “mapa” conceptual. Por ejemplo, tenía un manejo bastante adecuado de la lengua “pampa” y comprendía el significado del *walicho* y sus consecuencias para la población originaria. Su sagacidad le permitió entonces develar rápidamente que al acercarse a los enfermos de viruela en una sociedad donde lo normal era eliminar el contacto, y brindarles cuidados específicos, en lugar de abandonarlos a su suerte, obtendría ciertas ventajas. Por supuesto que su acción no tenía riesgos, puesto que estaba vacunado. Y fue más allá, ya que mostrándoles su “talismán” (la cicatriz o costra de la vacuna) les sugirió que se vacunasen, acción que hicieron en masa, convencidos, según Parish, de que su curación dependía de la magia y no de la ciencia.

En 1832, una nota de Rosas dirigida al administrador de la vacuna en esa época, García Valdéz, señalaba la necesaria propagación del

“virus vacuno entre los indígenas, reducidos y sometidos al Gobierno”. Asimismo, en 1837, el caudillo se preocupó porque cincuenta indígenas asentados en el oeste de la ciudad fueran vacunados. Los indígenas de la pampa sufrían periódicamente epidemias de viruela que eran mortales para la mayoría. ¿Por qué entonces no se generalizaba la vacuna? Por varias causas, algunas bastante obvias: en primer lugar, el contacto entre blancos e indios no era permanente, y acarrea más desventajas epidemiológicas para los segundos que para los primeros. Las autoridades no sabían siquiera el número de indígenas existentes; en muchos casos, tampoco conocían su pertenencia étnica o sus costumbres. En segundo lugar, no se vacunaba a la mayoría de la población de las áreas rurales o pequeñas ciudades, por lo que resultaba utópico pensar en vacunar a los indígenas. Los recursos escaseaban y la organización sanitaria era deficiente, pero también –y sobre todo– los enfrentamientos entre unos y otros en la frontera no estimulaban esta obra humanitaria. Muchos estancieros, militares y otros, incluso sin llegar a exponerlo de una manera tan brutal, eran partidarios de dejarlos morir para no tener que matarlos, dada la competencia sobre tierras y recursos en la pampa argentina. Todas estas circunstancias, relacionadas con la dificultosa integración del otro en la sociedad independiente, conspiraron para evitar la generalización de la vacuna entre los indígenas pampeanos.

En este contexto, sin embargo, Rosas permitió que más de cien personas de estas etnias se vacunasen, lo que implica cuestiones de orden esencialmente político e ideológico. Quizás la vacunación otorgó a los indígenas el beneficio de la duda ante la relación directa que antes establecían entre viruela-blancos, es decir, *walicho*-blancos; desarticular esa estrecha vinculación no era una tarea vana porque en ella se jugaba el poder rosista, sustentado, en gran medida, por la alianza con sectores indígenas.

Siguiendo con esta línea de reflexión, la vacunación de los aborígenes pampeanos serviría también para premiar a las etnias que estuvieran favor del caudillo, que podría mantener su fuerza laboral y militar, superando demográficamente a aquellas que no poseían este “bien de la civilización”, es decir, a los indígenas enemigos (aliados de otros grupos blancos, como los ranqueles de los unitarios, o bien autónomos). Es significativo que se mencionase específicamente a

los “indios” del Fuerte de Tapalqué que vivían protegidos cerca del cantón fronterizo de etnias más belicosas y, a la vez, suministraban la fuerza de choque para la defensa, ya que la población blanca era escasa. Además, si se considera que en otras áreas de América ya se había utilizado la inoculación para intentar disminuir la viruela entre los indígenas porque representaban la principal fuerza de trabajo, se entiende el deseo de que fueran la base de las milicias fronterizas y quizás futura mano de obra.

Un dato llamativo confirmaría la vinculación entre relaciones políticas y viruela, aunque fuese en un caso aislado. En 1870, Lucio V. Mansilla, Jefe de la frontera al sur de Córdoba en Río Cuarto, al reconocer la viruela en el pariente de un cacique ranquel se acercó sin temor, le brindó cuidados médicos y obtuvo a cambio de este gesto, la lealtad del jefe y la admiración de toda la tribu. Pero es necesario remarcar que Mansilla fue, además de un audaz coronel un fino y distinguido hombre de mundo y un perspicaz escritor, sobrino de Rosas y uno de los que mejor argumentó con su obra el proyecto de integración indígena al conjunto nacional, abortado con la Campaña al Desierto de 1879.

En el proyecto político rosista construido a lo largo de tres décadas, la compleja relación entre sectores populares y líder no debe hacer olvidar otro tipo de relaciones, como las que se establecieron entre jefe político y élites, avalada por el exterior. El apoyo científico cumplió aquí un papel fundamental. Si bien puede determinarse un impasse en el desarrollo científico en 1830 no es menos cierto que el adelanto técnico-sanitario era relativo en las primeras décadas del siglo XIX y que la singularidad del experimento rivadaviano consistió en la creación institucional, sin puesta en marcha efectiva.

¿Qué sabemos de uno de los principales actores de este drama? El médico Francisco Javier Muñoz tiene, a la luz de lo conocemos sobre los investigadores actuales, una extraña carrera de investigador. Ejerció en el ejército y en la campaña bonaerense en Patagones, en Chascomús y Luján. Fue profesor de la Escuela de Medicina y la presidió luego de la caída de Rosas. En 1842 envió una nota al director de la Real Sociedad Jenneriana de Londres, John Epps, donde expresaba el redescubrimiento de la vacuna contra la viruela a través de una pústula obtenida de un vacuno. A través de experiencias veterinarias

realizadas durante años, cuando era médico de campaña en Luján, Muñiz aseguraba que se trataba de viruela vacuna y no de otra enfermedad del ganado, por lo que podía obtenerse de manera sencilla material para vacunar a la población. La Sociedad Jenneriana escribió, a su vez, agradeciendo a Muñiz sus servicios al público y a una buena causa, aceptando en general los argumentos del investigador sobre la “vacuna indígena”.

Quizás el éxito de Muñiz en Londres determinó que en 1844 el Tribunal de Medicina de Buenos Aires, es decir, la autoridad médica máxima de esa jurisdicción, aceptara las vejiguillas obtenidas de vacunos nativos, ante la imposibilidad de obtener costras en buen estado, como técnica médica para lograr la inmunidad contra la viruela. No constan contactos directos entre Rosas y Muñiz, científico por otra parte muy valorado por la tradición liberal posterior, pero sí un interés del caudillo por la vacuna que se manifestó en el apoyo económico dado a otro médico, Pineda, en 1843 para que repitiera la experiencia de Muñiz en la ciudad, aunque sin el mismo éxito.

Si bien no puede hablarse de la existencia de una política rosista destinada al “desarrollo científico nacional”, pareciera que la intención manifiesta de vacunar a la población tuvo como objetivo formalizar la figura del Restaurador como protector de la salud de todos. El cuidado puesto en la vacunación estaría vinculado con la generación de cierto prestigio como defensor de las artes y ciencias, como “meceñas”, sin descuidar su papel de jefe popular. La pertenencia de Rosas a una asociación científica probaría, en parte, esta hipótesis: en 1832, se lo eligió miembro honorario de la Sociedad Jenneriana. Recibió la distinción junto con los médicos García Valdés, Pineda y Muñiz. El galardón, quizás, le fue otorgado gracias a una verdadera “presión publicitaria” realizada por Manuel Moreno, embajador en Gran Bretaña y por Parish, cónsul de ese país en Buenos Aires. Diez años después, los descubrimientos de Muñiz dieron más prestigio a una figura un tanto desgastada políticamente, sobre todo en el frente científico, por la oposición unitaria.

La situación política y territorial llevó al rosismo a aliarse con algunos grupos indígenas, y a brindarles protección médica a los aliados –es decir, la vacuna contra la viruela– como forma de diferenciación respecto de sus enemigos. A la vez que generaba un polo de apoyo

y admiración hacia su figura, el caudillo permitía la supervivencia de las tribus amigas, su uso como futura fuerza laboral y la desaparición por “guerra bacteriológica” indirecta de los indígenas enemigos que no estaban vacunados. La idea de desencadenar epidemias de viruela entre los indígenas como forma de control y eliminación de la población “indeseable” puede ser rastreada en otras áreas de América en la misma fecha. Por ejemplo, en las colonias inglesas, algunos colonizadores protestantes utilizaron esta táctica y entregaron a los pobladores originarios mantas de enfermos de viruela, a sabiendas de que su uso los contagiaría de una enfermedad para la que carecían de inmunidad.

Por otra parte, la vacunación implicaba una organización que excedía los recursos de las instituciones médicas rioplatenses (registros de vacunados y no vacunados, repetición de la operación si no se lograba la inmunización y, sobre todo, la existencia de virus atenuado de difícil conservación). En suma, requería decisión política, organización burocrática, recursos técnico-económicos y personal médico. Además, era una práctica rechazada por un número importante de la población que juzgaba sus efectos como altamente nocivos. Por lo tanto, no se llevó a cabo eficazmente hasta más de un siglo después, cuando la organización sanitaria alcanzó un nivel nacional, con mayores recursos económicos y condiciones político-ideológicas que permitieron a las autoridades medicalizar más efectivamente a la población.

Entre 1830 y 1840, no podían obligarse a la población a vacunarse ni existía un “poder médico-sanitario” suficientemente hegemónico para ello. Además, para la mayoría no estaba clara la relación vacuna-eliminación de la viruela, dada la limitada eficacia técnica, por lo que puede suponerse que había personas que se vacunaban y sufrían la viruela, mientras que otras muchas no se vacunaban y, sin embargo, no se contagiaban. El hecho de que los indígenas aceptaran vacunarse pudo ser utilizado por el discurso político para denotar la vacunación como práctica inocua y beneficiosa, aún entre los “salvajes”, remarcando así su validez para otros conjuntos sociales. Y quizás para ellos, como para los indígenas, vacunarse no se entendía como una protección producida a partir del desencadenamiento de procesos internos de inmunidad, sino que “llevar la vacuna” era llevar un “talisman”, un preservativo mágico frente a la temible viruela.

La viruela y la “Conquista del Desierto”

La sanción de una Constitución en 1853, a la caída de Rosas, significó el inicio de una nueva etapa en la que se gestaría un proyecto nacional. Sin embargo, durante al menos dos décadas, continuaron similares problemas en relación con la distribución de la vacuna y la resistencia a la vacunación por diversas razones (logísticas, políticas, económicas e ideológicas). Las transformaciones comenzaron a producirse a raíz del impacto de las epidemias y de una mayor influencia de los médicos higienistas en el escenario primero porteño y, luego, en el resto del país. El debate implicó dos posturas, que fluctuaban entre la libertad de curar o el control médico. Para las autoridades, se trataba de un delicado problema ya que cada posibilidad implicaba considerar de diferente forma la ciudadanía, su educación y capacidad de elección. La cuestión era entonces si el pueblo estaba preparado para optar por sí mismo cómo obtener salud y bienestar, o si se trataba de una elección que debían hacer otros, la minoría culta, en virtud de que se consideraba a la mayoría ignorante, carente de suficiente información, y que podía ser captada por prácticas dañinas.

Hacia 1880, con la organización nacional de un estado moderno, se produjo también un debate sobre las políticas sanitarias estatales, relacionado con la disposición de los saberes en la formación del Estado y el aumento de la mortalidad epidémica. Las enfermedades contagiosas, sobre todo en las grandes urbes, pusieron bajo la lupa la necesidad de generar mejoras en la infraestructura urbana. A la vez, introdujeron a los médicos con mayor legitimidad para regular la vida y las costumbres de la población.

Una de las primeras epidemias de las que tenemos noticias sucedió de manera paralela a la denominada “Conquista al Desierto”. Como en otros momentos de ingreso de blancos al territorio indígena, las tropas del Ejército argentino, dispuestas a extender el lema de civilización frente a la barbarie para llevar al país hacia la modernidad occidental, dispersaron el virus de la viruela entre la población indígena, que había tenido escaso o nulo contacto y a quien, en consecuencia, se puede definir en la jerga epidemiológica como “*virgin soil*” (suelo virgen). Los “indios de lanza”, sus mujeres y niños no fueron vencidos solo por las armas, sino por fatal impacto de la epidemia, tanto en

vidas humanas como en su cohesión social y creencias, afectando así sus capacidades bélicas.

En el diario editado en Buenos Aires y denominado *La Pampa* un artículo aparecido en 1879 indicaba que

(s)e han hecho aproximadamente 3.000 prisioneros entre indios de lanza y de chusma y es un hecho que de esa cifra no alcanzan 500 los indios destinados a formar colonias, que todavía no se han constituido (...). Los 2.500 restantes, o se han distribuido en los cuerpos de línea o de escuadra, o se han repartido entre las familias, a título de hacer caridad a los indios, como si lo fuese convertirlos en esclavos de quienes los reciben, porque en esa cuenta, a corta diferencia se les tiene, obligándoles a un trabajo constante como peones o sirvientes, que sólo se remunera con algunos desechos de ropa y si acaso con ligeras nociones de instrucción elemental (en Di Liscia, 2002:136)

Estos varones, mujeres y niños, pertenecientes a diferentes etnias de la Pampa y la Patagonia, capturados luego de las expediciones militares, eran embarcados en el puerto de Carmen de Patagones, o en el de Buenos Aires, y conducidos a la Isla Martín García, lugar utilizado por el Estado como penal y lazareto. Luego de un período de tiempo variable, de acuerdo fundamentalmente a la cuarentena establecida por las autoridades médicas, la mayoría de las mujeres y niños se repartieron entre las familias porteñas y el resto fue reunido por sacerdotes salesianos en distintas misiones, incorporados al Ejército, o bien retornaron a las tierras otorgadas por el gobierno nacional. Pero muchos murieron víctimas, sobre todo, de la viruela, que ya había aparecido como epidemia en los campamentos militares y los “campos de concentración” de prisioneros; los mismos indígenas acarrearon el virus a la prisión isleña y luego a Buenos Aires.

En la epidemia indicada, que afectaba a grupos no inmunizados y podía extenderse a otros, destacados médicos evidenciaron que los contingentes de indios no habían sido vacunados. En un caso más estudiado, que es la Tercera División Expedicionaria del Ejército comandada por el Coronel Eduardo Racedo, ante el brote de viruela, de 641 ranqueles se menciona que un 25% falleció por esta causa, debido a que se tardó semanas en vacunar y aislar a los enfermos, lo que provocó los contagios (Jiménez y Alioto, 2017). Así, la viruela parece

haber sido utilizada de manera primitiva, pero eficaz, nuevamente, como un arma biológica, a sabiendas de que su extensión sería nefasta para la población originaria.

Los facultativos que trabajaban en lazaretos y hospitales de la capital argentina denunciaron este grave hecho. El célebre higienista Emilio Coni, en 1878 escribió una extensa memoria titulada “Contribución al estudio de la viruela en Buenos Aires” en la que señaló la “grave imprudencia” cometida por el gobierno al introducir indios sin vacunar desde la frontera a Buenos Aires. También advirtió que la epidemia iniciada en 1878-79 era más peligrosa que las anteriores porque se manifestaban más frecuentemente casos de viruela hemorrágica, de grave pronóstico y desarrollo fatal. Mucho tiempo después, se aceptaría la diferencia esencial que demarca este facultativo en textos de uso en organismos internacionales (sobre la clasificación de esta enfermedad, ver la descripción en Fenner, Henderson, Arita, Jezek y Ladnyi, 1988).

Bartolomé Sommer, otro médico, indicó que en 1879 habían ingresado al Hospital San Roque de Buenos Aires 171 mujeres variolosas, de las cuales 80 eran indias. La mortandad fue del 38,8 % en las indígenas y solo del 11 % en el resto (Sommer, 1884).

José Penna, médico que tuvo destacada actuación pública, intentó también dar una respuesta al interrogante planteado sobre las formas diferentes que asumía la enfermedad entre blancos e indios. Penna expresaba que era la ausencia de todo cruzamiento, como había sucedido hasta hacía poco con los indígenas de América, una de las causas esenciales de la susceptibilidad de la población nativa y gravedad de la enfermedad. Este facultativo explicaba el efecto diferencial de la enfermedad, mencionando cierta predisposición genética a la viruela en aquellos grupos étnicos que habían sufrido un aislamiento prolongado, cuestión que se acerca a las teorías actuales (Penna, 1885).

Tal como había sido planteado por la prensa, Penna y Sommer se sorprendían de que los prisioneros no hubiesen sido vacunados en forma masiva antes de ser trasladados, lo que constituía un defecto y un error imperdonable. Como hemos indicado, aún con tardanza, los capturados por la Tercera División fueron vacunados y también en Carmen de Patagones en 1881 se vacunó a la población indígena luego de la Expedición al Río Negro. Los médicos daban fe de

que, una vez vacunados, los prisioneros podían desarrollar la viruela, pero en sus variantes leves, según los casos observados. Frente a tal situación, proponían vacunar a los indios, ya que este era el único preservativo eficaz que permitiría el control de la enfermedad entre las etnias pampeanas, parte integrante a partir de ese momento de la población nacional.

Los datos parciales citados afirmarían la idea de que los jefes militares eran conscientes de la eficacia de la vacuna, suficientemente probada entre la población blanca. De hecho, algunos de ellos vacunaron por propia decisión o por consejo médico a los recluidos en los campamentos militares, pero fueron minoría. Los informes médicos aceptaban la inmunidad que otorgaba la vacuna, sobre todo a partir de la extensión de los estudios epidemiológicos de la segunda mitad del XIX. Sin embargo, muchos indios no fueron vacunados, lo que significó, no solo la peligrosa introducción de un foco de contagio, sino una forma indirecta de asegurar su desaparición, bajo un arma que era a la vez terriblemente eficaz y desculpabilizante.

En los años ochenta del siglo XIX, gran parte de las élites políticas que pretendían organizar el país bajo el concierto de las naciones modernas, eran renuentes a incluir a las poblaciones nativas y mucho más a las comunidades que se habían mantenido con cierta autonomía política desde el siglo XVI. Los vencidos mapuches, ranqueles y tehuelches poco tenían para ofrecer, de acuerdo a esta visión etnocéntrica y occidental, a la pujante Nación argentina; su desaparición producto de las epidemias no hacía más que fortalecer las nociones positivistas sobre su incapacidad de adaptación a las nuevas condiciones de expansión capitalista.

Las campañas sanitarias masivas y la Nación argentina

La ley y el orden sanitario

Una cuestión importante a remarcar: la epidemia de 1879 tuvo un importante impacto; con gran cobertura y comentarios tanto en la prensa médica como en las publicaciones porteñas. Y sirvió de ejemplo para que se aprobara en la Legislatura bonaerense la obligatorie-

dad de la vacunación antivariólica; creemos que tanto la epidemia en sí, que implicaba la extensión de una enfermedad peligrosa, como la insistencia de varios de los higienistas antes citados, fueron claves para disipar las dudas sobre la inmunización de la población, como ha sucedido (y quizás sucederá) en otras historias de males y pestes.

La vacunación se consideraba una medida propia de países desarrollados, civilizados y modernos. Emilio Coni, en un viaje realizado como “misión sanitaria” por los países europeos, revisó la legislación de Gran Bretaña y Francia e hizo contactos en Turín para obtener muestras utilizables en el conservatorio de vacuna del Instituto Veterinario Santa Catalina, en Buenos Aires. La estadística pormenorizada de mortalidad infecciosa realizada por este higienista en los centros hospitalarios porteños, dejaba a la luz que la mayoría de las víctimas eran argentinos, a pesar de la alta proporción de extranjeros en la población de la ciudad. Y decía: “Esta desproporción se explica por la sencilla razón de que en Europa la vacunación es estrictamente obligatoria, lo que no sucede aquí, y eso que ataca menos a los extranjeros, aunque estos vivan en peores condiciones higiénicas que los naturales [...] En ninguna nación del continente europeo hace la viruela tantos estragos como entre nosotros” (Coni, citado en Di Liscia, 2011).

Desde mediados del siglo XIX se produjo un crecimiento demográfico espectacular y único en América del Sur debido al aporte de la población extranjera. Argentina ingresó en el sistema capitalista mundial como productora de materias primas y receptora de capital, tecnología y mano de obra. La inmigración, y lo que de manera general se denominó contemporáneamente “el progreso argentino”, estimuló también un proceso de urbanización acelerada en las principales ciudades del Litoral, sobre todo en la capital del país. La gran mayoría vivía en conventillos, viviendas inadecuadas y sucias, sin servicios sanitarios de ningún tipo, en habitaciones pequeñas y sin ventilación. El contagio epidémico era, en los barrios populares, una realidad palpable, contra el que se requerían medidas urgentes (Alvarez, 2004).

En 1886, la Legislatura porteña aprobó finalmente la vacunación obligatoria, sobre la base del proyecto presentado por Coni en 1878, en el que se conectaba la vida de los recién nacidos al registro estatal. En la reglamentación posterior de la ley, la instrumentación dependía

del Registro Civil, institución estatal muy reciente imbuida de una función sanitaria esencial, bajo el signo de la intervención médica. La vacuna se colocó, a partir de entonces, gratuitamente, cuestión determinante ya que la mayor parte de las prácticas médicas (aún las urgentes), requerían de las familias de sectores populares una inversión a veces imposible de cubrir. Los grupos más pudientes se vacunaban a través de los médicos privados y si bien el contagio de la viruela no respetaba condición etaria, étnica ni social, la situación socioeconómica particular de hacinamiento y carencia de medios de higiene y la imposibilidad del acceso a la inmunización, producía efectos diferentes en los barrios de la ciudad. Lo mismo había sucedido en relación a etnias con o sin acceso a la vacuna.

En 1880 se creó el Departamento Nacional de Higiene. Este organismo tenía entre sus amplias funciones inspeccionar la vacunación en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y, posteriormente, en los territorios nacionales, formados a partir de las antiguas áreas de control indígenas y donde se instalaron muchos inmigrantes extranjeros y de otras provincias argentinas. Esas amplias superficies con baja demografía y enormes recursos económicos corresponden a las actuales jurisdicciones de La Pampa, la Patagonia (Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Ushuaia, Chubut), Chaco, Formosa, Misiones; y a un área hoy desaparecida con esa denominación, el “Territorio Nacional de Los Andes”. En las provincias “históricas” (es decir, Córdoba, Tucumán, Mendoza, Salta, Jujuy, Catamarca, La Rioja, San Luis, San Juan, Santiago del Estero, Santa Fe, Entre Ríos, Buenos Aires y Corrientes) el Departamento debió regular sus políticas de inmunización con los Consejos de Higiene provinciales. En momentos de epidemia de viruela se aceptaba la intervención nacional de buen grado, pero en general y hasta el establecimiento de una legislación nacional, había cierta renuencia a aceptar las políticas del Departamento Nacional de Higiene en todos los ámbitos.

El Departamento Nacional de Inmigración, dependiente del Ministerio del Interior tanto como el Departamento Nacional de Higiene, debía controlar que quienes llegaran al país lo hicieran ya vacunados, o bien revacunar a los inmigrantes. Para ello, se apersonaban los inspectores y vacunadores a la llegada de los barcos en el puerto y en el Hotel de Inmigrantes. Como indican las fuentes documentales,

hacia 1890 se vacunó a varios recién llegados pero no a todos, porque muchos se negaron. Años después, consta que de marzo a noviembre hubo 137 vacunados en la Enfermería del Hotel; se trata igualmente de pequeños contingentes de entre los cientos de miles de ingresos anuales, supuestamente inmunizados antes del viaje de ultramar (Memoria del Departamento, 1891 y Memoria del Departamento, 1901).

También se vacunaba a los niños en escuelas y colegios; en tal cuestión intervenía otra agencia, el Consejo Nacional de Educación y el Cuerpo Médico Escolar, organizado por Coni y por José María Ramos Mejía, médico de renombre y referente de la generación de higienistas. La Ley 1420 de 1884 había establecido la educación primaria laica y obligatoria para la Capital y territorios nacionales y a su vez, la legislación de 1886 planteaba que al ingresar al primer curso escolar se debería llevar un certificado de vacunación. Domingo Faustino Sarmiento había imaginado ese documento como una especie de “bautismo” civil, que recibirían los pequeños en las escuelas y que, según su visión, debía provenir no de los médicos, sino de los maestros (Sarmiento, 2001).

En 1889 se vacunó masivamente en Buenos Aires: se registraron 18.349 personas vacunadas, sobre todo en los conventillos que figuraban en la nómina de la dirección de Asistencia Pública, para lo que se distribuyeron practicantes a domicilio. Cada uno de ellos debía presentar, una vez finalizada su tarea, un registro estadístico. Coni expresaba que en estos primeros momentos se dieron instrucciones pormenorizadas a casi la cincuentena de vacunadores que recorrían los domicilios más pobres para que no disminuyera la eficacia de la inoculación o se infectaran con otras enfermedades. Pero esto parecía insuficiente y se asumía la necesidad de centralizar, además, la medida para que un solo cuerpo homogéneo condensase la acción de la vacuna entre escolares e inmigrantes, además de actuar en las viviendas populares.

Todas estas instancias, que involucran en general a habitantes urbanos y trabajadores recién llegados tanto en los muelles como en las escuelas, nos permiten observar que la intención era extender la medida de inmunidad a cada vez más personas. Tanto la provincia de Buenos Aires como la Capital Federal estaban a la cabeza, y la élite médica gobernante intentó forjar un modelo nacional para generalizar la es-

trategia contra la viruela, que sin embargo tardó años en establecerse y hacerse verdaderamente universal.

La intención de medicalizar a esta población partió de una generación de técnicos aunados en un proyecto sanitario autoritario que a principios del siglo toma las riendas de las principales agencias nacionales. Los directores del Departamento Nacional de Higiene, José María Ramos Mejía, Carlos Malbrán y José Penna, intentaron ampliar la injerencia estatal a todo el ámbito nacional, a partir de una batería de leyes, entre las que estaba la Ley N° 4202 de vacunación y revacunación obligatoria, sancionada en 1903.

No podemos referir aquí al lobby desarrollado para su aprobación, que involucró sin duda a las agencias estatales antes nombradas, con el apoyo del Congreso en su conjunto. Los escollos seguramente se salvaron porque por entonces los higienistas habían hecho pie, con cierto éxito en las agencias estatales, o bien, mantenían buenas conexiones que les aseguraban el apoyo tanto de los parlamentarios como de los funcionarios del poder Ejecutivo, y todos ellos estaban articulados bajo la noción de integrar a la Argentina en el conjunto de las naciones más civilizadas del globo.

Políticas itinerantes

A partir de 1904, una vez obtenida la sanción y reglamentación de la ley, el Departamento desplegó una intensa actividad en el interior argentino en relación con esta práctica, que implicaba el traslado de personal técnico y de medicación en regiones que carecían de caminos, médicos e instituciones sanitarias. Recordemos que la vacunación antivariólica dependía por entonces de un organismo centralizado, bajo el control del Departamento Nacional de Higiene.

Las placas se obtenían en el Instituto de Bacteriología y seroterapia, del cual dependía el Conservatorio Nacional de Vacuna; los empleados no eran numerosos (se señalaba inicialmente solo a seis) y debían desplazarse a diferentes puntos del país casi mensualmente. Bajo la dirección de Rudolf Krauss, un eminente científico formado en el Institut Pasteur, y con el apoyo de Penna, este Instituto –hoy denominado Malbrán– llevó adelante la producción de sueros y vacu-

nas propias, con el uso de linfa bovina, para evitar los problemas que se sucedían en la vacunación “brazo a brazo” (Cueto y Palmer, 2016).

Entre 1904-1910 se vacunó a 48 368 personas en los territorios nacionales, casi la mitad de la población total de esas regiones, y la medida llegó a aceptarse. Las dificultades en su administración no cesaron, pero tuvo éxito gracias a una fuerte dosis de voluntarismo e implicancia de los empleados estatales, no solo sanitarios, sino de la policía y de la educación. Se la puede considerar, sin exagerar, una de las pocas actividades de índole nacional extendida a todos sus habitantes, sin distinción.

La resistencia a la vacunación, apuntada por los médicos de los territorios y por los mismos vacunadores tampoco cesó totalmente pero, en general, la práctica se hizo cotidiana y habitual. ¿A qué se debía esa tenacidad que desplegaban muchos padres y madres, que escondían a sus hijos del vacunador, y se negaban a dejarse ellos mismos a punzar para colocar en su cuerpo las costras o el fluido preventivo? Varias razones, difíciles de entrever en los tiempos medicalizados actuales, cuando desde antes del nacimiento la mayor parte de las personas ya tiene contacto con este u otro proceso farmacéutico o médico. Las campañas se preveían con el objetivo de realizar las prácticas, con o sin el consentimiento, argumentando las razones científicas y desde el ejercicio del poder médico casi total. Para muchas personas que habían llegado al territorio argentino sin conocer el idioma ni las costumbres locales y de espacios donde el uniforme y la irrupción en la vivienda eran señales seguras de violencia, estas medidas compulsivas debían ser difíciles de aceptar. Además, recordemos que, en ocasiones, la vacuna podía causar reacciones iatrogénicas y, a la vez, si no era administrada en condiciones higiénicas, producir serias infecciones. Como ejemplo de preocupaciones con cierto asidero, en un texto de 1925, *El nuevo médico de la Familia*, se indicaba que las “vacunas perfeccionadas y puras” no introducían enfermedades como la sífilis y la tuberculosis, situación que podía haber sucedido en el pasado. Por lo tanto, para muchas familias dejar los brazos de bebés muy pequeños y niños sanos a las lancetas de los vacunadores, obligados por la policía u otras fuerzas de seguridad, requería más que la fuerza del orden y la ley, la certeza de que la inmunización podía ser efectiva; la promesa futura de que, llegada la epidemia, sus hijos sobrevivirían.

El desconocimiento del idioma y las costumbres podían salvarse con la anuencia de traductores, la paciencia de intermediarios u otros recursos comunitarios que, de hecho, fueron las mejores estrategias utilizadas para lograr la erradicación de la viruela tiempo después. Pero a principios de siglo, negarse a vacunarse se calificaba como un comportamiento fruto de la ignorancia y del atraso. Por lo tanto, una y otra vez, el Departamento Nacional de Higiene mencionaba la labor sin par de las instituciones educativas en pos de la vacunación. De hecho, los y las docentes fueron punta de lanza de este proyecto higiénico brindando no solo la información básica a escolares y familias sobre los peligros de la viruela y las ventajas de la inmunización, sino en la organización de la misma puesta en escena de la vacunación. Así, los testimonios de las maestras que enseñaban las primeras letras van unidos a las clases donde se recibían los certificados y los momentos en que, en las localidades del interior argentino, arribaban los vacunadores, haciendo pie en las escuelas y en la confianza desplegada por los educadores entre las familias.

Las mismas docentes eran, según el Consejo Nacional de Educación, potenciales vacunadoras. Un informe de 1914 señalaba que “se habilitó a maestros de provincias y territorios donde no hubiera médico o persona legalmente habilitada para constituirse en vacunadores oficiales. Ninguna medida es más sencilla ni más eficaz. El maestro, por su preparación científica, es el mejor para realizar esta difícil operación”. Así, la vacunación (antivariólica) se realizaría por “agentes instruidos”, no solamente a los niños, sino a sus familias. Se enfatizaba el papel del docente como “agente de expansión de toda obra buena y meritoria que esté a su alcance y se pueda realizar sin grandes inconvenientes” (“Informe de la Inspección”, 1914, en Di Liscia, 2010). Creemos que esa base fue indispensable para transformar una práctica impuesta y dolorosa en una usual, propia de la rutina del año escolar casi tanto como de las Asistencias Públicas, donde se conservaban las placas de vacunación. En 1913, se fundaron Asistencias Públicas en la mayoría de las capitales territoriales y la inmunización fue una de sus principales funciones.

Veamos más de cerca tal cuestión. El proyecto higienista autoritario de finales del siglo XIX para sanear los conventillos y extirpar las enfermedades infecciosas no podía finalizar en los límites porteños,

sino que debía continuar en los ranchos y villorrios del interior, aunque aquí no iba a depender de la inscripción en los Registros Civiles sino de la movilidad de los funcionarios. Por lo tanto, la propuesta ambiciosa de eliminar la viruela en todos los distritos nacionales implicaba amplificar los éxitos sanitarios de la capital porteña, lo que demostraría la posibilidad real de inserción del país al concierto de las naciones modernas.

Las diferencias entre ese distrito y los territorios, para los organizadores, eran alarmantes, ya que en Buenos Aires se disponía de instituciones donde vacunar y técnicos; además, la población se trasladaba por sí misma y no era quizás renuente a la medida. En los territorios, la situación era muy diferente y los mismos empleados la experimentaron. Llevar la vacuna allí significaba trasladarse cientos de kilómetros, primero en el ferrocarril, y luego en vapor por la costa patagónica, el Río Negro o la compleja hidrografía formoseña y misionera. Donde no era posible disponer de estos modernos medios, el recurso era movilizarse a caballo o a lomo de mula, por caminos intransitables o inexistentes, sufriendo todo tipo de molestias. La obligada marcha requería de los vacunadores “valor y resistencia (para) salir de un medio civilizado y confortable para llegar, desenvolverse en el medio casi salvaje por la asperidad (sic) de los caminos, del suelo, de toda la naturaleza” (Di Liscia, 2010).

Entre 1905-1907, se realizaron varios viajes de vacunación por los territorios, en lo que hemos denominado “políticas itinerantes”. Se modificó la noción de un asidero institucional fijo a medidas de “desterritorialización” institucional al invertir la noción de que los pacientes vayan a centros de salud. En su lugar, sufridos agentes de salud se desplazaron por la amplia y difícil geografía argentina.

El equipo de médicos y guardias estaba encargado de contactar con otras agencias estatales y privadas para la organización del traslado desde Buenos Aires a los poblados y de allí al interior y para recoger información. Debieron acordar con empleados del ferrocarril y de empresas de vapores, con funcionarios y empleados de los Territorios, ya fuese en el Registro Civil, con médicos de las gobernaciones, la policía, la Guardia Nacional o los baquianos del lugar.

Los funcionarios debían confeccionar informes a su regreso, en los que debían dejar constancia de la cantidad de vacunados y sus do-

micilios, e incluir datos sobre variados aspectos: información demográfica del Registro Civil; existencia de enfermedades infecciosas; geografía médica del lugar (clima, suelos, calidad del agua, temperaturas) y urbana (calles, construcciones públicas y privadas, cloacas, recogido de basuras, situación de los cementerios, mataderos y prostíbulos).

El traslado de material y personal sanitario fue una elección original para medicalizar a una población dispersa y con tradiciones culturales variopintas. Su éxito dependía –como el de muchas de las políticas sociales posteriores-, del compromiso de los encargados en implementarla, que iba más allá de la percepción de un salario o de la realización de una obligación en un horario estipulado. Las particularidades del recorrido y los problemas para acceder a parajes y distritos lejanos hicieron del voluntarismo del personal una baza importante. Guardias sanitarios y médicos podían tardar semanas en realizar el circuito organizado por el DNH, dependiendo a su vez de las condiciones climáticas –lluvias, nevadas, crecidas de ríos, mareas, sequías- y de la coordinación con las agencias de contacto en las distintas localidades –obtención de comida y agua para los viajes, mulas o caballos, acompañamiento y guía, etc. Además, quienes viajaban desde Buenos Aires debían tener en cuenta horarios y recorrido de trenes y barcos para acceder desde esos puntos de riel o puertos hacia el interior de manera más fácil y rápida, y para ello, coordinar con los empleados de ferrocarril y de las empresas de vapores la obtención de pasajes y/o pases.

A toda la parafernalia propia del viaje y de las necesidades de los funcionarios, se agregaban las lancetas y las placas de vacunación, así como el instrumental médico mínimo para la vacunación, en el caso concreto de las campañas. También, los funcionarios se muñían de otros recursos para el diagnóstico y la cura ante infecciones, traumas y patologías graves, que seguramente encontraban por el camino y requerían solucionar de manera urgente (vendas, alcohol, tijeras, ungüentos y otros equipamientos). En esa geografía intrincada descrita por los vacunadores y otros funcionarios nacionales, no había casi hospitales o centros de salud, y habría que agregar a este panorama desolador también el desabastecimiento endémico de las farmacias y botiquines de campaña que los funcionarios viajeros no podían paliar más que de manera circunstancial.

La viruela seguía siendo para los higienistas gobernantes un asunto técnico y, a la vez, político. En 1912, la obligatoriedad de la vacunación culminó otro hito, dado que ese año se extendió a todo el país, es decir, tanto a los territorios nacionales como a la Capital Federal e incluyó a las provincias “históricas”. En la fundamentación del Proyecto presentado al Congreso, se indicaba que de otra manera, el libre tránsito hacía que los habitantes no vacunados pasaran a áreas “limpias” y contagiaran a la población. Las estadísticas nacionales daban la razón a este argumento, dado que en 1911, y con varios años desde la sanción de las primeras leyes de vacunación obligatoria, de 125 727 decesos anuales todavía 4.020 muertes eran por viruela, y se correspondían con niños pequeños (Veronelli y Veronelli Correch, 2, 2004). A partir de entonces, hubo un brusco descenso de la mortalidad por viruela en la Capital Federal por la generalización de la inmunidad y en el resto del territorio argentino se esperaban resultados similares cuando se completase la vacunación y revacunación de la totalidad de la población. Tal situación se observó en la obra de Penna y Madero (1912) y Penna y Restagnio (1916).

Emilio Coni, hacia 1917, afirmaba con tono triunfalista que si los estudiantes de la Escuela de Medicina desearan estudiar esta enfermedad, una de las más “feas y repugnantes”, se verían forzados a trasladarse a los países limítrofes. Con esa frase, este reputado higienista mostraba cumplido el sueño de un país transformado en una de las naciones más avanzadas, dado que, en su opinión, el adelanto sanitario se medía a partir de la mortalidad sanitaria por viruela y Argentina había logrado eliminarla, a diferencia del resto de América Latina (Coni, 1917).

El alarde de este médico demuestra, además, dos cuestiones: en primer lugar, una sensación de superioridad de la élite médica argentina que no se correspondía exactamente con la realidad puesto, que en ese momento, otros países de América Latina también habían logrado controlar la mortalidad frente a epidemias de viruela. En segundo lugar, desnuda una situación concreta sobre la viruela, dado que además de la aparición y el contagio del virus, dejaba en los enfermos, aún curados, una marca sobre la piel: una señal antiestética, permanente y desagradable. Por lo tanto, un ejército de personas “curadas” por sí mismas de viruela no era un gran éxito, dado que llevaba im-

preso en sus cuerpos el paso por esa cruel y temible enfermedad y, a la vez, la imposibilidad de una nación pujante y moderna de haberles alcanzado la vacuna para evitarles la enfermedad. Lo ideal era demostrar los rostros de varones y mujeres “limpios” del virus, y solamente, la rúbrica de la inmunización en sus brazos.

En este contexto se entiende entonces ese esfuerzo en una política sin duda aislada, pero potente como mensaje. En todo el país, se certificaba la vacunación de tres millones de personas en la primera década del siglo XX, y esas campañas continuaron en años subsiguientes. Ya fuere a lomo de burro, a caballo, o cuando era posible, en camiones y trenes, los vacunadores, con sus lancetas y placas, llegaron a los puntos más extremos del país, y allí recibieron el auxilio de los médicos y enfermeros en los dispensarios, e incluso, como indicamos, de maestros y policías para vacunar hasta en las escuelas.

Las campañas, dirigidas a los centros populosos, pero sobre todo a las poblaciones más aisladas, requerían de una compleja estrategia y coordinación de diferentes entidades (nacionales, provinciales y locales; educativas, policiales y sanitarias). Pero, a pesar de las dificultades, esta implementación de una política sanitaria vertical y autoritaria tuvo éxito ya que la vacunación se extendió y con ella, también otras prácticas como: la eliminación de mosquitos; la distribución de quina para evitar la malaria; el control buco-dental; la detección temprana de problemas oftalmológicos y de oído; y la atención materno-infantil. Este último fue un eje fundamental de la intervención médica en los años en que se afirmó un nuevo paradigma, el de la eugenesia social.

Hacia la erradicación

En Argentina, el proceso de supresión de ciertas enfermedades infecciosas formó parte también de la expansión del control internacional, habida cuenta de que se trataba de pandemias que afectaban el comercio y transporte de diversas naciones. Tal como sucede hoy con el COVID-19 y otras pandemias, virus y bacterias llegaban a los puertos nacionales junto a mercaderías y personas, y su contagio impedía la normal circulación de productos y el ingreso de pasajeros.

La viruela estuvo incluida en los protocolos de congresos y reuniones internacionales para regular tanto las cuarentenas como el aislamiento, en caso de detección de brotes epidémicos desde 1851. Las conferencias tuvieron progresivamente el interés de Estados Unidos y de una organización internacional bajo su dominio, la Oficina Sanitaria Panamericana (PAHO- en español, OPS) y hacia 1902 se generó una agencia con especificidad para regular los intercambios “higiénicos” de países latinoamericanos que en 1924 logró la sanción del Código Sanitario Panamericano.

El Departamento Nacional de Higiene, a través de otro insigne higienista, Gregorio Araoz Alfaro, adhirió a las propuestas plasmadas en el Código que tomaban en cuenta, sobre todo, la aparición en los puertos (y luego en los aeropuertos) de epidemias como la peste, el cólera y la fiebre amarilla. La viruela no estaba destacada en forma particular entre esas plagas, seguramente porque ya por entonces se había controlado, gracias a la ampliación de la vacunación y de estrategias de vigilancia. El Código se reformó en varias oportunidades (1940 y 1952), e incluyó nuevas normativas con el apoyo de la Oficina y de las naciones americanas. Estuvo vigente incluso bajo el imperio de la OMS, dado que la entidad panamericana continuó en programas vinculados con este continente (ver Delgado García, Estrella y Navarro, 1999; Cueto y Palmer, 2016).

Hacia mediados del siglo XX variaron las preocupaciones sanitarias del país, que supuestamente había controlado la viruela y otras epidemias peligrosas de manera tal que la población estaba en una fase más avanzada, gracias a los avances de la tecnología médico y sanitaria. Un optimismo propio de la “revolución bacteriológica” proporcionaba la lente para visualizar este fenómeno sobre el impacto de las novedades en relación a la farmacología para el control de severas infecciones así como técnicas de laboratorio y diagnóstico por imagen (Del Pozo, 2013). Esta situación dejaba a la luz enfermedades crónicas, a veces fatales, como las cardíacas, la diabetes o los tumores cancerígenos y otras endémicas, como la anquilostomiasis, la lepra, el bocio o el mal de Chagas. Estos ejemplos, sin ser exhaustivos, demarcan también los límites de la biomedicina en la segunda mitad del siglo XX, y acompañan a cierto pesimismo en la detección de las con-

diciones de vida en relación a la salud, nuevo límite para el bienestar de la población.

A nivel nacional se observa, hacia 1945, un descenso considerable de casos de viruela, aunque siguieron existiendo brotes epidémicos. Es difícil evaluar si esta enfermedad está entre los aspectos centrales de los gobiernos que avanzaron indudablemente en conquistas sociales y en los que el derecho a la salud adquirió más que un matiz discursivo. Surge nueva agenda en rubros muy distintos y heterogéneos con predominio del avance hospitalario para la medicalización social y la tecno-burocracia sanitaria. Es significativo, sin embargo, que entre 1947-1955 vieran la luz una serie de instituciones que jerarquizaron la salud pública, como la Secretaría y luego el Ministerio con esas denominaciones e injerencias y se aprobara legislación específica e incluso, en 1951, un Código Sanitario, esperado y programado durante décadas. En dicha normativa se determinaba la necesidad de mantener vacunada a la población y erradicar enfermedades “cuarentenables” o de grave peligro (Veronelli y Veronelli Correch, 2, 2004).

La particular situación del país, con el golpe militar de 1955, implicó una revisión de estas medidas, sobre todo a la luz de un supuesto hiperdesarrollo de la medicina curativa por sobre las prácticas preventivas, entre las cuales estaba la vacunación. Recordemos que por entonces ya se inmunizaba habitualmente de manera universal en dispensarios públicos, con la colocación de la antivariólica y también la antidiftérica a niños pequeños, y a raíz de una grave epidemia en 1956, se realizó una campaña contra la poliomielitis.

Un informe detallado por expertos de la OPS de ese mismo año daba cuenta de un sistema sanitario centralizado pero inoperante, que no resolvía los problemas graves de salud de la población. Por ejemplo, en el caso que nos ocupa, la Dirección de Epidemiología y Endemias se componía de una Secretaría Técnica, tres departamentos, 10 divisiones y 33 secciones. Ese nutrido organigrama a nivel nacional implicaba, para los expertos, numerosos funcionarios a cargo y empleados que no siempre cumplían las funciones. Además, en algunas provincias argentinas se duplicaban los servicios que en otras faltaban, lo que denota una falta de coordinación. La recomendación era entonces proceder a la federalización de los hospitales y mantener las campañas específicas solo en algunos casos, hasta que se alcanza-

ran los objetivos de control epidemiológico (Veronelli y Veronelli Correch, 2, 2004).

¿Qué sucedió con la viruela? Hacia 1959, se reportaron 36 casos; en 1960, 65; en 1961, 6; en 1962, 2; ninguno en 1963; en 1964, 2; en 1965, 15, en 1966, 21; en 1967, 30 casos (importados de Brasil); sin casos los dos años subsiguientes y en 1970; 24. En un texto general de historia de la viruela, la Organización Mundial de la Salud especificó que en Argentina así como Bolivia y Colombia, se trataba de una enfermedad sin transmisión. En el caso Argentino, la vacunación se había realizado de manera exhaustiva tal y como lo testimonian los cientos de miles de vacunados en los años sesenta y principios de los setenta (Fenner, Henderson, Arita, Jezek y Ladnyi, 1988).

Además, se instrumentó la denuncia obligatoria como enfermedad contagiosa; de esa manera, se podría hacer un seguimiento “caso a caso” a través de la vigilancia sistemática. En 1960, durante el interregno democrático de una década saturada de gobiernos autoritarios, el Congreso sancionó la Ley de Salud Pública N° 15.465, vigente hasta hoy. En dicha normativa, se obligaba al personal médico a notificar obligatoriamente y de forma inmediata enfermedades infecciosas entre las cuales se encontraban la Viruela Mayor y Viruela Alastrín. Se debían denunciar tanto su existencia como la sospecha de casos, antes incluso de realizar pruebas diagnósticas y suministrar datos sobre la localización e individuación de enfermos o portadores. La información se concentraba en el entonces Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, que iba a realizar las tareas de asistencia y aislamiento, así como a proceder a sancionar con multas y suspensión profesional a quienes incumpliesen la medida.

En 1962 se detectaron, además de otras enfermedades epidémicas que se consideraban ya erradicadas, enfermos de viruela. Un análisis de casos sospechosos dio positivo en solo 21 de las 149 muestras, pero para los sanitarios era preocupante porque aparecían en el norte del país, donde era más alta la conexión con países vecinos. Allí la enfermedad emergía anualmente, presuponándose en esas naciones menor interés o incluso abandono de la vacunación. De hecho, la viruela seguía siendo endémica en Brasil en 1967, con miles de casos (Fenner, Henderson, Arita, Jezek y Ladnyi, 1988).

Ahora bien, el hecho concreto era que esta enfermedad ya no revestía la peligrosidad de antaño, dado que años de inmunización a diferentes generaciones habían evitado la existencia de un grupo portador del virus y la aparición de epidemias con alto grado de morbimortalidad. Sin embargo, paradójicamente, la OPS en conjunto con otros organismos internacionales, puso en la agenda a la viruela para su erradicación. Se la seleccionó porque no existe reservorio animal del virus que, como dijimos, se contagia de persona a persona, y se habían desarrollado métodos eficaces para administrar y conservar las vacunas a partir, sobre todo, de la aguja bifurcada y de la preservación en frío (Cueto y Palmer, 2016).

De esa manera, la posibilidad de éxito era mayor que si, por ejemplo, se planteaba resolver otros problemas más acuciantes en relación con las condiciones de vida de los más desfavorecidos (escasez de agua potable, viviendas insalubres y en general, bajo nivel socioeconómico), principales causales de enfermedades y carencias.

Ahora bien, en 1967, Argentina firmó un nuevo acuerdo con la OMS y la OPS que comprometió al país a la llamada “fase intensificada” de erradicación mundial, pero en sus propios términos. A pesar de que las solicitudes internacionales eran recurrir a la liofilización, el gobierno militar argentino utilizó vacuna glicerizada más barata y de producción local (Bhattacharya y Campina Ávila Pereira, 2020). De acuerdo con los informes presentados por los organismos internacionales, en el intervalo que va desde 1967 hasta 1972, se realizaron masivas campañas de vacunación en las provincias, y se distribuyeron cientos de miles de dosis. Por ejemplo en 1970, cuando la población total era de más de 23 millones de personas, se vacunó a 11 millones. En 1971, no se registraron casos (Fenner, Henderson, Arita, Jezek y Ladnyi, 1988).

La legislación antivariólica de 1912 fue derogada recién en 1978, durante la última dictadura militar. En el decreto se especificaba que la Sociedad Argentina de Pediatría aconsejaba suspender la vacunación por los riesgos que suponía en los niños, al ser remota la posibilidad de que se enfermaran. Finalmente, y en relación con los objetivos de erradicación de esta dolencia, la OPS y la OMS también recomendaron suspender la vacunación antivariólica, sobre todo en áreas donde la viruela no era endémica. En 1980 se declaró en todo el

mundo con bombos y platillos que, gracias a la incidencia concreta de las políticas de inmunización llevadas a cabo en los cinco continentes, y en especial en los países subdesarrollados, podía declararse a esta enfermedad desaparecida totalmente, en un éxito sin par. Ninguna otra enfermedad logró este status, a pesar de haberse planificado la erradicación antes, durante y después de esa fecha; por ejemplo, la poliomeilitis o la malaria (Porrás Gallo, Báguena, Cervellera, Ayarzagüena Sanz y Espinosa, 2016).

A modo de cierre

Una reflexión final merece este rápido pasaje por los intrincados procesos que conllevan una epidemia y su posibilidad de eliminación total. En primer lugar, el temprano conocimiento de la inmunización a través de la vacunación, sobre todo entre los decisores gubernamentales, no significó necesariamente que esta práctica se generalizara hacia todos los conjuntos sociales. El humanitarismo que significaba extender la medida a, por ejemplo, los pueblos originarios, se contraponía con la determinación positivista de lograr su extinción “natural”.

En segundo lugar, la ampliación de la medida, una vez aprobada la obligatoriedad de la Ley de Vacunación, obligó al Estado argentino a poner en marcha un proyecto de amplio desarrollo territorial, y abarcar a la población en su totalidad. Los inmigrantes extranjeros, que serían la base de un país moderno y civilizado, fueron entonces uno de los principales conjuntos sociales a medicalizar, y la vacunación antivariólica, el signo del progreso. Estaríamos errando si no viéramos aquí también una clara influencia política de una medida sanitaria y preventiva; su aplicación amplificó las posibilidades de supervivencia a un conjunto vasto de la población y, a la vez, proporcionó a los actores gubernamentales la posibilidad de extender y profundizar las nociones de higiene social, a través de la obligación de la inmunización.

En tercer lugar, y en el marco de las políticas sanitarias argentinas, la vacunación parece haber sido una de las más eficaces. Pese a la particular situación del sistema de salud público argentino, quizás fue la única que se mantuvo a lo largo del tiempo, traspasando las alteracio-

nes sucesivas que le imprimieron los bruscos cambios políticos. Incluso bajo gobiernos de signo autoritario, que buscaron modificarlo en pos de objetivos dudosos de eficacia y descentralización, se trató de una medida permanente y rutinaria. Sugerentemente, en una nación donde la permanencia no es la norma, la Ley N° 15.465 sancionada en 1960 siguió vigente y se le anexó el 31 de marzo de 2020 el Decreto N° 680/20 del Ministerio de Salud, que incorpora al régimen de enfermedades la notificación obligatoria de COVID-19.

En 1967, el país ingresó en el programa internacional de erradicación; tres años después, con el advenimiento de un gobierno democrático, el eje de los debates estaba más que en prácticas preventivas, en organizar un sistema integrado de salud. El golpe militar de 1976 coartó esta y otras medidas; envió a muchos trabajadores de la salud a la cárcel, a la muerte o al exilio y dejó a los sectores más vulnerables en peores condiciones socioeconómicas que las existentes en los años sesenta. Hasta el día de hoy, el sistema público continúa siendo fragmentado, disperso y sin cobertura universal. A finales del siglo XX, la transmisión de nuevas enfermedades, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y la emergencia de otras, como el cólera, volvieron a poner sobre el tapete el control epidemiológico, en el marco además de las problemáticas sobre la investigación en nuevas vacunas y la bioética (Tealdi, 2015).

Un aspecto que no hemos detallado más que por encima en este texto llama la atención, y es el regreso de la viruela en la experimentación biotecnológica, de la mano de la OPS. En 1986 se desarrolló en Azul (Buenos Aires) una investigación experimental no autorizada con la participación del Centro Panamericano de Zoonosis de Argentina y el Instituto Wistar de Filadelfia (Estados Unidos) para probar en un ensayo a campo la efectividad contra la rabia de una vacuna recombinante a virus activo genéticamente modificado, denominada “vaccinia-rabia”. Esta investigación se realizó a sabiendas de que el virus variólico modificado era potencialmente peligroso y sin pedir autorización a las entidades públicas. Por esos motivos, se denunció como una grave violación de principios bioéticos y de seguridad sanitaria nacional. Se puso en riesgo a seres humanos de manera directa, debido a que hubo personal en contacto con vacunos inoculados. Indirectamente, se utilizaron subproductos de esos animales (leche)

en el mercado local. Además, se pudo afectar a otras especies domesticadas y salvajes con el mismo virus, debido a que la investigación dio a conocer negligencias muy notorias en los protocolos de seguridad. Sin embargo, las responsabilidades se diluyeron con el sobreseimiento en la Justicia Federal en 1993 (Eilers, Adam y Salsamendi, 2019).

Este relato no podría finalizar sin hacer mención a un aspecto curioso, que vincula nuestro país con la inmunización de manera impensada: en el borde del siglo XXI, en plena crisis emergente entre Estados Unidos y los países musulmanes, hubo una solicitud del gobierno norteamericano a Argentina para reproducir la vacuna en suelo nacional. Se indicaba que tanto el país rioplatense como Brasil y Colombia habían sido elegidos por la OPS y el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos frente a la amenaza de bioterrorismo. La viruela, se indicaba, había sido una enfermedad extremadamente peligrosa; el retorno de este virus a partir de 2001 podía infringir un daño muy alto, dado que la población (no solo la Argentina) estaba completamente privada de defensa. Carecemos de información sobre si se realizó o no esta nueva producción de vacunas en una institución pública nacional, pero es irónico este posible retorno de la viruela como arma biológica para cobrarse otras víctimas, ahora sin la protección de la inmunización.

Bibliografía y fuentes citadas

- “Ante la amenaza de un ataque biológico. Viruela: la Argentina fabricará la vacuna. Las fabricará el Instituto Maiztegui”, *Diario La Nación*, 15 de noviembre de 2001. Recuperado en: <https://www.lanacion.com.ar/ciencia/viruela-la-argentina-fabricara-la-vacuna-nid351428/>, consultado: 01-07-2020.
- Adriana Alvarez (2004) “El reinado y el control de las endemias en la ciudad de Buenos Aires de fines del XIX a principios del XX”, en: Adriana Alvarez, Irene Molinari y Daniel Reynoso (eds). *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX y XX*, Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata, p. 15-46.
- Bartolomé Sommer (1884), *Contribución al estudio de una epidemia de viruela*, Buenos Aires, Imprenta La Pampa.
- Comando General del Ejército (1974) Dirección de Estudios Históricos, *Política seguida con el aborigen (1820-1852)*, T. II, Buenos Aires, Círculo Militar, Biblioteca del Militar.
- Domingo Faustino Sarmiento (2001) *Obras Completas. XII. Educación común*. Buenos Aires, Universidad Nacional de la Matanza, *El nuevo médico de la Familia*, Buenos Aires, Casa Editora Sudamericana, 1925.
- Emilio Coni (1917) “La viruela en Buenos Aires”, en *La Semana Médica*, Buenos Aires, diciembre 6, Año XXIV, N° 49: 69.
- Emilio Coni (1878) *Contribución al estudio de la viruela en la Provincia de Buenos Aires. Memoria presentada a la Asociación Médica Bonaerense*, Buenos Aires, Imprenta Pablo Coni.
- Frank Fenner, Donald A. Henderson, Isao Arita, Zdenek Jezek e Iván D. Ladnyi (1988) *Smallpox and Its Eradication*, Geneve, Word Health Organization.
- Gabriel Andrés Eilers, Adam Sandra Gabriela y Salsamendi Maite (2019) “Cuando la ciencia sobrepasa los límites bioéticos: Experimentos en el Centro Panamericano de Zoonosis de Azul”, en *XVII Congreso de Historia de los Pueblos de la Provincia de Buenos Aires*, Trenque Lauquen.
- Gregorio Delgado García, Eduardo Estrella y Judith Navarro (1999) “El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental” en *Revista Panamericana de Salud Pública*, 6 (5), pp. 350-361.
- Informe de la Inspección General de Territorios*, 1911, 1912, 1913, Buenos Aires, Consejo Nacional de Educación, 1914.

- Javier Segura Del Pozo (2013) *Desigualdades sociales en salud. Conceptos, estudios e intervenciones (1980-2020)*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- José Penna y Antonio Restagnio (1916), *Atlas sanitario argentino*, Buenos Aires, Ministerio del Interior.
- José Penna y Horacio Madero (1910) *La administración sanitaria y la asistencia pública de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Imprenta, Litografía y Encuadernación G. Kraft. Tomo I.
- José Penna (1885) *Epidemiología. La viruela en la América del Sur y principalmente en la República Argentina: estadística, clínica y profilaxia*, Buenos Aires, Félix Lajouane.
- Juan Carlos Tealdi (2015) “Problemas bioéticos en la investigación de nuevas vacunas: ¿obedecen a razones de salud pública?”, en: *Salud Colectiva*, Vol. 11, Nº 1, enero-marzo: pp 87-97.
- Juan Carlos Veronelli y Magali Veronelli Correch (2004) *Los orígenes de la salud pública en Argentina*, Tomo II, Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Juan Francisco Jiménez y Sebastián L. Alioto (2017) “Políticas de confinamiento e impacto de la viruela sobre las poblaciones nativas de la región pampeano-nordpatagónica (décadas de 1780 y 1880)”, en: *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, Nº11, pp. 114-147.
- La Gaceta de Buenos Aires, 1810-1821*, Reimpresión Facsimilar, Junta de Historia y Numismática Americana, Buenos Aires, 1910, T. II, 1813.
- Ley de Salud Pública Nº 15.465, Honorable Congreso de la Nación, 28-10-1960. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195289/norma.htm>, consultada en: 20-06-2020.
- Marcos Cueto y Steven Palmer (2016) *Medicina e Saúde Pública na América Latina. Uma história*. Río de Janeiro, Fiocruz.
- María Isabel Porras Gallo, María Inés Báguena, María Cervellera, N. M. Ayarzagüena Sanz, M. Espinosa, (coord.) (2016) *La erradicación y el control de las enfermedades infecciosas*, Madrid, Catarata.
- María Silvia Di Liscia (2011) “Marcados en la piel. Vacunación y viruela en Argentina (1870-1910)”, en: *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 16, Nº 2, pp. 409-422. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200005>
- María Silvia Di Liscia, (2000) “Robar el paraíso. Indios, viruela y bautismo en Argentina (1870-1884)”, en: *Quinto Sol, Revista de Historia Regional*, Facultad de Ciencias Humanas, Vol 4, pp. 67-86.

- María Silvia Di Liscia (2008) “Imaginario y derroteros de la salud en el interior argentino. Los Territorios Nacionales (fines del XIX y principios del XX)”, en: *Entre pasados. Revista de Historia*, XVIII (33), pp. 49-69.
- María Silvia Di Liscia (2010) “Instituciones “portátiles”. La sanidad pública en los Territorios Nacionales (1880-1910)”, en: Germán Soprano y Ernesto Bohoslavsky, ed, *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (de 1880 a la actualidad)*, Buenos Aires, Prometeo-UNGS, pp. 359-385.
- María Silvia Di Liscia (2002) *Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750-1910)*, Madrid, CSIC.
- Memoria del Departamento General de Inmigración correspondiente al año 1890*. Director: Juan Alsina, Buenos Aires, Imprenta Pablo Coni e hijos, 1891.
- Memoria del Departamento General de Inmigración correspondiente al año 1900*. Director: Juan Alsina, Buenos Aires, Imprenta Pablo Coni e hijos, 1901.
- Recopilación de Leyes y Decretos Promulgados en Buenos Aires desde 1810 a 1835*, Buenos Aires, Imprenta del Estado, 1836.
- República Argentina, Tercer Censo Nacional (1916)* Tomo I. Antecedentes y Comentarios, 1914, Buenos Aires. En: <http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/Estadistica/censos/C1914-T1.pdf>.
- Sanjoy Bhattacharya and Carlos Eduardo Ávila Pereira Campani, (2020) “Reassessing the foundations: Worldwide smallpox eradication, 1957-67. *Medical History*, pp. 71-93.
- Woodbine Parish (1958), *Buenos Aires y las Provincias del Río de la Plata*, Buenos Aires, Hachette.
- World Health Organization, Biological weapons, en: https://www.who.int/health-topics/biological-weapons#tab=tab_1. Consultada: 07-05-2020.

EL CÓLERA EN LA ARGENTINA, LA HISTORIA DE UNA ENFERMEDAD REEMERGENTE

Siglos XIX y XX

Adriana Álvarez

Introducción

La COVID-19 será recordada como la enfermedad portadora de un virus que paralizó al mundo, una pandemia que se extendió por todos los continentes a un ritmo vertiginoso generando una crisis sanitaria que se prefiguraba como única. De ahí entonces que en este capítulo nos preguntamos ¿qué enfermedad asoló al mundo y perduró por siglos en el escenario epidemiológico?: el cólera, responsable de siete pandemias, que pasó de ser una dolencia de carácter epidémico a endémica en determinadas regiones.¹

El cólera, enfermedad infecciosa reemergente, provocó pánico a lo largo del siglo XIX, pero a comienzos de la siguiente centuria se consideró controlada. En Argentina, la última epidemia fue a fines del siglo XIX pero reapareció en las postrimerías del siglo XX.

Se trata de una dolencia bacteriana intestinal aguda, altamente contagiosa, cuyo origen se encuentra en alimentos, superficies o agua contaminados con el *Vibrio cholerae*.

Este artículo analiza todas las epidemias de cólera que sufrió la República Argentina, los caminos que recorrió, los modos de penetración y extensión en el territorio nacional. Busca hacer visibles los aspectos que favorecieron su propagación, las respuestas gubernamentales, como los cambios que su presencia generó en las infraestructuras sanitarias. Por último, si bien no fue inicialmente un propósito de este trabajo, hubo una temática que cobró dinamismo por sí sola a medida que la escritura avanzaba: la “pobreza epidémicamente peligrosa” se impuso en este ensayo como una de las piezas claves para explicar la reemergencia colérica.

El arribo del cólera epidémico

A lo largo del siglo XIX, pandemias de cólera azotaron al mundo. Juan José Montes de Oca (1827) aludía a la primera oleada iniciada en 1817 y extendida hasta 1823 aproximadamente. Pocos años después, en 1829, se inició la segunda que se prolongó hasta 1851. Comenzó en la India, afectó a Asia, Europa, África y, por primera vez, penetró en el continente americano. En el extremo sur, solo la República Federativa de Brasil y la República Oriental del Uruguay fueron visitados por el “chólera morbus”.

En los primeros años de la década del cincuenta, la tercera pandemia (1852-1859) tuvo mayores alcances. Al igual que las anteriores avanzó sobre Asia, India, África, Europa y gran parte del continente americano. En las tierras del Río de La Plata, se contabilizaron solo unos pocos casos en 1856, que estuvieron concentrados en la zona de Bahía Blanca. Sus víctimas fueron los integrantes de una expedición comandada por el coronel Silvino Olivieri a cargo de un navío -contratado por el gobierno- que provenía de la India, y de allí el foco infeccioso. No despertó alarma alguna debido a lo acotado del brote (Germán, Segura 1868).

A nivel nacional estar exentos del mal colérico no sobrevivió a la cuarta pandemia (1869-1879). En la década del sesenta, Buenos Aires se reincorporaba a la Nación y se convertía en la sede de las autoridades de una Argentina unificada. Luego de la batalla de Pavón (1861) la ciudad conoció un sostenido crecimiento impulsado tanto por las actividades portuarias como por la pujanza de la región pampeana. Para 1869, esta ciudad había duplicado su cantidad de población respecto de 1855, puesto que sumaba 177.787 habitantes. Para entonces, ese escenario urbano ya contaba con el ferrocarril del Oeste (1857) que iba a Floresta, y el tranvía a caballo. Entretanto, los bancos se multiplicaban y el teatro Colón (1857) ya era epicentro de galas musicales. Sin embargo, también reinaban los lodazales, las basuras esparcidas por todo el casco urbano cuyos olores nauseabundos anunciaban que eran focos pestilentes y caldo de cultivo para cualquier enfermedad.

El intercambio comercial propio de un modelo agroexportador que vinculaba al país con el mercado internacional, también hacía lo propio con las pestes. En esos mismos barcos, donde se transportaba

cueros, lanas y cereales a los compradores europeos, arribaban productos manufacturados e inmigrantes que zarpaban rumbo a Buenos Aires desde diferentes puertos del viejo continente, donde el cólera reinaba con carácter epidémico. No era extraño que en esos navíos, a veces con inmigrantes enfermos a bordo, llegaran a Buenos Aires dolencias como el cólera o la fiebre amarilla. La falta de higiene urbana, aguas contaminadas, hacinamiento habitacional, y precaria infraestructura sanitaria fueron claves para que esos focos portuarios rápidamente se extendieran por todo el territorio.

En 1867, el cólera ocasionó en la ciudad de Buenos Aires un total de 1.653 defunciones, lo que le hace suponer a Besio Moreno (1940) que el número de atacados debió alcanzar los 5.000, poco más del 3% de la población. José Penna (1895) calculó en 15.000 el número de fallecidos en toda la provincia de Buenos Aires. En 1868 retornó pero no causó un número tan grande de víctimas como en el año anterior.

Si bien no está esclarecido, una hipótesis sostiene que la epidemia se inició entre las tropas aliadas de la campaña del Paraguay. Según la *Revista Médico Quirúrgica* eran los soldados brasileros los portadores del contagio que se expandió por diversas zonas del litoral. A fines de 1867, la enfermedad cobraba sus primeras víctimas en Córdoba y Río Cuarto. En la ciudad cordobesa, no obstante su breve paso (un mes, aproximadamente) se estimó en 4000 el número de muertos. Además, invadió las provincias de Santa Fe, San Juan, San Luis, Catamarca y Santiago del Estero (Carbonetti, Adrian, 2016).

Otro factor a considerar en el desarrollo espacial de la epidemia tiene que ver con la expansión del ferrocarril. El gobierno constitucional argentino, conducido por el General Bartolomé Mitre, en el período 1862-1868, le dio un gran impulso a la realización de obras ferroviarias. Durante ese mandato se construyeron dos grandes líneas: el Ferrocarril del Sud y el Ferrocarril Central Argentino. Algunos de esos tramos servían para unir a la extensa provincia de Buenos Aires, pero también para propagar la enfermedad. En 1865 se inauguró el ramal que unía Buenos Aires con Chascomús, que se sumaba a los ya existentes del Ferrocarril Oeste, que ensamblaban la capital con la ciudad de Mercedes, y el Ferrocarril Norte que hacía lo propio con Trigre.

Los caminos de hierro dibujaban claramente las redes comerciales desde el puerto hacia el interior, llevaban los productos importados hasta ciudades como Córdoba o Rosario, cuyos mercados eran los más importantes de la cadena de comercialización que se extendía hacia el interior.

El colera provocó pánico entre la población, desde la ciudad se enviaban medicamentos hacia el interior bonaerense que eran gotas que debían suministrarse frente a la presencia de vómitos y dolores abdominales. Pero no resultó suficiente. En los Juzgados de Paz abundaron las denuncias sobre el abandono de enfermos por parte de sus propias familias.

El abandono, sostienen Alvarez y Reynoso (1995), era el resultado del fracaso en el tratamiento del cólera en el espacio doméstico, que para entonces era la única opción en una campaña donde casi no existían profesionales de la salud ni hospitales. En otras localidades, también provocó terror en la población. En la ciudad de Córdoba fallecieron 2371 habitantes y 4000 en el total de la provincia.

Estas situaciones expusieron de la peor manera las carencias sanitarias de la Nación y de los estados provinciales, y una consecuencia inmediata de la presencia de la epidemia fue la emergencia de los municipios como responsables sanitarios para los núcleos urbanos. En la campaña, los mismos vecinos se convirtieron en guardianes de su propia salud, y organizaron o colaboraron en la construcción de los primeros hospitales.

Esta epidemia tornó claramente visible una serie de problemas. En la ciudad de Buenos Aires, una primera consecuencia fue que en 1869, una vez que finalizó la infección colérica, y con el afán de purificar el agua destinada al consumo de la población, el gobernador Adolfo Alsina colocó 20.000 metros de caños que se convirtieron en el primer tramo de aguas corrientes de este núcleo urbano, que contó con filtros en la Recoleta y un depósito de agua en Plaza Lorea (Alvarez, 2012).

También motorizó la aparición de nuevas instituciones, se fundó el Consejo de Higiene (1869) y se organizó la Junta de Sanidad Nacional, cuyo presidente era el capitán del puerto, asesorado por dos médicos. Ese año el presidente y el secretario del Consejo de Higiene, los doctores Luis María Drago y Leopoldo Montes de Oca respecti-

vamente, formularon un proyecto de Reglamento de Policía Sanitaria Marítima para la República Argentina. En él se apuntaba a establecer barreras preventivas, con el fin de evitar el ingreso de enfermedades o de enfermos que, como el cólera, tenían una procedencia predominantemente marítima. En ese Reglamento se establecieron lineamientos básicos sobre las Juntas de Sanidad, como también las medidas relativas al despacho, salida, arribo y anclaje de buques, sobre las cuarentenas y los lazaretos (Alvarez, 2010).

Los procedimientos arriba detallados se sustentaban en la vigencia de la teoría miasmática, puesto que hasta entonces Roberto Koch no había descubierto el agente productor del cólera, lo que ocurrió recién en 1883.

Estado, nación y cólera

Casi dos décadas transcurrieron sin epidemias de cólera, hasta los inicios de los años ochenta cuando en Europa la quinta pandemia (que se prolongaría hasta 1896) comenzaba a cruzar los mares rumbo a Asia, África y América. Para entonces, y gracias, primero, al descubrimiento del florentino Filippo Pacini en 1854 de unas bacterias en forma de coma (*Vibrio cholerae*), y segundo, a Robert Koch, por ubicarlas como el bacilo responsable de la propagación de la enfermedad, los agentes de contagio se habían esclarecido.

Durante los últimos meses del mandato del General Julio Argentino Roca (1886) el cólera nuevamente visitaba estas tierras. En el mes de octubre, la Asistencia Pública porteña ponía en conocimiento del recién asumido presidente Juárez Celman, la existencia de casos coléricos en los márgenes de la capital de la República, situación que era negada por el Departamento Nacional de Higiene (DNH).

A pesar de estas tensiones entre el municipio de la capital de la República y la máxima autoridad a nivel nacional, el DNH, (que era el que tenía a su cargo la sanidad marítima, de allí el reclamo de la Asistencia Pública), lo cierto es que el cólera estaba focalizado a la vera del Riachuelo, y desde allí se propagó en diferentes direcciones.

La epidemia de 1886 afectó con mayor fuerza el interior del país, no fue tan significativa para la ciudad de Buenos Aires, a pesar de

haber sido su puerta de entrada. Esto nos puede hacer presuponer que, para entonces, la capital metropolitana o sus principales barrios que ya estaban dotados de algunos servicios, como agua corriente y desagües cloacales, hicieron de ella un terreno poco fértil para el desarrollo del mal.

En Buenos Aires, la difusión del virus colérico estuvo limitado a ciertos barrios y se extendió por el resto de la jurisdicción capitalina . Por ejemplo, el diario *La Nación* pedía la destrucción de focos de infección por medio del fuego: “No somos alarmistas, pero señalamos a la Boca como un foco de infección que es menester destruir a todo trance.... ¡La Boca no tiene desagües ni agua que beber y su población se ingurgita sus propios desperdicios !”. (*La Nación*, 1886)

Es decir, mientras en Buenos Aires, debido a los avances en infraestructura sanitaria se trató de un brote focalizado, en las provincias del interior, con un desarrollo más rezagado, los efectos fueron diferentes.

El Vapor Orión partió desde el puerto de Buenos Aires hacia la costa de Rosario y, aparentemente, trasladó el cólera a ese puerto. En esa ciudad causó más de 1000 víctimas en 1886, y 155 en el año siguiente sobre una población de 50.000 habitantes.

Según lo manifestado por Aráoz Alfaro (1938), la penetración en puertos argentinos de este vapor se debió a que entre sus pasajeros viajaba un ministro plenipotenciario, razón por la cual las medidas sanitarias fueron atenuadas. Es decir, el cólera entró en 1886 por el puerto porteño, se propagó de allí al resto de la ciudad con casos aislados, no muy numerosos, y siguió su recorrido hacia el interior del país con una suerte distinta.

Además de la vía marítima, este brote fue llevado desde Buenos Aires hasta el interior por la terrestre por medio de un batallón que había tenido un caso colérico. Aún con ese antecedente, el Ministro del Interior, el médico higienista Eduardo Wilde, autorizó su marcha hacia el norte, donde se desataron nuevos casos y fueron sembrando el vibrón colérico en las ciudades que estaban a su paso. Frente a estas noticias, las provincias reaccionaron levantando cordones sanitarios para evitar el ingreso de posibles enfermos a sus espacios (Recalde, 1993).

Los salteños, al enterarse de que el tren seguía su marcha, votaron leyes para realizar cordones sanitarios, uno en Río Piedras y otro en la Lagunilla, a escasos kilómetros de la ciudad; además establecieron

cuarentena prudencial para individuos que procedieran de lugares infectados y lazareto para la atención de enfermos (Araoz, 1888).

San Luis instauró un sitio de aislamiento para pasajeros en la localidad de General Pedernera, limítrofe con la provincia de Córdoba, y el gobierno de Mendoza, de acuerdo con el de San Juan, un cordón sanitario y un lazareto de observación en el límite provincial de Desaguadero. Es decir, en los bordes cuyanos se levantaron espacios y barreras sanitarias dedicadas a la observación clínica de personas que en trenes provenientes de Buenos Aires y de Rosario pretendían ingresar en esos territorios.

José Penna (1897), en su estudio sobre las epidemias de cólera, llamaba la atención al respecto diciendo que cada provincia por su lado “dictó medidas preventivas rigurosas, tiránicas; los ferrocarriles, los buques, las mensajerías mismas del Rosario, eran rechazadas en todas partes [...] imponían cuarentenas [...] ante semejante ruido, la República Oriental del Uruguay, el Brasil, Chile, etc. se creyeron en peligro y nos cerraron también sus puertos”.

La reacción del gobierno nacional fue inmediata, consideró esas medidas provinciales como violatorias de la libertad de tránsito y, si bien algunas resistieron más que otras, finalmente debieron ser levantadas ante la amenaza de una intervención del gobierno nacional.

La fuerza o énfasis puesto por el ejecutivo nacional tenía como base considerar antieconómicas a las cuarentenas, lo cual no era nuevo. Años antes, el renombrado Guillermo Rawson (1880) negaba su eficacia, en tanto no eran compatibles con el comercio internacional. Cerrar algunas provincias era frenar la llegada de cereales al puerto y, con ello, el intercambio.

Una historia similar se escribió en el norte del país, donde la aparición de los primeros casos en Córdoba, a fines de noviembre de 1886, condujo a los gobiernos de Tucumán, Santiago del Estero y Catamarca a levantar cordones sanitarios con la misma finalidad que el cuyano, es decir, a aislarse regionalmente. Y Córdoba también avanzó en esa línea en el pueblo de Tortugas, en el límite con la provincia de Santa Fe.

La respuesta del gobierno nacional fue la misma, se opuso al control sanitario y a la cuarentena interprovincial de los pasajeros. La tensión entre la Nación y las provincias se agudizaba cuando estas

apelaban al cierre de sus fronteras interiores y culpaban al gobierno por haber dejado entrar la pandemia, mientras que desde el otro extremo acusaban a los estados provinciales de estar movidos por la *Ley del Miedo*.

Eduardo Wilde no supuso el costo que esa decisión tuvo. Al levantar los cordones sanitarios, el cólera llegó a Salta y a Tucumán, entre otras provincias, en un tren que transportaba al Regimiento Quinto de Caballería, enviado por el gobierno nacional, a quienes no pudieron aplicar ni cordón ni cuarentena.

En una tesis doctoral defendida en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires en 1887, José Roque Ávila analizó la epidemia tucumana informó que fue una de las provincias más atacadas con 3511 fallecidos y más de 7600 infectados.

Si bien los primeros casos fueron importados por el regimiento de caballería, fue cuestión de tiempo para que se multiplicaran por miles, dado que las condiciones socio-sanitarias actuaron como un verdadero caldo de cultivo del morbo.

José Ávila ubicaba en la zona de La Tablada el principal foco pestilente. Lo describía, como una laguna donde abundaban los ranchos de cuatro metros cuadrados, con paredes de quincha, techos de paja, puertas de cuero de vaca, aguas estancadas, en los que vivían 6 o 7 personas.

La crisis sanitaria carecía de herramientas, Aráoz Alfaro (1938:27) relataba que “En el pésimo hospital improvisado, en el que yo serví como practicante al abrir la puerta a la mañana, encontrábamos diariamente tirados en el suelo niños y aun adultos, abandonados allí por sus familias [...] la municipalidad se vio en las más serias dificultades para dar sepultura a los cadáveres.”

Los trabajos de María Estela Fernández, para el caso tucumano, muestran que las malas condiciones de vida sumadas a la baja infraestructura sanitaria tuvieron como consecuencia una epidemia extendida en Tucumán, que si bien empezó por los sectores más pobres, luego no reconoció barreras sociales.

Ante la peste, el gobierno de la provincia convocó a todos los médicos, se nombró una comisión compuesta por los doctores Benjamín Araoz y Norberto Maglione y Padilla, quienes debían aconsejar sobre las medidas a tomar, aunque muchas de ellas quedaron solo en la letra.

La sugerencia fue reorganizar la asistencia pública, que debería tener dos apoyos de carácter transitorio: uno, la Comisión Nacional de Auxilio; otro, la Cruz Roja. Esta última había tenido actuación desde un principio, puesto que armó un lazareto para recibir y dar asistencia a los soldados enfermos a su arribo a la capital tucumana.

Las acciones que a esa Asistencia Pública incumbía se centraban en hacer desaparecer los focos de infección representados por “habitaciones de aspecto primitivo”, para las cuales recomendaban “el fuego”. Algunas de estas medidas generaron resistencias que más adelante analizaremos.

En Mendoza, con la epidemia de cólera murieron aproximadamente 4.000 personas. Fue el ferrocarril que había llegado en 1884 la vía de entrada de la infección. La zona de mayor impacto fue la Ciudad Vieja, donde abundaban conventillos, prostíbulos, lodazales y problemas sanitarios, el diario *Los Andes* (1887) describía: “hay cuartos en que parece que viven cerdos y no cristianos, tal es la basura que se ve y la inercia de sus moradores que no quieren limpiar. ¡Y todavía no nos ha abandonado el cólera!”.

Las autoridades reaccionaron cortando el agua en todas las acequias de la ciudad, haciéndolas recubrir con una gruesa capa de cal. Por aquel tiempo, la población bebía agua potable de surtidores públicos que, en el caso de la ciudad vieja y de otros populosos barrios, eran muy escasos y las acequias -que conducían el agua para riego- se ubicaban en los frentes de las viviendas, por lo tanto era normal abastecerse del preciado líquido en ellas. El problema era que frente a la falta de red cloacal también esos canales eran usados como desagüe y, por ello, se convirtieron en la principal línea de contagio (Sosa, 2015).

Para hacer frente a la pandemia, se crearon comisiones de Salubridad Pública en los distritos de la ciudad, además de las comisiones para los departamentos de campaña, con el objeto de impulsar medidas vinculadas a desinfección de letrinas y sumideros, recolección de basuras, blanqueo de casas y controles domiciliarios.

Como vemos, la epidemia de cólera de 1886-1887 tuvo efectos diferentes en el interior argentino, si se lo compara con la ciudad de Buenos Aires. En la capital de la República, puerta de entrada de la dolencia, se trató de una epidemia focalizada en determinados sectores donde las precarias condiciones de vida estimularon la disemi-

nación del mal. En el interior del país los primeros focos fueron en barrios de alta vulnerabilidad pero luego se extendió a lo largo de los territorios provinciales, transformándose en una epidemia extendida.

La razón estaría en el desarrollo sanitario que para entonces había alcanzado la capital de la República, que le permitió controlar el mal colérico, frente a un aletargado interior. Sin embargo, existieron otras razones de índole cultural y política que terminaron por configurar a esta epidemia.

Cólera, muerte y religiosidad

En el Buenos Aires decimonónico, y de la mano del movimiento higienista, se venía consolidando un proceso laicizador que fue uno de los factores por los cuales se puede explicar el derrotero diferencial entre epidemia de foco y extendida a la que hemos hecho referencia.

A partir de un cierto saber sobre el medio social y el espacio urbano, el higienismo, como pensamiento rector, consideró a la ciudad como potencialmente peligrosa, pues favorecía la aparición de enfermedades. Se trató de establecer un nuevo orden afianzando la medicalización de las instituciones, organizando y reformando los hospitales. El discurso médico de base científicista se instaló en esferas del poder y generó nuevas instituciones públicas de salud que fueron la contracara de los hospitales de caridad, muchos de ellos afincados en la iglesia católica. Estos galenos, impulsaban como parte de esa reforma la idea de un Estado necesariamente fuerte para hacer frente al flagelo de las epidemias. El acercamiento al modelo francés también implicaba laicizar las instituciones en pos de avanzar sobre áreas donde antes el Estado estaba ausente.

En ese contexto, una de las prácticas que en Buenos Aires se difundieron de cara a la epidemia, fue la cremación de cadáveres, a la que se oponía la iglesia católica. Era un debate que llevaba una década. La primera tesis médica sobre cremación, defendida en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires por Juan Kelly (1876), se inscribía en el debate abierto entre católicos y liberales, que estaba nutrido por la docencia que realizaban Guillermo Rawson en su curso de Higiene Pública en la Facultad de Medicina (1874) y Eduardo Wilde,

quienes impulsaban la idea que los “cadáveres son un foco de infección temible”, como contracara del culto a los muertos que desde el catolicismo se veneraba. De ahí en adelante, los médicos higienistas propusieron sustituir la inhumación en tierra por la cremación, que tenía a su favor preceptos de la ciencia, basados en la contaminación de las aguas por efecto de la descomposición de la materia orgánica. Más aún en muertos por cólera, cuyo principal vehículo de contagio era el agua, y las napas se podían contaminar.

Dichas ideas expresaban la vocación secularizadora del movimiento higienista, materializada por primera vez desde organismos públicos en 1884 con la cremación de un caso sospechoso de fiebre amarilla, impulsado por el mismo director de la Asistencia Pública porteña, José María Ramos Mejía. Al momento de la pandemia colérica ya había precedentes de incineración de cadáveres.

Además, varias tesis médicas y artículos se habían escrito antes de 1886 sobre las propiedades preventivas del fuego y sobre las consecuencias de la inhumación en tierra. La Sociedad Científica Argentina impulsaba la obligatoriedad de la incineración de los restos, sin excepción, de todos los que hubieran fallecido a causa de la epidemia de cólera; y el Círculo Médico Argentino elevó al gobierno nacional un proyecto en el que solicitaba el sistema de cremación de cadáveres. En ese nivel el pedido no prosperó, pero sí lo hizo en la ciudad de Buenos Aires. En 1886, se promulgó una nueva ordenanza que dispuso establecer un horno crematorio en el lazareto Martín García, en el cual debían incinerarse todos los fallecidos por enfermedades epidémicas.

La cremación era una muestra del avance del pensamiento médico sobre creencias o dogmas eclesíásticos en áreas de la salud, ya que recién fueron admitidas (por parte de la iglesia católica) casi un siglo más tarde (1963).

Ahora bien, por más que en los escenarios provinciales también hubo médicos higienistas que defendieron estas teorías, sus voces chocaron con una armadura religiosa mucho más potente.

En Mendoza, los cadáveres de los coléricos fueron enterrados en fosas comunes y cubiertas con grandes dosis de cal. La consecuencia fue que el cementerio general se convirtió en un nuevo foco de infección, puesto que los cadáveres se acumularon y el pánico de los sepultureros hizo que se negaran a prestar servicios y abandonaran su trabajo.

Lo mismo ocurrió en Tucumán. Allí, frente a los primeros casos, que fueron los soldados del Quinto Regimiento de Caballería, a los cuales auxilió la Cruz Roja Tucumana en un improvisado lazareto a orillas del ferrocarril, se solicitó a la Municipalidad autorización para quemar los cadáveres. Cuenta José Avila (1887) que la

solicitud paso al Consejo de Higiene... pero le faltó energía suficiente para sobreponerse a las preocupaciones vulgares que muchas veces hacen fracasar las más importantes medidas ...aconsejó que las inhumaciones se hicieran en fosos ...de este modo no quedaba bien parada la higiene pública, pero en cambio el Consejo no tenía que recibir el menosprecio y los ataques de un pueblo que, por sus ideas religiosas, temía ver en la cremación una calamidad que el mismo cólera (15).

Eran espacios donde la religión estaba muy presente en los discursos sobre la salud individual, comunitaria y colectiva, condicionando muchas veces la toma de decisiones políticas.

Por otro lado, pero vinculado al “pecado de la cremación” –según las ideas de la época– la experiencia de la peste engendró sentimientos de miedo que fortalecieron aún más los imaginarios religiosos que se canalizaron por medios de cadenas de oración, procesiones, misas y cuanto acto de devoción la creencia católica admitiera como forma de controlar el miedo al contagio y a la muerte.

En los periódicos del interior, en plena peste podía leerse “La oración contra la peste”:

Grandes son, Señor, los motivos que tenéis para castigarnos porque la impiedad en unos y la indiferencia en otros produce una corrupción sin límites; pero también grande es vuestra misericordia, y a la vez que envías un azote para castigar los errores de los pueblos, también tenéis el poder de desarmar vuestro brazo.” (Diario *El Orden*, enero de 1887: 2)..

Tanto el condicionamiento a las cuarentenas por cuestiones económicas impuestas desde la Nación a las provincias, como el rol que jugaron los imaginarios religiosos frente a ciertas medidas preventivas (cremación), sumado al miedo y el pánico engendrado por la epi-

demia que provocó la huida y el desplazamiento de personas hacia zonas libres del mal, actuaron directa o indirectamente como propagadores del contagio.

La última aparición del cólera en el siglo XIX

A menos de una década de la última epidemia, el cólera regresó. La República Argentina fue invadida por la peste que se propagó a las provincias del litoral y a Buenos Aires. El primer caso sospechoso fue denunciado en la ciudad de Rosario y el Departamento Nacional de Higiene comisionó al higienista Nicolás Lozano para evaluar y asistir a la provincia.

La puerta de entrada no pudo esclarecerse, aunque se sabía que provenía de un foco que reinaba en Lisboa. Para entonces el avance de la bacteriología permitía conocer la etiología del cólera y, con ello, las vías de contagio que definieron no solo las medidas tomadas, sino también el mensaje higiénico.

Como dijimos, hacia fines de 1894 ya había cólera en la Argentina. En la provincia de Santa Fe se produjeron más de 2000 casos con una muy alta letalidad, y a principios del 1895 arribó a Buenos Aires, burlando las medidas de control impuestas para frenar su ingreso. En los Anales del Departamento Nacional de Higiene (1895), y a modo de exculparse de responsabilidades, se puntualizaba que los pasajeros que provenían de Rosario eran vigilados en el ferrocarril por un guarda sanitario quien les entregaba un pasaporte que debían presentar en la Asistencia Pública de la Capital Federal. Los trenes se detenían en Belgrano para desinfección de los equipajes. Una vez terminada la operación, los viajeros eran conducidos a Buenos Aires en trenes locales y los vagones en los que habían llegado a Belgrano retornaban, previa desinfección, a seguir su itinerario. Esta medida tenía por objeto impedir la introducción de ropas infectadas y la entrega del pasaporte sanitario respondía al propósito de conocer, detectar y aislar inmediatamente posibles enfermos de cólera. De igual manera se procedió con los que arribaban por vía marítima. Este procedimiento subsistió hasta que el cólera apareció en la Capital Federal en el mes de diciembre.

A fines del mes de diciembre, el cólera llegó a San Nicolás, provincia de Buenos Aires donde produjo 179 casos y 116 defunciones. Luego avanzó hacia la Capital Federal, distante a pocos kilómetros del mencionado foco (Recalde, 1993).

En la Capital Federal la comprobación del primer caso lo hizo José Penna, director de la Casa de Aislamiento. El 26 de diciembre de 1895 fue examinado por dicho médico el marinero Luis Ferrari tripulante de la barca Nuevo Trocadero que había llegado a La Boca con procedencia de Corrientes y escala en Santa Fe. Luego de este se produjeron otros casos, pero localizados uno en la calle Charcas, otro en la calle Bolívar y un tercero en las carbonerías del Puerto Madero. A partir de esta fecha, la entrada de coléricos a la Casa de Aislamiento aumentó hasta que el 16 de enero este mal ingresó en el Hospicio de Alienadas de Las Mercedes, en el que se produjeron 21 casos en el intervalo de 6 días.

Estas manifestaciones coléricas eran leídas por la prensa, en el mes de enero, no como un foco epidémico sino como focos aislados, justificado esto por el satisfactorio estado sanitario de la capital.

Estaba claro que para beneficio de la ciudad de Buenos Aires, se volvía a repetir la modalidad de una epidemia focalizada y no extendida, y los brotes estaban espacialmente ubicados en los mismos lugares que habían estado en 1886.

Al igual que a fines de los ochenta, uno de los focos fue el barrio de La Boca, otro, el Hospicio de las Mercedes donde la aparición colérica se debió (según el mismo informe elevado por el DNH en 1895) a las pésimas condiciones tanto del edificio como de la zona. En esa misma sección, fueron arrasados los alienados durante las epidemias de los años 1867, 1868, 1874 y 1886 en una proporción muy superior a los de la población general de la ciudad (Alvarez, 2017).

Situaciones como la señalada rotulaban al cólera como la “enfermedad del proletariado”. En el informe elevado por la Oficina Sanitaria, se afirmaba que tanto en Buenos Aires como en Rosario los casos se habían observado en los conventillos, pero si bien allí se iniciaban en caso de recrudescimiento, las “casas acomodadas serían invadidas más tarde” y, parafraseando a Guillermo Rawson, se decía que la “indiferencia (...) es castigada con la incubación (...) de enfer-

medades infecciosas para propagarse más tarde a familias pudientes”. (Rawson, 1891: 40).

En Buenos Aires hubo una cantidad moderada de casos. El director de la Asistencia Pública aseguraba que el número de denuncias había sido de 317 y las defunciones 169.

Resulta claro que, en relación con otras ciudades como Córdoba o Rosario, fue mucho menor el impacto de este brote colérico. La focalización de la peste fue tributaria de la lógica con la que se venía encarando la profilaxis en la ciudad de Buenos Aires.

Es posible distinguir en el escenario porteño la profilaxis marítima de la de tierra. La de tierra estaba a cargo del Municipio. En ella, las medidas de desinfección que se pusieron en práctica por la Asistencia Pública contribuyeron a impedir la formación de focos, especialmente en los puntos más vulnerables, como La Boca y las adyacencias al Puerto Madero.

La profilaxis en la zona portuaria estaba a cargo del DNH y, tal cual explicamos anteriormente, se basó en el accionar de los lazaretos flotantes y fijo. De manera que cuando comenzaron los casos de cólera en el puerto, la autoridad sanitaria dispuso que todo buque infectado saliese a la Rada para sufrir el expurgo debido y enviar a los enfermos al Hospital Flotante Rodolfo Del Viso (Alvarez, 2010).

Los coléricos eran retirados de a bordo y se procedía a la desinfección de las ropas de los tripulantes y a la limpieza del buque. La Inspección Sanitaria del Puerto ejercía constantemente vigilancia en las embarcaciones. Los médicos de sanidad efectuaban visitas a los navíos sospechosos y contaminados. En cuanto a los cadáveres, antes o después de ser enviados al lazareto flotante Rodolfo Del Viso, eran transmitidos al ubicado en Martín García para entregarlos al horno crematorio.

Además, desde el Municipio se ordenó, en primer término, el aislamiento de los enfermos y de las personas que los cuidaban, la desinfección de las ropas por medio del calor húmedo, y de las habitaciones con soluciones antisépticas; y, como medida complementaria, el uso del agua hervida y la esterilización de las deyecciones coléricas.

Si la familia del paciente no se oponía, el enfermo era trasladado a la Casa de Aislamiento; en caso contrario, permanecía en su domicilio, en el que quedaban para asistirlo dos personas solamente, a quienes

el guarda de servicio les impedía comunicarse con los demás vecinos. Otro guarda, colocado en la puerta de calle, no consentía la entrada sino solo a aquellos individuos que por diversas razones debían ausentarse diariamente de la casa. Este último punto fue criticado por una prensa presa del miedo que empezó casi de manera detectivesca a observar el accionar de estos agentes sanitarios.

Los cambios sanitarios resultan visibles, pero las permanencias también. Los pobres, la pobreza, seguían siendo el foco de infección por excelencia; el fuego, el medio purificador, aunque su aplicación generara resistencia por parte de quienes perdían los pocos bienes que poseían; y la cremación, aunque más aceptada, no resultó para entonces una práctica extendida, ya sea por la falta de hornos de cremación, como por impedimentos mediante movilizaciones populares. Por otro lado, si bien la práctica médica estaba más consolidada, ello no impedía que una franja importante de la población no recurriera a los facultativos para su tratamiento, ya sea por temor al aislamiento como a ser estigmatizado.

Frente a un aparente peligro dominado, las cuarentenas se relajaron, las obras de saneamiento continuaron, y la llegada del siglo XX marcó por muchas décadas la sensación de que era una enfermedad dominada. Esa ilusión se desvaneció hacia finales de la centuria cuando en medio de un clima de triunfalismo científico, médico y tecnológico cuya expresión más elocuente eran los bebés de probeta, el cólera ese arcaico morbo, regresaba.

La reemergencia del cólera

En 1961 se inició la pandemia de cólera más extensa de las siete que le precedieron en el siglo XIX, tal cual hemos podido analizar en las páginas anteriores.

Según un informe publicado por la Organización Panamericana de la Salud (1996), América Latina estuvo libre de la pandemia hasta 1991 cuando apareció el primer caso en Perú, y se extendió rápidamente por todos los países de la región. En el mes de marzo se detectó en la Repúblicas de Ecuador y de Colombia y en la República Federativa de Brasil. En la República Argentina, el brote se inició un año

más tarde, en el norte de la provincia de Salta, en una zona cercana a la frontera con Bolivia.

Esta epidemia se debió a casos importados del suroeste de África, tuvo una rápida propagación, y se verificaron serias dificultades para su control. En varios países se convirtió en una enfermedad endémica, con el peligro latente que ello significaba de convertirse en epidemia o pandemia. Las razones de su endemidad, como de la rapidez de su difusión una vez que arribó al continente americano, fueron las condiciones de vulnerabilidad en la que viven una parte de la población en América Latina.

También la diseminación puede ser explicada por la vía marítima, a través de una contaminación masiva del fitoplancton, peces y mariscos de la zona caliente del mar peruano, hacia el Norte de Lima, lo que también explicaría el carácter explosivo que afectó más de 1200 km en menos de dos semanas. Además, el hábito de comer pescado y mariscos semicrudos (cebiche), permitieron la rápida contaminación de los poblados. Aunque no existe un amplio consenso al respecto, el agua y los alimentos contaminados son la base de la vía del contagio.

Cuando el mal colérico llegó a la Argentina, se escribía un capítulo particular de su historia política. De la mano del presidente Carlos Saúl Menem (1989-1999) se iniciaba una reforma estructural del Estado, signada por una política económica aperturista y por una ola de privatizaciones de empresas públicas, que mostraba con cierto desenfado las aristas de la corrupción en el país.

Los ejes de la política económica establecidos en el marco de reformas neoliberales estuvieron centrados en la apertura económica, en la reducción del gasto público y en la liberalización financiera, que impactaron negativamente en la estructura industrial pero también en el entramado social, cuya traducción inmediata fue el aumento de los índices de pobreza y desocupación, hacia fines del segundo mandato menemista.

A principios de los noventa, varios medios anunciaban las proyecciones realizadas por el Instituto Pasteur de París respecto a las dimensiones que podía alcanzar el cólera en América Latina. Esto hizo que varios especialistas, entre ellos Carlos Ferreyra Núñez, de la Sociedad Argentina de Epidemiología, intentara sin éxito advertir al respecto a las autoridades sanitarias. Por esto, lo llamaron “alarmista” y fueron

más lejos aún, dijeron que el “cólera no llegará, es cuestión de lavarse las manos con agua jabón” (*Revista Humor*, 1991: 20).

Sin embargo, las descripciones que sobre la sintomatología colérica realizaban los medios de difusión, no eran compatibles con una solución tan sencilla como “lavarse las manos”. Los primeros síntomas podían ser diarreas, luego vómitos, dolores y calambres abdominales, pulso débil, disminución del ritmo cardíaco, obstrucción pulmonar y degeneraciones en trombosis, que podían conducir a la muerte. La población, poco a poco, comprendió que se podía extremar la higiene personal, pero si no se disponía de agua potable, cloacas o electricidad para mantener en buen estado los alimentos, el peligro era inminente. Por entonces, 21 millones de personas en este país carecían de desagües, y el presidente se animaba a decir que “para el 2000 estaremos entre los diez mejores países del mundo”. Fantasía y realidad se chocaron y el cólera desató su furia en las comunidades más vulnerables.

Los primeros casos aparecieron en la provincia de Salta, en la localidad de Santa Victoria, que comprende los municipios de Santa Victoria Oeste, Los Toldos y Nazareno. Fue en el pueblo de Santa Victoria Oeste, donde asomaron los primeros casos de cólera. Está ubicado en la frontera norte de la provincia de Salta, distante 500 km de la ciudad capital, limita con el departamento de Tarija, República de Bolivia, y al oeste con la provincia de Jujuy (Arias, Aleman y Soane, 1994).

Se trata de una población que crece a orillas del Río Pilcomayo y Tarija, básicamente aborigen, cuyas condiciones de vida al momento de la llegada del cólera eran extremas. Sin agua potable, sin cloacas, con viviendas constituidas por ranchos e invisibilizados por parte de las autoridades de turno, como también por la mayoría de la sociedad.

Estas poblaciones aborígenes, rurales, estaban compuestas por familias cuyas necesidades básicas insatisfechas superaban el 75%.

Ese fue el inicio de una epidemia que se prolongó hasta 1999. Las provincias más afectadas fueron Salta y Jujuy. La Argentina tuvo el mayor índice de mortalidad de la región. Cada 58 afectados, un muerto; en el resto del continente se dio un deceso cada 95 enfermos, índice que se alcanzaría hacia el final de la epidemia.

La prensa en general, pero la televisión en particular, jugaron un papel central en esta epidemia, mostraban una arista de la Argenti-

na que estaba invisibilizada, esos pueblos norteños sumergidos en la miseria, los olvidados por décadas y décadas por el Estado y los sucesivos gobiernos.

Las imágenes televisivas, mostraban las primeras víctimas de la enfermedad, se ponía voz a una pobreza estructural. El cólera era el último en llegar de una larga lista de enfermedades que estaban enquistadas en esas poblaciones fruto de consumir agua contaminada, pues se abastecían de pozos que estaban muy próximos a las letrinas.



Mapa 1: Localización del inicio de la reemergencia del cólera en la República Argentina. Fuente: Elaboración propia.

Estas poblaciones cobraron protagonismo no por su vulnerabilidad, no por estar enfermas, sino porque fueron vistas como peligrosas. Sus prácticas cotidianas vinculadas al uso de los ríos circundantes, ya sea para bañarse, pescar, o lavar ropa, hicieron pensar que los caudalosos ríos Pilcomayo o Bermejo podrían ser conductores del vibrón colérico hasta ríos como el Paraná, y de ahí al Río de la Plata, por lo que grandes ciudades podían ser infectadas a su paso, como se puede apreciar en el mapa.

Por lo tanto, a partir de entender a esa pobreza como epidemiológicamente peligrosa, la agenda política y pública las incorporó, aunque con algunas particularidades.

Mientras algunos periodistas denunciaban la situación arriba descrita, otros la morigeraban. El presidente Menem públicamente decía que el cólera “no es un problema de pobreza sino de higiene” (Clarín, 6/2/93). Como hombre norteco, sabía dos cosas: una, que la higiene no era opción cuando en muchos lugares el agua además de no ser potable, era escasa, y se mantenían a pueblos enteros con una canilla comunitaria; y dos, que la higiene individual solo es posible cuando existen condiciones para realizarla, que apuntar a ella era culpabilizar al pobre, a la pobreza, eximiendo al Estado y al gobierno de culpas. Pero además era dueño de un profundo temor: que el cólera llegara a las grandes ciudades. Más aún, como ya fue mencionado, también los médicos infectólogos consideraban que los dos ríos de cursos paralelos que recogen agua en las alturas bolivianas y desembocan luego en el Paraná eran dos “autopistas” para el virus.

El humor político caricaturizaba y reflejaba el temor a que el cólera dejara ese norte oprimido y llegara a la gran ciudad.

La aparición del cólera puso en contradicción el discurso oficial, que con el baño de fantasía que lo caracterizaba, sostenía que faltaba muy poco para que la Argentina “ingresara al primer mundo”. La epidemia desnudaba la realidad de la Argentina oculta. Sin embargo, además de culpabilizar la difusión del morbo a la falta de higiene individual, hecho que le restaba culpas al Estado en cuanto a la ausencia de obras sanitarias, también se buscaron responsables en los países limítrofes. Bolivia y Paraguay fueron condenados por las autoridades argentinas y frente a la opinión pública se los mostró como los responsables de la llegada del morbo al país.



Mapa 2: Cursos de los ríos Pilcomayo y sus confluencias

Entre las medidas tomadas, se decretó el Estado de Emergencia Sanitaria (1992), además se creó un Comité de Emergencia cuyas funciones fueron:

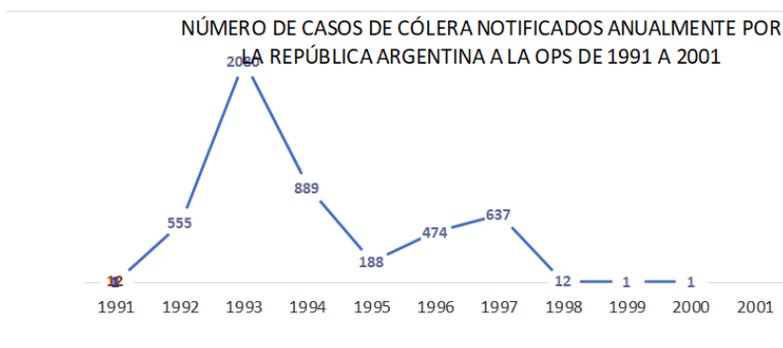
- a) Intensificar la programación de la prevención de la enfermedad.
- b) Proponer al Poder Ejecutivo Nacional todas las medidas necesarias con el fin de obtener la participación de las organizaciones privadas y sectores de la población indispensables para la campaña a desarrollar.

En un primer momento, la campaña de prevención adquirió un lenguaje militarista. El cólera era el enemigo, de ahí que se popularizó la frase: “Entre todos podemos derrotarlo”, que incluía medidas preventivas como lavarse las manos y agregar dos gotitas de lavandina al agua, como únicas “armas” fundamentales en la batalla contra el cólera, hecho que soslayaba las carencias estructurales.



Fuente: Revista Humor, N° 310, marzo de 1992, p. 39.

Pero la inmediatez, la obtención de rápidos resultados, venían calando hondo en una sociedad que, a pesar de la imagen “farandulesca” que brindaba el gobierno y de las denuncias de corrupción, le otorgaba su voto de confianza. Prontamente el discurso oficial dejó sus apelaciones a la guerra para pasar a la tranquilidad de la victoria “se había ganado la batalla”, pero el gráfico demuestra que, por el contrario, hubo un aceleramiento de la curva entre 1992 y 1993. Igualmente apelar a la higiene, a la prevención con el uso de lavandina, fue un mecanismo útil para las grandes ciudades, donde el contexto socioeconómico y cultural acompañó esa “lucha”. Los datos son elocuentes: si bien hubo un rebrote en 1996 y 1997 no alcanzó el pico que fue en 1993. El problema fue que esa estrategia fue menos efectiva en zonas con cuadros sociosanitarios distintos, por ello Salta y Jujuy fueron las más perjudicadas.



Número de casos de cólera notificados anualmente por la República Argentina a la ops de 1991 a 2001. Fuente: Organización Panamericana de la Salud, indicadores y datos básicos, 2002.

El brote de cólera sacó a relucir las penurias que ciertos sectores de la población padecían respecto del aprovisionamiento de agua, saneamiento y servicios de salud. Pero también la cara de una Argentina donde la corrupción política (enquistada desde décadas atrás) era parte de la dinámica de un Estado que se retiraba de áreas claves, pero no para volverse más eficiente, ni siquiera para hacer

brillar las reglas del libre mercado, solo como parte de lo que un funcionario llamó “robo para la corona”.

Esa corrupción restó claras posibilidades al desarrollo, al crecimiento, alimentó la desigualdad y la aparición de nuevos actores sociales a los que se los llamó “nuevos pobres”. Ya no eran los del norte, estos eran urbanos, exempleados públicos o pequeños comerciantes que perdieron sus ingresos. Una corrupción que lejos estaba de ser ajena a la vida cotidiana, todo era un buen negocio, coimas, corrupción, incluso la tan recomendada lavandina para hacer potable el agua que no lo era, fue objeto de manejos poco claro y su precio aumentó escandalosamente. A lo largo de este trabajo, pudimos observar que las epidemias de cólera del siglo XIX provocaron diversos cambios, pues pusieron en evidencia las falencias existentes en materia de infraestructura sanitaria, aunque también movilizaron intervenciones urbanas relativas a mejorar la calidad del agua. Agua potable, cloacas y hospitales lograron imponerse como metas de la mano de médicos que entendían que sin desarrollo socioeconómico no podía haber salud, y sin salud el progreso social y económico no era viable.

La reemergencia del cólera en la década de 1990 mostró que esas ideas no habían logrado sobrevivir en sectores poblaciones donde el tiempo parecía haberse detenido. Sin duda, algunos cambios llegaron, algunos programas sanitarios han servido para acercarlos a la medicina formal, pero han sido insuficientes.

Descripciones tales como



Fuente: Revista Humor, N° 310, marzo de 1992, p.79..

Una comunidad con pobreza extrema, aisladas de los centros urbanos, en condiciones de emergencia habitacional. Viven hacinados en ranchos hechos con palos de madera, techos de chapa o plástico y pisos de tierra, literas y pésimas condiciones de higiene. A veces son 12 personas conviviendo (...) Muchas comunidades no tienen agua segura. Algunas municipalidades les acercan cada tanto, tachos de agua o van con los camiones atmosféricos a llenarles los tanques. Pero en general tienen colectores de agua de lluvia, con todos los riesgos que eso implica, por ejemplo por el dengue (*La Nación*, 14/1/2020).

A fines de enero del 2020, y tan sólo un mes de que el primer caso de COVID -19 se registrara en la Argentina, estas poblaciones nuevamente eran noticia, el drama de no tener agua potable era reflejado en los medios de comunicación. El lavado de manos se convirtió en parte del catecismo cotidiano, los cuidados higiénicos, el uso del alcohol, los barbijos, entre otros muchos recaudos desvelaba a millones de argentinos, mientras tanto ellos solo siguen reclamando agua.²

A modo de cierre

Las epidemias de cólera fueron un lente de aumento para señalar aspectos favorecedores a su propagación. Si bien durante las primeras apariciones y hasta la década de 1870, marcada también por el brote de fiebre amarilla, las políticas estuvieron orientadas por la “idea de enfermedades exóticas” y de ahí que el énfasis preventivo se pusiera en la defensa marítima, años más tarde esta concepción fue girando, y se comenzaron a tener en cuenta las condiciones de hacinamiento local. Culpabilizar al extranjero, al inmigrante, no alcanzaba para explicar la difusión de la enfermedad. La confluencia de la mirada interna sumada a la externa, terminó por configurar un nuevo concepto de Salud Pública, en la que perduró la vieja idea de compatibilizar los intereses comerciales con las medidas sanitarias implementadas, de allí la supresión de las cuarentenas.

2 <https://multivision.tv/multivision-en-santa-victoria-este-el-drama-de-no-tener-agua-potable-mira-el-informe/>

A principios del siglo XX, el Censo de la Ciudad de Buenos Aires (1904) decía que la ciudad “se ha hecho higiénica e invulnerable”, en términos epidemiológico implicaba que el cólera era un recuerdo. Si bien el descenso en los niveles de mortalidad por enfermedades infectocontagiosas se debió a la importancia que adquirió la práctica profesionalizada de la salud, entendiéndose por esto campañas de vacunación, atención médica domiciliaria, como también al desarrollo de obras de infraestructura urbana que implicaron un mejoramiento en las condiciones de vida material, esto no fue una realidad compartida por todo el país, ni siquiera por la misma ciudad de Buenos Aires, puesto que donde esas mejoras no llegaron y las condiciones socioeconómicas eran más deficientes, la tarea de prevención entronizada por la medicina, resultó insuficiente, traducándose en la prevalencia de ciertas enfermedades en las regiones y/o barrios más carenciados.

La pobreza, las pobres, presas fáciles de las enfermedades, lo fueron en el siglo XIX, en el XX y, como vimos hacia el final del trabajo, lo siguen siendo en el XXI. Sus problemáticas se incorporan a la agenda pública cuando se vuelven epidemiológicamente peligrosos, cuando sus males son una amenaza para otras regiones. El cólera sacó a relucir sus carencias, pero cuando la epidemia finalizó solo las muertes por desnutrición les devolvió la mirada perdida. Dominaron las acciones de tipo solidario y compasivo, la imposibilidad de contagio volvió a esas ayudas más lentas. Sin embargo, cuando cada tanto el temor a la difusión de dolencias que los asolan reaparece y nuevamente resurge la vieja percepción de considerarlos “epidemiológicamente peligrosos”, la mirada social y oficial de nuevo se posa sobre ellos, hasta que el presumible contagio pasa y con él la atención hacia estos sectores.

Bibliografía y fuentes citadas

- Adrián Carbonetti y María Laura Rodríguez (2007) “Las epidemias de cólera en Córdoba a través del periodismo: la oferta de productos preservativos y curativos durante la epidemia de 1867-68”. En Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol. XIV, núm. 2. Adrián Carbonetti (2016) “Medicalización y cólera en Córdoba a fines del siglo XIX. Las epidemias de 1867-68 y 1886-87”. En Anuario de Historia Regional y de las Fronteras. 21 (2).
- Adrián Carbonetti (2007) “Cólera y conflicto en la ciudad de Córdoba, Argentina (1867- 1868)”. En Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina. 2ª época, vol. X, núm. 2.
- Adriana Alvarez (2012) “El cólera en Buenos Aires”. En Historelo Asociación Colombiana Regional y local Universidad Nacional de Colombia Facultad de Ciencias Humanas Departamento de Historia. Vol 4 nº 8 julio- diciembre.
- Adriana Alvarez y Daniel Reynoso (1995) *Médicos e instituciones de Salud* Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.
- Adriana Álvarez (2004) “El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires 1870-1915”. En História Revista. Revista do departamento de História e do Programa de pos-graduação em história. Vol. 9, Universidad Federal de Goiás, nº 2.
- Agustín Álvarez (1910) *Breve Historia de la Provincia de Mendoza*, Buenos Aires, Talleres de Publicaciones de la oficina Meteorológica Argentina.
- Anales del Departamento Nacional de Higiene (1895), año v.
- Archivo General de la Nación Ministerio del Interior, Obras Públicas. Archivo General de la Nación, año 1886 legajo nº 33.
- Bartolomé Novaro (1887) “Lazaretos y hospitales de aislamientos” Anales del Círculo Médico Argentino Tomo X Año X.
- Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud (1992) Volumen 113, Washington, EUA.
- Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud (1993) Volumen 114, Washington, EUA.
- Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud (1993) Volumen 115, Washington, EUA.
- Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud (1994) Volumen 116, Washington, EUA.
- Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud (1994) Volumen 117, Washington, EUA.

- Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud (1995) Volumen 118, Washington, EUA.
- Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud (1995) Volumen 119, Washington, EUA.
- Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud (1996) Volumen 120, Washington, EUA.
- Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud (1996) Volumen 121, Washington, EUA.
- Bulletin of the Pan American Health Organization (1996) Vol. 30, No. 2 Recuperado de <https://www.who.int/cholera/publications/global-roadmap-summary.pdf?ua=1>
- Caledonio Pareda (1885) *La cremación en Buenos Aires : Tesis inaugural* . Buenos Aires: Imprenta de Pablo E. Coni Especial para Obras, calle Alsina 60.
- Carlos Malbrán (1903) “Medidas preventivas contra el cólera. Ordenanzas” en *La Semana Médica*, Tomo XII.
- Cecilia Raffa (2007) “ El imaginario sanitario en mendoza a fines del siglo xix: obras de higiene y salubridad durante la intendencia de luis lagomaggiore (1884 – 1888)”. En *Revista de Historia Social y de las Mentalidades* Nº XI, Vol. 2. Departamento de Historia Universidad de Santiago de Chile
- Cynthia Folquer (2011) “Colera morbus y colera divina. Miedo a la muerte e imaginario religioso en Tucumán (Argentina) a fines del siglo XIX. En *Boletín Americanista* Año LXI, 1 n° 62 Barcelona.
- Diario El Tiempo, Buenos Aires, enero, febrero, marzo de 1895
- Diario Los Andes, Mendoza, 27 de enero de 1887.
- Diario El Orden, enero, 1887
- Diego Armus (2000) “El descubrimiento de la enfermedad como problema social”. En Lobato, Mirta (comp) *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Editorial Sudamericana, Buenos Aires.
- Eduardo Wilde (1923) *Obras Completas*. Primera parte. Científicas. Volumen II, Buenos Aires, Talleres Peuser.
- Eduardo Wilde (1870) “Informe sobre la sanidad marítima, Buenos Aires”. En *Cosas Viejas y Cosas menos viejas* en *Obras Completas* Vol. VI
- Emilio Coni (1895) *El saneamiento de Buenos Aires. Memoria descriptiva del servicio de aguas y de cloacas*. Paris, Bureau du Génie Sanitaire.
- Emilse Sosa (2015) *Vida y muerte en Mendoza, 1787-1923 : el sincretismo cultural a través de la funebria mendocina*. Mendoza : Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Cuyo. CD-ROM, RTF ISBN 978-950-774-286-6 Doctorado en Historia Facultad de Filosofía

- y Letras Universidad Nacional de Cuyo. Extraído de <https://es.scribd.com/document/371298829/Vida-y-Muerte-en-Mendoza>
- Germán Segura (1868) *Cólera - Morbus epidémico*: Tesis Facultad de Medicina Buenos Aires. Extraído http://www.bibliomedicinadigital.fmed.uba.ar/medicina/TESISH/Tesis_00839_Segura_German_Colera_morbus_epidemico_1868.pdf
- Gregorio Aráoz Alfaro (1938) *Crónicas y estampas del pasado*, Buenos Aires, El Ateneo.
- Guillermo Rawson (1891) *Escritos y Discursos* Tomo 1 y 2, Buenos Aires, Compañía Sudamericana.
- Héctor Recalde (1993) *Las epidemias de cólera (1856-1895). Salud y sociedad en la Argentina oligárquica*, Buenos Aires, Editorial Corregidor.
- Héctor Recalde (1991) “El cólera en la Argentina” en Revista Todo es Historia, n° 286.
Imprenta del Plata
- Ismael Bucich Escobar (1932), *Infortunios del pasado*, Buenos Aires, Talleres gráficos Ferrari.
- José Antonio Wilde (1881), *Buenos Aires desde setenta años atrás*, Buenos Aires, Eudeba.
- José María Ramos Mejía (1894) “La defensa de la Argentina contra el cólera y la fiebre amarilla”. En Anales del Departamento Nacional de Higiene, Buenos Aires, Año IV, n° 23 y 24.
- José Roque Ávila (1887) *Historia del cólera en la provincia de Tucumán* Tesis médica, Buenos Aires, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Buenos Aires. Extraído de:
http://www.bibliomedicinadigital.fmed.uba.ar/medicina/TESISH/Tesis_00881_Historia_del_colera_provincia_de_Tucuman_Avila_Jose_Roque_1887.pdf
- José Penna y Horacio Madero (1910) *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires* Tomo 1, Editorial Kraft, Buenos Aires.
- José Penna (1916) *Atlas Sanitario*, Buenos Aires, Ministerio del Interior. Departamento Nacional de Higiene.
- José, Penna (1897) *El cólera en la República Argentina*, Buenos Aires.
- José, Penna (1894) “Del rol de las epidemias en la despoblación de América”. En Revista de la Sociedad Médica Argentina, Vol. III, N, 13.
- José, Penna (1910) “Profilaxis del cólera”. En La Semana Médica, tomo XVII.
- José Penna (1895) “Enfermedades infecciosas en Buenos Aires”. En Anales del Departamento Nacional de Higiene, año V, n° 40 - 41.

- Juan José Montes de Oca Disertación sobre el Cholera Morbus: leída el 30 de junio de 1827. Extraído de http://www.bibliomedicinadigital.fmed.uba.ar/medicina/cgi-bin/library.cgi?e=q-00000-00---off-0tesis--00-2---0-10-0---0---0direct-10-TE--4-----0-1l--10-es-Zz-1---20-about-colera--00-3-21-00-0--4--0-0-01-10-0utfZz-8-00&a=d&c=tesis&srp=0&srn=2&cl=search&d=Tesis_00007_Montes_de_Oca_Juan_Jose_Disertacion_sobre_el_Cholera_Morbus_1827
- Leandro Ruiz Moreno (1949) *La Peste Histórica de 1871. Fiebre Amarilla en Buenos Aires y Corrientes*, Paraná, Editorial Nueva Impresora.
- Luis Mario Arias y Aleman Soane (1994) “La ‘provincia de Salta y el cólera, perfil de una epidemia “. En Revista Medicina Infantil Vol 1 numero 5.
- María Estela Fernández (2017) *La Salud: Instituciones, espacios y actores*. Tucumán, UNT.
- María Estela Fernández (2004) “Salud y condiciones de vida. Iniciativas estatales y privadas, Tucumán, fines del siglo XIX y comienzos del XX”. En: Álvarez, A. y Reynoso, D. (comps.). *Historia de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX y XX*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata. María Estela Fernández y María Laura Parolo (2008) “Controles, manifestaciones y límites del arte de curar en Tucumán durante el siglo XIX”. En A. Carbonetti y R. González Leandri (eds.), *Historias de salud y enfermedad en América Latina. Siglos XIX y XX*. Córdoba: CEA-CONICET, Universidad Nacional de Córdoba. Maximiliano Figuepron (2020) *Morir en las grandes pestes las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI.
- Nicolás Besio Moreno (1940) “Historia de las epidemias de Buenos Aires”. En Publicaciones de Cátedra de Historia de la Medicina, Buenos Aires.
- Nicolás Besio Moreno (1936) *Buenos Aires estudio crítico de su población (1536-1936)*, Librería Panamericana, Buenos Aires.
- Olga Bordi De Ragucci (1992), *Cólera e inmigración*, Buenos Aires, Editorial Leviatán.
- Primer Censo de la República Argentina* (1869) Buenos Aires, Imprenta el Porvenir.
- Rafael Berruti (1973) “Antecedentes de la introducción del cólera de 1867”. En la Semana Médica, Tomo XX.
- Raquel Prestigiacomo y Fabián Uccello (2001) *La pequeña aldea: vida cotidiana en Buenos Aires 1800 -1860*, Buenos Aires, Editorial Eudeba.
- Revista Humor (1992) número 310, marzo.
- Revista Humor (1991) enero.
- Revista Médico-Quirúrgica (1867) Buenos Aires, 8 de abril.

- Ricardo Araoz, (1888) *Estudio Clínico de la Epidemia de Colera en Salta 1887-1888* Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Buenos Aires. Extraído de http://www.bibliomedicinadigital.fmed.uba.ar/medicina/TESISH/Tesis_00885_Epidemia_de_colera_en_Salta_1887_1888_Araoz_Ricardo_188.pdf
- Ricardo González Leandri (2004) “El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900”. En: Anuario de Estudios Americanos, Sevilla, CSIC.
- Ricardo González Leandri (1999) *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires 1852-1886*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Segundo Censo de la República Argentina* (1895). Buenos Aires. Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, Buenos Aires.
- Telémaco, Susini (1895) “Algunas consideraciones históricas, sobre las epidemias de cólera en Sud América y especialmente en la República Argentina”. En Anales del Departamento Nacional de Higiene, Buenos Aires, Año VI, nº 10 y 11.
- Tercer Censo de la República Argentina* (1914). Buenos Aires, Talleres Gráficos de Rosso y Cia.
- Thomas Mckeown (1990) *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Barcelona, Editorial Crítica.

LA LEPRO Y SU EVOLUCIÓN EN LA REGIÓN

Irene Molinari

“La eliminación de la lepra continúa significando un desafío, un reto, una meta no alcanzada y nos encontramos más que ante el final de la endemia ante el principio del final, pues el epílogo de esta enfermedad aún no está escrito y si no se mejora la calidad vida, surge una vacuna eficaz y fármacos de acción más rápida, la enfermedad de Hansen puede persistir muchos años más. La gran batalla final es inseparable de la batalla contra la pobreza, el hambre y el subdesarrollo, única forma de conseguir un mundo sin lepra.”

José Terencio de las Aguas. Consejero de la Sociedad Internacional de Leprología (2005).

Introducción

Las palabras del médico Terencio de las Aguas recuerda a esta nueva pandemia que azota al mundo, el coronavirus, pues ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de las poblaciones: pobreza en vastos sectores sociales, falta de agua potable, precariedad de viviendas, sistemas de salud deficitarios, exclusión y desigualdad. Sumado a ello, el miedo al contagio que lleva a discriminar enfermos y personal sanitario que los atienden.

Revisitar algunos aspectos sociales, culturales y científicos sobre la lepra nos lleva a reflexionar sobre las nuevas pandemias.

La lepra o mal de Hansen¹ es una de las enfermedades infectocontagiosas considerada extinta por muchas personas. Debido a eso, no solo se pasa por alto la enfermedad, sino también a los afectados por ella.

El ser humano enfermo es la única fuente de infección. Se transmite de persona enferma a persona sana susceptible.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ideó, en el 2016, una estrategia global para esta enfermedad llamada “Acelerando hacia un mundo libre de lepra”. El objetivo era disminuir para el año 2020 la morbilidad a escala mundial para llegar a un marco de cero niños con discapacidades afectados por la lepra, una reducción de nuevos pacientes diagnosticados con deformidades, y una derogación de todas las leyes que permiten la discriminación de los pacientes (OMS, 2020).

Sin embargo, en este año 2020 a nivel mundial se calcula que existen más 280000 enfermos. Los tres países que reúnen la mayoría de los casos son India (63%), Brasil (11,7%) e Indonesia (7,8%); ellos concentran el 82,6% del total mundial de contagiados. (EFE-Salud, 2018).

Si miramos América y la desagregamos por países, la lepra sigue presente en 14 de 25 países americanos, donde se detectan 27000 nuevos casos cada año. Brasil con 25218 casos; tras él, Paraguay (341); Colombia (314); Venezuela (303); Argentina (295); Cuba (186); Estados Unidos (168); México (152); República Dominicana (125); Bolivia (69); Perú (23); Ecuador (18); y Uruguay (3), según el informe de la OMS (2020). Mientras que 10 de cada 100 casos nuevos corresponde a niños y niñas.

Según estudios de la Asociación Española Fontilles, referente en la lucha contra la lepra, ésta afecta por igual a hombres y mujeres. Sin embargo, aún hoy, en los países en desarrollo, las desigualdades de género imposibilitan un diagnóstico temprano y una correcta atención médica. Las detecciones en mujeres y niñas suponen solo el 39.2%, pese a no tener un menor riesgo de contraer la enfermedad.

1. Es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria llamada *Mycobacterium leprae*, descubierta en 1871 por el médico noruego G.A. Hansen. Afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y los ojos. Un diagnóstico precoz lleva a un tratamiento también precoz, cortando la cadena de contagio. El período de incubación puede ser de 3 a 5 años o más.

Si bien la lepra está en los países de nuestra región, la han eliminado como problema de salud pública, pues en general los funcionarios confunden los términos eliminación y erradicación. 'Erradicar' significa ni un solo enfermo, mientras que 'eliminar' como problema sanitario implica menos de un enfermo por 10000 habitantes.

Las autoridades sanitarias argentinas, en febrero de 2020, si bien estaban preocupadas por la cepa del coronavirus, su foco de atención eran los numerosos casos de dengue y lepra que se propagaban en Paraguay, Brasil y Bolivia, países con fronteras con la Argentina. Esta preocupación se trasladó con respecto al COVID-19 y a los casos que siguen creciendo en Brasil con escasas medidas sanitarias para controlarlos.

En nuestro país existen alrededor de 400 infectados con lepra y las causas se deben al hacinamiento, la pobreza y la falta de información. Como vemos, factores que inciden en el desarrollo del COVID-19.

La lepra en Argentina se focaliza en ciertas áreas endémicas (provincias del NEA, NOA y centro del país), aunque en los últimos años se han recibido notificaciones de casos residentes en áreas no endémicas (región de Cuyo y Patagonia). La ciudad de Buenos Aires y el Conurbano bonaerense son zonas de gran concentración de casos autóctonos y migrantes internos y externos. Antecedentes que se visibilizaron con la llegada del coronavirus.

Si bien la magnitud de la endemia es moderada, su importancia como problema de salud pública está dada por las discapacidades físicas y sociales, permanentes y progresivas que produce de no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, regular y completo. La medicación es facilitada por la OMS en forma gratuita (Ley 22.964) y su tratamiento consiste en una multidroga suministrada durante un año, o seis meses en los casos más leves, que logra eliminar la bacteria. Con el coronavirus, EE.UU. y algunos países han establecido una competencia para ser los primeros en encontrar una droga o vacuna que pueda luego salir al mercado con grandes beneficios económicos, a diferencia de otros países que, conjuntamente con las OMS, comparten los avances en las investigaciones. Nos preguntamos si las descalificaciones sobre la OMS estarán vinculadas a evitar la distribución gratuita de la medicación o vacuna contra el COVID-19.

Evolución de la lepra en la Argentina

La enfermedad tiene antecedentes muy antiguos en la región y en la Argentina en particular. Sin embargo, con respecto a nuestro país, las primeras alertas se iniciaron a fines del siglo XIX, cuando los primeros casos se detectaron en la ciudad de Buenos Aires, cuando llegó a las puertas de las clases acomodadas y se introdujo en el seno de sus hogares. En ese momento, los actores del Centenario comenzaron a pensar que era necesario ocuparse del problema; la lepra se había salido de su habitual dominio: los *desheredados de la fortuna*.

Un grupo de médicos informaron al Departamento Nacional de Higiene (DNH), máxima autoridad sanitaria, que los casos habían aumentado y que había que tomar medidas profilácticas urgentes por parte del Estado.

La urgencia y el temor se basaban en los antecedentes de otras enfermedades infectocontagiosas, como la fiebre amarilla, la viruela y el cólera, que azotaron especialmente la ciudad de Buenos Aires a fines del siglo XIX, y causaron numerosos infectados y muertos. A esto se sumaba la pandemia de gripe rusa (1889) que había provocado en el mundo un millón de víctimas fatales.

Si bien el DNH convocó en 1906 a una Conferencia sanitaria para tratar el tema, la preocupación y las acciones de la autoridad sanitaria estaban puestas en la gran cantidad de casos de paludismo en el norte argentino.

Las resoluciones de la Conferencia sobre la lepra ameritaron que se redactara un proyecto de ley para combatirla. Sin embargo, recién en el año 1926, con grandes resistencias de legisladores que provenían de las zonas más infectadas y a instancias de dermatólogos como el Prof. Aberastury, se sancionó la Ley 11.359 de profilaxis y tratamiento de la lepra. La ley privilegió los derechos de los sanos sobre los enfermos y el peligro del contagio. De esta manera, teniendo en cuenta las acciones de otros países como Noruega, Colombia o Brasil, dispuso el aislamiento obligatorio en sanatorios-colonias, que debían construirse a 50 km de distancia de una zona urbana. La idea del contagio estaba fuertemente instalada en el grupo de médicos debido a las enfermedades antes mencionadas y a la gripe española, desatada en el

año 1918. Las recomendaciones internacionales eran el cuidado de la higiene y el aislamiento riguroso de los enfermos.

Otra de las causas que motivaron la sanción de la ley fue que zonas indemnes se habían transformado en localidades leprosas. Esto sucedía pues cada familia enferma constituía un foco activo de contagio y diseminación. Además, existía otra categoría que eran los enfermos latentes que aparentemente gozaban de buena salud (con el COVID-19 los conocemos como 'asintomáticos'), pero que contribuían a difundir e incrementar la *plaga*.

Un punto importante de coincidencia entre los legisladores era la convicción de que los focos provenían de personas de países limítrofes, como Brasil y Paraguay, o de los inmigrantes europeos, especialmente, los italianos. Estas explicaciones perduraron a pesar de que la lepra se había afincado en el territorio y se había convertido en un fenómeno autóctono que afectaba en su mayoría a hombres y mujeres con menos recursos. Entonces, el problema lo situaban fuera de los límites de la Nación y por lo tanto, el culpable era el inmigrante, el "otro".

La preocupación de las autoridades sanitarias fue eclipsada por las enfermedades de rápida evolución, como la viruela, el paludismo, la mortalidad infantil o la anquilostomiasis.² Esta última enfermedad se desarrolló en el Litoral, especialmente en Corrientes. Las estadísticas revelan que el 68% de la población la padecía, por lo que se inició, por primera vez, una campaña profiláctica para dominar la infección.

En tanto, el mecanismo de contaminación del enfermo de lepra al sano se ignoraba, aunque se afianzaba la idea de la teoría del contagio, hipótesis que se puso de relieve al confirmar que los pacientes tenían profesiones u oficios con una alta exposición frente al público. Luego, cualquier habitante de distinta condición social y cuidado higiénico podría contraer la lepra. La situación se tornaba aún más *tenebrosa*, en palabras de los médicos, pues por esos años era frecuente la conviven-

2. Es una parasitosis del duodeno y parte alta del yeyuno producida por el nematodo anquilostoma duodenal y otra especie. Los adultos anclados en la mucosa intestinal succionan sangre del hospedador y produce anemia. Los niños y mujeres en edad fértil son los más vulnerables. El ciclo de vida del parásito -6 años- está íntimamente ligado a la pobreza rural en climas cálidos.

cia de familias en conventillos. El patio y las dependencias eran de uso común para los habitantes de la casa, en general, familias numerosas. En ese seno, el leproso podía contagiar a todo su entorno, especialmente, a los niños y jóvenes, que eran los más sensibles al contagio.

En este contexto, la llegada de las ideologías biologicistas a la Argentina desde principios del siglo XX, influyeron en la escena política, social, científica y, particularmente, en la medicina. El Estado moderno procuró definir diferentes estrategias para enfrentar las distintas enfermedades en el país y también lo que era “normal” y lo “anormal”. El concepto de enfermedad fue analizado bajo el prisma de la herencia y el peligro de la degeneración de la raza. Esto llevó al diseño de políticas de exclusión, de segregación y al aislamiento de los enfermos. Por eso, la eugenesia fue recibida con aceptación por numerosos médicos y funcionarios, especialmente para abordar enfermedades vinculadas a la sífilis, la lepra, la tuberculosis, el alcoholismo o la lactancia materna.

Además, algunos médicos consideraron que se debía tomar el modelo de Japón: el matrimonio era permitido previa esterilización de la mujer. Debía ser la mujer quien se sometiera a esta práctica, mientras el hombre gozaba de todas sus facultades sexuales.

Ante el creciente aumento de la lepra y el lento engranaje burocrático de las autoridades en implementar las propuestas sobre las medidas profilácticas, los dermatólogos se preguntaban si era posible dominar la enfermedad que se había convertido en endémica y autóctona.

El mal de Hansen era la suma de dos factores esenciales, el bacilo más un organismo receptivo. Entonces, ¿cuántos habitantes en la República eran receptivos de contraer la enfermedad? Este interrogante era una razón más para solicitar el aislamiento del leproso, pues era la base esencial, la piedra angular de toda la organización para la profilaxis efectiva de la lepra. Pero no el de todos los enfermos, sino el de aquellos en cuya piel y mucosas era posible encontrar el bacilo de Hansen y que la ciencia consideraba peligrosos.

Desde el Instituto de Microbiología, Higiene y Patología de Santa Fe (1929) se ratificó que la lepra se había convertido en autóctona y endémica. De modo que se reclamó a las autoridades sanitarias, a tres años de la sanción de la ley, que debían “hablar menos de lepra entre nosotros y hacer más”, pues consideraba que la ley de profilaxis

había servido “para crear leprólogos de escritorio” (Borzzone, 1929). Hasta ese momento, la única obra que les adjudicaba a las autoridades era haber creado “innecesariamente una publicidad de gacetilla”, que perjudicaba moral y financieramente a los leprosos. Esto se debía a que, en muchos casos, los enfermos eran despedidos de sus trabajos, por lo que caían en la indigencia y debían mudarse de barrio o de ciudad, para escapar de la estigmatización de los sanos hacia ellos.

Pensemos que por esos años, el Estado –a diferencia de los que sucede hoy con el COVID-19– no había implementado ninguna medida para el sostenimiento económico del enfermo ni de su familia. Además, lo que urgía era proporcionar una asistencia oportuna al leproso incipiente, curable y no contagioso, para impedir la cronicidad y que no se tornara diseminador de su enfermedad.

La importancia de la capacitación de los médicos y la investigación

Hacia fines de la década de 1920, Brasil, India, China o Hawai, aunque considerados atrasados con respecto a la Argentina, estaban más adelantados en las medidas profilácticas que nuestro país. Los médicos argentinos ni siquiera contaban con los elementos indispensables para combatir con éxito la enfermedad, a pesar del aumento sostenido de los casos.

La Asociación de Dermatología, a través de las cátedras que poseían sus miembros en las Facultades de Medicina, comenzó a formar jóvenes profesionales. La gran cantidad de pacientes que se acercaban a las consultas en los hospitales existentes, especialmente en el Hospital Muñiz y en el Ramos Mejía, posibilitaron las investigaciones. En un principio, los estudios se centraron en analizar la profesión y oficio de los enfermos; los síntomas; las lesiones iniciales y sus variedades; la inoculación de ciertos medicamentos y sus efectos, entre otras cuestiones.

La ciudad de Rosario también se fue perfilando como un lugar académico importante, por la formación de un grupo de médicos que trabajaban en la atención de enfermos y en la investigación de la lepra. Este grupo tendría como director a Enrique Fidanza, profesor

de la Universidad Nacional del Litoral y de reconocida trayectoria en la especialidad.

La Sala VI del Hospital Carrasco en Rosario, adquirió el carácter de Instituto de Leprología y sus médicos trazaron un amplio plan de estudios y ensayos terapéuticos. Esto permitió sacar conclusiones sobre el empleo de ciertos medicamentos que motivaron una serie de publicaciones a medida que verificaban su efectividad. Al mismo tiempo, con el acuerdo de los enfermos, se aplicaron diversas terapias, cuyos resultados fueron comunicados en los Congresos nacionales e internacionales. A su vez, organizaron la Sección Revisación de Convivientes, donde examinaban cada tres meses a todos los familiares o personas que hubiesen tenido un tiempo de convivencia con los pacientes en tratamiento. Esta Sección era la primera y única en el país. Cada conviviente examinado era registrado en una ficha especial, cuyo modelo fue propuesto por Fianza y sus médicos a la Sección Profilaxis de la Lepra, de la Liga de las Naciones, para su universal adopción. De esta manera, el grupo rosarino comenzó a constituirse en un referente con relación a las investigaciones sobre la lepra y en el tratamiento de la enfermedad.

Recién a principios de los años de 1930 se comenzó a registrar a través de estadísticas, los casos de lepra en el país. Sin embargo, la proyección de crecimiento de la endemia no se podía calcular debido a que muchos leprosos nunca se habían examinado, otros tenían diagnósticos equivocados y la mayoría no eran denunciados por los médicos. Por eso, se consideró que para poder acercarse a las cifras reales, se debía tener en cuenta la tasa oculta, es decir, se debía multiplicar por dos, o dos y medio, el número de casos bien conocidos. De esta manera, el cálculo arrojaba 5500 a 7000 enfermos. En cuanto a la mortalidad anual, era del 14%, calculada en un período de 7 años y referida al Hospital Muñiz. El 55% de los enfermos tenían las formas clínicas más graves, con bacilos con secreciones, que debían aislarse e internarse. Al mismo tiempo, estas cifras imponían la necesidad de un programa mínimo de 2000 camas para internación, pero solo se contaba con 300, la mayoría en muy malas condiciones y en locales estrechos e inadecuados.

Los obstáculos y diferencias que retrasaron lo dispuesto por la ley

La distribución geográfica de la lepra tenía como *víctima mayor* la provincia de Santa Fe, luego le seguía Entre Ríos y Corrientes. Junto con Capital Federal, la provincia de Buenos Aires y las entonces gobernaciones de Misiones, Chaco y Formosa, constituían *el gran vivero nacional hanseniano*. En vista de esta distribución, se discutió dónde se establecerían los sanatorios-colonias que la ley había dispuesto para los enfermos.

Las diferencias enseguida aparecieron. Mientras que la Sociedad Dermatológica se inclinaba por desplazar lo menos posible los vectores del contagio, lo que implicaba ubicar las colonias en las provincias afectadas, las autoridades políticas y los representantes de la sociedad civil de las zonas infecciosas bregaban por instalarlas en las zonas limpias, es decir, fuera de sus jurisdicciones.

También, hubo rispideces entre infectólogos y algunos dermatólogos sobre la ubicación. Mientras los primeros sostenían que los enfermos podían ser atendidos en los hospitales como el Muñiz, los dermatólogos preferían la construcción de asilos colonias. Aquellos se preguntaban por qué el enfermo pobre atendido en el Hospital Muñiz, podía implicar un peligro mayor de contaminación al de un enfermo pudiente asistido en su domicilio. Esto resaltaba el trato diferencial que se dispensaba con los enfermos según los recursos económicos que disponían.

Otro obstáculo para el cumplimiento de la ley lo constituía el mismo pueblo que se oponía a que se construyeran los sanatorios próximos al ejido urbano o cercanos a sus campos. En este sentido, los leprólogos y autoridades sanitarias fueron testigos de la intolerancia y prejuicios de la población hacia los enfermos y a la instalación de dispensarios o colonias para los leprosos, que eran vistos como un factor negativo para el desarrollo comercial. Un caso fue el de General Rodríguez en donde se decidió instalar un sanatorio-colonia. Apenas luego de haber comprado el terreno, se organizó una sociedad de defensa comunal “para ir a atacar aunque sea con cañones” (DSCDN, 1934) para impedir su instalación. Otro caso fue el protagonizado por el Dr. Puente, autoridad del DNH, con el dueño del hotel donde

se alojaba en Corrientes, quien se pronunció en contra de la construcción del sanatorio-colonia en la Isla del Cerrito, ubicada frente a Corrientes. El dueño del hotel manifestó que “ocasionaría graves daños a su negocio. Apenas se levantaran los cimientos, en compañía de cuatro o cinco comprovincianos decididos, haría volar la isla con dinamita” (Castillo Odena, 1933). Aunque probablemente no pasaron de ser amenazas verbales, tuvieron un carácter violento y demoraron las construcciones.

Estas resistencias también estuvieron relacionadas con el terror que se tenía a la enfermedad. Para el consenso general, la lepra era en extremo contagiosa; una enfermedad esencialmente deformante que volvía *monstruosa y repulsiva* a la persona e inevitablemente incurable. En este sentido, los médicos y aún el Patronato de Leprosos de la República Argentina, institución importante para la década de 1930, acentuaban la peligrosidad de la lepra cuando difundían el problema. Esta Institución recurrió a los modernos métodos de la época, como fue la propaganda en sus diversas formas, lo que le permitió instalar el tema en la opinión pública y, además, interesar al Estado para acelerar las medidas tendientes a la construcción de sanatorios-colonias. No obstante, la contracara fue la profundización de los miedos colectivos de la sociedad hacia los enfermos. El miedo también genera violencia.

Pese a que la ciencia médica había avanzado en sus investigaciones al establecer que el mal de Hansen era relativamente poco contagioso, el imaginario colectivo, construido durante cientos de años y reafirmado en las últimas décadas, prevaleció sobre lo descubierto por la ciencia, poco conocido y mal difundido.

A fines de los años de 1930, el gobierno de Roberto Ortiz dio cumplimiento después de doce años, a la Ley 11.359, con la habilitación y funcionamiento de los sanatorios-colonias. Se podía diferenciar aquellos que eran más sencillos, como el de Misiones y el de Córdoba, de otros más costosos, como el de la Isla del Cerrito, en Chaco y el de General Rodríguez, en la provincia de Buenos Aires.



Concurso de Afiches, premio. Utilizado en la propaganda mural con gran eficacia.

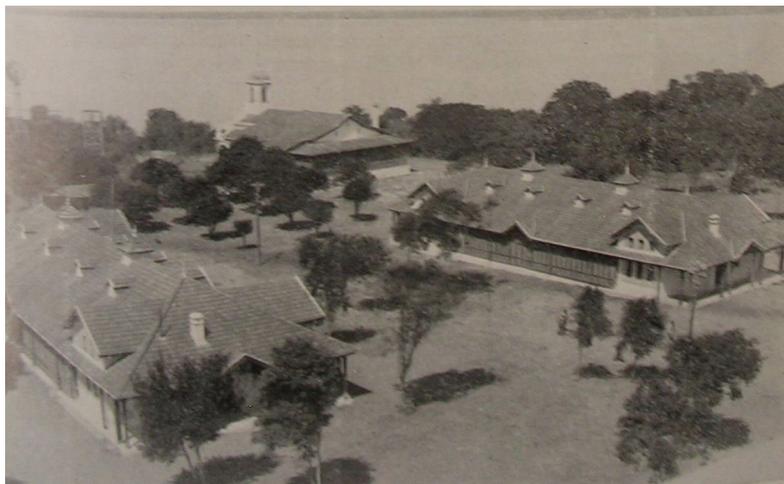
Sin embargo, el atraso en la aplicación de la ley volvió anacrónica la habilitación de los sanatorios-colonias. Los avances en el conocimiento de la enfermedad relacionada con las investigaciones de los leprólogos habían establecido que era más indispensable la creación de dispensarios dermatológicos. Estos permitirían que los pacientes se acercaran a la atención primaria, se detectara en forma precoz la enfermedad y, al mismo tiempo, se pudiera revisar a los convivientes.

No obstante, los sanatorios-colonias siguieron funcionando en casi todos los países sudamericanos –Colombia, Brasil, Perú, Venezuela y Guayanas– durante treinta años más, como una “barrera defensiva” entre los sanos y los enfermos, pues el leproso seguía constituyendo en el imaginario social un elemento peligroso para la sociedad.

A medida que se fueron habilitando los sanatorios-colonias, en los hospitales como el Muñiz fueron disminuyendo la cantidad de enfermos alojados, y se utilizaron como lugares de tránsito o para enfermos que no se los podía derivar a aquellos establecimientos. No obstante, la habilitación de los sanatorios no frenó el aumento de los casos de lepra, ni tampoco disminuyó la mortalidad.



Sanatorios-colonia Dr. Aberastury, isla del Cerrito, Chaco. Una sala para enfermos.



Sanatorios-colonia Dr. Aberastury. Vista del Conjunto.

Nuevos avances en la leprología

Para la década de 1920 se celebraron diversos Congresos para abordar distintas cuestiones sobre la lepra. El Primer Congreso Americano de Profilaxis Antileprosa (1922), realizado en Río de Janeiro, se encaminó para obtener un agente medicamentoso activo y la necesidad impostergable que los países americanos iniciasen la lucha contra la lepra. Mientras Brasil construía otro Instituto, anexo a una colonia para mil leprosos y a cargo del reconocido Instituto Oswaldo Cruz, la Argentina demoraba en ejecutar medidas necesarias para frenar el crecimiento de la enfermedad.

El problema se agravaba pues no existía una medicación eficaz. Los derivados del aceite de chaulmoogra en un primer momento habían hecho entrever grandes éxitos, pero investigaciones posteriores demostraron los magros resultados del medicamento. A raíz de esto, la Tercera Conferencia Internacional de la lepra (1923), celebrada en Estrasburgo, se había pronunciado para que las investigaciones se orientaran a descubrir un medicamento más efectivo.

Para la década de 1930, los avances en las pesquisas y las experiencias en los distintos sanatorios-colonias del mundo, comenzaron a establecer la diferencia entre las formas de lepra más benigna de aquellas más contagiosas y, en razón de ello, aconsejaron derogar las leyes de aislamiento absoluto del enfermo. Esto era importante establecerlo pues de esta manera se podía diseñar la lucha contra la lepra con otros criterios a los establecidos por la ley.

Los leprólogos rosarinos proponían diferentes instancias para ello: el aislamiento en sanatorios-colonias de las formas abiertas o avanzadas; el tratamiento ambulatorio de las formas cerradas o incipientes, con la creación de dispensarios dermatológicos y de un Hospital Suburbano; la vigilancia estrecha de los convivientes; una solución económica al enfermo y a su familia, dado que en su mayoría tenían pocos recursos; la educación de la población y la investigación científica. Finalmente, estas medidas debían ir acompañadas de Asilos para los hijos de Leprosos. El médico G. Hansen ya sostenía, en el siglo anterior, que la lepra iba inexorablemente acompañada de la miseria.

En el IV Congreso Internacional de la Lepra en El Cairo (1938), los delegados de Brasil y Argentina con la intervención del Dr. José M.M. Fernández, discípulo de Fidanza, presentó los avances tendientes a establecer las similitudes entre la lepra y la tuberculosis, lo que podía significar que la vacuna BCG serviría también para los casos de lepra.

El gran número de pacientes en los sanatorios-colonias fue visto por algunos investigadores como una oportunidad para estudiar, investigar y experimentar nuevos tratamientos. El sanatorio era un campo propicio para hacerlo: aislamiento, variación de casos y disciplinamiento que favorecía el control y monitoreo de una investigación. Sumado a ello, las expectativas de los enfermos que ansiosamente buscaban la cura a su enfermedad y autorizaban que se experimentara en sus propios organismos. Sin embargo, las investigaciones más trascendentes sobre el tema fueron de aquellos centros dermatológicos consolidados como el de Rosario. Fernández y Schujman, continuaron con el estudio clínico e histopatológico de las reacciones alérgicas en la lepra y con los estudios comparativos de las reacciones tuberculinas. Estas investigaciones les permitieron, en 1940, poder describir la reacción que se produce a las 48 horas de inyectar, por vía intradér-

mica, una suspensión de *Mycobacterium leprae*. El hallazgo fue importante debido a que demostraba si el paciente estaba sensibilizado o no con el bacilo de Hansen. El descubrimiento fue publicado por el *Internacional Journal Of Leprosy* y se lo conoció mundialmente como la reacción Mitsuda-Fernández.

En la misma década, el Dr. Guy H. Faget, que pertenecía al leproario de Carville, Estados Unidos, aplicó por primera vez una droga denominada promín, a base de sulfonas. Esta droga detenía en forma más rápida y más eficaz la infección. El inconveniente de esta aplicación fue la anemia en los enfermos. Por eso, Faget junto a otros médicos comenzaron a combinar el promín con glucosa, calcio y otras sustancias para aminorar los efectos contraproducentes.

Las sulfonas marcarían un nuevo hito en las investigaciones para la curación de la lepra, a tal punto que, con los años, se comenzó a pensar en la era presulfónica y postsulfónica. Rosario, con Fernández y Schujman, fue uno de los primeros centros de leprología donde se ensayó la droga en gran escala. De esta manera, el Servicio de Lepra del Hospital Carrasco se convirtió en una escuela de importancia internacional.



La Segunda Conferencia Panamericana de Lepra (1946), celebrada en Brasil, tuvo la presencia de alrededor de un centenar de delegados de diecisiete naciones americanas y científicos de otros países. Una de las conclusiones confirmó que la incidencia de la enfermedad era más alta en los grupos más pobres de la población.

Por su parte, el Dr. Fernández expuso que los estudios indicaban que había una doble etiología paradójica, pues por un lado la lepra era poca contagiosa pero, por otro, bajo ciertas circunstancias era altamente comunicable, por ejemplo si se introducía en una población por primera vez. Otra de las investigaciones se había realizado sobre las causas por las que había más hombres contagiados que mujeres. Sin embargo, cuando ambos sexos se encontraban en las mismas condiciones de exposición, como en la niñez, no había predominio de un sexo sobre el otro. El problema era que mientras no se conociera el mecanismo de contagio de la lepra, quedarían las posibles causas en el dominio de la especulación.

En cuanto a las enfermas, la esterilidad era poco común, aunque estuviesen comprometidas en formas lepromatosas avanzadas. Las estadísticas consultadas daban un índice bajo de natalidad; había factores que viciaban este resultado, pues no se debía a la infecundidad de la mujer, sino a la falta de oportunidad de fecundación, debido a motivos sociales, médicos, morales y hasta estéticos.

En los primeros años de la década de 1950 se celebró el VI Congreso Internacional de lepra (1953) en Madrid. Desde el último Congreso hasta ese año se había confirmado el valor de la sulfonas en el tratamiento de todas las formas de lepra. Además, tomaba relevancia las investigaciones sobre la vacunación con BCG en la campaña profiláctica.

Otra de las sugerencias fue la revisión de la legislación vigente en cada país, a la luz de las nuevas medicaciones y de las modernas bases de la profilaxis y asistencia social. Un nuevo problema que se planteaba al tener medicamentos más eficaces que iban dando el alta hospitalaria era la inserción del paciente en la sociedad después de largos años de confinamiento, sin recursos y con el estigma de haber contraído el mal de Hansen.

Un nuevo paradigma: mejorar las condiciones de salud, requisito esencial previo al crecimiento económico

En los años 1940, el nuevo paradigma puso el foco en la atención de la salud pública como condición para mejorar las condiciones de vida. Fue un proceso político y social de transformación de una higiene que era defensiva para atacar las enfermedades hacia una higiene preventiva para evitarlas o morigerarlas, con el concepto de valorizar la salud.

Estas ideas fueron adoptadas por el ministro de salud del presidente Juan D. Perón, el Dr. Ramón Carrillo. Las prioridades fueron la unificación de los servicios de salud en un organismo nacional, el Ministerio de Salud Pública, la creación de hospitales y la presencia más fuerte del Estado en diferentes regiones.

Con esta nueva gestión, se logró fichar a 5714 enfermos, que al multiplicar por dos y medio, se acercaba a 12.000 casos. El índice endémico era 0.42 por mil. Esto indicaba que la epidemia iba en aumento y la expansión había llegado a zonas no castigadas o escasamente afectadas por el flagelo. El 80% de los casos más graves se concentraban en el Chaco, mientras que el 25% del total de enfermos conocidos estaban internados. Esto significaba que, para el desarrollo del país, era necesaria la extinción de enfermedades como la lepra, pues un país con lepra era considerado internacionalmente como atrasado. Esta concepción de asociar la lepra con países incivilizados no fue modificada con la existencia de los sanatorios-colonias y el aislamiento de los enfermos. En otras palabras, una visión eurocéntrica que estigmatizaba a los países con lepra menos industrializados, a pesar que Europa aún tenía casos registrados y que en América habían sido ellos quienes la introdujeron. Al mismo tiempo, una sociedad que aceptaba los planteos discriminatorios.

Con Carrillo se nacionalizaron los dispensarios que estaban a cargo del Patronato, se inauguró un Dispensario Central de Dermatología en Capital Federal y se comenzó a administrar en forma gratuita la sulfonoterapia en todos los sanatorios y dispensarios oficiales, entre otras medidas. También, se puso como eje de la profilaxis el diagnóstico precoz y la existencia de especialistas para que lo garantizaran. Carrillo sostenía que era un problema social, debido a que interve-

nían varios factores: el ambiente de trabajo, la ignorancia, la miseria, el déficit de alimentación, la cultura general. En función de esto, se le asignó suma importancia al servicio social –visitadoras de higiene, luego, asistentes sociales–, encargado de dirigir su acción al conjunto de causas indirectas que coadyuvaban a desarrollar la enfermedad. Se completaba con un régimen de asistencia social para las familias cuyo enfermo no tuviera jubilación. Estas medidas serían el eje futuro de la profilaxis social de la lepra.

Por su parte, el Dr. A. Horwitz, responsable de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) había declarado la necesidad de articular el desarrollo socioeconómico con la salud, para obtener mejores condiciones de vida. La nueva orientación de la OPS en manos de un latinoamericano influyó para darle prioridad a los problemas sociales, en especial, los relativos a la salud y a estimular la inversión en estos temas por parte de los países miembros. Estos conceptos fueron reafirmados en la Carta de Punta del Este: “el mejoramiento de las condiciones de salud era un requisito esencial previo al crecimiento económico” (OPS/OMS, 1961). Por ese motivo, se dio lugar a la Resolución denominada “Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso”. Esto se enmarcaba dentro de la fuerte política internacional de John F. Kennedy para contrarrestar la expansión de la URSS en el continente americano. Por lo tanto, EE.UU. apoyaba una teoría general del desarrollo capitalista para desarticular cualquier vía revolucionaria.

Si bien el continente americano era un área de endemia poco extensa, había países en los que los índices de prevalencia alcanzaban cifras elevadas, como en las Guayanas Francesa e Inglesa, Surinam, Guadalupe, Puerto Rico, Brasil, entre otros. En general, las áreas observadas aisladamente, salvo Brasil, no representaban problemas sanitarios de mayor importancia con respecto a la lepra. Pero cobraban significación cuando se relacionaban con la característica más importante de la endemia, que era su potencial difusión.

El advenimiento de una nueva terapéutica activa renovó el interés en las posibilidades de lograr un control efectivo de la enfermedad. Estas circunstancias motivaron un movimiento revisionista en materia de profilaxis, que propuso la quimioterapia intensiva de todos los pacientes.

En el Seminario Panamericano de la lepra, celebrado en Belo Horizonte, entre junio y julio de 1958 y auspiciado por la Organización Sanitaria Panamericana (OSP), se estableció que el tratamiento ambulatorio era el recurso de control más eficaz del que se disponía. Por lo tanto, la lepra había dejado de ser una enfermedad especial, para convertirse en una más de las muchas afecciones transmisibles. Eso demostraba que el diagnóstico y tratamiento precoces constituían las medidas más efectivas. A pesar de ello, muchos países continuaron aplicando los métodos clásicos de vigilancia.

A su vez, en el Seminario se pusieron de relieve las desventajas que constituía el aislamiento obligatorio en establecimientos especiales como las leproserías. Entre las desventajas se hallaban: el ocultamiento de gran número de enfermos por temor a ser internados; gastos elevados para el erario público; desintegración y estigmatización de la propia familia, que hacían más difícil su reajuste social. Por lo tanto, el Seminario recomendó abolir el aislamiento obligatorio y reemplazarlo por el tratamiento ambulatorio extensivo, entendiéndose por tal el tratamiento de la totalidad de los enfermos conocidos con el fin de lograr su negativización bacterioscópica en el menor plazo. De igual modo, las recomendaciones de Belo Horizonte fueron retomadas y confirmadas en el VII Congreso Internacional de Leprología (1958), celebrado en Tokio. En lo que se refería a los informes técnicos, se señalaba que las sulfonas, a pesar de sus limitaciones, eran una droga efectiva, no desplazada hasta ese momento.

En la era presulfónica, la lucha epidemiológica se fundamentó en el trípode estático: sanatorio-colonia, dispensario antileproso y preventivo. En cambio, con la aparición de las sulfonas, los criterios y métodos fueron modificándose, debido a que se tenía un mejor conocimiento de la enfermedad; se conocían las formas clínicas de la lepra y, por ende se podían establecer si eran o no contagiosas; se contaba con un tratamiento efectivo y, por último, había medidas precisas de prevención e indicios ciertos de inmunización. En síntesis, la tenaza de la lucha antileprosa estaba fundada en dos pilares: diagnóstico precoz y tratamiento, que con las sulfonas, cortaban la cadena de los contagios. Esto implicaba diseñar un plan de lucha nacional e integral contra la lepra más dinámico.

Una nueva campaña nacional

A fines de la década de 1950 la lepra en la Argentina se había constituido en un problema sanitario, económico y social. Sin embargo, hubo otra enfermedad más acuciante que fue el mal de Chagas, con un millón de afectados y 230000 casos estimados de cardiopatía chagásica, mientras que los índices de mortalidad la ubicaron por encima de la tuberculosis, la brucelosis, la lepra y la hidatidosis. El Ministro de Salud Héctor Noblía, durante la presidencia del Dr. Arturo Frondizi, le dio prioridad al mal de Chagas y organizó un programa nacional de lucha que preveía su erradicación supuestamente en un plazo máximo de cinco años.

En tanto, los leprólogos siguieron trabajando sobre el problema de la lepra y junto al Ministerio de Salud Pública sostuvieron la necesidad de tener un nuevo enfoque para erradicarla. Por ese motivo, se inició la Campaña Nacional contra el mal de Hansen. Para ello, el 28 de diciembre de 1960 el gobierno nacional firmó un Convenio con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, que fue denominado Convenio Tripartito Argentina 28. Para el mismo año, en otros países sudamericanos se suscribieron los Convenios tripartitos, como en Colombia para combatir la Malaria.

El área de acción se desarrolló en la Capital Federal y en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Entre Ríos, Chaco, Corrientes, Formosa, Misiones, Córdoba, Santiago del Estero, Tucumán y Salta, regiones que constituían la zona endémica de lepra en el país, con una prevalencia media de 0.74 enfermos por mil habitantes. Fundamentalmente pasó de una acción estática a una dinámica. Esto iría acompañado por una serie de medidas tendientes a no estigmatizar a los enfermos.

La mirada de los leprólogos del interior era reacia a que se centralizara desde la Nación, un plan para erradicar la enfermedad. Se apoyaban sobre el criterio de que Buenos Aires desconocía el terreno geográfico en el que se aplicarían las normas, incluso el propio factor humano. En este sentido, con la iniciativa de los leprólogos que trabajaban en las provincias –Chaco y Santa Fe– y con acuerdo de sus propias autoridades sanitarias, se ejecutaron medidas de profilaxis, en las que médicos, maestros, estudiantes, obreros y miembros de diversas

entidades participaban en la solución del problema. De esta manera, sostenían que la Dirección Nacional de Lucha Antileprosa solo debía dictar las normas y coordinar la labor, pero la ejecución quedaba exclusivamente a cargo de las autoridades sanitarias de cada provincia.

La inestabilidad política durante la década de 1960 fue motivo para lentificar o discontinuar las medidas programadas en la campaña. De modo que, ésta quedó a cargo de los leprologos con el acuerdo de las Secretarías de Salud de las provincias respectivas. Al conjugarse la experiencia científica, la práctica médica y la decisión de los leprologos de seguir con la campaña, resultó muy eficaz para detectar y disminuir los casos.

En otras palabras, el carácter dinámico de la campaña –ir a buscar al enfermo y la participación de la comunidad- hicieron que hacia fines de los años sesenta se pudiera controlar la endemia, aunque no fuera posible su erradicación. Este nuevo enfoque de la profilaxis sobre la lepra también fue significativo para el propio enfermo, en tanto el leproso se convirtió en un paciente más que podía ser tratado en hospitales generales, en el servicio de dermatología sin ser *discriminado*.

El gobierno de facto del General Onganía, escudado en que los sanatorios-colonias representaban un gasto muy elevado para el erario público, comenzó su reconversión o cierre definitivo. Las primeras medidas fueron disminuir los días de internación. Luego fueron convertidos en hospitales polivalentes, geriátricos o lugares turísticos con concesiones privadas, como el Sanatorio Aberastury en la Isla del Cerrito.

A mediados de la década de 1970 existían 11576 casos tratados con monoterapia sulfónica. En la década de 1980 se reemplazó por el tratamiento poliquimioterápico. Con el Programa Nacional de Lepra que dependía del Ministerio de Salud y referentes nacionales y provinciales, se posibilitó que en 2011 disminuyeran los casos registrados a 736 pacientes y en el 2016 a 513 pacientes en tratamiento.

Si bien Argentina alcanzó la meta de eliminación a nivel nacional definida por la OMS, persisten algunos bolsones endémicos en los que la carga de la enfermedad es superior, como en la provincia de Formosa.

A modo de cierre: algunas reflexiones

El recorrido de toda enfermedad cuya etiología, reproducción, período de incubación se desconoce y, por consiguiente, también se desconoce un tratamiento eficaz, pone en evidencia la importancia de las políticas públicas en cuanto promotoras y subsidiarias de las investigaciones, a fin de lograr resultados más rápidos y efectivos para controlar, eliminar o erradicar la dolencia, endemia o pandemia. Cuando la ciencia y el gobierno marchan coordinadamente se pueden obtener resultados más prometedores.

En el caso del mal de Hansen, las medidas discontinuas, la inestabilidad política y una sociedad civil que ponía obstáculos y demoras en la ejecución de la ley, dio como resultado el aumento de enfermos y el paso de casos aislados a convertirse en una enfermedad endémica.

A su vez, el miedo, la ignorancia y los prejuicios llevaron a la discriminación de los enfermos de lepra, a su pauperización y la de su familia, que no contaba con asistencia por parte del Estado, salvo a partir de la administración del peronismo. De este modo, el enfermo quedó relegado como sujeto sanitario en las políticas estatales. Se le dio prioridad a las necesidades de los sanos y a las demandas de los sectores económicos.

No podemos dejar de destacar la importancia de implementar políticas educativas públicas para poner en conocimiento a la población sobre las enfermedades, con la finalidad de disminuir sus miedos. A su vez, para una mayor eficacia en el control y profilaxis, también se necesita contar con la participación de la población para que, en forma consciente y responsable, colabore en la prevención de las enfermedades.

Por último, este recorrido por el mal de Hansen nos permite reflexionar sobre la pandemia de COVID-19. Es fundamental que el Estado se involucre en forma activa para el desarrollo de la ciencia, lo que permitiría, en el caso del COVID 19, con sus contradicciones por ser una cepa desconocida, el avance en las investigaciones de los infectólogos, epidemiólogos y diversas disciplinas que bregan por encontrar paliativos, vacunas, tratamientos eficaces e insumos más seguros para la protección del personal sanitario y del enfermo. El poner la salud en primer lugar para crear las condiciones de un crecimiento

económico sostenido nos permite valorizar las políticas públicas sobre el valor de la vida.

Sin la solidaridad y colaboración de la población ninguna medida puede ser eficaz. Sin un Estado presente solo se llega a resultados con grandes pérdidas humanas. Nuestros hermanos latinoamericanos pueden dar prueba de ello.

Bibliografía y fuentes

- Adriana Álvarez (2020) “La Historia del COVID 19 en tiempos del Coronavirus. Un ensayo inconcluso” En Pasado Abierto. Revista del CEHis, Nº 11, pp.215-235
- C. Guillot y A. Curci (1946) “Embarazo y Lepra. Consideraciones acerca de la lepra en los estados fisiológicos femeninos”. En Revista Argentina de Dermatosisifilología. Tomo 30, p.313-316.
- Carlos. Veronelli y M. Veronelli (2004) *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*, Buenos Aires, OPS.
- Diana Obregón Torres (2002) *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia*, Bogotá, Banco de la República.
- Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Nación (1934), Tomo I, Bs.As.
- Diario La Verdad (2020) “No solo preocupa el coronavirus, también el dengue y la lepra”, Junín.. <https://laverdadonline.com/no-solo-preocupa-el-coronavirus-tambien-el-dengue-y-lepra/>
- EFE : Salud, (2018) *Lepra, una enfermedad olvidada que continúa en activo*. Madrid, Redacción Salud. <https://www.efesalud.com/lepra-olvidada-activo/>
- Fundación Fontilles (2019) <https://fundacionfontilles.org/wp-content/uploads/2019/04/20190124-Dossier-DML.pdf>
- Irene D. Molinari, (2016) *Vencer el miedo. Historia social de la lepra en la Argentina*. Rosario, Prohistoria.
- Isidro Castillo Odena, (1933) “El problema de la lepra en Corrientes”. En El Hospital Argentino, Tomo III, Nº20, pp.39-40.
- Juan M Fernández y S. Schujman (1933) “La Organización y funcionamiento del Servicio de Lepra del Hospital Carrasco, desde su creación hasta la fecha”. En Revista Médica del Rosario, Nº 3, p.239.
- Jose Terencio De las Aguas (2005) “Situación de la lepra en el mundo”. En Med Cutan Iber Lat Am, 33(5), pp.191-192. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2005/mc055a.pdf>
- Juan Zabala (2010) *La enfermedad de Chagas en la Argentina. Investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias*. Bernal, UNQ,
- Karina Ramaciotti (2009) *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires, Biblos.
- Luis Pierini (1928) “Tratamiento de la lepra en el Hospital Muñiz”. En La Semana Médica, Año XXV, Nº 43.
- Marisa Miranda y G. Vallejo (2005), *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires, Siglo XXI.

- Marcial Quiroga (1964) *Historia de la Lepra en Argentina*. Buenos Aires, Ministerio de Justicia y Educación.
- María Silvia Di Liscia (2004) *Higienismo, educación y discurso en la Argentina (1870-1940)*. Santa Rosa, Universidad Nacional de La Pampa.
- Ministerio de Salud (2016) *Consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra*, Buenos Aires. <http://www.anlis.gov.ar/cendie/wp-content/uploads/2018/04/Manual-de-procedimientos-de-Lepra-20182.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2020) *Estrategia mundial para la lepra 2016-2020*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225874-sp.pdf;jsessionid=E3DE-D0E6A154752407EEDDFD9F0F9DDB?sequence=11>
- Pedro L. Balaña (1926) “Sobre la manera de llevar a la práctica la ley nacional antileprosa”. En *La Prensa Médica Argentina*, N° 19, pp. 627-632.
- Pilar González Moreno (2017) “La lepra y sus confines”. En *EFE: Salud*, Alicante. <https://www.efesalud.com/lepra-confines/>
- Rodolfo Borzone (1929) “La Lucha contra la lepra en Santa Fe. Diagnóstico precoz, tratamiento y profilaxis. Anteproyecto para la formación del fondo de lepra en Santa Fe”. En *Quinta Reunión de la Sociedad Argentina de Patología Regional del Norte*, Jujuy, p. 468.

SARAMPIÓN: UN VIEJO MAL QUE REAPARECE

Daniel Reynoso y Juan Pablo Ubici

Introducción

A fines del año 2019, y casi en el mismo momento que en aparecían los primeros casos de un nuevo virus que paralizaría al mundo, el SARS-CoV-2¹, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informaron que, en distintas regiones del mundo, en ciento ochenta y siete Estados se estaban registrando brotes epidémicos de sarampión (OMS, 5/12/19). En los primeros siete meses de 2019, se detectaron 364 808 contagios confirmados frente a 129 239 del año anterior para el mismo período: se había triplicado la cantidad de afectados (OMS, 12/08/2019).

Si bien el COVID-19 opacó la alerta lanzada por la OMS, no perdió vigencia al momento del desarrollo de la pandemia. El sarampión es un virus muy contagioso, que ataca en la infancia provocando la muerte en más de la mitad de quienes no llegan a su primer año de vida.² Pese a la larga existencia de una vacuna segura (1963) para su prevención, y de la realización de campañas masivas de vacunación durante décadas, que aplacaron la transmisión de esta enfermedad, las recurrentes reapariciones en diferentes partes del globo, entre las que se encuentra la región de América Latina, y en particular en la República Argentina,³ generan una serie de interrogantes vinculados a su desarrollo, control y retorno.

El regreso del sarampión amerita mirar en perspectiva histórica el comportamiento de esta dolencia, cuyos primeros datos se remontan a la época de la conquista. A partir de entonces tuvo una presencia permanente en estas tierras, hasta fines del siglo XX cuando fue controlado. La historiografía no ha puesto su mirada sobre esta enfermedad, por lo que

existe un gran vacío explicativo tanto en cuanto a su comportamiento epidémico como al impacto que tuvo en el entramado sanitario: ¿Cuáles fueron las respuestas médicas?, ¿cuánto sobre él conocía la ciencia médica cuando se hizo presente en tierras americanas?, ¿qué medidas preventivas fueron implementadas?, ¿cuándo y cómo se logró su control a lo largo del siglo XX? y ¿cómo entender su reaparición? son algunas de las explicaciones que nos proponemos brindar en este capítulo.

El largo camino entre origen, conocimiento y el descubrimiento de la vacuna

El sarampión forma parte de las viejas enfermedades que asolaron el mundo antiguo. Algunos registros lo ubican durante el Imperio Romano (entre los años 165-180 d.C. y 251-266 d. C.), aunque para la misma época, y aún muchos siglos después, también se hizo presente en China como consecuencia del desarrollo del comercio entre las poblaciones del centro de Europa, China, la India y Medio Oriente (Fadic y Repetto, 2019).

Varios fueron los tratados que describían al sarampión en las centurias anteriores, pero fue en el siglo XVIII cuando Francis Home (1720-1813) logró reconocer la naturaleza infecciosa de la dolencia e intentó su prevención mediante una escarificación semejante a la que posteriormente realizaría Jenner en la viruela, y que ha sido descrito en el primer capítulo de este libro. Sin embargo, el conocimiento real de la enfermedad y de su epidemiología se debe al médico danés Peter Panum (1820-1885) quien, en 1846, describió una epidemia de sarampión en las islas Faroe y definió los períodos de incubación y transmisibilidad (Fadic y Repetto, 2019).

Posteriormente, el galeno alemán August Hirsch, en su *Manual de Patología Geográfica e Histórica* publicado en Berlín en 1887, hizo hincapié en la distribución universal del sarampión, informando sobre los brotes epidémicos ocurridos en otras partes del mundo, como las islas Fiji y el Amazonas. De esta forma, la epidemia alcanzó el hemisferio occidental simultáneamente a la llegada de las primeras colonias europeas, lo que permitió su propagación hacia el oeste junto con la emigración de estos colonos.

Durante el siglo XX aparecieron los mayores avances con relación al conocimiento de la etiología de la enfermedad y a sus posibilidades de prevención. En 1911, Joseph Goldberger, un médico estadounidense con experiencia en epidemiología y que había trabajado en México, Puerto Rico, Misisipi y Luisiana como parte del Servicio de Salud Pública combatiendo la fiebre amarilla, el tifus, el dengue y la fiebre tifoidea, realizó una investigación en conjunto con John F. Anderson, Director del Laboratorio de Higiene de los Estados Unidos, para investigar la transmisión del sarampión y el tifus. Lograron la identificación del virus y su naturaleza infecciosa quedó demostrada (Carballo López; García Torre y Saldiña, 1998).

Sin embargo, no dejaba de ser un problema sanitario grave. En Europa, durante los diez primeros años del siglo XX, el sarampión produjo una mortalidad global de un millón de víctimas. En Francia, de 1908 a 1913, causó más de treinta mil muertes, mientras que la difteria ocasionó veinticinco mil y la escarlatina cerca de diez mil defunciones. Durante la Primera Guerra Mundial y en la antesala de la pandemia de la gripe más virulenta de la que hay registro, la llamada “gripe española” (1918) también hubo brotes de sarampión en las trincheras entre los soldados que combatían en el frente. El siglo XX conoció al incontrolable sarampión, pero también brindó las herramientas para su control: la vacuna.

Del suero a la vacuna

Las primeras vacunas humanas contra el sarampión se basaron en virus débiles o atenuados que generaban la inmunidad.

La elaboración de la vacuna antisarampionosa viva atenuada comenzó en 1954 gracias a John Franklin Enders⁴, conocido como “el padre de las vacunas modernas”, quien junto Thomas Peebles aislaron el virus causal en cultivos de células renales humanas (Repetto 2003).

Luego, los estudios realizados a la vacuna en la década del 60 mostraron que, si bien era muy inmunogénica y protectora, también poseía reacciones clínicas adversas, como fiebre alta, erupciones e irritación de la piel. Una versión mejorada llegó cinco años después,

en 1968, gracias al trabajo del microbiólogo americano Maurice Hilleman, creador también de las vacunas para las paperas, la varicela y la meningitis, entre otras. Lo cierto es que la inmunización cambió de manera relevante la epidemiología del sarampión. Tal cual señalaba Ciro de Quadros (1999), en un momento en que la erradicación de la dolencia se veía cercana:

en la era prevacunal solía haber epidemias cada dos o tres años, en la mayoría de las zonas muy pobladas, pero con el uso generalizado de la vacuna se ha prolongado el intervalo entre epidemias y se ha observado un aumento en la edad promedio de las personas que contraen la infección. En las Américas, los casos notificados han disminuido notablemente y la mayoría de los países han comunicado una reducción del 99% en la incidencia, en comparación con la época anterior a la vacuna. (p. 589).

Julia Almagro, en un artículo titulado “Sarampión, la sombra de la epidemia” (2018), sostiene que la idea de erradicación caducó cuando la prestigiosa revista científica *The Lancet* publicó, en el año 1998, un estudio firmado por el equipo británico dirigido por Andrew Wakefield. Dicho estudio alegaba pruebas de la presencia del virus de sarampión en los sistemas digestivos de los niños autistas, donde sugería una relación entre la vacuna triple vírica para el sarampión, la rubeola y la parotiditis, con el desarrollo del síndrome y otros problemas, por lo que recomendaba la suspensión y su reemplazo por vacunas para una sola enfermedad.

En *La Gaceta Médica* se sostiene que de poco sirvió que la misma publicación terminase retirando el artículo debido a graves irregularidades en la investigación, puesto que fue una alerta para las posturas antivacunas, lo que se tradujo en un descenso en las tasas de cobertura, que llegó a poner en peligro la inmunidad conseguida (Almagro, 2018).

El arribo del sarampión al territorio americano

Un análisis de la *Medicina Sevillana* (1545) escrito por Jean d’Avignon hacia 1421, pero publicado más de un siglo después por Nicolás

Monardes, señala que entre 1398 y 1420 la ciudad de Sevilla padeció brotes epidémicos de gripe, viruela, sarampión, tifus, paludismo y difteria. Esta exposición durante años a estas enfermedades, les permitió a los europeos adquirir resistencia o cierta inmunidad relativa. En cambio, cuando estas enfermedades aparecieron entre los indígenas americanos transmitidas por los españoles tras su llegada, tuvieron entre ellos un efecto devastador.

Tal cual considera Alexis Diomendi (2003), ese efecto se debió a que la población nativa del continente jamás había sido expuesta a esas enfermedades, por lo que la diseminación de virus como viruela, influenza y sarampión dislocaron poblaciones enteras.

Por otro lado, Cordero del Campillo (2001) sostiene que la introducción de esclavos provenientes de África también fue otro elemento de propagación de enfermedades que eran desconocidas en estas regiones.

Lo señalado podría resumirse diciendo que, en 1518, la población aborígen ascendía a unos 25 millones de habitantes, diez años después había disminuido a 16,8 millones, para 1568 a 3 millones y para 1618 a solo 1,6 millones (Alexis Diomendi 2003). Si bien sabemos que estos cálculos son aproximados, abundan estudios que demuestran el impacto señalado. México central que tenía una población de 25,2 millones en 1519; pasó a 16,8 millones en 1532; a 6,3 millones en 1548; a 2,6 millones en 1568; a 1,9 millones en 1595 y, finalmente, un millón en 1605 (Escudero, 2017).

En el continente americano, la presencia del sarampión era desconocida y se considera que llegó a América con la expedición de Juan de Aguado a Santo Domingo, a finales de 1495. Luego la enfermedad pasó a Puerto Rico en 1508 y, como en anteriores ocasiones, siguió por las Antillas y llegó al continente. A Panamá en el año 1523; a México, en 1531; y a Guatemala, Honduras y Nicaragua, en 1532 (Cordero del Campillo, 2001).

En el extremo sur del Continente, la realidad no variaba demasiado. Desde su fundación, el territorio de la ciudad de Buenos Aires padeció numerosas epidemias. La viruela y el sarampión fueron algunos de los flagelos más terribles. Sufridas en especial por los negros mestizos e indios, estas enfermedades en sus formas de epidemia reaparecían cíclicamente.

Buenos Aires y la etapa prevacunacional

A principios del siglo XIX, la ciudad de Buenos Aires era caldo de cultivo para pestes y epidemias. Una de las causas se originaba en el descuido que se tenía con el agua destinada al consumo de la población. El agua era distribuida generalmente por los denominados aguateros, quienes no guardaban normas higiénicas. El preciado líquido era extraído de mismo río en que las lavanderas tenían sus piletones y adonde la policía acarrea los caballos y otros animales muertos. Estos -entre otros- factores hacían que el agua reclamara cierto grado de purificación que por entonces no recibía (Prestigiamo, 1999).

Aguas contaminadas y suciedad favorecieron la difusión de enfermedades. En general, la falta de estadísticas vitales impide señalar con rigurosidad los brotes epidémicos. En este caso, Besio Moreno resulta una fuente útil para recrear los años claves. Las epidemias de sarampión fueron en 1819, 1821, 1824 y 1835; de tífus, en 1801, 1817, 1829; de fiebre tifoidea, en 1831, 1833; y de escarlatina, en 1836 (Besio Moreno, 1940).

Al respecto, Nicolás Besio Moreno (1939) consideraba que

la entrada de los terribles morbus en el Río de la Plata y en Buenos Aires, debía ser triste privilegio de la segunda mitad del siglo XIX. En Buenos Aires, desde Rivadavia ninguna precaución ni medida se adoptó para preservar la invasión de los males, ni de confinarlos o reducirlos si penetraban y luego extirparlos. Ni se higienizó más la ciudad, ni se dictaron instrucciones para el pueblo, ni se adoptaron precauciones con los navíos de arribada, ni se vigiló el tránsito por las fronteras. Todo ello habría de pagarse algunas décadas después, carísimamente. (p.89)

En la mortalidad general, las muertes por causa de enfermedades infectocontagiosas (tifoidea, viruela sarampión, escarlatina, coqueluche, difteria y crup) tuvieron una participación importante en el período 1869-89, oscilando un promedio de 14,4% y en algunos años superaron el 20%. Para la demógrafa Victoria Mazzeo, a partir de 1890 el saneamiento de la ciudad comenzó a dominar las epidemias y la activa intervención de la instituciones de la medicina pública puso un freno visible a la mortalidad. Pasado el brote epidémico de 1900 (escarlatina), la mortalidad general se estabilizó con niveles cercanos

al 15 por mil, mientras que la tasa por infecciosas registra a partir de 1902 (exceptuando 1906) niveles inferiores al 1 por mil, desapareciendo prácticamente a partir de 1917 (Mazzeo, 1993).

Como se puede observar, el sarampión no ocupaba un lugar relevante entre las infectocontagiosas, ya que el primer lugar era para viruela, seguida por la tifoidea y la difteria y recién en cuarto lugar el sarampión. El mismo Secretario del Consejo de Higiene sostenía que “... las únicas epidemias que visitaban con frecuencia nuestro país son la viruela, la escarlatina, el sarampión y el coqueluche (...), siendo el sarampión la más benigna de todas las epidemias, (...) frecuente en la niñez y la juventud” (Montes de Oca, 1854:20)

Si bien año a año se la mencionaba, hasta entrado el siglo XX no hubo para el sarampión programa especial o campaña que lo diferenciara del resto de las dolencias que no tenían inmunización. De hecho hacia finales del siglo XIX, en el *Monitor de la Educación* se declaraba

la coqueluche y el sarampión han sido las (enfermedades) que produjeron el mayor número de casos. Todas estas epidemias pudieron ser combatidas con eficacia por las medidas higiénicas, por el envío de los enfermos a sus casas hasta su completa curación y por el conocimiento que el personal docente de los establecimientos de educación tiene adquiridos de los síntomas de todas estas enfermedades. Raramente fue necesario clausurar la escuela y en ese caso se ha procedido a una desinfección general de los locales y mobiliario por medio del ácido sulfuroso y blanqueo de las paredes (*El Monitor*, 1889:116).

El Cuadro 1 y el Gráfico 1 muestran el impacto que tuvo el sarampión en el contexto de otras enfermedades infectocontagiosas, entre mediados del siglo XIX y los primeros años del XX.

Además, el gráfico realizado por la Dirección de Estadísticas de la Provincia de Buenos Aires a fines del siglo XIX, muestra al sarampión como una dolencia leve frente al negro de la tuberculosis o el rojo de la viruela. El color verde claro asignado al sarampión era una definición de como se lo percibía.

Esto también tenía el correlato en el georeferenciamiento realizado para la misma época, en el que se puede observar su diseminación focalizada en determinados partidos del interior de la provincia, sin

que se pueda establecer una relación en cuanto a su distribución o a las zonas económicas involucradas a esa fecha.

El mencionado comportamiento del sarampión en Buenos Aires no distaba de lo que ocurría en capitales vecinas, como el caso de Santiago de Chile o Montevideo, en Uruguay, en donde aparecía de cuando en cuando y en forma epidémica. En el caso argentino, 1915 fue señalado finalmente como el año del primer brote del nuevo siglo, tras un período de cinco años sin presencia significativa del sarampión.

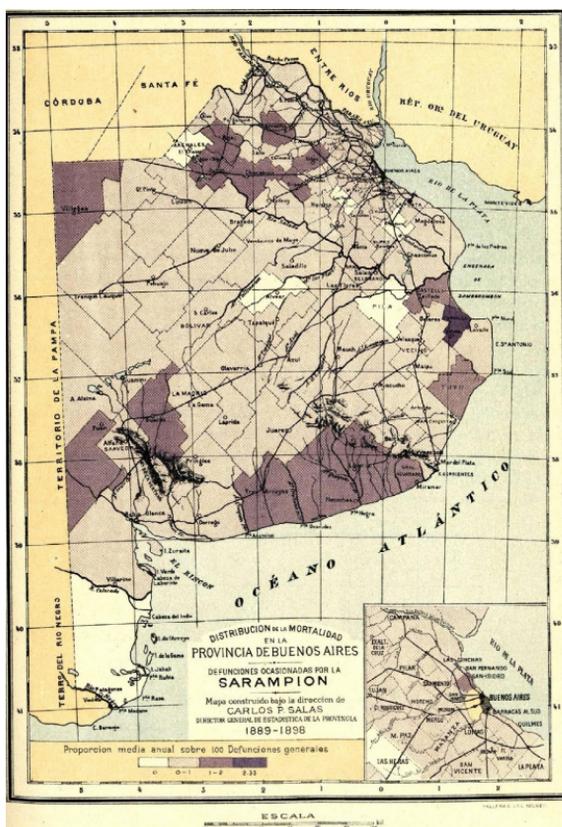


Figura 1: Dirección de Estadísticas de la Provincia de Buenos Aires 1889-1898. Fuente: Carlos Salas (1900).

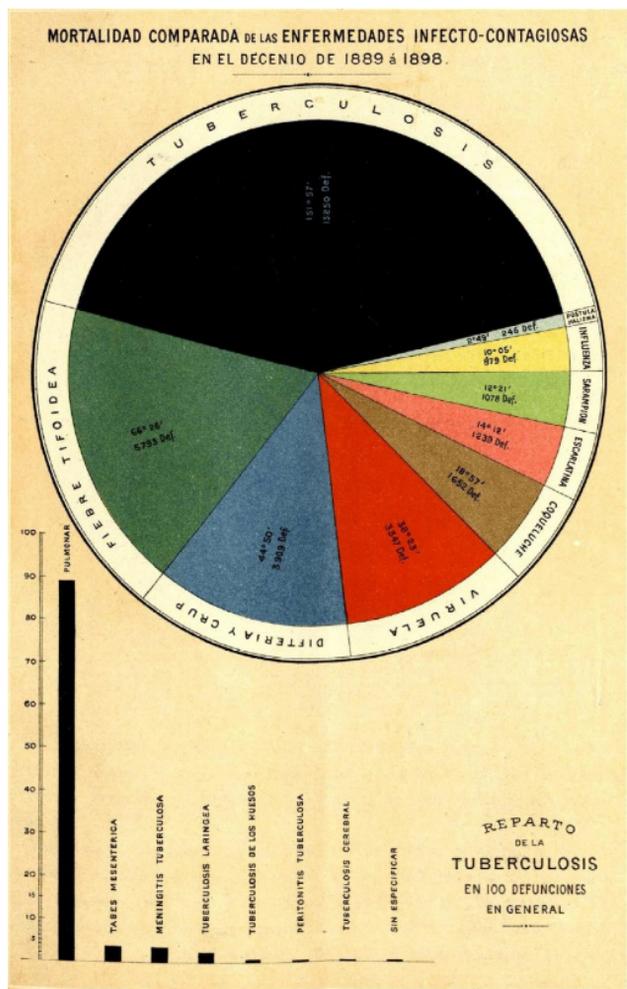


Figura 2: Dirección de Estadísticas de la Provincia de Buenos Aires 1889-1898. Fuente: Carlos Salas (1900).

Cuadro 1 (página siguiente): Epidemias de enfermedades infecto contagiosas registradas entre los años 1858 -1915 en la ciudad de Buenos Aires, y el número de víctimas que en cada una de ellas de registraron, en valores absolutos. Fuente: Extraído de Mazzeo, Victoria (1993). Mortalidad Infantil en la ciudad de Buenos Aires (1856-1986). Buenos Aires: CEAL, p. 21 y sig.

AÑO	EPIDEMIAS Y NÚMERO DE VÍCTIMAS						
	Fiebre Amarilla	Sarampión	Cólera	Fiebre Tifoidea	Viruela	Difteria y Crup	Escarlatina
1858	141						
1865		269					
1867			2				
1868			993				
1869			319	600			
1871	14				2		
1872					836		
1873		71					
1874		125	790				
1875					1		
1878						240	
1879					429	369	
1880					832	335	
1883					2		
1884		164					
1886			562			452	
1887		141	530		1	1	
1895	10	812					598
1900							359
1901					1		409
1906					970		
1910					543		
1915		353				402	

El siglo XX y la antesala a la vacuna

Sobre los datos epidemiológicos mostrados en el apartado anterior, se acuñó un concepto de “enfermedad benigna” en la Buenos Aires finesecular que comenzó a ser cuestionado en el nuevo siglo, a partir de un estudio sobre la profilaxis del sarampión realizado por los médicos Florencio Bazán y Enrique Sujoy en el Hospital de Niños de Buenos Aires y publicado por la Sociedad Argentina de Pediatría en 1937.

En su informe, Bazán y Sujoy advertían que la mortalidad por sarampión no era tan leve; por el contrario, podía variar entre el 3 y el 8% por ciento, e incluso elevarse notablemente, registrando una mortalidad extrema de un 70 % (Bazán y Sujoy, 1937).

Tomando como referencia las estadísticas municipales de la ciudad de Buenos Aires, se expone que existía una importante cantidad de niños fallecidos por esta enfermedad desde 1924 a 1936. Además, cabe destacar que se considera no sólo los fallecidos por la enfermedad en sí misma, sino también por las secuelas en las vías respiratorias postsarampión (bronconeumonía) que tenían impacto la mitad de los casos contabilizados bronconeumonía. (Bazán y Sujoy, 1937).

En el informe de referencia, Bazán y Sujoy (1937) estimaron que si la población de Buenos Aires constituía la quinta parte del total de la Argentina, y aceptando que la mortalidad en el resto de la República hubiera alcanzado la misma proporción que en la Capital, dentro de una visión optimista, se obtendría un total de dieciocho mil enfermos fallecidos de sarampión desde el año 1924 hasta el mes de setiembre de 1936, por lo que consideraban prioritaria la búsqueda de un método profiláctico eficaz para la disminución del índice de mortalidad en una afección que como decíamos es considerada por muchos, como benigna.

No era casualidad el cambio en la percepción del sarampión. Mirta Fleitas (2006) sostiene que los hogares de Tilcara, en 1930, fueron alcanzados por esta enfermedad y el coqueluche en momentos en que carecía de médico y de elementos sanitarios; es decir, la Argentina profunda experimentó un recrudescimiento de la dolencia, hecho que impactó en la forma de concebirla. En la década de treinta, los médicos (o algunos de ellos), pujaban por considerar a este mal bajo otros parámetros preventivos.

Cuadro 2: Hospital de Niños de Buenos Aires. Pacientes fallecidos. Años 1924-1936.

AÑO	SARAMPIÓN	BRONCONEUMONIA
1924	100	2185
1925	23	1943
1926	158	2227
1927	131	2311
1928	160	2114
1929	90	2198
1930	128	2153
1931	102	1357
1932	83	1801
1933	29	1677
1934	107	1855
1935	8	1661
1936	29	1054
TOTAL	1148	24527

Fuente: Bazán y Sujoy (1937).

En la búsqueda de ese método trabajaron desde el Hospital de Niños de Buenos Aires, aplicando extracto globulínico placentario a los pacientes internados por otras afecciones, que no habían tenido sarampión, con el fin de evitarles el contagio. Este método, que años más tarde y frente a la epidemia de poliomielitis fue reutilizado con la misma finalidad, procuraba atenuar los efectos de los virus que carecían de vacunas.

Los productos utilizados fueron dos: uno, facilitado directamente desde Estados Unidos por los laboratorios Lederle, especialista en vacunas; y otro, producido por el Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene. Un tercer producto de los laboratorios Lilly, también de Estados Unidos, no pudo ser utiliza-

do porque no se encontraba lo suficientemente desarrollado como para soportar los cambios térmicos durante el viaje hasta Buenos Aires (Bazán y Sujoy, 1937).

Como conclusión, en el trabajo de Bazán y Sujoy destacaban que el tratamiento en todos los casos fue inofensivo para los pacientes, con reacciones tan pequeñas que pasaron absolutamente desapercibidas. Por esto consideraban que esta medicación debería impartirse a título obligatorio en el medio hospitalario y escolar, pues era útil para atenuar los efectos del contagio.

Durante las décadas de 1940 y 1950 esta situación no se modificó. En un informe para la Sociedad Pediátrica Argentina, un grupo de médicos del Hospital de Niños de Buenos Aires explicaban que si bien no era una enfermedad habitual en los niños y permanecía fuera de las principales causas de mortalidad infantil, aún poseía una particularidad muy preocupante ya que, de los niños fallecidos durante una década, el 76,8% eran menores de tres años y, dentro de este porcentaje, el 51,8% menores de un año (Bazan, Allemand y Geiler., 1950).

En referencia a la mortalidad comparada y el impacto del coqueluche (cuyo número era superior al conjunto de todas las otras enfermedades) no difería para los médicos del Hospital de Niños de Buenos Aires de la situación en otros países vecinos, pero sí destacaban como parte del impacto de las nuevas tendencias a nivel nacional dentro del área de la salud, la importancia del medio ambiental de procedencia de estos niños: mala alimentación, infecciones repetidas, falta de cuidados que daban cuenta de estas cifras y que les hacía considerar que estas enfermedades merecían legítimamente la denominación de “enfermedad social”.

Antes que existieran las vacunas, prácticamente todos los niños de todos los países contraían el sarampión, pero el número de muertes en los países pobres superaba en trescientas veces las que se producían en los países ricos. Ello no se debía a que el virus fuese más virulento y tampoco a que hubiera menos servicios médicos, sino a que en las comunidades nutridas en forma deficiente los microbios atacan a un huésped que, por culpa de la desnutrición crónica tiene menor capacidad de resistencia. (Behar, 1974:83).

Cuadro 3: Niños infecto-contagiados. Servicio Enfermedades Infecciosas del Hospital de Niños de Buenos Aires.

AÑO	COQUELUCHE	DIFTERIA	ESCARLATINA	SARAMPIÓN	TOTAL
1939	1350	1289	496	251	3326
1940	515	1145	496	305	2461
1941	1625	1114	445	533	3717
1942	1489	910	536	182	3177
1943	2237	655	438	165	3495
1944	1259	717	539	708	3223
1945	1314	471	474	52	2311
1946	1534	463	448	163	2608
1947	1169	381	410	770	2730
1948	1364	326	429	130	2249
1949	692	395	117	74	1178
	13856	7421	4711	3259	29247

Fuente: Bazan, Allemand y Geiler (1950) y Año 1949 corresponde al Boletín estadístico de la Provincia de Buenos Aires..

Cuadro 4: Mortalidad comparada por enfermedad (1939-1948).

	ENFERMOS	FALLECIDOS	PORCENTAJE
ESCARLATINA	3491	81	2
SARAMPIÓN	2116	110	5
DIFTERIA	3913	629	16
TOS CONVULSIVA	2320	636	27

Fuente: Bazán y Sujoy (1937).

En 1953, durante un pico epidémico, desde el Servicio de Clínica Pediátrica del Hospital Mar del Plata, se realizó un estudio de la vinculación del sarampión con la encefalitis y la encefalomielitis, que nuevamente cuestionó la “benignidad” de esta enfermedad. Se explicaba que el sarampión era la enfermedad eruptiva que más complicaciones neuronales conllevaba, con un alto índice de morbilidad (Rubén Darío Cesar, 1953).

Hasta la aparición de la vacuna, el sarampión registró tres años epidémicos: 1957, con más de sesenta y seis mil casos notificados; 1964, con cincuenta y tres mil casos; y 1968, nuevamente con más de sesenta y seis mil casos. Las tasas de frecuencia por cada 100000 habitantes eran de 337,36; 238,80 y 293,0, respectivamente. Esta situación volvió a convertir a esta enfermedad en una amenaza mucho mayor que la poliomielitis, cuya presencia dominaba el escenario sanitario de la época (PAI Boletín Informativo, 1980).

A modo de cierre: la vacuna y sus efectos

La vacunación contra el sarampión en Argentina, si bien comenzó en 1965, no obtuvo resultados satisfactorios tanto por las bajas coberturas logradas en los programas como por la insuficiente cantidad de vacunas adquirida por el país durante la epidemia de 1968. A partir del año 1972, con la instrumentación de los operativos nacionales (Ley N° 19968) que declararon de interés nacional la preparación y aplicación de programas extraordinarios de vacunación antisarampionosa en masa sobre la población y la dotación de vacunas en cantidad suficiente, hubo un notable descenso en el número de casos notificados de sarampión. Los picos epidémicos que caracterizaron a los años anteriores a 1972 desaparecieron durante el período 1972-1975, cuando Argentina puso en marcha un amplio programa de vacunación (Adriana Álvarez, 2015).

Sin embargo, cuando se suspendió la vacunación contra el sarampión en 1975, el número de casos notificados comenzó a aumentar rápidamente. Una primera hipótesis se refiere a que en los años setenta solo se logró vacunar entre el 50% y el 60% de los niños de entre uno y nueve años. Aun así, eran muchos los niños/as vacunados que se-

guían contrayendo el sarampión. En los tiempos de epidemia, incluso cuando a los niños se les administraban tres vacunas, un porcentaje importante de los casos de sarampión se registraba en personas vacunadas (William J. Moss and Diane E. Griffin, 2006).

Durante el segundo semestre de 1976, se reanudaron las actividades de vacunación a tiempo para mitigar los efectos de la epidemia de sarampión que entonces estaba en su curso. Entre 1976 y 1979, el número de casos notificados de sarampión disminuyó en un 76%. También se registró un descenso en la tasa de frecuencia en 1978, que representaba una reducción del 66,8% en comparación con 1976, año en que se interrumpe la vacunación. A partir de entonces, y con los operativos de los años ochenta, la dolencia retrocedió y fue controlada, no se registraron casos conocidos ni alertas (Campaña Nacional de Seguimiento contra el Sarampión y Rubeola, 2018)

En el año 1994 se creó el Programa de Control, Eliminación y Erradicación del Sarampión en las Américas, en el que también estaba involucrado nuestro país. El programa tenía como objetivo interrumpir la cadena de transmisión del virus salvaje, para lo que se debía lograr una inmunidad poblacional contra el virus entre el 94 y el 97%. El mantenimiento de este nivel de inmunidad a través de la vacunación antisarampionosa era la principal herramienta para el control de la enfermedad (Jean-Marc Olivé, 1999).

Tanto los países desarrollados como los en vía de desarrollo que dieron prioridad al control de sarampión, lograron reducir sustancialmente la morbimortalidad por esta patología. Sin embargo, no se pudo evitar el resurgimiento oscilante del sarampión, que originó brotes en distintos países de América (Francisco José Valery Márquez y Rafael José Navas, 2018).

Así, en 1990, en el continente americano se notificaron 250000 casos de sarampión. En 1996, tres años después del inicio del Programa en toda la región de América, se notificaron 2.109 casos confirmados, lo que representó uno de los niveles más bajos jamás visto. No obstante este logro, en los años 1997-1998 hubo una reaparición significativa de la incidencia de sarampión en América, que se logró controlar a partir de 1999 a través de la implementación de campañas de vacunación de puesta al día.

Luego de un 1996 sin contagios notificados, el virus del sarampión volvió a ingresar en la Argentina por la frontera compartida con el Brasil. Tras la aparición de este brote, surgió la inquietud por la posible consolidación de una epidemia de dimensiones mucho mayores. En el año 1999 se alcanzó una reducción del 94% de los casos en comparación con los registrados en 1997 y del 78 % respecto a los del año 1998 (. Isa et al.,2009).

Anexo Cuadro de enfermedades infecto contagiosas 1882-1915

AÑO	POBLACION	MORTALI-DAD GENERAL	MORTALI-DAD POR INFECTO CONT.	PORCENTAJE MORTALIDAD IC
1858				
1865				
1867				
1868				
1869				
1871				
1872				
1873				
1874				
1875				
1878				
1879				
1880				
1882	364.979	3281		
1883	378.66	2.291		
1884	392.341	3.268		
1885	406.022	9.295		
1886	419.703	9.994		
1887	433.375	12.084		
1888	455.167	12.367	2.717	21,96
1889	523.452	14.736	2.815	19,10
1890	547.144	16.417	3	18,27
1891	535.06	13.014	2.432	18,68
1892	554.713	13.341	2.405	18,02
1893	580.371	13	2.24	17,23
1894	603.012	13.702	2.272	16,58
1895	677.78	16.417	2.205	14,75
1896	712.095	13.645	1.916	14,04
1897	738.484	14.216	1.925	13,54
1898	765.744	13.533	1.767	13,05
1899	821.293	13567	2.009	12,10
1900	821.293	16594	2009	12,1
1901	848.367	15807	1860	11,76
1902	870.237	14.097		
1903	895.381	13.996	1.563	11,16
1904	979.235	14.313	1.461	10,20
1905	1.025.653	15.916	1.551	9,93
1906	1.084.113	17.916	1.952	9,22
1907	1.129.283	18.616	1.648	8,85
1908	1.189.180	18.139	1.525	8,4
1910				
1915				

AÑO	NÚMERO DE VÍCTIMAS POR EPIDEMIAS					
	Sarampión	Cólera	Fiebre Tifoidea	Viruela	Difteria y Crup	Escarlatina
1858			141			
1865	269					
1867		1.653				
1868		993				
1869		319	600			
1871			13614	1.656		
1872				836		
1873	71					
1874	125	790				
1875				1.041		
1878					240	
1879				429	369	
1880				832	335	
1882	95		212	362	212	12
1883	5		180	1.51	180	12
1884	164		193	142	193	25
1885	17		209	736	209	67
1886	536	562	272	536	272	60
1887	141	530	280	1.299	280	62
1888	99		388	657	388	17
1889	317		532	240	809	23
1890	88		785	1185	902	77
1891	30		642	1196	453	51
1892	76		672	96	290	48
1893	83		572	181	236	111
1894	136		669	4	153	51
1895	129		588	76	286	598
1896	110		418	223	248	375
1897	94		534	107	353	123
1898	15		481	39	185	12
1899						
1900						359
1901				1.227		409
1902						
1903						
1904						
1905						
1906				970		
1907						
1908						
1910				543		
1915	353				402	

Bibliografía y fuentes citadas

- Adriana Alvarez (2015) "An account of a strategy to eradicate poliomyelitis in Uruguay and Argentina" En *Hygeia internationalis*, Universidad de Linköping. <http://www.ep.liu.se/ej/hygiea/> Volume 11, No. 1, Pág. 33 a 53.
- Alexis Diomedi (2013) La guerra biológica en la conquista del nuevo mundo: Una revisión histórica y sistemática de la literatura. En *Revista Chilena de Infectología*. Santiago, V. 20, N°1, P. 19 -25, 2003. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003000100003&lng=es&nrm=iso>. Consultado el 28/06/2020.
- Carlos, Salas (1900) *Estudio sobre las enfermedades infectocontagiosas en la Provincia de Buenos Aires. 1889-1898*.
- Cesar García Belsunce (Ed.) (1977) *Buenos Aires 1800-1830, Salud y Delito*. Buenos Aires, Emece.
- César, R. D. (1953) *Encefalitis y encefalomiелitis sarampionosa*. Archivos Argentinos de Pediatría. Año XXIV. Tomo XL.
- Ciro A de Quadros (1999) "Actividades de la eliminación del sarampión en las Américas". En *Revista Española de Salud Pública*, 1999, N 5 - septiembre-octubre 1999. Extraído de <https://scielo.org/article/resp/1999.v73n5/589-596/>
- El Monitor de la Educación Común (1889) Órgano del Consejo Nacional de Educación. Año XI N°163 Buenos Aires, agosto.
- Enrique Sujoy y Francisco Bazán (1937) "Ensayos sobre la profilaxis de sarampión". En *Archivos Argentinos de Pediatría*. Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría. Año VIII, N° 12.
- Francisco Bazán, *et al.* (1950) "El problema médico social y sanitario de la tos convulsiva." En *Archivos Argentinos de Pediatría*. Año XXI Tomo XXXIII N° 6
- Francisco Valery Márquez y Rafael Navas (2018) "Consenso Sarampión." En *Boletín Venezolano Infectología* Vol. 29 - N° 1, enero-junio.
- Guillermo Furlong (1969). *Historia Social y Cultural del Rio de la Plata*. T. 2 Buenos Aires: TEA.
- Guillermo Repetto (2003) "Sarampión." En *Enfermedades infecciosas inmunoprevenibles*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile. Pp. 313-333.
- Jean-Marc Olivé. (1999) "Estrategias de eliminación del sarampión en el mundo." En *Rev. Esp. Salud Publica* vol.73 no.5 Madrid.

- José Carlos Escudero (2017) “El impacto epidemiológico de la invasión europea en América”. En Revista Cubana de Salud Pública 43 (1).
- Julia Almagro (2018) “Sarampión, la sombra de la epidemia”. En Revista La Gaceta Médica. Disponible en: <https://gacetamedica.com/con-rayos-x/sarampion-la-sombra-de-la-epidemia-bh1696065/>
- Manuel Augusto Montes de Oca (1854) *Ensayo sobre las Enfermedades de Buenos Aires*. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Repositorio: Facultad de Medicina UBA.
- Maria Isa, *et al.* (2009) “Comportamiento epidemiológico del virus de sarampión en la provincia de Córdoba, Argentina en las etapas pre y post programa nacional de eliminación de sarampión”. En Revista Facultad de Ciencias Médicas 66 (Supl. 1): 30-34
- Mario Carballo López, M. T. *et al.* (1998) “El sarampión: una realidad y un desafío”. En Revista Cubana Higiene Epidemiológica [online] Vol.36, N 3 pp.169-178.
- Miguel Cordero del Campillo, (2001) “Las grandes epidemias en la América colonial”. En Archivos de Zootecnia, vol. 50, núm. 192, pp. 597-612 Universidad de Córdoba. Córdoba, España.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018) *Campaña Nacional de Seguimiento contra el Sarampión y Rubéola*. octubre – noviembre.
- Ministerio de Salud. *Actualizaciones y recomendaciones epidemiológicas*. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/home/funciones/alertas-epidemiologicos>. Consultado el 18/05/2020.
- Mirta Fleitas (2006) “Cuerpos Elocuentes: Epidemias y endemias en Jujuy durante la década de 1930”. En KAIROS. Revista de Temas Sociales. ISSN 1514-9331. Disponible en: <http://www.revistakairos.org> Publicación de la Universidad Nacional de San Luis. Proyecto Culturas Juveniles Urbanas Año 10. Nº 18 noviembre.
- Moises Behar. (1974) “A deadly combination.” En World Health. Febrero - marzo 1974. P. 29. Citado por Thomas Mc. Keown (1990) *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Crítica. P. 83.
- Nicolás Besio Moreno (1940) “Historia de las epidemias de Buenos Aires”. En Publicaciones de la Cátedra de Historia de la Medicina T. III, Buenos Aires.
- Nicolás Besio Moreno (1939) “Historia de las epidemias de Buenos Aires, 1536-1936”. En Buenos Aires. Puerto del Río de la Plata,

- Capital de la Argentina. Estudio crítico para su población 1536-1936. Buenos Aires: Talleres gráficos Tuduri. P. 143.
- Organización Mundial de la Salud. Nuevos datos de vigilancia de Sarampión de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/immunization/newsroom/new-measles-data-august-2019/en/>.
- Organización Mundial de Salud. Sarampión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles> 4106. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i3.1231>.
- Organización Panamericana de la Salud (2018) Actualización Epidemiológica: Sarampión. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/index>.
- Organización Panamericana de la Salud. Sarampión: Alertas y actualizaciones epidemiológicas. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sarampion-2183&alias=51810-28-de-febrero-de-2020-sarampion-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es
- PAI Boletín Informativo. (1980) Programa Ampliado de Inmunización en las Américas. Año II, Nº 4, agosto, p. 2
- Raquel Prestigiamio y Fabian Uccello (1999) *La pequeña aldea. Vida Cotidiana en Buenos Aires 1800-1860*. Buenos Aires: Eudeba.
- Ricardo Fadic y Repetto Guillermo (2019) “Sarampión: Antecedentes históricos y situación actual.” En *Revista Chilena de Pediatría*, vol.90, n.3 pp.253-259. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000300253&lng=es&nrm=iso. ISSN 0370.
- Victoria Mazzeo (1993) *Mortalidad Infantil en la ciudad de Buenos Aires (1856-1986)*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- William Moss y Diane Griffin (2006) “Global Measles Elimination”. En *Revista Nature Reviews Microbiology*.

EPIDEMIAS Y PANDEMIAS EN ARGENTINA

Miradas desde las Artes

Laura Sacchetti

Introducción

Las formas actuales de investigación histórica ampliaron considerablemente el material a revisar: lejos de preocuparse solamente por acontecimientos políticos, tendencias económicas, estructuras sociales, existe gran interés por reconstruir cosmovisiones, vida cotidiana, culturas. Tales búsquedas no podrían llevarse a cabo si se recurriese solamente a las fuentes tradicionales, como por ejemplo los documentos oficiales producidos por las administraciones y conservados en archivos. Por eso, junto a textos literarios y testimonios orales, cobran importancia las imágenes como testimonio histórico.

Buscamos una participación de las imágenes que sea enriquecedora para la comprensión de la historia. No se trata de ilustraciones que dicen a través de lo visible, lo mismo que el discurso escrito. Las imágenes constituyen un lenguaje en sí mismas y representan de manera sensible la sociedad en la que se produjeron y circularon. Si bien no dan acceso al mundo social concreto, sí nos acercan a las visiones de ese mundo propias de una época: a la visión que el hombre construyó de la mujer, a la visión de los obreros según la burguesía, a la visión de la población sobre la guerra o la peste.

Para reconstruir la historia es necesario leer entre líneas, tanto los textos como las imágenes, registrando los detalles significativos, así como las ausencias. Con esto se puede obtener mucha información acerca de prejuicios, tabúes, represiones que solo en perspectiva histórica salen a la luz.

A partir de estos conceptos asumimos la tarea de rescatar las imágenes que tematizaron las pandemias y epidemias que sufrió la Repú-

blica Argentina: algunas provenientes de lo que durante mucho tiempo fueron llamadas las bellas artes, otras reproducidas en dispositivos de circulación masiva. Unas y otras, puestas en contexto, producen un corpus de imágenes situadas que ayudan a completar nuestra mirada sobre el pasado.

El clima de época en el país durante el último cuarto del siglo XIX estaba afectado por un conjunto de temores que no eran exclusivos de Argentina: el mundo estaba en vísperas de ver acabada una paz precaria, amenazada por múltiples conflictos internacionales. Se trataba de temores clásicos para la humanidad: la guerra, el hambre y la peste.

Entre nosotros el arte empezaba a convertirse en un campo de expresión con artistas propios, muchos de los cuales habían perfeccionado sus estudios en Europa gracias a las becas otorgadas por el Estado, que reconocía el valor del arte en la definición de la identidad nacional. En este sentido encontramos tres obras paradigmáticas que dan cuenta de aquellos temores. La guerra, representada en *La vuelta del malón*, de Ángel Dellavalle; el hambre en *Sin pan y sin trabajo*, de Ernesto de la Cárcova; la peste, en *Un episodio de fiebre amarilla*, del uruguayo Juan Manuel Blanes. En el primero, la identidad busca construirse a partir del par antagónico civilización o barbarie, defendido por los ideólogos del centralismo porteño con claras intenciones de borrar la herencia colonial insertándose en el sistema mundo que Occidente imponía material y simbólicamente. En la obra de Dellavalle la barbarie se representa con violencia a través de un grupo de originarios que acaban de depredar símbolos de la civilización: la religión católica y mujeres blancas y cristianas. Para el público espectador de la generación del 80 estos elementos constituirían razones suficientes para respaldar el avance del ejército sobre los territorios de Patagonia y Chaco.

Por su parte, el hambre era un aspecto que no se quería visibilizar, aunque formaba parte de la realidad para muchos de los recientes inmigrantes y para los argentinos a quienes no llegaban los beneficios tan mentados por el poder hegemónico. De la Cárcova se atrevió a mostrar ese lado oscuro con un paisaje industrial de fondo, una manifestación reclamando derechos laborales que no existían y un dramático interior de miseria en el primer plano.

Cerrando este tríptico, la obra de Blanes escenifica la tragedia que vivió la ciudad de Buenos Aires con la llegada de la fiebre amarilla en 1871. La gravedad de la epidemia marcó un antes y un después, tal como lo señalan los historiadores, pero no son los cambios urbanísticos los que el pintor refería, sino un drama que tiene por protagonistas a personas reconocibles para los contemporáneos y por ello, al sacar del anonimato a las víctimas y darles caras y cuerpos concretos, la obra conmovió al público como pocas veces lo había hecho una pintura.

La muerte pintada

Dos registros de la epidemia son el ya mencionado cuadro de Juan Manuel Blanes y la novela de Guillermo Enrique Hudson, *Ralph Herne*. Argentino por nacimiento, Hudson se trasladó a Inglaterra en 1873, donde publicó en formato de folletín este relato que tiene por protagonista a un joven médico inglés, quien trabajó durante la fiebre amarilla. Precisamente el primer capítulo se titula “El cuadro: un preámbulo” y allí, recordando los hechos recientes, relata la profunda congoja del público que asistió a la exposición de la pintura.

Hudson fue testigo directo de los acontecimientos que relata. Por eso las descripciones que incluye dentro de la trama, pueden ser tomadas como testimonio documental. Así nos enteramos de que “todas las mañanas y las tardes los veintisiete periódicos de que se jactaba Buenos Ayres en esa fecha, contenían informes completos de nuevos casos fatales y un intento desesperado de las autoridades para silenciar el asunto e impedir el pánico se tuvo que abandonar.” (2006:60).

Fueron adoptadas medidas inútiles ya que no había cura ni conocimiento fehaciente de la enfermedad: “La municipalidad agotó todas sus inútiles medidas de prevención usando tantos desinfectantes que la atmósfera ahogaba con el olor del ácido carbólico y del cloruro de calcio, mientras la menor brisa llevaba una nube de diminutas partículas blancas de polvo de cal, que enneguecía los ojos y sofocaba los pulmones.” (*Ibid.*: 72).

Durante semanas, los cuerpos de las víctimas permanecían insepultos en calles y casas, huyeron quienes disponían de alguna morada en los suburbios. Así durante meses, al cabo de los cuales lejos de

desaparecer, el mal asumió una magnitud mayor manifestada en el aumento de víctimas: “la Muerte festejó su carnaval horrible por toda la ciudad” (*Ibid.*: 102). El presidente Sarmiento desoyó las recomendaciones tanto de miasmáticos como de contagionistas argumentando que no eran lo bastante sólidas como para coartar la libertad de comercio. En medio de la propagación sin frenos, la ciudad se preparaba para la celebración del carnaval, una fiesta que ha sido desde tiempos remotos, ocasión de presencia masiva en los espacios públicos, excesos de todo tipo, festejos que pasan por sobre toda diferenciación social. Y que revestía un carácter especial en aquel momento, justo después de una larga y cruenta guerra: era una forma de dejar atrás todo el horror vivido.

Fue un grupo de masones quien se autoorganizó para dar la respuesta que el gobierno negaba: surgió la Comisión Popular de Salubridad Pública presidida por el abogado Roque Pérez, uno de los personajes retratados por Blanes.

No hubo registros ciertos de muertes, aunque Hudson habla de un pico de seiscientos casos fatales en un día. El Censo de 1869 había registrado en la ciudad poco más de 187000 habitantes; si se estiman entre 13500 y 14500 los muertos, tendremos una dimensión bastante ajustada de la letalidad.

Del total de extranjeros llegados al país, la mayoría vivía en la ciudad de Buenos Aires, con grupos importantes en Santa Fe y Entre Ríos, lo que da cuenta de una muy pobre radicación en el resto del territorio. Como ocurrió desde épocas remotas, ante la epidemia la sociedad necesitó encontrar culpables. En esta oportunidad fueron las víctimas más humildes quienes cargaron con el estigma de ser los causantes del mal. Las clases privilegiadas se construyeron a sí mismas como “nosotros los sanos” mientras que los inmigrantes más desfavorecidos por el desarraigo y las condiciones precarias de vida fueron identificados como “los otros, los enfermos”. Esta estrategia culpabilizaba a las víctimas y protegía a los auténticos victimarios: todos aquellos que abandonaron las responsabilidades que la hora imponía.

Durante las décadas siguientes a esta epidemia, el blanco predilecto de la higiene fueron los cuerpos y las viviendas de los humildes. Años más tarde, el doctor Guillermo Rawson publicó su “Informe sobre las condiciones de vida en los conventillos de Buenos Aires”,

informe que comenzaba con una fuerte imagen visual, que dejaba ver la ideología del higienismo: “De aquellas fétidas pocilgas cuyo aire jamás se renueva y en cuyo ambiente se cultivan los gérmenes de las más terribles enfermedades, salen esas emanaciones, se incorporan a la atmósfera circunvecina y son conducidos por ella tal vez hasta los lujosos palacios de los ricos” (Rawson, 1885).

Este recorrido testimonial se completa con la pintura que ha quedado en la memoria como una huella imborrable de lo ocurrido en 1871. Estamos ante una obra que apela a nuestros sentidos valiéndose de recursos visuales de fácil reconocimiento para sus contemporáneos. El primer elemento a considerar son sus dimensiones: 230 cm de alto por 180 cm de ancho pintada con una luz teatral que nos lleva desde un primer plano luminoso a ascender por un eje vertical donde aparecen retratados Roque Pérez y Manuel Argerich, miembros de la Comisión Popular, víctimas ellos mismos de la fiebre.

La exposición de la obra en el foyer del antiguo Teatro Colón en diciembre de 1871 marcó el primer acercamiento masivo del público al arte: además de funcionar como un ritual fúnebre colectivo, resultó un mecanismo para exorcizar las marcas de la epidemia, de hacer catarsis, como en el teatro. Nadie había quedado inmune a la fiebre, el largo desfile de espectadores ante el lienzo parece corroborarlo.

Blanes, pintor que había decorado las estancias del Palacio San José, propiedad de Justo José de Urquiza y que luego retrataría la expedición del general Roca a la Patagonia, era un virtuoso de la pintura. Esta obra se originó a partir de una noticia periodística que daba cuenta del hallazgo macabro en un conventillo de la calle Balcarce. Con los recursos artísticos de que disponía, llevó a cabo un montaje para resaltar el sentido que buscaba transmitir. El grupo principal de personajes, los dos hombres y la mujer, conmueven por ponernos en presencia de la muerte: muerte de la mujer y, para el momento en que la obra fue hecha, muerte de los profesionales. Mártires heroicos para la sociedad, aunque en sus gestos vemos el silencio del fracaso: llegaron tarde, su acción no pudo detener la tragedia.

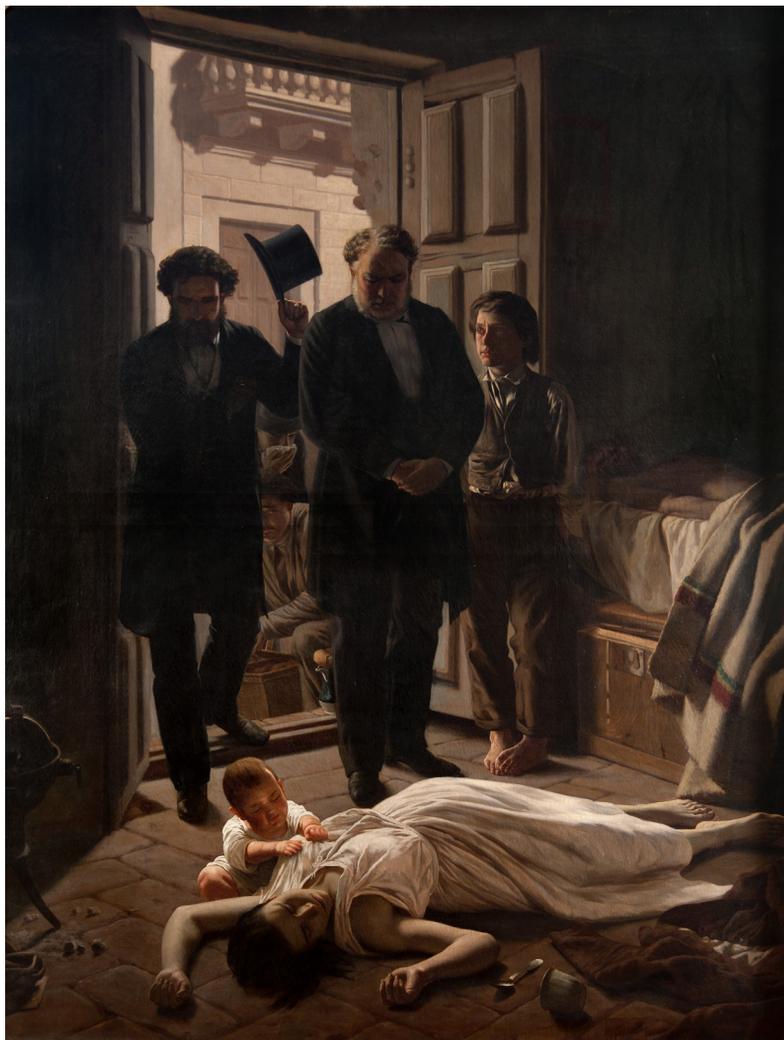


Figura 1. Pintura “Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires”. Juan Manuel Blanes, 1871 aproximadamente.

Por su parte, la mujer está presentada como una bella muerta, sin signos de enfermedad, mostrando una belleza que nos hace más odiosa su fatalidad. Y si algo faltaba para rebelarnos contra su destino, la sobrevive un niño que busca nutrirse de su pecho muerto. Estamos ante la presencia de un tópico recurrente en la historia del arte. Las escenas de peste fueron comunes durante el Renacimiento y el Barroco; Tiepolo incluye un niño aferrado al seno materno en *Santa Tecla liberando la ciudad de Este de la peste*; Poussin incluyó el tema en dos obras: *Una epidemia en Atenas* y en *La peste de los filisteos*. En la religiosidad popular, la difunta Correa repite la escena. El mensaje transmitido reforzaba el mandato sobre las mujeres: ni la muerte podía impedir su función nutricia, lo maternal aparece como esencia de lo femenino.

Secundan a este grupo principal la figura yacente de un hombre muerto, en una penumbra que nos dificulta su visión, y tres muchachos, testigos de la escena que acaba de revelarse. Uno de ellos se cubre nariz y boca con un pañuelo, haciéndonos sentir el hedor del ambiente.

En el uso de la luz y de las sombras encontramos un sentido más, aunque mucho menos perceptible: en la pared de la habitación que sirve de cabecera al hombre muerto hay un crucifijo, en cambio la puerta se abre a la luz que penetra con Roque Pérez y Argerich. Mientras la fe y la religión no fueron de ayuda, estos miembros de la masonería, contrarios al clericalismo, iluminan y socorren a las víctimas.

Los griegos llamaban símbolo a un objeto por medio del cual las personas se reconocían pertenecientes a una misma comunidad. La palabra remite al verbo unir, ligar con base en algo común. En este sentido, la exhibición de la pintura de Blanes funcionó como un símbolo que atrajo la atención y movilizó la emoción del pueblo de Buenos Aires.

Pestilencia e higienismo

Al adentrarnos en la búsqueda de testimonios icónicos que tematizan la peste bubónica abordamos un género diferente. Dentro de la retórica, un modo de presentar un discurso sea textual o visual, es la sátira. Se trata de un mecanismo que busca criticar una persona

o una práctica, con intención burlona, y aunque crítica, no implica una reprobación ni una censura. La sátira provoca un sentimiento burlón como el que transmiten los disfraces y la gestualidad de las comparsas en el carnaval. En este sentido, son sátiras las portadas de *Caras y Caretas*, publicación de donde extraemos el material analizado. Su comprensión requiere ciertas competencias de parte del receptor, ya que los personajes satirizados son figuras públicas de aquel momento. En esas representaciones quedaba cancelada su autoridad y se acentuaban determinados rasgos para provocar la risa. El semanario usó el humor como estrategia política. Desde el mismo título que remite a disfrazar, a esconder tras una careta, la realidad que aparece transfigurada.

El primer número de *Caras y Caretas* apareció en Buenos Aires el 8 de octubre de 1898 con un subtítulo: “Semanario festivo, literario, artístico y de actualidades”. Además de reunir notas de dichos géneros, introdujo una novedad radical: el 50% de la publicación lo constituían imágenes, lo que aliviaba y agilizaba la lectura textual. Desde sus primeros números gozó de un enorme éxito entre el público que esperaba informarse, divertirse, según este novedoso contrato de lectura.

Sus lectores sabían que allí podían enterarse de noticias internacionales: entre 1899 y 1902 cubrió la guerra anglo bóer dedicándole páginas enteras con abundantes fotografías; también incluía notas de actualidad italiana y española; había páginas de humor gráfico, crónicas policiales, celebraciones de la elite: cumpleaños, veladas teatrales, deportes; páginas literarias que solían incluir la participación de Fray Mocho, el director de la revista. *Caras y Caretas* difundió la literatura nacional y aún más, les dio a noveles autores la posibilidad de ser profesionales al garantizar la publicación de sus producciones. La literatura, una práctica reservada a las elites hasta comienzos del siglo XX, amplió el campo de autores provenientes de capas medias. Esos textos disímiles en una primera mirada tenían en común su inserción en la publicación, que funcionaba como hipertexto. Cada nota, cada página literaria, cada publicidad, aparecía formando un collage que muestra heterogeneidades, tensiones, yuxtaposiciones similares al estilo de vida impuesto por la modernidad. Un personaje importante de la época, el doctor Ramos Mejía, aunque reacio, no puede menos que reconocer el éxito de la publicación: “La imitación que es chillona y alegre, halaga

mucho más al sentido amortecido de la muchedumbre que la realidad discreta y la oleografía triunfa sobre el cuadro al óleo: Watteau y Rembrandt son derrotados por Caras y Caretas” (Szir, 2009:137).

Eludir lo triste y lo serio era un imperativo general con muy pocas excepciones. La preeminencia del humor implicaba también evitar las opiniones críticas sobre temas serios, “soplándole dentro frescas bocanadas de buen humor” (*Caras y Caretas*, 24/12/1898). Dentro de esa realidad compleja y diversa, las epidemias que azotaron al país fueron abordadas como un aspecto más para la crítica social y el análisis de las políticas sanitarias, siempre en tono humorístico. Como explica Rosenberg (1992) son una ocasión de potencial legitimación de políticas públicas, un aspecto de la identidad de roles sociales e individuales, una sanción a valores culturales y un elemento estructurante en las interacciones entre el cuerpo médico y la sociedad. Durante el auge del higienismo, fue muy significativo el trato que se les dio a los profesionales médicos, encumbrados a la cima del poder, poseedores del saber científico, llave del progreso y el bienestar de la Nación. Recorreremos caricaturas y comentarios mordaces sobre las políticas llevadas a cabo siguiendo la presencia de la epidemia de peste bubónica a partir de 1899.

Gobernaba en su segundo mandato el general Roca. El máximo organismo en salud a nivel nacional era el Departamento Nacional de Higiene, presidido por Eduardo Wilde, que había sido ministro de Justicia, Culto e Instrucción durante la primera presidencia de Roca y luego ministro del Interior bajo la presidencia de Juárez Celman. En la disyuntiva de admitir la presencia de la epidemia o negarla, Wilde haría todo lo posible por no perjudicar los intereses económicos que respondían a los objetivos de su partido político: privilegiar el comercio exterior, presentarse como el granero del mundo ante los compradores internacionales y como país sano y vigoroso, libre de epidemias.

No pudo lograrlo: en 1899 ya era pandemia debido a que un primer brote en China se expandió luego por India, toda Europa, entró a América del Sur y causó los primeros casos en nuestro país en la ciudad de Rosario. Hacia allí marchó Wilde, quien negó que fuera peste. Se abrió la controversia cuando lo desautorizó desde su experiencia como epidemiólogo José Penna, que había presentado un completo informe sobre los casos detectados en Paraguay y ciudades costeras

del Paraná. *Caras y Caretas* le dedicó la tapa a la epidemia en su número del 26 de agosto de 1899. La imagen está firmada por Manuel Mayol, dibujante español que había estudiado en la Academia de Bellas Artes de Cádiz, y se había radicado en Argentina en busca de un porvenir que España no le brindaba. La firma del ilustrador muestra el valor que la revista le otorga al discurso icónico. La obra tiene por título *Profilaxia Municipal*. Y como subtítulo: *La compra de ratas*, enunciado de fuerte contenido simbólico: las ratas como huéspedes de la pulga que aloja la bacteria *Yersinia pestis* pueden ser homologadas con lo sucio, despreciable y patológico. La peste vino a hacer visibles las tensiones internas de la sociedad: Argentina, receptora de inmigrantes temía intensamente los riesgos de recibir lo indeseado, una multitud que la revista así describe: “Y sigue y sigue el rebaño descendiendo por la planchada que es el puente terminal entre el pasado de miseria y el porvenir dadivoso” trae en ella múltiples amenazas al orden (*Caras y Caretas*, 21/10/1899).

En un puesto de mercado se ofrecen a la venta ratas “legítimas de Oporto, con pulgas bubónicas”, quien aparece regateando el precio de la mercadería es un personaje femenino que porta una canasta donde se lee “Intendencia”. Se trata de una caricatura satírica de quien era el intendente de Buenos Aires, Adolfo Jorge Bullrich, militar, comerciante y rematador de campos y de hacienda.

En el interior de la revista, en la columna “Sinfonía”, se explica que la intendencia había cotizado en un centavo cada rata cazada. A lo que el autor de la nota, Eustaquio Pellicer, periodista español que venía de fundar *Caras y Caretas* en Uruguay, replica que un centavo habría que pagar por cada pulga, que las ratas debían pagarse diez centavos. Describe distintas actitudes: los aprensivos y los que creen que las pulgas son inofensivas, dando cuenta de las distintas posturas ante la peste, para concluir criticando el poco empeño del intendente en acabar con las ratas, creyendo que alcanzaba con medidas persuasivas.

También Wilde es objeto de burlas. En la sección “Menudencias”, se menciona una carta dirigida a un colega suyo residente en Río de Janeiro: “Hasta ahora cada muerto en el Paraguay sale a razón de mil pesos, empleados en precauciones y profilaxia”. Y un supuesto telegrama enviado a Roca “Es necesario decir que inventen terremotos, pues va pasando de moda la peste” (26/8/1899).

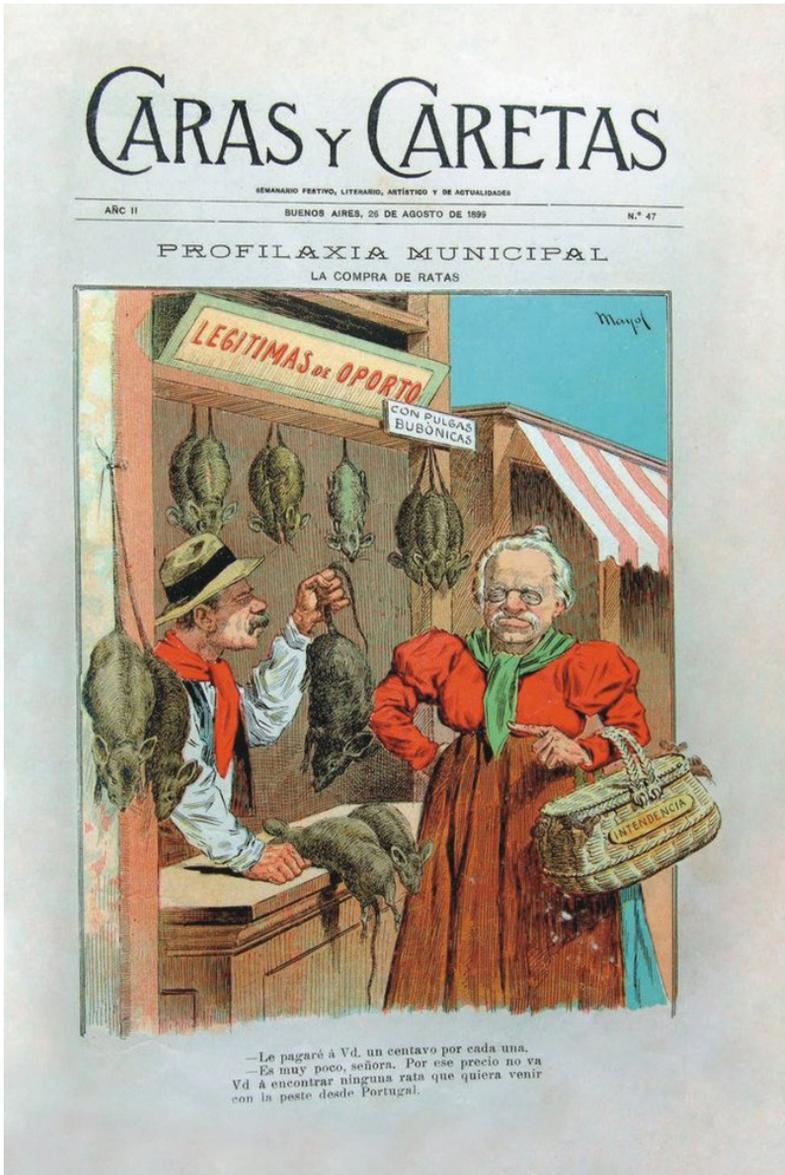


Figura 2. Profilaxis Municipal. Caras y Caretas, 26 de agosto de 1899.

El 26 de octubre de 1899 el tema sanitario vuelve a la tapa de *Caras y Caretas* con el título: “El furor sanitario”. Esta vez la caricatura nos muestra al intendente Bullrich y al director del Departamento de Higiene, Wilde, junto a un extraño fumigador que los porteños llamaron sulfurozador, usado para realizar amplias campañas de desinfección con dióxido de azufre. La decidida acción de los funcionarios persigue a un transeúnte que, al tratar de escapar de la fumigación, pierde el bastón y el sombrero. En el fondo, la pirámide de Mayo como referencia espacial y la imagen clásica de la muerte con guadaña. Esto resulta una cita clásica: recordamos una larga serie de representaciones de danzas macabras desde la peste negra del siglo XIV, expresión del carácter terrorífico de la peste.

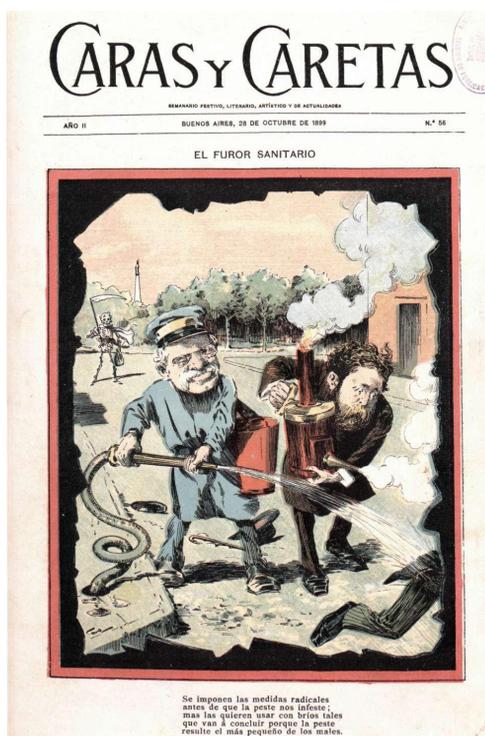


Figura 3. El furor sanitario. Caras y Caretas, 26 de octubre de 1899.

Resulta interesante registrar el cambio entre las dos tapas, debido a que en la primera al intendente se le critica su debilidad ante la emergencia sanitaria; dos meses después, el gobierno adopta lo que se califica como respuesta desmesurada. Así lo manifiesta el remate de la imagen: “Se imponen las medidas radicales antes de que la peste nos infeste; más las quieren usar con bríos tales que van a concluir porque la peste resulte el más pequeño de los males.”

La peste vuelve a ser tapa el 10 de febrero de 1900. Se presenta con el título “Lo del Rosario” un dibujo de Mayol encuadrado en una línea sinuosa propia del estilo Art Nouveau, de enorme difusión internacional para la época. Dentro de ese marco, dos manos que parecen ser de militares por los puños del traje sostienen un rosario enhebrado con lo que lleva escrito “cordón sanitario” de donde cuelga un crucifijo. El crucificado tiene, a modo de collar, la vara de Esculapio, divinidad representada por dos serpientes enrolladas, antiguo símbolo de la medicina. En las cuentas del rosario pueden leerse distintas palabras: “gastos”, “fumigaciones”, “cuarentenas”, “ratoneras”, “suero”, “drogas”, “desalojos”.

A fines de enero de 1900, Wilde renunció al Departamento Nacional de Higiene y en su reemplazo fue designado Carlos Malbrán, quien venía de encabezar la misión argentina a Paraguay para colaborar en la lucha contra la peste bubónica. Al recibir la denuncia de casos en Rosario, en una barraca que almacenaba harina y en el barrio Refinería, el gobierno dispuso un cordón sanitario que suspendió el tráfico vía ferrocarril, impuso el cierre de comercios y lugares públicos, el control de la población, la instalación de un lazareto para cuarentenar a los enfermos y a sus familias, demostrando una firmeza que dio origen a numerosas quejas de las que la revista se hace eco. Como consecuencias del “malhadado cordón sanitario” los comerciantes privilegian sus intereses y protestan ruidosamente. No solo ellos: los habitantes de un conventillo se amotinaron ante el cordón policial que impedía la circulación de las diecisiete familias que allí vivían. “Variar fábricas y establecimientos comerciales se han visto en la necesidad de despedir operarios y empleados, y éstos, los más humildes, los que tienen forzosamente que vivir al día, se hallan amenazados, no por una peste bubónica más o menos problemática, sino por una miseria cierta”, declara la revista estableciendo la disyuntiva entre los intereses de la salud pública y los negocios.

CARAS Y CARETAS

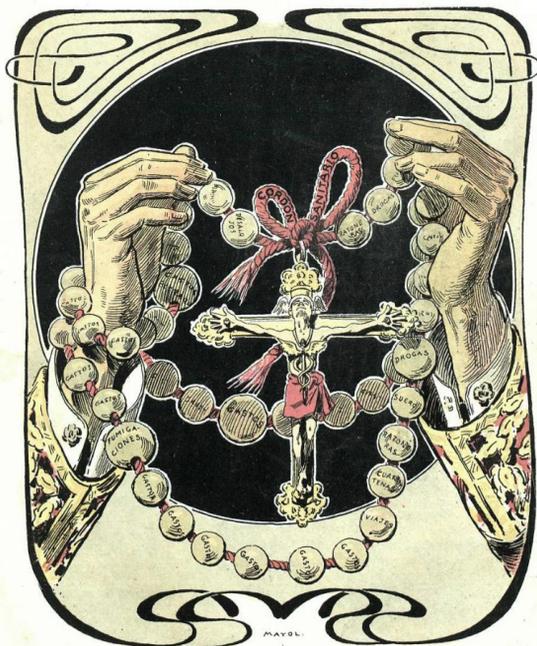
SEMANARIO PERTINO, LITERARIO, ARTÍSTICO Y DE ACTUALIDADES

AÑO III

BUENOS AIRES, 10 DE FEBRERO DE 1900

N.º 71

LO DEL ROSARIO



Con el cordón sanitario,
las cuentas contra el virus
y ese Cristo que ahí se ve
compusieron el rosario
que dan al de Santa Fe.

Figura 4. Lo del rosario. Caras y Caretas, 10 de febrero de 1900.

Un combate peculiar

En el marco del higienismo, las cuestiones sanitarias entraron en la agenda del Estado junto con otros tópicos relevantes en la consolidación del proyecto político: expansión del territorio, guerra al indio, militarización del control social. Lejos de presentarse como un área inconexa, lo sanitario se revistió de lenguaje militar: campañas, enemigos, batallas, fueron conceptos usados en cuestiones de salud.

Desde la ciencia se estaba en un momento revolucionario. La microbiología, los hallazgos de Pasteur y Koch, cambiaron la cultura de la época, tanto entre los profesionales médicos como entre el común de la población. Los hábitos de higiene fueron difundidos a partir de entonces en lo personal y lo comunitario: lavado de manos, ventilación de ambientes, limpieza de calles y veredas. La salud de los ciudadanos opuso una línea de frontera a los enemigos invisibles que la amenazaban.

La literatura brinda ejemplos del avance del higienismo. El 19 de mayo de 1906, *Caras y Caretas* publicó el cuento “Mi cuarta septicemia” de Horacio Quiroga. La muerte es una presencia recurrente en la obra de este autor, naturalizada de tal manera que no contiene ningún rasgo moral: simplemente es una instancia que afecta a hombres y animales. Lo original de este relato es que la voz narradora es la de un estreptococo que va describiendo el avance de su colonia de bacterias desde el ingreso al cuerpo del personaje al que le causarán la muerte.



Figura 5. Septicemia. Caras y Caretas, 19 de mayo de 1906, Año IX, n° 398.

El relato está ilustrado por José María Cao, pintor y escultor español, radicado en Buenos Aires, a causa de sus caricaturas a figuras de la política fue duramente criticado y encarcelado. Eligió para representar el momento en que las bacterias ingresan a la mano de la víctima al tocar una llaga infectada durante una autopsia. El médico está rodeado de miembros de la Academia de Medicina y Bacteriología, personajes respetables que asisten a la mesa de disección. Sobre ellos avanza agresivamente una horda de animalitos con sus bocas abiertas y con ellos, multiplicados por toda la página, círculos que avanzan en cadenas. El dibujo, a diferencia de lo que suele verse en la revista, no estaba enmarcado espacialmente, sino que ocupaba toda la página y avanzaba sobre el texto: lo invade, reforzando el sentido de la lectura: hay aquí una total unidad entre texto e imagen.

El estreptococo narrador va describiendo las etapas de la infección: escalofríos, fiebre, así como las terapias aplicadas: quinina, suero, trementina, baños, paños fríos. En tono irónico da cuenta que la víctima “tenía una ridícula prolijidad aséptica” y describe “su bella presunción apostólica”, comentarios que burlan el lugar de autoridad del profesional médico. Su discurso abunda en imágenes militares: “Al anochecer comenzó la lucha”, “el infierno blanco con el que íbamos a tener que combatir”. “Moríamos a trillones, multiplicábamonos de nuevo y a las veintidós horas de esta lucha desesperada la colonia entera vibró de alegría”. La colonia de bacterias desarrolla una estrategia: el ataque se planeó dos meses antes. Una vez dentro del organismo: “Lo primero, indudable: era no localizarnos”, aunque reconoce la inteligencia del enemigo: “Si en el mundo que abandonó con nosotros hubo un cerebro claro, fue el de Eduardo”. La escena final es la de un combate: “Un ambiente de fuego, asfixia y honra comprometida se llevó los últimos restos de nuestra actividad”. Todo el relato describe una lucha noble que demuestra el coraje, la valentía y resistencia de ambos contendientes: un individuo lúcido y una colonia fortalecida en la reproducción incesante de sus miembros, que terminan sucumbiendo a la par.

La primera pandemia del siglo: cuarentena, salud pública vs. negocios

Tal vez sean las imágenes correspondientes a la llamada gripe española las que nos resulten más fáciles de comprender, dada la actualidad de la pandemia por causa del virus SARS-COV2. Si bien es cierto que las condiciones históricas no son idénticas, encontramos una regularidad en las respuestas de la sociedad que trascienden el contexto.

Caras y Caretas publicó en su portada interior del 2 de noviembre de 1918 un dibujo firmado por Redondo bajo el título “Profilaxis contra la gripe” en el que un hombre aparece cargando múltiples artefactos con los que busca evitar el contagio. En su mano derecha lleva un termómetro y en la izquierda un incensario con el que va fumigando el aire a su paso. Una máscara le cubre la cara dándole aspecto inhumano, de la nariz sale un tubo con una paleta que va removiendo el aire. También tiene ventiladores en los zapatos y suelas que lo alejan del piso. Completan el atuendo dos carteles prendidos de las solapas donde se lee: “Perdone que no le estreche la mano” y “Hábleme a distancia”. Por si no bastara, lleva colgando del sombrero quina, canela fina y alcanfor; ramitos de ruda y balsamina en el ojal del saco; papel mata moscas en el pecho; menta y formol en el chaleco; alcohol en el bolsillo del saco. El texto que acompaña el dibujo dice: “Precauciones que deben tomarse para evitar el contagio y que son de resultado infalible”.

Durante los últimos meses de 1918 se produjeron los primeros casos en el país a partir de la identificación de pasajeros enfermos llegados en el vapor Demerara, procedente de Portugal. El número de muertes superó las 2.000; pero hubo una segunda oleada en el otoño de 1919, más intensa, en la que se registraron 12760 fallecidos (Rivero, Carbonetti, 2015) Un par de páginas más adelante, en una nota informativa el semanario hace una descripción de la influenza, sus causas y tratamiento. Hay allí una serie de recomendaciones para quienes presentan síntomas, entre las que se mencionan recurrir a laxantes, quinina y aspirina, gárgaras con bicarbonato.

CARAS y CARETAS

REVISTA SEMANAL ILUSTRADA

JOSE S. ALVAREZ, Fundador

Año XXI

BUENOS AIRES, 2 DE NOVIEMBRE DE 1918

N.º 1048

Profilaxis contra la gripe



Precauciones que deben tomarse para evitar el contagio de la epidemia, y que son de resultado infalible.

Dib. de Reclondo.

Figura 6. Profilaxis contra la gripe. Caras y Caretas, 9 de noviembre de 1918, Año XXI, n° 1049.

El humor como crítica social aparece en una página del dibujante Sirio con el título “La epidemia de moda o el pánico de la gripe”. Con el estilo propio de la revista pone en evidencia que la pandemia es pretexto para que funcionarios y empleados públicos no asistan a sus puestos, para que los boticarios aumenten sus ventas y para burlarse de las pretenciosas declaraciones de los médicos que, contradiciéndose entre sí, afirman que se trata de una gripe sin importancia o que puede adquirir gravedad. Un par de semanas después, nuevamente el tema vuelve a ser tratado en una página de humor. En una viñeta se ve a un empleado llegando a registrarse en la planilla de asistencia y se lee: “El remedio infalible es cuando se sabe que en la oficina no pagan los días de falta. Con este específico se exterminan por completo todos los grupos de infección de la gripe internacional.” (16/11/1918).

El tema de la pandemia llega a ser tapa el 9 de noviembre de 1918: allí se muestra un presidente Yrigoyen enfermo: “Amén de varios males ocultos. la “gripe” odiosa le mortifica”. Entre los males que lo aquejan se incluye a los socialistas; a los radicales Lencinas y Giufra, quienes tenían divergencias con las medidas adoptadas por el presidente y terminarían dividiendo al partido gobernante; y a una mosca en la nariz, que personifica a José Camilo Crotto, gobernador de la provincia de Buenos Aires, quien también se enfrentaría al presidente. Poco tiempo después, el partido Radical terminaría dividiéndose en personalistas y antipersonalistas, fractura debida a los apoyos, por un lado, y los cuestionamientos, por otro, a la figura de Yrigoyen. La claridad y lo inteligible de la caricatura debió resultar efectiva para hacer una lectura política del momento: crisis sanitaria agravada por conflictos políticos dentro del propio partido gobernante.

Vale recordar que desde fines del siglo XIX el grupo hegemónico representado políticamente por el Partido Autonomista Nacional había gobernado el país, situación que cambió a partir de la sanción de la Ley Sáenz Peña. El sector conservador no ocultó su oposición desde entonces, oposición que manifestó en la prensa, en los clubes, en reuniones. Por otro lado, las estructuras del Estado que habían sido creadas en los años 80 del siglo anterior continuaron sin cambios. De allí la debilidad de la autoridad presidencial.



Figura 5. Lo del rosario. Caras y Caretas, 10 de febrero de 1900.

A fines de 1918, como consecuencia de la pandemia, se procedió: al cierre de escuelas; a obligar la cuarentena para todos los pasajeros venidos de Europa; al cierre de salas de espectáculos, cafés y confiterías en horarios nocturnos; a la prohibición de acudir a los cementerios -medida que resultó muy irritante, especialmente el 2 de noviembre, día de los difuntos-; a la inspección de talleres, aunque sin clausuras; a elaborar reglamentos para conventillos que imponían medidas excesivamente severas por lo que era imposible garantizar su cumplimiento. El 9 de noviembre *Caras y Caretas* incluye entre sus humoradas gráficas la que da cuenta de “los trasnochadores en la marcha de las antorchas”: los manifestantes van leyendo la Biblia y portan rosarios. Se ríe así de una bohemia trasnochada que se refugia en símbolos religiosos para expresar su descontento.

Por su parte, las críticas provenientes de una burguesía acomodada son ironizadas en las Notas sociales, cuya autora se identifica como “la dama duende”: la ciudad de Buenos Aires se vació, las noches porteñas dejaron de tener la actividad acostumbrada, la oposición se expresó contra todas estas medidas.

Los alarmistas han transformado su ciudad en un foco de tedio y desconsuelo. ¿A dónde ir a esa hora? No hay programa para nadie... a grandes y pequeños, han desconsolado ciertas enérgicas disposiciones; no queda otro remedio que organizar interminables partidas de bridge o póker, telefoneando a los jugadores válidos aún o convalecientes. ... a los veteranos que dormitan en una poltrona del círculo, esperando sitio en alguna de las mesas de juego; a los matrimonios que no tienen mucho que conversar, a las elegantes mundanas que se aburren porque no hay cine, no hay “Odeón”; a las que no pueden matar el tiempo haciendo visitas, porque sus esposos — médicos en plena actividad — no pueden facilitarles el auto ni una hora; ni dan abasto, con la terrible tarea (9/11/1918).

Como último testimonio, reforzando la dimensión política en el tratamiento de la gripe española, la revista publicó lo siguiente: “Cierro doctor, en su lenguaje ambiguo, /afirma que la gripe (¡es bochornoso!) /pertenece al antiguo régimen oprobioso. / Y por esa razón sencillamente/no le llevó el apunte al presidente” (26/10/1818).

Esa cuestionada autoridad sumada el descontento de vastos sectores de la política asistirían en la ciudad de Buenos Aires, luego de la dolorosa experiencia de la pandemia, a otro episodio traumático: la Semana Trágica, con una inusitada represión a los trabajadores, demostración desmesurada de fuerza que tal vez buscaba reafirmar el poder presidencial.

Mujeres estigmatizadas

En la construcción de la identidad nacional, la salud fue un requisito primordial. En términos de biopolítica el país requería de hombres y mujeres fuertes para construir el biotipo que garantizara el modelo que se quería presentar ante el resto del mundo: intelectualmente competente, socialmente sano.

Las narrativas en torno a la enfermedad ponen en relato experiencias de sufrimiento y exclusión, ya que padecerla construye distancia entre el enfermo y los sanos, entre el individuo y la comunidad: la población sana construye como otredad a los enfermos.

A partir de estos conceptos, parece válido incluir en este abordaje desde la mirada artística el tratamiento de la tuberculosis que, si bien no pertenece al grupo de las epidemias, fue la enfermedad social arquetípica durante el pasaje del siglo XIX al XX. En ese período fue la principal causa de muerte en todo el territorio nacional y principalmente en las grandes ciudades: Buenos Aires, Rosario y Córdoba.

Identificado el bacilo que le da origen, hubo que esperar a mediados del siglo XX para obtener una cura efectiva. El carácter crónico, el fracaso de las diversas terapias adoptadas, las consecuencias vividas por quienes la padecían y su entorno, la convirtieron en tema recurrente en las producciones culturales de ese largo período. Se trata de una enfermedad asociada con el estilo de vida en las ciudades modernas caracterizado por el hacinamiento, las habitaciones inadecuadas, las jornadas de trabajo extensísimas, entre los factores más generalizados, de allí que sean los trabajadores los más expuestos. La literatura y el tango dan testimonio de ese mundo de obreros enfermos e instalan a las mujeres como las víctimas predilectas, al contrario de lo que ocurría en la realidad, donde eran más los hombres afectados.

Pero no fue la clase obrera la única damnificada. Sin llegar a números tan abultados, afectó a los sectores medios y altos. Opiniones que no tenían fundamento científico sostenían determinada predisposición en individuos sensibles, frágiles: relato que transformó a la tuberculosis en el mal romántico por excelencia, dolencia del artista. “Es una enfermedad de sujetos débiles” afirmó Augusto Bunge. También en este grupo social la mujer, a quien se le atribuía sensibilidad excesiva, es la figura elegida como víctima preferencial. Este es el caso de la protagonista de una obra teatral estrenada en Buenos Aires a fines de 1907. Su autor, Florencio Sánchez, fue un agudo analista de la realidad de su época, a la que reflejó tanto al tratar situaciones dramáticas en conventillos como en casonas de familias ricas.

En *Los derechos de la salud* (Sánchez, 1910: todas las citas corresponden a esa edición) una madre de familia, prototipo de mujer doméstica, es la enferma que ve perder todos sus derechos a causa de

la tuberculosis: privada del amor conyugal, del amor de sus hijos, de saber la verdad sobre el mal que la aqueja. El autor utiliza ese personaje para expresar el modelo disciplinario en que la salud se convierte en el valor supremo al que debe sacrificarse todo: “¡Ah, la profilaxis, la higiene! Un trabajo de araña sutil, sutilísimo. Una tela dorada por mil pretextos y engañosas con que lo van envolviendo a uno sin que lo sienta hasta dejarlo aislado de sus semejantes para que no los contamine” (Sánchez, 1910)

A lo largo de la obra nos enteramos de que Luisa, la enferma, pasó una temporada en las sierras de Córdoba, pero se agotaron los recursos económicos y tuvo que volver: la enfermedad se llevó los ahorros del marido y de la hermana. A través de Luisa, el autor nos presenta varios síntomas característicos de la personalidad tuberculosa: sensible e irritable hasta el extremo, se exaspera ante la verdad que le ocultan. La enfermedad no se nombra, un tabú que la familia procura guardar en secreto, la rodean de evasivas, de mentiras.

Situación dramática en un contexto en que las mujeres eran consideradas jurídicamente en estado de minoridad, sin derechos civiles ni políticos, reducidas a cumplir con el rol de esposa y madre. Esa cosificación la expresa el personaje de la criada: “Mientras la mujer le servía porque era sana y linda y fuerte, mucha devoción y mucho mimo. ¡Ahora para qué, si ya no la puede usar más!” (Sánchez, 1910).

La conclusión de la víctima, desilusionada de quienes la rodean, del fracaso de las curas anunciadas, expresa: “Solo deben vivir los sanos”. Como originalidad del planteo encontramos en esta obra un drástico cambio del lugar de enunciación del tema de la enfermedad. Esta vez no es el discurso de los higienistas sino la enferma que se ve privada de sus derechos quien corporiza la situación dramática. Los derechos pertenecen, de manera excluyente, a los sanos.

Una estética repulsiva

Los años 20 trajeron al país cambios en lo económico y en lo cultural. Terminada la Primera Guerra Mundial, Argentina retomó el modelo de intercambios tradicional: vendíamos nuestras carnes y cereales a cambio de todo lo que significara bienes industriales. La elite se bene-

ficiaba con la recuperación de los mercados internacionales, pero las ganancias obtenidas engrosaban su propio patrimonio; esa antigua oligarquía no reinvertió capitales en el sector industrial y la escasa producción de bienes secundarios era prácticamente artesanal, generada en talleres mayoritariamente.

Los techos de pizarra gris se importan de Francia, los cristales biselados de Italia... Buenos Aires se llena de palacios como los tienen pocas ciudades del mundo. Las estancias bonaerenses tienen castillos que parecen extraídos de paisajes europeos. Las grandes familias viajan a Europa, donde derrochan el dinero a manos llenas.” (Brailovsky, 1985: 102).

Bajo la presidencia de Marcelo de Alvear la cultura tuvo gran impulso en lo que hace al circuito más tradicional: teatro Colón, Conservatorio de Música, Casa del Teatro. Pero marginalmente a esa cultura oficial, las vanguardias que florecían en Europa tuvieron su réplica entre nosotros de la mano de literatos y artistas visuales que tomaron la ciudad como tema predilecto en sus obras (Borges, Girondo, Arlt, Xul Solar, Petoruti, entre ellos). Los escritores se nuclearon en dos grupos: Florida y Boedo. El segundo fue el que buscó reflejar con mirada contemporánea la vida del barrio, simple, ruda, como las costumbres de sus habitantes. Al abordar esos sujetos sociales, los poetas derrumbaron las fronteras que habían fijado las convenciones de principio de siglo y construyeron otra estética.

Las producciones del grupo Boedo adquieren sentido en el contexto para el que fueron pensadas y por el cual circularon: una ciudad en la que, por efectos de la inmigración, había una abundante población joven, en su mayoría hombres. Esta característica representaba un desafío al tradicional rol proveedor del varón y al modelo doméstico de la mujer. Unos y otras ansiaban vidas distintas, con expectativas de libertad y mejora social. Libertad y movilidad social que resultaban amenazas al orden establecido, a la postura de la iglesia y de la derecha que había fundado la Liga Patriótica en respuesta al peligro de rebelión social después de la Semana Trágica.

La poesía de Nicolás Olivari nos habla de esos hombres y mujeres, de sus trabajos, sus sueños que se hacen trizas cuando aparecen los signos tan temidos de la tuberculosis, que sigue durante esos años arrasando con vidas jóvenes. Una de sus poesías tiene por título “Resi-

duo de fábrica”, título que menciona ese espacio de trabajo como un monstruo que vampiriza obreros para terminar arrojándolos como lo abyecto de su producción. La joven que enfermó en el taller pasa sus noches en una oscura pieza, con un padre borracho que le reprocha el dinero que le cuesta y un hermanito que, con asco, la considera puerca por escupir sangre. Toda la poesía es abyecta: la familia de la enferma, el ambiente, la enfermedad. Este tono se repite en otras marcando un tratamiento impiadoso del tema.

Las imágenes que describían la tuberculosis en el siglo XIX elogiaban la palidez, la fragilidad, las románticas manos de las tísicas. En estos poemas no hay estética sublime alrededor de la enfermedad, que se volvió repulsiva. En “La queja” la enferma reniega de “la vida puerca, la vida mala” después de escupirle sangre en el rostro al golpeador que le tajeó la cara y dejó sola agonizando. “La dactilógrafa tuberculosa” es otra poesía que describe sin piedad el despojo de una empleada consumida por el trabajo y la enfermedad. “tísica y asexuada”, “mujer de senos inapetentes”, “pobre yegua flaca y trabajada” que termina muriendo en un hospital.

En todas estas mujeres agónicas hay un elemento que se repite una y otra vez: “tu tos”, “tu bárbara tos”: ya no hay una voz dulce y débil, hay este gesto compulsivo, incontrolable, opuesto a todo rasgo cultural, de ahí lo de bárbara. Enfermas que agonizan sintiendo “rencores de sublevada”; el poeta las ve cautivas de la fatalidad de ser pobres, obreras y prostitutas, sin condenarlas moralmente y denunciando el egoísmo que las rodea.

A modo de cierre

En el período analizado (1871-1930) cada vez que aparecía una epidemia se fueron configurando representaciones sociales de la enfermedad: la visualización por parte de la sociedad, sus temores y reclamos, el rol desempeñado por las autoridades y otros sujetos sociales. A partir de esas representaciones se construyeron narrativas en el campo de la cultura: prensa, artes, teatro, que hemos analizado como discursos situados en los respectivos contextos.

A través del tiempo registramos continuidades, respuestas que se repitieron: la tensión entre la defensa de la salud y los intereses económicos, la culpabilización de sectores que se consideraban causantes y portadores de la enfermedad. Pero es necesario reconocer que cada época deja sus marcas en las narrativas.

Desde las primeras imágenes que construyeron una mirada estetizada de la epidemia, pasando por la parodia y el tratamiento caricaturesco de principios de siglo para terminar este recorrido con la visión más cruda que buscó romper con el tratamiento que se le había dado en el pasado, nos instaló en un verismo sin maquillaje.

Estos cambios y continuidades parecen llamarnos a la reflexión en estos momentos críticos de nuestra existencia; para asistirnos podríamos tener en cuenta esas voces y miradas que nos llegan del pasado.

Bibliografía y fuentes citadas

- Antonio Elio Brailovsky (1982) *1880-1982. Historia de las crisis argentinas. Un sacrificio inútil*. 5ª edición. Buenos Aires, Editorial de Belgrano, 1985.
- Caras y Caretas. En: <http://bibliotecadigitalhispanica.bne.es>
 Buenos Aires, 24 de diciembre de 1898, Año I, N° 12
 Buenos Aires, 26 de agosto de 1899, Año II, N° 47
 Buenos Aires, 21 de octubre de 1899, Año II, N° 55
 Buenos Aires, 28 de octubre de 1899, Año II, N° 56
 Buenos Aires, 10 de febrero de 1900, Año III N° 71
 Buenos Aires, 19 de mayo de 1906, Año IX N° 398
 Buenos Aires, 26 de octubre de 1918, Año XXI N° 1047
 Buenos Aires, 2 de noviembre de 1918, Año XXI N° 1048
 Buenos Aires, 9 de noviembre de 1918, Año XXI N° 1049
- Guillermo Enrique Hudson (1888) *Ralph Herne*. Primera edición. Buenos Aires, Letemendia Casa Editora, 2006.
- Nicolás Olivari (2008) *Poesías 1920-1930*. Edición digital a partir de 2da. Edición. Buenos Aires, El 8° loco Ediciones.
- Horacio Quiroga (1906) *Mi cuarta septicemia*. En: Caras y Caretas. Año IX, N° 398, mayo.
- Guillermo Rawson (1885) *Informe sobre las condiciones de vida insalubre en los conventillos de Buenos Aires*. Disponible en: <http://archivohistorico.edu.ar>
- María Dolores Rivero, Adrián Carbonetti (2015) *La "gripe española" en perspectiva médica: los brotes de 1918-1919 en la escena científica argentina*. En: Revista Ciencia de la Salud, 14 (2), 281-293.
- Charles E. Rosenberg (1992) *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. 1ª edición. Cambridge, Cambridge University Press.
- Florencio Sánchez (1910) *Los derechos de la salud*. Edición digital a partir de Teatro Completo de Florencio Sánchez, Buenos Aires, Claridad. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcrn340>
- Sandra Szir (2009) *Entre el arte y la cultura masiva. Las ilustraciones de la ficción literaria en Caras y Caretas (1898-1908)*. En: Laura Malosetti Costa y Marcela Gené (comp.) *Impresiones porteñas: imagen y palabra en la historia cultural de Buenos Aires*. 1ª edición, Buenos Aires, Edhasa, 2009

SISTEMA DE SALUD Y MEDIDAS SANITARIAS DURANTE LA PANDEMIA DE GRIPE ESPAÑOLA EN ARGENTINA (1918-1919)

Adrián Carbonetti

Introducción

La pandemia de COVID-19 generó una crisis sin precedentes a nivel mundial. El rápido contagio que se forjó a partir de medios de transportes veloces como aviones, trenes y automóviles ha permitido que en menos de seis meses la enfermedad invadiera una gran parte de los países del mundo. Este fenómeno provocó que los sistemas de salud entraran en crisis como consecuencia de una alta cantidad de casos y un número importante de muertes. Muchos Estados, en especial aquellos pertenecientes a los países centrales, vieron sobrevenir crisis políticas y económicas, lo que llevó a cuestionar y repensar la pospandemia.

En la República Argentina, la enfermedad también ingresó en marzo de 2020 aproximadamente, en el mismo momento en que la mayoría de los países americanos fueron afectados. Las autoridades políticas y sanitarias impusieron una férrea cuarentena y generaron una serie de políticas destinadas a disminuir el número de casos y, por lo tanto, a ganar tiempo a fin de dotar al sistema de los recursos humanos y materiales necesarios para un mejor tratamiento de la población y que el sistema no fuera rebasado.

La gripe española es la pandemia a la que se han dirigido las miradas que pretenden buscar en el pasado referencias para entender el desarrollo del Covid-19. En ese sentido, las políticas que se generaron en un sistema de salud fracturado pueden darnos una pista de los problemas sanitarios que se tendrían en un escenario de escasa articulación política. El analizar las medidas que se desarrollaron, la forma en que se implementaron en todo el territorio y sus tiempos, permi-

te entender la necesidad de una mayor articulación. Consideramos que la alta y desigual mortalidad (en términos geográficos y sociales) que generó la gripe española tuvo como consecuencia, entre otras, la fractura del sistema, lo que generó medidas inservibles y tomadas a destiempo.

En ese sentido realizaremos un repaso sobre las características del sistema de salud que estaba relacionado al combate a la enfermedad en ese momento, las medidas que se tomaron y los intereses que se tocaron en los dos brotes epidémicos de 1918 y 1919.

Epidemiología de la enfermedad

Esta misteriosa enfermedad comenzó a desarrollarse, según algunas versiones, en Fuston Texas, EE. UU. y con el movimiento de tropas durante la Primera Guerra Mundial se extendió hacia Europa, y luego a todos los rincones del mundo durante los años 1918, 1919 y 1920. Su impacto en términos de mortalidad fue devastador, se calcula que habrían muerto entre 30 y 50 millones de personas.

La gripe española también llegó a la Argentina a mediados de octubre de 1918 por el puerto de Buenos Aires, en un vapor que había salido de Barcelona. Algunos de sus tripulantes estaban infectados y fueron internados en el hospital Muñiz. Pronto se extendió por todo el territorio nacional en dos brotes y puso en jaque a la medicina, al Estado en sus diversos niveles y burló todas las medidas que se generaron para contenerla.

Según los médicos de la época, a partir de su llegada generó un brote epidémico con escasa mortalidad en las provincias argentinas. Se puede estimar una mortalidad en valores absolutos de 1969 personas, estos serían aquellos que habrían sido diagnosticados como muerte por gripe. No obstante, según los Anales del Departamento Nacional de Higiene (1921) muchos casos de gripe española fueron confundidos con enfermedades broncopulmonares, por ello agregamos estos casos que fueron 1960. Por este motivo, se podría suponer que la gripe habría generado la muerte de 3929 individuos. A esto deberíamos sumar lo sucedido en territorios nacionales que en ese momento no enviaron las estadísticas de mortalidad por gripe y tam-

poco fueron publicados por los Anales del Departamento Nacional de Higiene. Para este caso estimamos la mortalidad de los distintos territorios nacionales a partir de cercanías con alguna provincia y/o similitudes de clima y características sanitarias de alguna de ellas. Ello dio como resultado, para el año 1918, 317 muertes más. En consecuencia, la mortalidad por gripe española para toda la Argentina sería de 4256 fallecidos.

En el año 1919 la puerta de entrada habría sido el norte del país, y la gravedad fue mucho mayor, el impacto fue devastador debido a que la enfermedad generó una alta mortalidad en todo el territorio. En efecto, la gripe habría generado 12.755 muertes, si agregamos los casos de muertes por bronconeumonías: 3836. La mortalidad total sería 16.591 y si completamos las muertes estimadas en los territorios nacionales consistentes en 1391 casos obtenemos la cifra de 17.982 muertes. Ahora bien sumados ambos brotes, las muertes totales serían de 22.238. Una mortalidad escasamente vista en épocas de epidemias en el territorio nacional.

No obstante, las muertes no fueron uniformes en todo el país. En 1918 la mortalidad había sido más uniforme, con un poco de mayor incidencia en la región Central (ciudad de Buenos Aires, provincia de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba), aunque se destaca un desarrollo importante en la provincia de San Juan. En 1919 la incidencia fue mayor en el noroeste y, nuevamente, en la provincia de San Juan. El gráfico 1 expone las tasas de mortalidad.

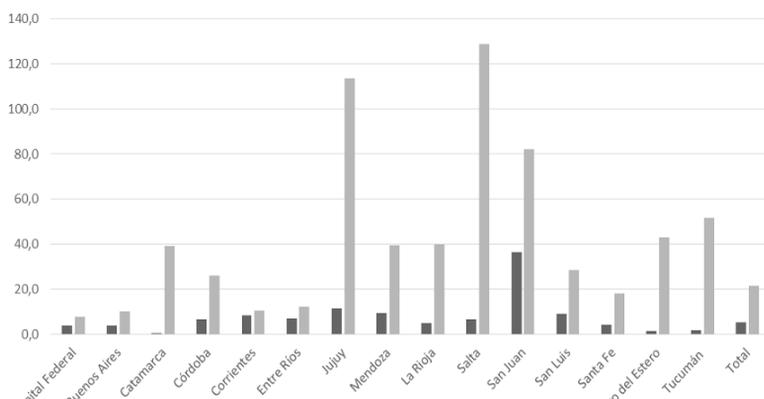
Este dato nos lleva a preguntarnos cuáles fueron las políticas de salud y si estas tuvieron relación con las diferencias observadas en la mortalidad.

Sistemas de salud y sus políticas durante la gripe española

El sistema de salud, paradójicamente, en épocas de epidemia no estaba preparado para tales eventos. Se trataba de un sistema fragmentado y que frente al desarrollo de enfermedades de esta envergadura, como la de “gripe española”, que tenía una extensión territorial amplia, mostraba fuertes falencias. Esa fragmentación se apreciaba en el modo de funcionamiento de las diversas instituciones destinadas al combate de

las a las distintas enfermedades que asolaban el país. El órgano nacional, el Departamento Nacional de Higiene, se encargaba de generar medidas destinadas a la Capital Federal y los Territorios Nacionales. En menor medida, ayudaba a los estados provinciales, que tenían sus

Gráfico 1. Tasas de mortalidad por gripe española más bronconeumonías según provincias argentinas. 1918-1919



Fuente: Elaboración propia sobre Anales del Departamento Nacional de Higiene, vol. 26, año 1921.

correspondientes Consejos de Higiene, mediante el envío de misiones que asesoraban e intervenían en las provincias.

A su vez, los Consejos de Higiene provinciales atendían, conjuntamente con las correspondientes Asistencias Públicas, a las poblaciones de las ciudades capitales enviando, a su vez, médicos en comisión a los pueblos y ciudades del interior que reclamaban atención por escasez o falta de médicos. Las medidas tomadas por el Departamento Nacional de Higiene para la Capital de la Argentina eran asimiladas en casi su totalidad por los Consejos Provinciales de Higiene, aunque teniendo en cuenta las características de las poblaciones. En el caso de la gripe española estas medidas generaron resistencias por parte de

corporaciones de empresarios, en especial en Buenos Aires, o por instituciones como la iglesia, en el interior, donde tenía mayor poder.

De esta forma podemos pensar en una especie de políticas de espejos distorsionados en relación a las medidas de las políticas de salud que se generaban en los diversos estratos del Estado, es decir, frente a las medidas tomadas por el Departamento Nacional de Higiene, los Consejos Provinciales las realizaban en menores dimensiones, aunque el desarrollo de la gripe fuera distinto.

Antes de comenzar la epidemia en Argentina, el Gobierno Nacional envió una misión de médicos a realizar una observación del desarrollo que estaba teniendo la “gripe española” en Río de Janeiro (Archivo Intermedio, 30/10/1918) y, por otra parte, solicitó información a las diferentes delegaciones en países europeos sobre el desarrollo de la enfermedad: Las noticias que se enviaban tanto desde Río de Janeiro como desde Barcelona y Viena eran negativas, se hablaba de una gran cantidad de muertes como consecuencia de la enfermedad en todas las ciudades, incluso en Río de Janeiro las noticias eran del hallazgo de muertos en las calles de la ciudad (Archivo Intermedio, 30/10/1918).

Un ejemplo de la alarma que representaba para el gobierno esta misión era parte del informe que se enviaba desde esta última ciudad:

Todo el mundo está de acuerdo en que jamás ha sufrido esta capital una desgracia tan grande de esa especie, pudiendo afirmarse que más de la mitad de la población ha estado o está enferma. El número diario de muertos reconocido oficialmente, dese hace más o menos una quincena, gira en una cifra que pasa de 500, pero se me asegura con fundamento, que sería más exacto calcular el doble, pues el gobierno busca disminuirla ocultándola, para evitar las consiguientes alarmas que empeorarían la situación (Archivo Intermedio del Archivo General de la Nación, 13143, 30/10/1918).

Estas noticias eran compartidas por el Poder Ejecutivo con las instituciones encargadas de la salud de la población de la ciudad de Buenos Aires (Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires). A partir de esta información se comenzaron a tomar medidas de mayor impacto social, que entraron en contradicción con la visión que se tenía hasta el momento y con

las escasas medidas que se venían adoptando. Es que para el Departamento Nacional de Higiene y la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires, la epidemia parecía lejana. Las características que tenía la población de la capital de la República –las excelentes condiciones sanitarias, la alimentación, el clima y las distancias–, la alejaban del espanto que generaba en otras regiones caracterizadas por las malas condiciones de salubridad, la acumulación de tropas, la escasa alimentación y climas rigurosos generaban un fuerte contagio y también una alta mortalidad (*La Nación*, 16/10/1918). Ese optimismo y la confianza en la exigua incidencia que podría llegar a tener la gripe en la población Argentina se reflejaba en el periódico *La Nación* que el 18 de octubre de 1918, cuando comenzaba la epidemia, titulaba un artículo: “La gripe acentúa su benignidad”. Daba cuenta así del estado de ánimo de la población porteña que, según el diario, se burlaba de la “enfermedad de moda y de sus efectos”.

Al tratarse de una enfermedad desconocida, las instituciones de la salud pública entraron en contradicciones entre sus percepciones acerca del estado sanitario de la población y la información que llegaba desde el exterior.

Esta confusión podía apreciarse, también, en los debates que se llevaban a cabo en la Facultad de Ciencia Médicas de la Universidad de Buenos Aires en noviembre de 1918, en los que los médicos –en muchos casos pertenecientes a la elite intelectual y que habían cooperado o cooperaban con el organismo encargado de cuidar la salud de la población argentina– tenían diferentes opiniones sobre la enfermedad.

El periódico *La Nación* el 23 de octubre de 1918 bajo el título de: “¿En qué quedamos? Contradicciones sanitarias”, volvía a criticar las medidas tomadas por el Departamento Nacional de Higiene y la Asistencia Pública, haciendo explícitas las contradicciones de las medidas sanitarias llevadas a cabo dos días después que comenzara la epidemia en Buenos Aires.

En el artículo observaba que las autoridades habían creado una falsa confianza antes de la llegada de la epidemia y que esta actitud se reflejaba en la imposición de disposiciones draconianas. Las críticas iban en todo sentido, al señalar que no se habían llevado a cabo desinfecciones de los edificios públicos ni de los medios de transporte; no

se había comunicado a la población las formas de prever el contagio de la enfermedad mediante el aseo personal y la alimentación. Tampoco se habían tomado medidas respecto de la circulación de la moneda considerada objeto de contagio y la supervisión de la llegada de buques infectados a los cuales se permitía el desembarco (*La Nación*, 24/10/ 1918).

Es posible que las críticas estuvieran bien fundadas pero, como vimos anteriormente, la confusión entre los médicos frente a una dolencia que se expandía en forma considerable, era el reflejo de una sociedad y un Estado que habían entrado en contradicciones a la hora de prevenir y curar la enfermedad fruto del desconocimiento de su factor etiológico, las percepciones del estado sanitario de la población y las noticias del exterior: esa confusión era interpretada por el periódico *La Nación* como apatía estatal: “hay más que una contradicción en todo esto; hay una negligencia que ojalá no resulte la más grave responsabilidad en que pueden haber incurrido nuestras autoridades” (*La Nación*, 24/10/ 1918).

Consideramos que, en el caso de la ciudad de Buenos Aires que estaba bajo las jurisdicción del Departamento Nacional de Higiene, la confusión devenía de tres ejes: 1) el clima y los niveles de nutrición del que gozaba la población de la ciudad y la zona pampeana eran, para el mismo pensamiento médico, un elemento fundamental para percibir la enfermedad como benigna; 2) Los informes que llegaban del exterior que exponían una situación crítica en términos de la salud pública en los países desde donde se informaba y que, por lo tanto, se podrían repetirse en la ciudad y el país; 3) La confusión que existía en la corporación médica acerca de la etiología de la enfermedad.

Las medidas en 1918

Las medidas que fueron tomadas por parte del Estado se pueden clasificar en diversos órdenes como el internacional, focos de contagios y ambientales.

A nivel internacional, se ordenó la internación de todos los viajeros que llegaran desde Europa en el lazareto emplazado en la isla Martín García, en el Río de la Plata. Para eso se disponía la remisión de

camas y medicamentos y, por otra parte, se crearía un hospital flotante en caso de que las circunstancias lo exigieran (*La Nación*, 1/11/1918).

Según comunicaba el diario *La Nación* en su edición del 24 de octubre de 1918, los buques llegaban con enfermos que “han ido a parar nuestros hospitales; los demás, sus compañeros de viaje a pasearse por la ciudad”. No obstante lo observado por el periódico, el problema de la escasa vigilancia por parte de la sanidad marítima se debía más a la infraestructura en momentos en que se desarrollaba la epidemia que a un tema de política sanitaria. Este hecho puede apreciarse en un pedido que realizaba desde el Departamento Nacional de Higiene al Ministerio del Interior para que intercediera frente al ministro de Obras Públicas a fin de que se les cediera un vapor ya que, si bien contaba con algunos barcos pequeños para realizar la supervisión, los mismos no tenían el porte necesario para trasladar el personal médico. (Archivo Intermedio del Archivo General de la Nación 13365, 28/10/1918).

En este mismo sentido, se imponía una estricta vigilancia sobre la rada del puerto de la capital por parte del Departamento Nacional de Higiene a fin de “evitar la entrada de buques y desembarco de pasajeros” (*La Nación*, 1/11/1918).

En relación a estas medidas también se realizó un convenio sanitario con la República Oriental del Uruguay, el 5 de noviembre. En dicho tratado se convenía inspeccionar a los pasajeros que viajaran a ambos países, se ordenaba la desinfección y lavado de los buques antes del embarque. Se convenía la desinfección de la ropa interior usada de los pasajeros. Un médico oficial y un guarda sanitario deberían viajar en los buques vigilando los pasajeros. En caso de la detección de un enfermo, se permitiría el desembarco previo la desinfección de las ropas interiores usadas y se procedería a la misma acción sobre el buque, mientras que el enfermo sería derivado a la isla Martín García. Se ponía horario para el abordaje: no más allá de las 8 de la noche para los viajeros de primera clase y de las 5 de la tarde para los de segunda clase, y no se permitiría subir a ninguna persona que no tuviera un boleto sanitario (*La Nación*, 6/11/1918).

Como se puede apreciar, las preocupaciones del gobierno y de las autoridades sanitarias estaban dirigidas a los inmigrantes que llegaban en buques desde el océano pero no sobre los ingresos al país por

las fronteras terrestres como eran los casos de la Mesopotamia y la región de Cuyo, que tenían una porosidad sustantiva. El diario *La Voz del Interior* de la ciudad de Córdoba informaba sobre la inmigración brasileña a las provincias de Entre Ríos y Corrientes como consecuencia del terror que creaba la enfermedad en la población del vecino país: “La parte más grave de ese éxodo lo constituye la invasión de brasileños que huyen aterrorizados de la gripe, internándose en la provincia argentina de Corrientes siendo impotentes las autoridades de ambos países para contener la avalancha de los despavoridos” (*La voz del Interior*, 30/10/1918).

Este fenómeno explicaría las mayores tasas de mortalidad que se observan tanto en Entre Ríos y Corrientes como en San Juan y Mendoza, así como Jujuy en la primavera de 1918. La mayor tasa de mortalidad estaría dada por un incremento en la inmigración que generaría una mayor mortalidad por gripe. En ese sentido, solo se disponía la desinfección de los inmigrantes chilenos en el paso de “Las Cuevas” (*La Nación* 26/10/1918).

Por otra parte, las medias iban dirigidas a los focos de contagio al interior de la ciudad. Para ello se ponía énfasis sobre las escuelas, los talleres y las iglesias, además de las aglomeraciones que podrían darse por eventos.

A fines de octubre, se cerraron las escuelas por el término de 10 días y se aconsejó evitar las aglomeraciones públicas, especialmente en los templos religiosos donde debería realizarse la desinfección. Se inspeccionarían los talleres donde concurrían obreros y se disponía el cierre de las salas de espectáculos en toda la ciudad (*La Nación*, 26/10/1918).

Las medidas tomadas por las autoridades reflejaban cierta rigurosidad en algunos sectores de la vida económica del país, como los espectáculos, pero no se pretendía parar la producción en los talleres. En este caso el Departamento Nacional de Trabajo informaba que: “las informaciones recogidas por este Departamento hacen saber que la actual epidemia de gripe se ha extendido entre el personal obrero que trabaja en las fábricas y talleres de la Capital Federal. En las principales fábricas, la proporción de inasistentes por razones de enfermedad excede de un 30%. Hay establecimientos en los que la proporción

indicada llega a 40% y 50%”. (Archivo Intermedio del Archivo General de la Nación 6841, 23/10/1918).

Sin embargo el Departamento de Trabajo no veía con buenos ojos el cierre de locales debido a que pararía la industria y los obreros dejarían de cobrar sus salarios. Por lo tanto proponían la denuncia de los propietarios de los talleres cuando la inasistencia llegara a más del 20% del personal, medida que los dueños no tomaron jamás debido a que podría traer aparejado el cierre del local.

Por otra parte, si bien se cerraban las escuelas, los templos simplemente se desinfectaban y se aconsejaba a la población no asistir a estos lugares. Estas diferencias hablan a las claras del poder que sustentaba una Iglesia que, es posible, se haya negado a cerrar los templos religiosos. De esta forma las medidas eran tomadas acorde al poder de los diferentes sectores involucrados.

Por otra parte, se cerraron de forma total todo tipo de locales donde se llevarán a cabo espectáculos públicos, como teatros, cinematógrafos, salas de baile, etcétera. No sucedió lo mismo con los bares, que posteriormente tendrían un horario para permanecer abiertos. En ese sentido los empresarios del espectáculo, al ver tocados sus intereses, generaron un lobby a fin de que las autoridades municipales revieran las medidas respecto a sus negocios. Si bien todos, salvo uno, aceptaron la orden de cerrar las salas, iniciaron un movimiento mediante asambleas y notas dirigidas al intendente. En una de ellas consideraban injusto el cierre ya que se habían tomado medidas higiénico-sanitarias severas, a tal punto que “(...) “entre la gente de teatro el promedio de enfermos fue tan ínfimo, que las salas han podido continuar funcionando hasta la fecha”; y, por otro lado, “el público no ha temido concurrir a las salas de espectáculos y por el contrario ha contribuido en mayor medida con su presencia a dar animación a éstas, demostrando así su espíritu de confianza”. La nota terminaba con una advertencia: “si el decreto de cierre se mantiene, la alarma renacerá con mayor intensidad en la población, y ese mismo público (...) se volcará en los cafés y bares, sitios que por su capacidad, aireación e higiene están en condiciones muy inferiores a las salas de espectáculos, dada la reducida capacidad que tienen para contener exceso de público” (*La Nación*, 26/10/1918).

La nota se basaba en varias falacias: ponía énfasis en el número de enfermos que había en la gente de teatro hasta el momento, pero no decía nada acerca de lo que podía suceder si la epidemia continuaba; por otra parte, jugaba con la idea de que las salas de espectáculos eran más salubres que los bares y cafés, que hasta ese momento no tenían restricciones. Por último, ponía énfasis en la escasa importancia que le daba la población a la epidemia al concurrir a los establecimientos de los que daban cuenta. El 30 de octubre nuevamente los empresarios del espectáculo enviaron una carta al gobierno de la ciudad de Buenos Aires solicitando la reapertura de las salas de espectáculos, esta vez poniendo el acento en los problemas salariales que podrían sufrir quienes vivían del teatro y el cinematógrafo (*La Nación*, 31/10/1918).

Más allá de las contradicciones internas de la primera nota, se observa cómo las medidas tomadas por las autoridades de la ciudad tocaban diversos intereses y esto generaba, en un período de crisis, la reacción de estos sectores. Estas reacciones pudieron apreciarse a principios de noviembre del año 1918: visto que la epidemia de gripe continuaba, el Presidente de la Nación se reunió con el ministro del interior, el intendente de la ciudad de Buenos Aires, el director de la Asistencia Pública, el jefe de policía de la misma ciudad, y el presidente del Departamento Nacional de Higiene, de esa reunión surgieron nuevas medidas. Ante los problemas que se generaban en la ciudad como consecuencia de la gripe y visto el crecimiento que estaba teniendo, no en la mortalidad pero sí en la morbilidad, nuevamente la intendencia de la ciudad de Buenos Aires –cuyo jefe era nombrado por el presidente de la Nación–, ordenó una serie de medidas destinadas a la profilaxis. Entre ellas se encontraba: la prohibición de la entrada a los cementerios de una concurrencia extraordinaria a la habitual, de esta forma se permitiría únicamente el ingreso de aquellos que acompañaran los sepelios; se prohibía el funcionamiento de cafés, bares, confiterías, hoteles y restaurantes luego de las 11 de la noche; se disponía la desinfección de los templos religiosos, cualquiera sea su culto; y se permitían los espectáculos públicos hasta las 11 de la noche, siempre y cuando fueran al aire libre. El ministerio de Educación Pública mandó que se continuara con el cierre de todos los establecimientos educativos hasta nuevo aviso (*La Nación*, 1/11/1918).

Además de tratar de cortar las cadenas de contagio mediante medidas aplicadas sobre lugares públicos, también se creó una vacuna por parte del Instituto de Bacteriología dependiente del Departamento Nacional de Higiene, estaba dirigido por el médico Bohemio Rudolf Kraus. El mencionado médico, en una nota dirigida al Presidente del mismo organismo el 24 de octubre de 1918, lo anoticiaba de la creación de una vacuna *preparada* en el mismo instituto:

Tengo el honor de dirigirme al Sr. Presidente comunicándole que el Instituto prepara una vacuna de mezcla del neumococo con el bacilo de la influenza, que podría servir como profiláctico de la epidemia reinante.

Como la mencionada vacuna, al igual que la antitífica no puede perjudicar la salud, sería oportuno proponer la vacunación en el ejército, la marina, la escuela de mecánica, empleados de la Aduana, del correo, etc etc (Archivo Intermedio del Archivo General de la Nación 13168, letra H, 29/10/ 1918).

Tomando la iniciativa de Kraus, el presidente del Departamento Nacional de Higiene se comunicó con el ministro del interior a fin de que sugiriera a sus pares de Marina, Guerra y Hacienda aplicar la vacuna todo el personal dependiente de esos ministerios (Archivo Intermedio del Archivo General de la Nación 13.168, letra H, 29/10/ 1918).

El 28 de octubre, Kraus subía la apuesta y proponía al presidente del Departamento Nacional de Higiene la universalización de la vacuna: “Con la vacuna que conseguimos preparar en el Instituto hemos ensayado la vacunación en varias personas pudiéndose decir que no produjo reacción alguna, en consecuencia estimo podríase invitar al público se sometiera a la vacunación sin garantizar la eficacia” (Archivo intermedio del Archivo General de la Nación 13143, letra H, Octubre 30 de 1918).

La nota del Dr. Kraus expresaba que, por un lado, la vacuna no provocaba reacciones pero, por otro lado, tampoco se garantizaba su eficacia. La vacunación no llegó a aplicarse a la población que pretendía el director del Instituto de Bacteriología ya que la gripe fue desapareciendo poco a poco, aunque se intentó nuevamente en 1919.

Por último, se atacó el factor medioambiental y se trató de incidir sobre aquellos lugares y sectores sociales que se consideraban peligrosos.

El intendente de la ciudad de Buenos Aires disponía la desinfección diaria de los coches y autos de alquiler y tranvías. Estas acciones se llevaron a cabo en las estaciones sanitarias de la municipalidad de Buenos Aires, y se otorgaban certificaciones de dicha desinfección. A su vez, se realizaban tareas de desinfección en las casas particulares, en especial en aquellas donde vivían personas aquejadas por otra enfermedad, como la tuberculosis (*La Nación*, 1/11/1918). La limpieza del Riachuelo (un río que surca la ciudad de Buenos Aires y que en ese momento ya era foco infeccioso desde hacía mucho tiempo) fue otra de las medidas que se tomaron para combatir la enfermedad. (*La Nación*, 26/10/1918).

Al mismo tiempo, se realizó un barrido y lavado de calles por parte de bomberos y personal municipal (*La Nación* 31/10/1918), se procedía a la desinfección de las oficinas públicas (31/10/1918) y se realizaba una serie de medidas destinadas a la extinción de moscas, uno de los animales que eran considerados vectores de la enfermedad: “Las universidades populares de la Boca y Rosario han iniciado una serie de exposiciones de aparatos y trampas cazamoscas” y se proponía distribuirlos gratuitamente a quienes lo solicitaran (*La Nación*, 31/10/1918).

En el interior, las medidas no cambiaban demasiado en relación a lo que disponía el Departamento Nacional de Higiene y la lógica era similar. En Córdoba, apenas se supo que se comenzaba a desarrollar la epidemia de gripe española en la Argentina, el intendente y la Asistencia Pública enviaron un delegado para que estudiara la situación en la ciudad de Buenos Aires y se informara de las características de la epidemia. El médico elegido era el director del Hospital de infecciosos (*La Voz del Interior*, 20/10/1918). Si bien se tomaron decisiones como la suspensión de las clases, el cierre de las salas de espectáculos, el blanqueamiento y desinfección de los edificios y casas particulares, aquellas fueron destinadas en especial hacia la ciudad de Córdoba y mucho menos en las ciudades del interior cordobés, posiblemente debido a la benignidad y el tiempo excesivamente breve de su desarrollo.

A fines de noviembre de 1918 la epidemia de gripe¹ parecía haber disminuido su agresividad, aunque los informes que eran transmitidos por la prensa hablaban de una benignidad importante, con muy pocas muertes. Es que la tasa de mortalidad había sido muy pequeña en relación a otros países como Brasil o México. No obstante, la epidemia volvió en el invierno de 1919, pero esta vez las provincias atacadas fueron las del norte, y con altas tasas de mortalidad.

Las medidas en 1919

En su informe sobre el desarrollo de la gripe española en la Argentina, el Departamento Nacional de Higiene expresaba el recorrido que había realizado la enfermedad: “vuelve la epidemia el año siguiente (1919) empezando a manifestarse en abril en algunas de las catorce provincias:

(...) con la particularidad de que la gripe toma de preferencia aquellas provincias que pasó por alto en Noviembre del año anterior, esto es, se manifiesta sobre todo en el norte de la república, siguiendo su avance para tomar más el país en junio y puede decirse que en este mes y el siguiente la epidemia llegó a su período álgido (Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1921: 28)

Este fenómeno fue reflejado también en el diario *La Nación* y en el diario *La Prensa*, que a partir de mayo de 1919 comenzaron a publicar noticias de lo que ocurría en el norte argentino. Así surgían reseñas del desarrollo de la gripe en Salta, Jujuy, Tucumán, la gobernación de Los Andes. Muchas de estas informaciones eran de carácter alarmante y es posible que hayan generado el miedo en la ciudad capital. Mientras que la gripe seguía su camino desde el norte hacia el sur, también las noticias de los periódicos iban siguiendo este desarrollo: si para abril y mayo las noticias sobre la gripe eran en su mayoría del norte argentino, hacia junio y julio aquellas que primaban eran las de las ciudades y pueblos del área central de la Argentina.

1 Nombre con la que se la designaba en la Argentina

La gripe no solo desnudó los serios problemas sanitarios que sufría la población de las provincias del interior del país, también dejó al descubierto las inequidades en recursos económicos y humanos frente a una pandemia. Se trataba de estados pobres que podían disponer de muy poco dinero para enfrentar la enfermedad y donde había una escasa cantidad de médicos e instituciones sanitarias. Por ello, el Departamento Nacional de Higiene, apenas comenzó la pandemia, dispuso enviar ayuda a las diferentes provincias “con el fin de contribuir en la campaña profiláctica que se lleva a cabo en el interior de la república para evitar la propagación de la gripe”. Fue, apenas comenzada la epidemia, el envío de un médico y un guardia sanitario hacia las principales provincias afectadas. Estos galenos, junto a sus auxiliares, viajaron a Salta, Jujuy, Catamarca, La Rioja, Corrientes y los territorios nacionales de Chaco y Misiones (*La Nación*, 9/5/1919). Mientras tanto, en la ciudad de Buenos Aires, la gripe tenía carácter “benigno” según publicaba el periódico *La Nación* (11/5/1919).

Los respectivos Consejos Provinciales de Higiene destacaban los escasos médicos que, viviendo en las Capitales provinciales, debían asistir a enfermos en los poblados del interior, en muchos casos se les asignaban zonas o en otros algunos poblados que tuvieran un exceso de morbilidad (*La Nueva Época* 12/6/1919). En el caso de la provincia de Córdoba, el periódico *Los Principios* observó que el Consejo Provincial de Higiene enviaba médicos en misiones a visitar distintas ciudades en diversas zonas de la provincia (6/7/1919). En el desarrollo de estas políticas se aprecian las inequidades en recursos humanos y materiales de las provincias respecto de la ciudad de Buenos Aires.

En ese contexto, todos los distritos provinciales o municipales comenzaron a tomar medidas de carácter sanitario a fin evitar el desarrollo de la enfermedad; sin embargo, una de las dificultades con que se encontraba el Estado y la medicina era que se ponían en práctica cuando la epidemia ya había entrado y se había instalado en cada una de las provincias y en cada una de las ciudades. Esta falencia era criticada en cada uno de los distritos por parte de la prensa. Las políticas generales no se salían de las que se generaban desde el Departamento Nacional de Higiene y que fueron mencionadas en otro apartado.

Por otro lado, se ejecutaban disposiciones particulares dependiendo de cada uno de los distritos. Así, en el caso de la provincia de La

Rioja, se llegó a extremos como la prohibición a la población de concurrir a velorios, salvo los deudos; la distribución de impresos donde se exponían las acciones necesarias para evadir la enfermedad; y el lógico cierre de los lugares donde pudiese existir la conglomeración de población, como los templos religiosos. En este sentido, cabe consignar la gravedad o percepción de gravedad que tenían las autoridades sobre la epidemia de gripe, al ordenar el cierre de los templos, cuando anteriormente se tendía a simplemente desinfectarlos (*La Nación*, 23/5/1919). En muchos casos, el cierre de los templos generó conflictos entre el Estado y la iglesia; por ejemplo, el caso en el que el intendente de Salta impuso una multa al obispado de esa ciudad por no cumplir los horarios que se les habían ordenado desde el estado municipal (*La Nueva Época*, 14/5/1919).

La intendencia de la ciudad de Rosario, en la provincia de Santa Fe, destinó recursos humanos y monetarios a fin de sanear la ciudad de suciedades, y también restringió el funcionamiento de los lugares de reunión pública (*La Nación*, 14/5/1919). En Córdoba se publicaban folletos para tomar medidas de carácter individual, a fin de evitar la enfermedad (*Los principios*, 18/5/1919).

Los médicos enviados por el Departamento Nacional de Higiene, que tenían la misión de coordinar las acciones sanitarias en las provincias, solicitaban al poder central elementos como medicamentos y aparatos de desinfección que, a causa de las grandes distancias, tardaban largo tiempo en llegar (*La Nación*, 23/5/1919).

También en 1919 se intentó aplicar la vacuna preventiva, en especial en la provincia de Buenos Aires, a internos de la cárcel de Sierra Chica y en algunas provincias donde asistían los médicos destacados por el Departamento Nacional de Higiene.

Lo cierto es que la epidemia de gripe también explicitaba un escenario de impotencia de la medicina para poner coto a la situación de escasez de recursos, tanto humanos como materiales, frente a una enfermedad que rebasaba todo tipo de acción que se pudiera llevar adelante.

Las medidas no se modificaron en el tiempo que duró la epidemia, entre dos y cinco meses, dependiendo de las provincias que fueron atacadas.

Ahora bien, la epidemia fue una nueva prueba para el Estado, la medicina y la sociedad argentina, a la vez que se transformó en una fuerte preocupación en términos políticos y sociales. Desnudó, nuevamente, los desequilibrios económicos y sociales de un país que crecía pero que no se desarrollaba, evidenciando la ineficacia del Estado frente a una enfermedad y la impotencia médica al encontrarse cara a cara con una epidemia desconocida y difícil de ser controlada.

A modo de cierre

La pandemia de gripe española, llamada “grippe” en Argentina, impactó con fuerza en la población del país. Se desarrolló en dos brotes, uno en la primavera de 1918 (que desde el punto de vista epidemiológico fue benigno, con escasa cantidad de muertes), y el segundo en el otoño-invierno de 1919, que fue mucho más letal. Lo cierto es que con los dos brotes murieron 22.238 personas. Fue, tal vez, la mayor catástrofe sanitaria de la Argentina durante el siglo XX. Sin embargo la mortalidad no fue uniforme, la ciudad de Buenos Aires fue la de menor mortalidad. Consideramos que esto se debía a una desestructuración del sistema sanitario consecuencia de las características que tenía el país con un centro macrocefálico desde el punto de vista político, social y económico.

La institución nacional, El Departamento Nacional de Higiene, que recibía la información del gobierno nacional y el presupuesto de la Nación, se ocupaba de la salud de la población de la ciudad de Buenos Aires y de los territorios nacionales, mientras que las provincias, con bajos presupuestos en salud y escasa información, debían hacer frente a la pandemia con los Consejos Provinciales de Higiene. La forma en que discurría la información era a través de la delegación de un médico por parte de las provincias para asesorarse sobre la problemática en la ciudad de Buenos Aires y llevar la información a los gobiernos provinciales.

Esto generaba lo que denomino una política de espejos distorsionados, debido a que la ciudad de Buenos Aires donde, como observamos, se aplicaron todas las medidas con prontitud, tenía una realidad sanitaria que aventajaba a la de los demás distritos y, por lo tanto, la

gripe generaba menor impacto. A eso se sumaba el desarrollo políticas a nivel internacional con la administración de puertos, lazaretos y barcos, medidas destinadas a cortar la cadena de contagios y de medioambiente. Esta realidad no era propia de las provincias del interior y ocasionaba justamente una distorsión de los problemas que podría acarrear la gripe española. Esto parece haber ocurrido en 1918. En 1919 las políticas que se implementaron en el interior fueron similares pero no con el grado de profundidad que se había tomado en la capital de la república y fueron aplicadas a destiempo. Nuevamente a partir de la estructuración de un sistema con escasos recursos humanos y materiales en el interior de cada una de las provincias, con las fuertes desigualdades regionales. El desarrollo de la gripe española en Argentina es un claro ejemplo de la necesidad de una administración y una comunicación coordinada entre los distintos niveles estatales frente a las pandemias, en la que la circulación de la toma de decisiones y de información tengan un carácter democrático y coordinado.

Bibliografía y fuentes citadas

- Adrián Carbonetti y María Dolores Rivero (2019) “Un brote epidémico en perspectiva socio-demográfica: el caso de la gripe española en la ciudad de Córdoba, Argentina (1918-1919)”. En *Resgate, Revista Interdisciplinaria de Cultura*, pp 29-48.
- Adrián Carbonetti (2010) “Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en Argentina. 1918-1919”. En *Revista Desacatos* N° 32, pp 159-174.
- Adrián Carbonetti (2013) “Ofrecimiento de productos en épocas de epidemia. La publicidad en momentos de la pandemia de “gripe española” en Argentina, 1918 – 1919”. En Miguel Ángel Cuenya y Rosalina Estrada Urroz (edit.) *Nuevas miradas desde América Latina y México. Enfermedad y control social. Siglos XIX y XX*. Editorial de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, pp. 147-166.
- Adrián Carbonetti (2016) “Sociedad y gripe española. La mortalidad por sectores sociales en la ciudad de Córdoba”. En *Revista de Salud Pública*, N° XX, vol. 2, pp 48-52.
- Adrián Carbonetti, Adriana Álvarez (2017) “La gripe española en el interior de la Argentina. 1918-1919”. En *Revista Americania*, vol. 6, pp 207-229.
- Adrián Carbonetti, Dolores Rivero y María Laura Rodríguez (2019) “Vida cotidiana y familiar en el ingreso de la gripe española a la Argentina. Fines de 1918”. En Adriana Álvarez (comp.) *La historia de la salud y la enfermedad. Recursos archivísticos y metodológicos de un campo historiográfico en construcción*, Editorial Eudem, pp 87-96.
- Adrián Carbonetti, Dolores Rivero, Belén Herrero (2014) “Políticas de salud frente a la gripe española y respuestas sociales. Una aproximación a los casos de Buenos Aires, Córdoba y Salta a través de la prensa (1918-1919)”. En *Revista Astrolabio*, vol. 13, pp 66-96.
- Adrián Carbonetti, Dora Celton (2007) “La transición epidemiológica”. En Susana Torrado (comp.) *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX*, vol 1, Editorial EDHASA, pp. 369-399.
- Adrián Carbonetti, Gastón Rizzi (2016) “Epidemia, periodismo y oposición política: el caso de la gripe española en la Argentina en periódicos de Buenos Aires, Córdoba y Salta”. En Lila Aizemberg y María Laura Rodríguez (comp) *Procesos de salud, enfermedad y prácticas de curar en la provincia de Córdoba: miradas interdisciplinarias en la construcción del conocimiento*. Editorial CIECS-CEA, Córdoba, pp 15-36.

- Adrián Carbonetti, Javier Gómez, Eduardo Torres (2013) “La gripe española y crisis de mortalidad en Salta, Argentina, a principios del siglo XX”. En *Revista Historelo*, vol. 5, pp 271-299.
- Adrian Carbonetti, María Dolores Rivero (2020) “La enfermedad en imágenes: representaciones de la gripe española en la prensa argentina (1918)”. En *Revista Población y Salud en Mesoamérica*, N° 17, vol. 2, 1-25.
- Adrián Carbonetti, María Dolores Rivero (2020) *Argentina en tiempos de pandemia: la gripe española de 1918-1919. Leer el pasado para comprender el presente*. Editorial de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Alberto González García (2013) “Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919”. En *Vínculos de Historia*, N° 2, pp. 309-330.
- Anales del Departamento Nacional de Higiene, vol. 26. año 1921.
- Archivo Intermedio del Archivo General de la Nación, Expediente N° 6841, Archivos del ministerio del Interior 23 de octubre de 1918.
- Archivo intermedio del Archivo General de la Nación, Mesa de entradas y salidas, Ministerio del Interior, Expediente 13168, letra H, 29 de octubre de 1918.
- Archivo intermedio del Archivo General de la Nación, Mesa de entradas y salidas, Ministerio del Interior Expediente 13143, letra H, 30 octubre de 1918.
- Archivo intermedio del Archivo General de la Nación, Mesa de entradas del Ministerio del Interior N°13365 letra H 28 de octubre de 1918.
- Diario La Nación, 1918-1919.
- Diario La Nueva Época 1919.
- Diario La Voz del Interior 1918-1919.
- Diario Los Principios 1918-1919.
- Jaime Elías Bortz (2017) “1918: La Grippe en Buenos Aires. La sociedad porteña en crisis”. En *Americania*, N° 6, 2 pp 230-261.
- María Dolores Rivero, Adrián Carbonetti (2016) “La “gripe española” en perspectiva médica: los brotes de 1918- 1919 en la escena científica argentina”. En *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 14, N° 2 pp. 283-295.
- María Dolores Rivero, Adrián Carbonetti, Carlos Vittar (2019) “De trastornos mentales y gripe: la “dama española” en la psiquiatría rosarina de comienzos del siglo XX, Argentina”, *Diálogos*. En *Revista Electrónica de Historia*, vol 20, N° 2, pp. 99-114.
- Mónica Müller (2010) *Pandemia. Los secretos de una relación peligrosa: humanas, virus y laboratorios*. Editorial Sudamericana, Buenos aires.

EL AMOR DESPUÉS DEL AMOR

Recorridos posibles de la pandemia de VIH/sida en Argentina

Luciana Linares y Alexis Manzo

Introducción

Como hemos visto a lo largo de este libro, desde el siglo XVIII hasta la actualidad, las epidemias irrumpieron en la vida de la humanidad creando, además de una serie de fenómenos biológicos, un complejo entramado de sentidos e imágenes capaces de sancionar valores e imponer o modificar conductas. Cada una de ellas se constituye como una ocasión para aplicar tecnologías, diseñar políticas públicas y acciones colectivas; también fueron utilizadas para darle sentido a la construcción de un “otro”. Estas construcciones discursivas sobre la enfermedad pueden pensarse como un denominador común entre el COVID-19 y el VIH/sida. La incertidumbre ante la emergencia de una patología contagiosa que se difunde con rapidez en diferentes países, parece ser un campo propicio para establecer el carácter “plagático” no solo sobre quienes se encuentran infectados, sino sobre diferentes grupos sociales. El marco que nos convoca a repensar el impacto de las epidemias y las huellas que dejan en la sociedad es la pandemia de COVID19. Esta introdujo a una parte de la población mundial en aislamiento voluntario u obligatorio, según miremos el agenciamiento que realizó cada Estado, en un mundo conectado, donde la inmediatez del mensaje es siempre prefacio de acciones políticas y sociales. Los cuerpos que atraviesan estas enfermedades sufren los embates de dolores y padecimientos a la vez que construyen una idea de vida y muerte a partir de la experiencia vivida, pero también de lo que sucede en la sociedad en general. No se trata de un fenómeno meramente biológico, sino en términos de Le Breton (1999) de comprender que el individuo habita su cuerpo de acuerdo con orien-

taciones sociales y culturales que lo atraviesan, pero las representa a su manera según su temperamento y su historia personal.

Este artículo tiene como objetivo indagar sobre el impacto de la epidemia de VIH/sida en Argentina entre 1982 y 2019. La periodización responde a tres fases signadas por coordenadas políticas, sociales y biomédicas que cambiaron –a nuestro entender– las sensibilidades sobre el VIH/sida desde la conceptualización de la pandemia en 1980 hasta su sentido actual, como casi una enfermedad crónica con tratamiento prolongado. Desde estas fases trazamos los cambios de décadas con el surgimiento de tecnologías, luchas sociales, políticas públicas y tratamientos enmarcados (o enmarcando) las leyes y reglamentaciones, así como su reflejo en algunos aspectos de la cultura argentina.

Entre silencios, miedos y juventudes

Pocas enfermedades signaron los cuerpos, las conductas y los imaginarios sociales de manera tan radical como sucedió con la epidemia de VIH/sida. Partimos de un concepto que desarrolla Georges Duby (1995), que propone que cada una de las epidemias dejan huellas y vestigios en las sociedades que las atraviesan.

Sexo, sangre y muerte, pareció ser el trinomio dominante en diversas construcciones discursivas sobre el sida. Cabe mencionar que hacia finales del siglo XIX y principios del XX, otras enfermedades generaron huellas en la poesía y el tango, vinculando la idea de juventud, sexualidades y excesos. En este sentido, la sífilis y la tuberculosis pueden pensarse también desde un contexto en el cual el carácter patológico fue utilizado para vehicular ciertos discursos sobre las hegemonías de los cuerpos. En junio de 1981, cuando se publicaron los primeros informes en Estados Unidos de una neumonía aguda desconocida hasta el momento que afectaba a adultos jóvenes, los significados y construcciones revitalizaron ese trinomio cultural. El VIH/sida emerge en plena incertidumbre biomédica de la mano de un estigma que la vinculaba a ciertas prácticas sexuales, de manera excluyente. En todos los casos se detectaron deficiencias severas en un tipo de linfocito, el T CD4, parte esencial del sistema inmunológico. Cuadros similares se sumaron a lo largo de todo el país. En el trans-

curso de semanas esas personas fallecieron. La celeridad del virus fue muy impactante para la comunidad científica.

El 2 de julio de 1981 *The Bay Area Reporter*, un periódico semanal de la comunidad LGTB en San Francisco, publicó un artículo en el que describió los síntomas y alertó sobre la necesidad de consultar a los servicios médicos ante la presencia de dificultades respiratorias. Esto generó que las comunidades de varias ciudades comenzaran a movilizarse pidiendo información y explicaciones sobre “el nuevo mal”. A esa altura la respuesta de la ciencia se limitaba a describir los hechos: el 28 de agosto, MMWR (*Morbidity and Mortality Weekly Report*), reportó 108 casos de sarcoma de Kaposi y/o enfermedad por *Pneumocystis*, 94% en hombres homo o bisexuales, con una mortalidad del 40%. La incertidumbre sobre el origen de la enfermedad reinaba en los ámbitos científicos. En esos días se visibilizaron en las vidrieras de una farmacia de San Francisco las fotos de lesiones del sarcoma de Kaposi, el llamado “KS Poster Boy”. Bobbi Campbell, un activista por los derechos de la comunidad LGTB, fue quien había decidido mostrar al público su padecimiento. Él mismo, en un intento por alertar a la comunidad sobre la enfermedad y solicitar la búsqueda de atención médica hizo público su diagnóstico, relatando su experiencia para el *San Francisco Sentinel*. Junto a su pareja, años más tarde apareció en la tapa de la revista *Newsweek Gay America: Sex, Politics, and the Impact of AIDS*. Se trató de la primera vez que hombres homosexuales fueron retratados abrazándose en la portada de una revista de tirada nacional estadounidense. Bobbi murió de sida a los 32 años, en agosto de 1984.

Pero la enfermedad avanzaba no solo en la comunidad LGTB+. En Nueva York, la pediatra Arye Rubinstein recibió cinco niños negros con signos de inmunodeficiencia severa y neumonía, tres de ellos, hijos de madres usuarias de drogas endovenosas y trabajadoras sexuales. A fines de 1981, se reportaron 337 casos de inmunodeficiencia severa en los Estados Unidos: 321 adultos y adolescentes, y 16 niños menores de 13 años. De esos casos, 130 habían fallecido para finales de ese mismo año. El 4 de enero de 1982 se fundó Gay Men’s Health Crisis (*GMHC*), en Nueva York. Podría decirse que constituyó la primera ONG relacionada directamente con la atención y asesoramiento sobre el sida. El Dr. Marcus Conant y el activista Cleve Jones dieron

forma a la Fundación de Investigación y Educación sobre el Sarcoma de Kaposi en San Francisco, que luego fue llamada como Fundación SIDA. De esta manera, la sociedad civil generó respuestas casi inmediatas ante la incertidumbre reinante, constituyéndose como actor indeclinable en la lucha contra la enfermedad. Lo mismo ocurrió en Argentina, un tiempo más tarde.

La noticia estalló en los medios masivos norteamericanos de la mano de un título que se convirtió en un esquema de la lógica que tendrían las comunicaciones sobre la enfermedad en esta primera etapa: "Inusual forma de cáncer detectada en 41 homosexuales" (Altman, 1981).

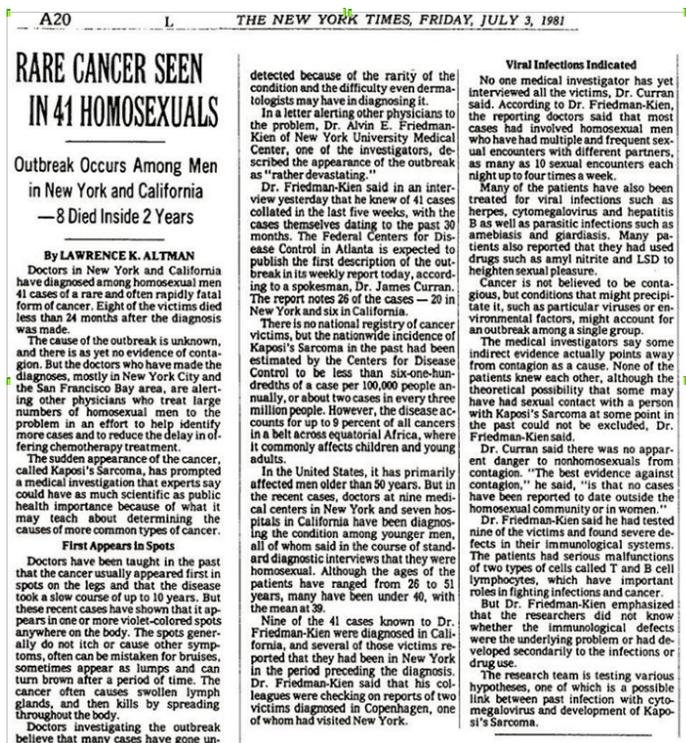


Figura 1. Lawrence, Altman. "Rare cancer seen in 41 homosexuals". En New York Times, 3 de julio de 1981.

La misma epidemiología adjudicó la patología a las “conductas de riesgo” o los “estilos de vida” (homosexualidad, promiscuidad y uso de drogas recreativas). La regla mnemotécnica de “las 4 haches” (“homosexuales”, “heroinómanos”, “hemofílicos” y “haitianos”) cuando surgen los primeros casos en hemofílicos y niños de madres usuarias de drogas fue elaborada desde el seno de los Centros de control y prevención de enfermedades (CDC) en Estados Unidos, profundizando la idea de “grupos de riesgo” y “conductas de riesgo” impuesta desde la epidemiología tradicional. Mientras, para el ideario popular se había transformado en “la peste rosa”, la que afectaba “a los amorales”. Grupos religiosos llegaron a manifestar que el sida era el castigo divino hacia la homosexualidad y la promiscuidad, idea que aún resuena en grupos más radicales de muchas religiones.

La seropositividad emergía en el escenario internacional, con plena incertidumbre, en clave de sentencia. Cuando esta enfermedad sacudió la estructura médico-científica norteamericana y europea, el mundo denominó una nueva epidemia. Algunos autores sostienen que existieron comunicaciones médicas que exponían cuadros similares en África, muy anteriores a la descripción que hizo el *New York Times*, y que la relación entre la enfermedad y su urgencia de estudio explotó cuando llegó a Estados Unidos y afectó a grupos medios altos de la sociedad. En este sentido, Carlos Mendes (2012), propone pensar la dinámica relación entre sida y poder para contextualizar la pandemia. Lo cierto es que una enfermedad desconocida, virulenta, capaz de reducir en forma drástica la esperanza de vida de quienes la padecían, era el cuadro que se repitió aceleradamente, en los informes provenientes de diferentes países.

Las lógicas del contagio fueron tema de debate entre la comunidad científica. Hacia 1982 se registraron los primeros pacientes infectados a partir de transfusiones, y la enfermedad ligada a la sangre tendría a la ciencia en una paradoja. La práctica que en 1970 había transformado la vida de los pacientes hemofílicos, se constituía en un espacio de riesgo (Vigarello 2006).

El descubrimiento del virus en 1983, que tomó el nombre de VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) recién en 1986, no estuvo exento de controversias. Los franceses Françoise Barre-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur, aislaron el virus al que llamaron Vi-

rus Asociado a la Linfopatia (LAV-1). Esto les significó el galardón del Premio Nobel en 2008, reconocimiento final hacia la disputa sobre el descubrimiento que había surgido con el equipo dirigido por Robert Gallo, del Instituto de Virología Humana de Baltimore, quien aseguraba haberlo descubierto antes que el grupo francés. En septiembre se empleó por primera vez el término SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y en el *MMWR* se publicó la primera definición de caso: “Una enfermedad al menos moderadamente predictiva de un defecto en la inmunidad mediada por células, que ocurre en una persona sin causa conocida de resistencia disminuida a esa enfermedad” (*MMWR*, 1986).

El sida, en la República Argentina, estuvo cruzado por la experiencia que había dejado en la sociedad el paso de una dictadura cívico-militar, que iniciada en 1976 en la década de 1980 estaba en sus postrimerías a nivel institucional, no así en los capitales socioculturales en los cuales había logrado penetrar. De esta manera, la percepción del sida a nivel local fue asociada a otro actor; si en otras culturas el recorte eran los homosexuales, en la Argentina también se puso bajo sospecha a los jóvenes. Este grupo etario, durante la dictadura militar, padeció la aplicación de dispositivos de control, secuestro y desaparición; muchos de ellos habían sido definidos como “subversivos y peligrosos”. El disciplinamiento de los cuerpos sobre todo jóvenes, durante la dictadura, impuso la heteronormatividad y obediencia como valores incuestionables de la sociedad. Durante los primeros años de la década de 1980, muchos jóvenes circulaban por nuevos espacios de sociabilidad mientras expresiones culturales como el rock, tomaban carácter masivo. La estética de quienes pertenecían a la cultura rock de esa década, proponía un cuestionamiento directo al ideario hegemónico presente en la sociedad argentina sobre las masculinidades y femineidades. Si en los setenta los jóvenes, habían sido tildados de peligrosos por sus prácticas políticas, en los ochenta lo serían por sus sexualidades.

Este nexo enfermedad-sexualidad o sida-sexualidad, no fue novedoso. En Argentina entre finales del siglo XIX y principios del XX, ya se había hecho lo propio con la sífilis. La producción de manuales, reglamentaciones y discursos enfocados sobre los miedos sociales que despertaba la proliferación de enfermedades de transmisión sexual (Múgica, 2015) enmarcaba expresiones culturales como el tango. Es

decir, las prácticas sexuales fueron parte significativa de los discursos que constituyeron los imaginarios referidos a la enfermedad, tanto a principios del siglo XX como en sus postrimerías.

Ahora bien, las identidades y sexualidades que pusieron en jaque el modelo hegemónico cisgénero en los años 80 fueron el primer grupo vulnerable que emergió de los informes de caso. No solo eso, sino que se constituyó un esquema estadístico diferenciado sobre la epidemia por parte de los actores internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (CSP, 1990).

Esa imagen de jóvenes con pelo largo, ropa ajustada, con modelos de sexualidad liberados, tensó la imagen del ideario hegemónico sobre las masculinidades y femineidades. Esto nos aporta elementos constitutivos para pensar los cuerpos de adolescentes y jóvenes adultos, en la segunda mitad de los 80. Esos cuerpos y sus formas de habitarlos serían protagonistas de una pandemia futura que resignificaría las prácticas y estigmatizaría grupos sociales.

Entre los primeros casos registrados de manera muy temprana en Argentina, se configuró la idea de que la enfermedad circulaba por un grupo específico: jóvenes varones homosexuales que vivían en los grandes centros urbanos del país. Esta coordenada no era original ya que era una presunción presente en Estados Unidos y Europa. Las personas que atravesaron esta primera etapa de la epidemia, convivieron no solo con el virus sino con una manera de comunicarlo. La idea de lo plagático se constituyó como reflejo del miedo y la confusión imperante. Conceptos como “peste o cáncer rosa” tan presente en esos años en Estados Unidos, tuvieron su expresión en Argentina; se hablaba del “bicho” en relación con la dolencia desconocida e indeseable, que amenazaba a ciertos cuerpos. En este sentido, la enfermedad tuvo un correlato social vinculado a las prácticas que suponía “[...] tener SIDA es precisamente ponerse en evidencia como miembro de algún grupo de riesgo, de una comunidad de parias” (Sontag, 2003).

Entre 1982 y 1990, Argentina registraba un índice de contagio mucho mayor entre varones que entre mujeres (CELS, 2005). Pensemos que el primer caso registrado de una paciente mujer fue en el año 1987. También debemos tener en cuenta que el sistema de registro de defunciones fue un punto endeble de este primer período de la epide-

mia en Argentina. Esta relación tan marcada se revirtió en el período siguiente. Respecto a la edad de las personas adultas infectadas, pertenecían a población económicamente activa de entre 25 y 34 años (Ministerio de Salud de la Nación, 2003). Si bien es complejo realizar una distinción geográfica de la epidemia en el país durante los años iniciales (debido a variables como registros, índice de prevalencia de la enfermedad, etc.) y anteriores a la Ley Nacional 23.798, el fenómeno de la centralidad de casos en las capitales provinciales parece regir el esquema de circulación. Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Salta fueron las capitales provinciales que registraban el 85.5 % de los casos totales (MSN, 2003); la provincia de Buenos Aires tenía mayor grado de relevancia frente al resto del país. El Hospital Juan N. Fernández se constituyó entonces como el principal nosocomio que recibía pacientes con VIH y sida. Si bien contaba con pocos profesionales de la salud para la demanda que se estaba corporeizando, se convirtió en un lugar de referencia a escala regional en la materia (Fundación Huésped, 2020).

La discriminación y los tabúes fueron parte de las consecuencias que acarrea padecer sida. Algunos testimonios recuerdan que “[...] la gente evitaba el contacto físico, incluso hasta en el saludo [...] en los hospitales teníamos que sentarnos allá al fondo, bien separados del resto de las personas [...]. Algunos lo tomaban en broma -Vení que acá estamos los sidosos- te gritaban desde el lugar más oscuro de la sala de espera” (Keve, 2020). En el ámbito de la salud también la discriminación era moneda corriente, aquí no solo hacia los pacientes, sino que muchas veces los médicos que atendían a personas con sida fueron víctimas de la descalificación y rechazo. Muchas personas que viven con VIH relatan crudamente situaciones vividas. Pedro Cahn, en una nota para *La Nación*, menciona que en el Hospital Fernández de Buenos Aires, al grupo de infectólogos dedicados a atender pacientes con sida los denominaban: “la patota rosa”, en alusión a la sexualidad de los pacientes que en esas épocas fueron los más afectados (Keve, 2020).

En Argentina, la emergencia de la epidemia de VIH/sida significó en términos políticos una gran encrucijada para el sistema público de salud. Los primeros procedimientos, así como el proceso de atención de la enfermedad ya mediando la década de 1980, cotizaban su valor

en dólares en un marco signado por un proceso inflacionario que encarecía de forma constante la adquisición de medicamentos y su sostenimiento en el tiempo. Las dificultades que las personas enfermas por VIH/sida afrontaban eran variadas, además de las económicas se sumaba la estigmatización de la que eran objeto. La noción de que el contagio era provocado por un “estilo de vida” así como la nueva “peligrosidad” que se vinculaba con los jóvenes de aquellos años, marcaron el devenir de una época. Sobre finales de los años de 1980, la mortalidad que tenía la enfermedad registraba tasas muy altas y esto tendría un correlato en las manifestaciones de la cultura popular. Eufemismos de los más variados presentaron la enfermedad como un agente externo, capaz de crear en el imaginario un “otro” peligroso, diferente a un “nosotros”, pero que construía un mismo peligro.

El clima a nivel mundial era hostil con quienes estaban infectados: Estados Unidos, llegó a declarar al VIH como “enfermedad contagiosa peligrosa” generando la obligatoriedad de pruebas para las personas solicitantes de visado para ingreso y permanencia en el país. El cine y la literatura, a escala global y con la masividad de la época, plantearon la noción del enemigo externo, alienígena, capaz de modificar los propios cuerpos, así como de convivir en silencio en ellos hasta emerger en la superficie y devorar. En este sentido, Susan Sontag establece claras diferencias en la percepción y metáforas utilizadas para nombrar al sida que se diferencian de aquellas construidas para referir a la sífilis, el cáncer y la leucemia: “El sida es una enfermedad del tiempo” (Sontag, 2003).

Para la percepción pública de la epidemia en Argentina, 1988 fue un año clave. A principios de ese año, la banda de rock Los Abuelos de la Nada, perdió a su cantante y fundador, Miguel Abuelo. La popularidad y masividad del grupo llevó a que los medios de comunicación abordaran el tema del VIH/sida, en medio de versiones y contradicciones. La septicemia que provocó su muerte, producto de una operación, fue una patología oportunista, ya que él era una persona infectada con VIH. La generación que circundaba entre los 15 y los 30 años y se identificaba con la cultura rock, recibió a finales de 1988, la noticia de la muerte de otra figura de la escena nacional, en este caso el líder de la banda Virus, Federico Moura.

En este sentido, la década de 1980 imprimió en términos culturales la vinculación de la epidemia de VIH/sida con la muerte. Personas

emparentadas al mundo del cine, las artes plásticas, el rock y la literatura plasmaron en sus obras los miedos de una época, que pueden ser pensados en términos generacionales: “Un fantasma recorre los lechos, los flirts, los callejones: el fantasma del SIDA. La sola mención a la fatídica sigla basta para provocar una mezcla de morbosa curiosidad y miedo” (Perlongher, 1988).

Clarín X

Edición de 180 páginas para Capital y Gran Buenos Aires
Precio de este ejemplar: A\$ 3,40 - Recargo vía aérea: A\$ 0,20

Año XLIII - N° 15.132 - Domingo 27 de marzo de 1988
Buenos Aires - República Argentina

Habrá una nueva oferta salarial a los maestros

(INFORMACIÓN EN LAS PAGINAS DOS Y TRES)

ECUADOR ANUNCIO LA MORATORIA DE SU DEUDA EXTERNA

(INFORMACIÓN EN LA PAGINA VEINTIDÓS)

Falleció el rockero Miguel Abuelo

(INFORMACIÓN EN LA PAGINA VEINTIDÓS)

Una vista aérea de la autopista Riccheri y vehículos detenidos. Abajo, una familia a punto de ser evacuada.

Leonardo Zaverone



TRECE MUERTOS Y MAS DE 40.000 EVACUADOS POR LAS INUNDACIONES

(INFORMACIÓN EN LA 2ª SECCIÓN)

Figura 2. Tapa diario Clarín, 26 de marzo, 1988, Falleció el rockero Miguel Abuelo

Entre el pico de la pandemia, respuestas médicas y silencios de Estado

A principios de los noventa, las expresiones poéticas y musicales en Argentina hablaban del sida como un universo no solo de incertidumbre, sino de dolor: “hay un momento, en que duele el sida, las guerras, las vidas” (Spinetta, 1993). El escenario epidemiológico en este segundo período fue aún más violento que el anterior. La enfermedad tuvo nombre, causas y vías de contagio, pero no una certeza científica capaz de detener la epidemia. Mientras tanto la estigmatización de los jóvenes se encontraba con una nueva realidad. El VIH/sida no tendría edad, ni género, ni etnia. Sin embargo, la vinculación en el imaginario seguiría siendo la del final de la década de 1980: “Fito tiene sida, toma anfetaminas, y no hace otra cosa que caerse borracho por ahí. Todas mis vecinas me hablan de lo mismo y yo les digo hazte la fama y échate a dormir” (Paéz, 1990). En esta década, se visibilizó el contagio por otras vías, el uso de jeringas y la vinculación de esa juventud con las drogas. La ecuación popular de sexo, drogas y *rock and roll* estuvo mediada por una pandemia que modificó las prácticas del cuidado.

En este segundo periodo el número de infectados a nivel mundial por el VIH/sida creció en cifras alarmantes; para 1997 la pandemia encontró uno de sus picos más dramáticos. Hacia principio de los noventa no solo aumentó el número de personas infectadas, sino también la desigualdad en términos de contagios y muertes a nivel continental. A escala planetaria se había llegado a registrar para 1990 más de 600.000 casos de sida, contabilizando un estimativo de 5 millones de personas contagiadas de VIH. En total 156 países registraban casos de VIH/Sida (CSP 23/13). De esta manera, el escenario sanitario se volvía cada vez más complejo: “Los casos de muerte provocadas por la epidemia, sólo en África, representan el 75% de la totalidad de muertes por esa causa” (Vigarello, 2006). En la década de 1990, el sida fue pandemia y como tal, se iniciaron acciones concretas por parte de diversos organismos internacionales, en diferentes dimensiones.

Esta década fue compleja a nivel mundial ya que, por un lado, el resultado de los antirretrovirales funcionaba en los tratamientos principalmente en Estados Unidos y Europa, aumentando la esperanza de

vida y mejorando su calidad en pacientes con la enfermedad; mientras que, por el otro, el número de infectados crecía en países del continente africano y americano. Las estadísticas aumentaron brutalmente, la población joven moría a causa de la enfermedad. Los sentidos sobre los cuerpos con VIH/sida se resignificaron y se modificaron ciertas tendencias marcadas en el periodo anterior.

Las pocas expectativas sobre tratamientos llevaron a cientos de personas en Nueva York y San Francisco, a movilizarse y exigir el desarrollo de fármacos para tratar el virus. ACT UP (siglas en inglés de Coalición del Sida para Desatar el Poder) estuvo a la cabeza de las reivindicaciones, con acciones llamativas y protestas multitudinarias. En su primera acción, en marzo de 1987, pidieron que la administración Reagan tomara cartas en el asunto. El 19 de marzo de 1987, en un récord de 20 meses, se aprueba por la FDA (Food and Drugs Administration) el primer fármaco que había demostrado inhibir el VIH en cultivos celulares, la zidovudina o AZT. Pero solo logró extender la sobrevida de los pacientes por unos meses, o algunos años en el mejor de los casos, y en muchos otros, los efectos adversos eran tan importantes que solo intensificaron el sufrimiento de la agonía. Hubo movilizaciones por los altos costos que la farmacéutica Burroughs Wellcome impuso a esa droga. Pero no todo fue mala prensa para el AZT, este fármaco fue capaz de evitar la transmisión madre-hijo, a partir de 1994. Mediante el protocolo ACTG 076 se demostró que la exposición de la madre y el niño a esta droga era suficiente para lograr el nacimiento de un niño libre de VIH, y sigue siendo la droga utilizada como terapia en niños expuesto.

En 1996, promediando la década, se produjo el gran cambio que empezó a modificar la trayectoria de la epidemia: nuevos tratamientos con drogas efectivas. En estos años, comenzaba a aplicarse la denominada “Terapia Antirretroviral de Alta Eficacia”, que luego fue llamada por los medios de comunicación “cóctel”. En 1996 la Conferencia Internacional de Sida se realizó bajo el lema “Un mundo, una esperanza”. Allí se mostraron los datos de efectividad de la nueva terapia: la combinación de tres fármacos demostró frenar la infección viral, aumentando la sobrevida de los pacientes de manera significativa.

En esta década, Argentina sancionaba la Ley Nacional 23.798 de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En ella, el Estado de-

claraba intereses en la lucha contra la enfermedad, disponiendo para ello de recursos referidos a la detección y tratamiento, así como reconocimientos de derechos inherentes a la condición humana de las personas. Con esta ley se buscó no solo el compromiso del Estado nacional de adherir a los acuerdos con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, sino ampliar acciones y derechos de las personas con VIH/sida, así como generar herramientas que promovieran la acción en prevención y educación. Esta ley con 23 artículos debía enmarcar una serie de acciones respecto al entendimiento de la salud como derecho. Sin embargo, no fue vinculante hasta el año 1994 con el Protocolo de San Salvador y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Igualmente hubo que esperar algunos años para que las dimensiones no biomédicas de la enfermedad constituyeran parte de reglamentaciones. La aplicación de la ley en los años noventa fue otra lucha en esta historia, pues surgió en un contexto de reforma del Estado y del sistema sanitario que impactó directamente sobre sus alcances limitando la capacidad de acción de la norma.

La asignación de recursos en un sistema de salud que en los 90 se encontraba desarticulado, no fue eficaz y mucho menos respondió a las necesidades de la época. La política de reforma en la estructura sanitaria según Susana Belmartino (2005) así como el sistema de obras sociales, se constituyeron elementos claves en plena irrupción de nuevos antirretrovirales de alta eficacia que mostraban gratos resultados en otros países. En este sentido, fue importante para este período la Ley 24.455 que incorporaba los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos entre las prestaciones obligatorias de las obras sociales. Cabe mencionar aquí que quedaron exceptuadas de integrar los tratamientos para el Plan Médico Obligatorio las obras sociales provinciales y municipales, así que ni el sistema público de salud ni el privado en estas coordenadas dieron respuesta a las necesidades de muchas personas afiliadas que convivían con el VIH/sida (CELS, 2005).

En esta etapa el rol del Estado respecto a la epidemia se desdibujó, en el mismo momento que adhería a las recomendaciones de la OPS; las campañas de prevención eran moralizantes, débiles y con poco impacto social. Se pasaban por alto elementos centrales en las medidas de prevención y educación de la población en general, como fue la

falta de mención del riesgo de compartir jeringas, así como el poco énfasis en el uso de preservativos como dispositivo comprobado de protección frente a enfermedades de transmisión sexual (Belmartino, 2005). Si bien los organismos internacionales advirtieron lo complejo del cuadro epidemiológico para la región, los gobiernos neoliberales, en esta parte del continente, desoyeron la principal premisa en tiempos de la no emergencia de una vacuna: “[...] la única arma contra el Sida es la información [...] se declara que ‘las ideologías han muerto’, pero hay una ideología que prefiere ver morir personas (especialmente jóvenes, mujeres y niños) antes que permitir información sobre sexualidad” (*Revista Humor*, 1991).

Algunos medios de comunicación propiciaban la intervención de periodistas, fotógrafos y entrevistados que pertenecían a organizaciones de personas con VIH, movimientos sociales, ONG, para abordar cuestiones vinculadas a las experiencias, la prevención y la situación real en el país respecto a la pandemia.

Así también, las voces respecto al tratamiento que se realizaban en los medios oficiales sobre la enfermedad fueron repudiados por lectores, espectadores y oyentes. Si analizamos las cartas de lectores, podremos encontrar también críticas y reflexiones acerca de las campañas diseñadas por el Estado, que no tenían impacto ni sensibilizaban en relación con la realidad epidemiológica:

Que te muestren que una chica se muere, es tarde. Que te muestren una enfermera diciendo que cada vez hay más casos, ya lo sabemos. Y el colmo! Ahora hay un aviso donde te dicen que tengas cuidado con la pareja que se elige! Y yo pienso: conoces una persona y te dice que hace cinco años salió con otra. Bueno, tampoco es garantía porque si está infectada, sonó. Esperemos que se pierdan los miedos y se tomé conciencia de que esto es un problema serio, que todos somos vulnerables, hasta los del gobierno. (*Revista Humor*, 1992)

Lo moralizador de las campañas implementadas por el Estado en esos años parecía contribuir a la idea de la culpabilidad de quienes padecían la enfermedad y transitaban diferentes formas de habitar los cuerpos. Sin embargo, la acción civil acercó elementos humanizantes y construyó campañas memorables como las de la Comunidad Homosexual Argentina (CHA) y la fundación Huésped, fundada en

1989. El Estado argentino, se hizo eco de campañas que fueron utilizadas en España, años antes. Las campañas “Si Da, No Da” y “Póntelo, pónselo” fueron parte de los primeros gestos de acción preventiva que Argentina presentaba, aunque no estaban pensadas desde la realidad social local.



Figura 3. Campaña publicitaria española de 1988 “Si da, no Da”, utilizada en 1990 por el Estado Argentino.

En este marco, diferentes organizaciones y movimientos sociales que, en primera persona, comenzaron un largo recorrido en la conquista de derechos vinculados a la salud, generaron acciones por la lucha contra la discriminación, el reclamo de igualdad y las posibilidades de acceso a tratamientos. Entre estas organizaciones, la CHA tuvo un rol determinante en el diseño de campañas de información y prevención, en primera instancia. Con mensajes claros y contundentes, abordaron una realidad que les interpelaba de manera directa pero no solo como comunidad, sino como sujetos de derechos. La fundación Huésped

produjo junto con el Consejo Publicitario Argentino una campaña con un impacto muy particular. El mensaje marcaría un cambio en el paradigma comunicacional utilizado para hablar de sida en Argentina: “Camas vacías” fue un spot publicitario de menos de un minuto, con la voz de la actriz Cipe Lincovsky. La difusión masiva de esta campaña buscó la concientización de la sociedad acerca de los estereotipos estigmatizantes presentes desde la década anterior que contribuían a pensar el sida como una enfermedad de “los otros”. La dirección de Gianni Gasparini y el trabajo conjunto de la agencia publicitaria Lautrec Nazca con Pedro Cahn como asesor científico, introdujeron un debate en escuelas y mesas familiares en Argentina. El texto rezaba:

Primero se llevaron a los homosexuales pero yo no me preocupé, no era homosexual. Después se llevaron a los drogadictos, pero yo no me preocupé porque yo no era drogadicta. Luego siguieron los hemofílicos, pero yo no me preocupé, porque yo no era hemofílica. Ahora ya es tarde, están golpeando a mi puerta. SIDA. No te dejes llevar por la indiferencia.

Algunas personas con VIH/sida se organizaron en redes y comenzaron a brindar contención y asesoramiento a la población infectada, trabajando sobre los embates biológicos de la enfermedad y sus tratamientos, y en medio de ese clima de discriminación. Desde esta militancia, comenzaron campañas de información y prevención para la población en general. El compromiso político de estas organizaciones puso de inmediato en su agenda política la necesidad de trabajar en mecanismos de prevención de la transmisión del sida (Sivori, 2008).

Los números de mortalidad por sida en Argentina, a principios de la década muestran un crecimiento que tuvo picos máximos en 1996. Las cifras sobre inicios de la década son fuente de un cargado debate acerca de la codificación de la causa de muerte en pacientes (Ministerio de Salud, Informe, 2013). Distintas herramientas nos permiten hoy encontrarnos con una serie de estadísticas que visibilizan los puntos de inflexión de la epidemia. Las leyes que siguieron a la ley nacional, la emergencia de un registro y una base estadística, derivaron en el diseño e instrumentación de una serie de políticas públicas, punto que abordaremos más adelante.

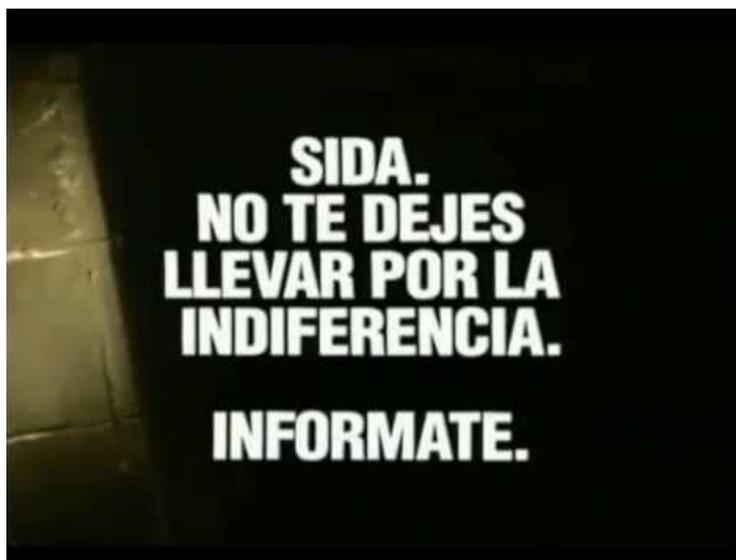


Figura 4. Campaña publicitaria “camas vacías”, Fundación Huésped y Consejo Argentino Publicitario, 1992.

Este período en Argentina manifestó por lo menos tres cuestiones que difieren de su etapa anterior. En primer lugar, el VIH/sida estaba construyendo un índice diferente ya que se feminizó la curva de personas infectadas. La relación de hombres infectados a mujeres infectadas se redujo violentamente pasando a ser de 3 a 1 (Bloch, 2005). Esto indicaba el crecimiento de los números de niñas y niños infectados de manera vertical. La infección de VIH/sida y su feminización nos lleva a pensar lógicas y violencias de género y la construcción de un agenciamiento de marcos normativos regulatorios sobre la salud de las mujeres y derechos sexuales, que tomaría forma en el período siguiente. El segundo punto que introdujo un cambio en la epidemia fue la preponderancia de contagios por jeringas en el consumo de drogas. Si bien el contagio a partir de prácticas sexuales siguió siendo predominante respecto a los consumos de drogas inyectables y transfusiones, fue notable el repentino incremento de la primera variable. De cada 100 personas infectadas, 36 aseguraban haber contraído el

virus en el comportamiento de compartir jeringas. En tercer lugar, surgieron desde el campo social estrategias para la humanización de la pandemia, utilizando como herramienta los medios de comunicación. No fue el Estado quien propició estos mecanismos, sino que organizaciones sociales tomaron protagonismo en un contexto de discriminación y, a la vez, de sensibilidad aportada por la proliferación de obras literarias, cine y música. El sólido rol de las ONG en las acciones de contención, asesoramiento, prevención y difusión de campañas, en la última mitad de los años 90 cambió el sentido otorgado al sida. Series, unitarios de televisión y películas tocaban el tema, la literatura latinoamericana buscaba qué decir al respecto y la música popular no solo nombraba la enfermedad, hablaba del AZT y brindaba por una pronta vacuna. Los elementos de la cultura, ponían de manifiesto un cambio de época. Comienza a crearse una idea diferente que propone la convivencia con el virus y una responsabilidad compartida de toda la sociedad.

Entre la responsabilidad y una nueva convivencia

La tercera y última etapa que proponemos presentar abarca los primeros años del nuevo milenio. Si bien el significado social del VIH/sida se modificó, las implicancias sociales del acceso a los tratamientos y atención de las personas infectadas mostró una dimensión de la enfermedad que no tuvo que ver con el desarrollo biomédico de la epidemia. Años de ausencia de programas sólidos de contención de la epidemia, así como de educación y prevención, vulneraron una y otra vez los derechos de los pacientes y de la sociedad en general.

A nivel mundial, la epidemia parecía controlada. Dada la eficacia de los tratamientos, la tasa de mortalidad bajó, aunque no lo hizo el índice de infecciones por VIH (ONUSIDA, 2020). La regionalización de la epidemia se vuelve, en este último periodo, clave para entender las dimensiones de la enfermedad. Países como Estados Unidos y Canadá perciben controlada la epidemia con la cobertura de antirretrovirales. En este sentido se entiende que los contagios y la tasa de mortalidad presente en el norte de América responde a un desplazamiento hacia los sectores populares y marginales en términos socioe-

conómicos. Mujeres, jóvenes y niños afrodescendientes constituyen el principal número de personas infectadas en Estados Unidos. El cuadro para América Central es aún más grave. La ausencia de ejecución de programas y sostenimiento de políticas públicas para frenar el avance del virus, dio como resultado el crecimiento de los números de contagios entre madres e hijos. Sin embargo, otras formas de contagio agudizaron la situación de la población y saturaron el sistema de atención. El VIH en esta región también se vinculó de manera sistemática con la reaparición de otras enfermedades de transmisión sexual y con la tuberculosis (ONUSIDA. 2020) Países como República Dominicana y Cuba presentaron protocolos y programas de acciones que se sostenían desde el periodo anterior, por lo que los resultados estadísticos fueron de menor impacto que en el resto de la región.

En la República Argentina el milenio se inició en medio de una serie de reclamos vinculados a la falta de prevención y concientización. Muchas voces sostuvieron que la presencia de tratamientos, si bien contribuía a contener variables epidemiológicas, no bastaba como dispositivo estatal para dar respuesta a la epidemia y a sus dimensiones sociales. En palabras de Pedro Cahn: “En nuestro país el acceso a los tratamientos antirretrovirales es darwiniano: solo sobreviven lo más aptos, aquellos que saben que están infectados y están en condiciones de hacer todos los trámites para recibir la medicación que da el Estado” (Belmartino, 2005). El acceso y permanencia en los tratamientos se presenta como un desafío al aparato estatal.

A partir del año 2001, en Argentina se originaron modificaciones en la observación y construcción estadística de la epidemia dando inicio al registro de personas infectadas con VIH/sida. Como segundo hito, se aprobó el test diagnóstico del virus que tenía que ser ofrecido de manera obligatoria por parte de profesionales de la salud, como instancia en los cuidados prenatales. El impacto de estas medidas fue inmediato. Cambió la lógica en el registro y construcción de los números y estadísticas sobre el VIH en el país. La utilización de tratamientos e intervenciones, luego de este diagnóstico prenatal bajó la transmisión maternofilial.

Esta tercera fase se caracterizó por la preponderancia del contagio mediante relaciones sexuales sin protección y una marcada preocupación por la cantidad de adolescentes y jóvenes adultos a los que se

diagnosticaban con sida. La baja en la edad de las personas infectadas, así como la proyección de los datos hasta que llegaban al análisis, eran indicadores de un crecimiento de la tasa de casos de adolescentes. Por otro lado, en este periodo encontramos la presencia de otras patologías asociadas que parecían controladas en el territorio argentino, como la tuberculosis y la sífilis (Boletín de la Dirección Sida, ETS, Hepatitis y TBC, 2019). Entre las modificaciones de normativas y legislación vinculante es importante mencionar la ley de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, como un paso en las garantías reglamentarias de los pacientes (no solo de VIH) como sujetos activos en el proceso de medicalización. En relación con el crecimiento del índice de adolescentes infectados por esta enfermedad, tenemos que mencionar la sanción en el 2006 de la Ley Educación Sexual Integral (ESI), que aborda el cuidado de los cuerpos y el sentido crítico a la hora de pensarse y pensar al resto como sujetos de derecho. A pesar de que la ESI brindaría herramientas a lo largo de todo el proceso de escolarización para que estudiantes, docentes y familias puedan trabajar los aspectos sociales y culturales de los cuerpos, las identidades y derechos, su implementación real, debemos definirla como un escenario pendiente. Al igual que en los períodos anteriormente abordados, las resistencias para la educación sexual, las prácticas del cuidado, la empatía como sujetos sociales y el respeto por la diversidad, cuestionan la idiosincrasia de sectores conservadores que ven en el reconocimiento de derechos un peligro.

En el 2014, la red de personas con VIH y otras asociaciones plantearon la necesidad de una nueva ley respecto a la enfermedad y otras vinculantes. El nuevo proyecto propuso declarar de interés nacional la prevención y el tratamiento del VIH, incorporando hepatitis virales a las enfermedades por transmisión sexual. También propuso incorporar la participación activa de las asociaciones de personas que conviven con el virus como parte elemental de una respuesta integral. Este proyecto llegó a contar con un dictamen favorable en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, pero no prosperó. A finales del 2019, el proyecto de actualización de la Ley 23.789 volvió a perder estado parlamentario, en el marco de graves denuncias por la falta de continuidad de tratamientos y la escasez de insumos.

Decretada en los años noventa, la pandemia de VIH/sida plasmó profundos debates respecto de los derechos humanos y la discusión en términos de derechos sexuales y responsabilidades estatales, muchos de ellos siguen en la actualidad. Los estigmas constituidos en tiempos de esa pandemia se reformulan en nuevas discusiones.

A modo de cierre

A cuatro décadas del inicio de la epidemia, podemos decir que el VIH/sida ya no se percibe como una sentencia de muerte, ni como una enfermedad que ataca externamente al conjunto social. Ese miedo presente en la fase pandémica de la enfermedad redujo su intensidad entre cambios culturales, nuevos cuidados y avances médicos para ser abordada como una enfermedad cercana, transmisible, pero crónica. Y aunque la estigmatización bajó su intensidad, sigue presente en muchos actores sociales en Argentina.

Mientras cerramos este artículo en plena pandemia de COVID-19, el número de personas infectadas por VIH es de 38 millones a nivel mundial (ONUSIDA, 2020). Antes de las medidas de aislamiento y cierre de fronteras, de esas personas 25.4 millones tenía acceso a los tratamientos antirretrovirales. La situación en un mundo pospandemia sería aún más compleja al bajar los niveles de producción y circulación de los tratamientos genéricos. Eso indica dos problemas: el primero, ligado al aumento del costo de los antirretrovirales; y el segundo, por verse interrumpidos los tratamientos iniciados y sus secuelas colaterales e incremento el número de mortalidad de este período, según estimaciones de la ONUSIDA.

En Argentina, las personas que viven con el virus se estiman en un número de 139 mil, de las cuales el 83% conoce su diagnóstico y cerca de 59 mil se encuentran realizando los tratamientos dentro de la esfera de salud pública. Según los últimos boletines, el 36,5% de los diagnósticos se realizan cuando la enfermedad se encuentra en estado avanzado; se obtiene un diagnóstico más inmediato en mujeres que en varones.

Hoy convivimos con la enfermedad y sabemos de la responsabilidad del cuidado propio de las y los otros. El sida aceleró la necesidad

de una educación en responsabilidad respecto al “sexo seguro”, la diversidad y la importancia del consentimiento. Sabemos de los avances en medicina que llevaron a la enfermedad a entenderse como crónica, pero también sabemos de las desigualdades sociales, la discriminación social y sexual que recorren los sentidos de la enfermedad. La huella de esta pandemia de VIH/sida tal vez sea pensarnos empáticamente, incorporar cuidados y prevenciones que están relacionados al conocimiento de las sexualidades y vulnerabilidades; entender que todas las sexualidades son pasibles de contagiarse, amar y vivir.

Aproximarnos a la historia de la pandemia de VIH/sida en Argentina significó pensarnos en términos generacionales como sujetos de políticas públicas o víctimas de sus ausencias. Fue reconocer el compromiso político con la vida, no solo de aquellas personas contagiadas, sino de toda una sociedad. Las fallas en la implementación de la ESI, la estigmatización de personas que viven con la enfermedad, el número de infectados que no se encuentran en tratamiento y la estimación de los casos no diagnosticados, nos propone volver a pensar los contextos en los que se determina ese “otro”. Pensar el concepto de juventud de cada período permite analizar las lógicas que construyeron ese “otro” como peligroso y poder contextualizar las vulnerabilidades vigentes en una sociedad desigual, en crisis y con una epidemia que es multifacética. Analizar esta enfermedad que configuró maneras de relacionarnos, que tuvo emergentes culturales tan vividos, tan plasmados en el inconsciente colectivo nos invita a pensar una historia del presente, y como tal, inconclusa.

Bibliografía y fuentes citadas

- AA.VV. (2008) *Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina” Estudio nacional sobre la Situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina*. Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- Ana Lía Kornblit (2000) *SIDA. Entre el cuidado y el riesgo. Estudios en población general y en personas afectadas*. Buenos Aires, Alianza Editorial.
- Ana Lía Kornblit (2004) *VIH-SIDA El perfil cambiante de una epidemia*. En: Encrucijadas, no. 29. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <http://repositoriouiuba.sisbi.uba.ar>
- Bay Area Reporter (1981) Volumen 11, número 14, 2 de julio de 1981. Disponible en: https://archive.org/details/BAR_19810702/page/n5/mode/2up
- Carlos Mendes (2012) *Sida y poder*. Buenos Aires, Madreselva.
- Carolina, Keve (2020) “Pedro Cahn. Del VIH al coronavirus. Historia del médico más escuchado”. En: La Nación, 27 de mayo del 2020. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/pedro-cahn-del-vih-al-coronavirus-historia-del-medico-mas-escuchado-nid2370187>
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2005). *El derecho a la salud en la lucha contra VIH-SIDA. Un examen de la política pública y los recursos presupuestarios*.
- Consejo Publicitario Argentino y Fundación Huésped. Campaña publicitaria “Camas” (1992) Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=YIGE3GZ1io4> 15 de julio del 2020
- Claudio Bloch (2001) “Conociendo la epidemia de VIH/SIDA en la República Argentina”. En Cuadernos Médicos Sociales. 80. Buenos Aires.
- David Le Breton (1999) *Antropología del dolor*. Barcelona, Seix Barral.
- Georges Duby (1995) *Año 1000, año 2000. La huella de nuestros miedos*. Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello. Pp. 94-95.
- Fito Paéz (1990) “Hazte fama” extraído del álbum discográfico: “Tercer Mundo”, Warner Music Group.
- Fundación Huésped (2020) Disponible en: <https://www.huesped.org.ar/institucional/> 15 de julio 2020.
- Georges Vigarello (2006) *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de salud desde la edad media hasta nuestros días*. Madrid, Abada Editores.
- Horacio Federico Sívori (2008) ““GLTTB y otros HSH”. Ciencia y política de la identidad sexual en la prevención del sida”. En: Mario Pecheny; Carlos Figari, Daniel Jones. *Todo sexo es político: estudios sobre sexualidad en Argentina*. Buenos Aires: Libros del Zorzal, pp. 245-276

- Luis Alberto Spinetta (1993) “Cadalso temporal”, extraído del álbum discográfico: “Fuego Gris”, Polydor.
- María Luisa Múgica (2015) “¿Tengo yo sífilis? Medicalización, discursos y miedos sociales sobre el mal venéreo. Argentina fines del siglo XIX y principios del XX.” I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Ministerio de salud de la Nación (2003) Boletín sobre SIDA en Argentina, Año IX, N 21
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Sida y ETS (2010) Informe Mortalidad por Sida en Argentina: Análisis de tendencias y estigmación del subregistro. Buenos Aires.
- Morbidity and mortality weekly report. Mayo, 1986. Disponible en: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Digitization/110929NCJRS.pdf>
- Néstor Perlongher (1988) *El fantasma del SIDA*. Buenos Aires: Punto Sur Editores, p. 9.
- Organización Panamericana de la salud. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), XLII Reunión del Comité Regional. CSP23/12.
- Organización Panamericana de la salud. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), XLII Reunión del Comité Regional. CSP 23/23
- ONUSIDA (2020) Datos. Disponible en <https://www.unaids.org/es/topic/data> . 20 de julio del 2020
- Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2001) VIH y SIDA en las américas: Una epidemia multifacética.
- Revista Humor (1991) Sección, La política en su cama “El SIDA es una ideología”, julio.
- Revista Humor (1992) Cartas de lectores “Sida, miedo y vergüenza”, julio-agosto.
- Sergio Pujol (2005) *Rock y dictadura. Crónica de una generación. 1973-1983*. Buenos Aires, Emecé.
- Susan Sontag (2003) *La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas*. Buenos Aires, Taurus, pp. 27-31.
- Susana Belmartino (2005) “La salud pública bajo la regulación del poder corporativo”. En: Juan Suriano (Dir.) *Nueva historia Argentina. Dictadura y democracia (1976-2001)*. Tomo X, Buenos Aires, Sudamericana. Pp. 323-327.
- Susana Belmartino (2005) *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires, Siglo XXI, p. 157.
- Wolfgang Bongers y Tanja Olbrich (Comp.) (2006) *Literatura, cultura, enfermedad*. Buenos Aires, Paidós.

EL SIGLO XXI Y SUS PANDEMIAS POR CORONAVIRUS: ENTRE EL SARS (2003) Y EL SARS-COV2

El caso argentino (2020)

Adriana Alvarez y Alexis Manzo

Introducción

El caluroso verano del 2019 encontraba a la Argentina abocada a sus problemáticas internas, los titulares de los periódicos se enfocaban en las acciones que el cambio de color político en el elenco de gobierno traería para la economía y la sociedad en general. En materia de epidemias, el dengue ocupaba la centralidad ya que se registraba un récord histórico de casos y se pedían tomar urgentes medidas.

Al coronavirus se lo miraba desde lejos, no se lo percibía como una amenaza, aunque esa percepción fue modificada rápidamente. En las postrimerías del verano (3 de marzo) se confirmó el primer caso positivo a nivel nacional. La BBC informaba que se trataba de “un hombre de 43 años que llegó a Buenos Aires procedente de Milán, Italia”. Con él, dio inicio la primera etapa constituida por los llamados “casos importados”, cuyo perfil socioeconómico, en general, se correspondía con una clase media alta.

El objetivo de este capítulo es otorgar historicidad a la pandemia iniciada en China a fines del 2019. Si bien es un virus nuevo, existen precedentes epidemiológicos e históricos que la enmarcan en un mal largamente anunciado por las autoridades sanitarias internacionales. Los peligros de enfermedades con potencialidad de riesgo mundial para la salud comenzaron a ser informados desde los años noventa, y con mayor énfasis a partir del 2003, cuando se desató la epidemia de SARS.

Numerosos trabajos escritos entre 2015 y el 2019, como el de Hidalgo García (2019,30), sostenían que las pandemias eran una de las mayores amenazas para la humanidad puesto que, además de causar millones de muertes, también podían “desestabilizar gobiernos, para-

lizar el comercio y el transporte y afectar negativamente a la economía mundial. Cada nuevo brote presenta el potencial de tener consecuencias geopolíticas significativas”. Por lo tanto, la crisis sanitaria mundial desatada a fines del 2019 no fue inesperada, sus costos fueron proyectados con años de antelación; sin embargo, hasta las economías más fuertes demostraron cuán débiles pueden ser frente a un virus desconocido, o cuán desatendidos (en relación con otras áreas) se encontraban los sistemas de salud.

Nos proponemos analizar la antesala de la pandemia del 2020, los años previos, tratando de explicar algunos de los factores por los cuales su expansión difiere de las epidemias por virus corona que años antes se habían desatado en el continente asiático, europeo y americano.

Partimos de un interrogante común a millares de contemporáneos: ¿Por qué se ha definido al Covid-19 como una pandemia sin precedentes? Más aún, puesta en comparación con otros males que azotaron al mundo siglos anteriores (como se ha podido apreciar en los capítulos precedentes), esta plaga paralizó la economía mundial, aisló a los países entre sí, e incluso a las regiones internas de cada Estado. El mundo se detuvo, no existen precedentes en la historia moderna de un hecho semejante; ¿qué características hacen del COVID-19 una bisagra en la historia de la humanidad?, ¿qué aspectos, o derrotero le otorgan un poder que divide al mundo en dos: antes y después de la pandemia?; ¿por qué el temor si el índice de letalidad es bajo? Es posible que las respuestas a esos interrogantes poco tengan que ver con la dolencia en sí y las encontremos en el universo de cuestiones que pone al descubierto. Comenzaremos por el inicio de esta historia, que se remonta a los primeros años de esta era.

Los ancestros del COVID-19: el SARS, una clara advertencia

La pandemia por COVID-19, al igual que sus precedentes, la del MERS-CoV (*Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*) y del SARS-CoV (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus*), en el 2003, fueron causadas por virus de la familia de los coronavirus, identificados en el año 1965. Clásicamente implicados como causa del resfrío común y otros cuadros benignos de las vías aéreas superiores

en humanos y asociados a enfermedades respiratorias, gastrointestinales, hepáticas y neurológicas en animales (gatos, perros, cerdos, ratones y aves), en ellos encontramos cuatro géneros: coronavirus alfa, coronavirus beta, coronavirus gamma y delta, que tienen diferente distribución en especies animales. De ellos, particularmente los beta coronavirus (o llamados “asociados a murciélagos”) son los que presentan el potencial para desarrollar pandemias (Saxema, 2019).

Sin embargo, ninguna de las epidemias por coronavirus que se han desatado en esta centuria (MERS y SARS) paralizaron al mundo como lo ha hecho el COVID-19. La pregunta es ¿por qué?

El 5 de julio de 2003, un comunicado de prensa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunciaba con un gran titular que “El brote de SARS ha sido contenido en todo el mundo” y como subtítulo agregaba la verdadera esencia de ese mensaje: “Persiste la amenaza y es necesario seguir investigando”.

Ese comunicado emitido en los primeros días del mes de julio tenía una doble finalidad: informar que se habían roto las cadenas de transmisión interhumana del virus del SARS alrededor del mundo, pero también advertir que se trataba de un peligro latente para la salud pública internacional, puesto que ese germen que había ocupado las tapas de la prensa mundial desapareció en un lapso de cinco meses, sin vacunas, solo aplicando técnicas epidemiológicas clásicas de vigilancia, como aislamiento y cuarentena.

En ese contexto, y en el mismo informe de prensa, la Directora General de la OMS (1998- 2003) Gro Harlem Brundtland, sinceraba las incertidumbres biomédicas en torno al conocimiento del nuevo virus, de ahí que se utilizó un lenguaje en potencial, en el que la mayoría de los aspectos se enunciaban en sentido hipotético. Se decía que: “Puede que se trate de una enfermedad estacional [...] puede que el virus aún circule en un reservorio animal y salte de nuevo al ser humano si se dan las condiciones adecuadas”. Esta primera epidemia mortal causada por un coronavirus dio a luz un escenario distinto al de epidemias precedentes, construido en la intersección entre una mesurada tranquilidad y la incertidumbre que aún persistía. El saldo que dejó la epidemia no se centró (como ocurre la mayoría de las veces) en su control, dado que no se habían aplicado técnicas innovadoras o vacunas para tal fin, sino en lo que había hecho visible: “Ha puesto

a prueba incluso a los sistemas de salud pública más avanzados. Las protecciones han aguantado, pero por poco. Puede que la próxima vez no tengamos tanta suerte”. Con esta afirmación la OMS convocaba a los Estados tanto a reforzar la infraestructura en salud pública como a incrementar las investigaciones, la cantidad de epidemiólogos y especialistas de distintas áreas de la medicina, y a mejorar la notificación nacional, regional y mundial. Concluía el mensaje con la frase: “el SARS es una advertencia”.

Si bien las investigaciones sobre SARS-Cov se multiplicaron en los años sucesivos, y tuvieron marchas y contramarchas (de hecho, en un primer momento se creyó que el origen estaba en los gatos de civeta, vendidos en los mercados de animales de China), hubo que esperar hasta 2017 para identificar la presencia del coronavirus causante del SARS-CoV ocurrido 15 años antes. Un equipo liderado por Shi Zheng-Lichin publicó un estudio en la revista *Public Library of Science Pathogens* (2017) que informaba que lograron secuenciar los genomas de las diferentes cepas del virus presente en los murciélagos de herradura en una cueva de la provincia china de Yunnan, que resultaron ser idéntico a la versión del virus SARS que causó el brote de 2002/03. Llamativamente, el equipo que realizó el descubrimiento pertenece al Instituto de Virología de Wuhan, ciudad donde se originó la pandemia de COVID-19, en noviembre de 2019.

La abundante bibliografía que se generó en esos años arrojó datos claros sobre la forma de presentación clínica de la enfermedad por SARS-CoV y su pronóstico. En líneas generales, se clasificó a los pacientes en dos grupos: aquellos que desarrollaron síntomas de infección leves a moderados, con resolución clínica espontánea (el 90% de los pacientes), y el restante 10% de los casos que desarrollaron una forma de afectación pulmonar grave con requerimientos de asistencia respiratoria mecánica y que con una alta tasa de mortalidad. Las formas más graves de enfermedad fueron asociadas a la presencia de enfermedades crónicas, inmunodepresión y edad avanzada. El grupo de población más afectada fue la de 25 a 45 años. La tasa de mortalidad fue de alrededor del 4% al 10% a nivel mundial, con diferencias para cada grupo de edad: de 0-24 años (< 1%), 25-44 años (6%), 45-64 años (15%) y > 65 años (> 50%). Una de las principales controversias de la comunidad científica, al igual que con el COVID-19, fue la

posibilidad de la transmisión a través de aerosoles, cosa que no pudo probarse, pero tampoco pudo ser totalmente descartada por el Center for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos, por ejemplo (Wilder, 2020).

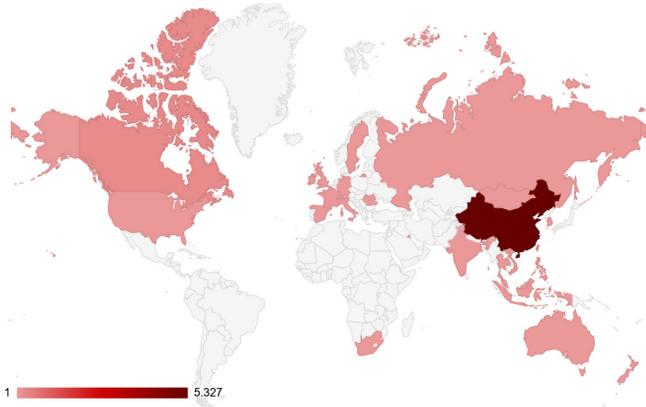
El SARS logró con su acotada presencia provocar temor y desconcierto, pues se fue como llegó: de repente. Aunque también hizo visible que tanto los sistemas de salud como los protocolos de protección debían ser revisados, dado que el número mayor de contagios se dio entre el personal de salud. En un trabajo de Efraim Figueroa (2003) se muestra que en las ciudades donde la epidemia tomó proporciones severas, como Hong Kong y Hanoi, entre el 46% y 63% de los casos respectivamente ocurrieron en personal hospitalario; las mismas observaciones se han hecho para Singapur y Toronto (Canadá). Justamente, una de las primeras víctimas mortales fue el especialista que identificó la epidemia, el doctor Carlo Urbani, quien era médico de la OMS.

La primera epidemia por coronavirus fue vista como una advertencia, duró poco y no logró propagarse a todo el mundo. El origen fue en la provincia de Guandong, en el sur de China, pero hubo casos en Hong Kong, Taiwán, Vietnam, Singapur, Canadá y en otros países, pero estuvo lejos de ser global como el COVID-19 que de 194 naciones que tiene el mundo, solo una docena o menos no registraron ningún caso, siendo en su mayoría islas.

Repasemos la cronología de la aparición del SARS, sobre la base del comunicado de prensa que realizó la OMS (12/03/03) para luego avanzar en su propagación, control y rebrote.

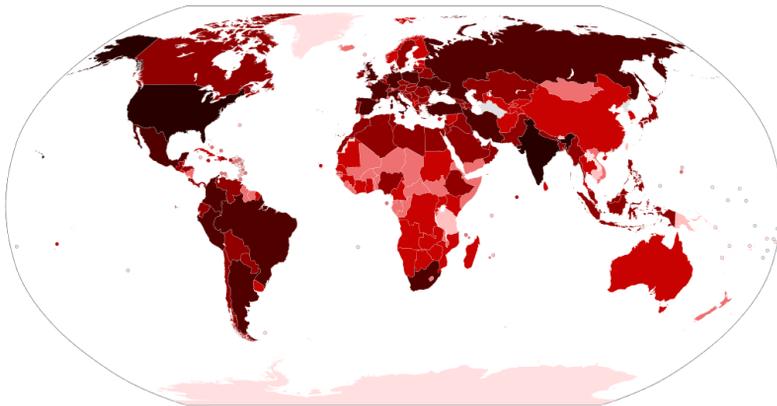
Los primeros casos de infección por SARS-CoV habían aparecido en la provincia china de Guangdong, en noviembre del año 2002. En ese momento, se reportaron casos de neumonías de las llamadas atípicas, cuya causa no se había podido establecer, ya que se habían descartado las etiologías más frecuentes para este tipo de presentación. En los siguientes ocho meses, el virus llegó a través de las vías respiratorias de los viajeros a treinta países en los cinco continentes, pero afectó más profundamente a China, con más de 5.000 casos y 350 muertes, y en menor medida a Hong Kong, Taiwán, Singapur y Canadá, particularmente la ciudad de Toronto. El saldo de la epidemia de SARS, al 5 de julio de 2003, según la OMS, fue de 8.437 afectados y 813 fallecidos.

Mapa 1. Propagación del SARS entre 1° de Noviembre de 2002 al 31 de Julio de 2003.



Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la OMS, 21 de abril de 2004.

Mapa 2. Propagación del COVID-19 desde su brote inicial al 20 de Diciembre de 2020. A mayor intensidad del color, mayor cantidad de personas contagiadas.



Fuente: Parametrizado por Pharexia (autor original); Ratherous, AKS471883 (contribuyentes). Archivo de mapa básico: BlankMap-World.svg. Datos obtenidos del Informe Semanal de la OMS.

La dinámica del crecimiento de los casos llevó a las OMS, el 12 de marzo de 2003, a lanzar la alarma global sobre la nueva enfermedad que, tres días después, fue denominada SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*). En ese momento, el organismo de salud a nivel mundial más importante realizó una advertencia sobre los viajes a países afectados. El 21 de marzo los virólogos chinos hallaron evidencias de un nuevo coronavirus en las muestras respiratorias de los pacientes afectados y lo relacionaron directamente con las neumonías que a esa fecha había afectado a 2.000 personas en China. A las cuatro semanas, la secuencia del genoma completo del virus estaba disponible.

En todos los países la dinámica de contagios y propagación fue similar: un paciente hospitalizado contagió al personal de salud y a otros pacientes. Estos, a su vez, infectaron a sus contactos estrechos y, finalmente, ocurrió la propagación en la comunidad. El 20 de abril, el ministro chino de Sanidad, Zhang Wenkang, y el alcalde de Pekín, Meng Xuenong, fueron destituidos al comprobarse el ocultamiento de datos sobre la propagación del SARS. Claramente los datos locales no coincidían con los proporcionados por el Ministerio de la Sanidad chino. Su titular, Gao Qiangnan, afirmaba que “el virus de la neumonía atípica ha causado en China 79 víctimas mortales y hay 1.807 personas infectadas” (*La Nación*, 2003). Gao reconoció, por primera vez, la gravedad de la epidemia en Pekín y reveló que en la capital china ya habían muerto dieciocho personas a causa del SARS, que 339 personas habían sido contagiadas y se sospechaba que 402 más la habían contraído. Las estadísticas oficiales del Ayuntamiento de Pekín solo informaban sobre cuatro muertos y 37 infectados. Desde el gobierno central de China, el presidente Hu Jintao ordenó en ese momento que se diera la máxima importancia al combate de la “neumonía atípica”, que se había propagado desde hacía cinco meses en el país en medio de una campaña de desinformación y ocultamiento “para no alarmar a la población”, según justificaban.

En ese momento se tomó la decisión de acciones de bloqueo que se iniciaron con la vigilancia del transporte terrestre y luego aéreo, con medidas de saneamiento y controles estrictos de la población que ingresaba y egresaba de las ciudades, particularmente de Shanghai y Pekín, principales epicentros de los casos. Allí se implementaron las medidas de aislamiento o “cuarentena” más estrictas. El peor

momento de la infección en la capital china ocurrió a fines de abril, los casos llegaron a 150. Se suspendieron las clases por dos semanas. Las escuelas secundarias, primarias y jardines de infantes, incluso el nivel universitario, fueron cerrados para impedir la propagación del virus. El número de casos en el personal de salud obligó a bloquear al principal hospital de Pekín (el Hospital Popular). Para el 9 de mayo de ese año, los nuevos casos de SARS por primera vez no sobrepasan los 50 por día. Pekín anunció que la proporción de la infección entre los trabajadores de la salud declinaba marcadamente. Luego del 20 de mayo los casos nuevos confirmados cayeron a un dígito y el 22 de mayo se reanudaron las clases de manera gradual, bajo estrictos protocolos sanitarios para alumnos y docentes, incluyendo el control de la temperatura corporal, desinfección y ventilación de las escuelas con menor cantidad de alumnos en las aulas. Para el 8 de junio Pekín bajó a cero casos en un día, por primera vez. Para fines de junio la OMS suspendió la advertencia contra los viajes a la capital china y removió a esa ciudad de la lista de áreas infectadas del SARS.

Siete meses después de que la OMS informara sobre el fin de la transmisión, en enero de 2004 se confirmaron cuatro nuevos casos en el sur de China, lo que despertó las alertas de las autoridades chinas, quienes lograron controlar el foco oportunamente. Y finalmente, el último brote conocido ocurrió del 22 al 29 de abril del año 2004 cuando el Ministerio de Salud de China informó sobre la aparición de nueve casos de SARS, con un fallecido; siete de los pacientes eran de Pekín y dos de la provincia de Anhui, ubicada en el centro-este de China. Dos de los nueve pacientes eran estudiantes de posgrado que trabajaban en el laboratorio del Instituto Nacional de Virología de China (INV) en Pekín, donde se realizaban investigaciones sobre coronavirus del SARS (SARS-CoV). Los casos restantes estaban directamente vinculados al contacto personal cercano con uno de los estudiantes del INV: la madre del estudiante que falleció y una enfermera que lo atendió, y cinco contactos cercanos de ella. A pesar de que en ese momento las autoridades aclararon que los investigadores no realizaban estudios con coronavirus SARS vivos, sin embargo, los contagios abrieron un interrogante al respecto (OMS, 2004).

Según el ya citado informe del 2007, el SARS generó tal grado de ansiedad pública que provocó la supresión casi total de los viajes a las

zonas afectadas y supuso una sangría de miles de millones de dólares para las economías de esas regiones.

Los estudios han analizado el impacto económico provocado por el SARS a partir de la caída del flujo turístico que, junto con la caída del transporte y del consumo, provocaron una contracción del PIB mundial en un 0,1% durante el 2003. Los países asiáticos fueron los más perjudicados en el ámbito económico; se vieron afectados, principalmente, el turismo, la hotelería y el transporte. Según el trabajo de Sun (2012) causó en el producto interno bruto de 2003 (PIB) pérdidas de alrededor de 20.000 millones dólares, o mediante el cálculo del gasto total y las pérdidas comerciales, de hasta 60.000 millones dólares. Según el diario *El País* los costos globales de esta epidemia en dicho periodo fueron de \$40.000 millones de dólares.

El impacto económico debe considerarse no solo como uno de los efectos de las pandemias en general, sino también porque a lo largo de la historia ha sido el motivo fundamental del ocultamiento de casos por parte de los Estados y condicionó las medidas preventivas. El caso del cólera, analizado en el capítulo 2 de este libro, es un claro ejemplo de ello.

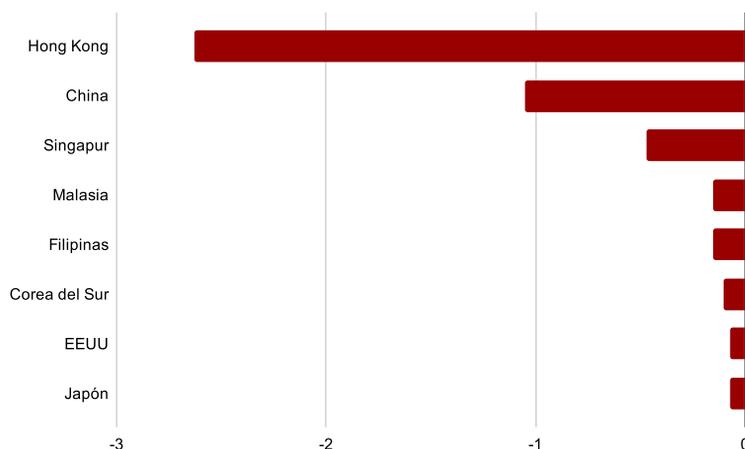
A partir del contexto internacional antes explicado, nos preguntamos: ¿qué impacto tuvo el SARS en la República Argentina?

La República Argentina fue uno de los países no afectados por casos de SARS, aun así y debido a la gravedad de la situación y al riesgo de introducción de esta patología, se implementaron ciertas medidas que conviene repasar.

A partir de la alerta mundial dada por la OMS, el Ministerio de Salud de la Nación reunió una Comisión Nacional para que, entre otras cosas, definiera cuáles serían los casos a estudiar y su aislamiento, estableciera los mecanismos de control a nivel de fronteras y solicitara al laboratorio la implementación de herramientas que permitieran hacer un diagnóstico etiológico para confirmar o descartar los casos sospechosos de SARS que pudieran ingresar al país.

Además, por Resolución 647/2007, la República Argentina incorporó el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) en el Listado y Definiciones de Enfermedades de Notificación Obligatoria entre los Estados parte del Mercosur.

Cuadro 1. Impacto del SARS en el PBI real de los países más afectados (%).



Fuente: Elaboración propia en base a Guardia, Federico. “El impacto de las enfermedades en la economía mundial”. Disponible en https://www.ey.com/es_do/future-health/impacto-de-las-enfermedades-en-la-economia-mundial

El SARS rozó a la República Argentina pero no entró. En el continente americano se detectó un caso en Colombia y tres en Brasil, de origen importado, y ningún deceso. Es decir, este país y casi la totalidad de la región latinoamericana, en lo que va del nuevo siglo y hasta la aparición del COVID-19, carecían de experiencia de brotes de coronavirus. Esta situación regional signada por la ausencia de experiencias previas condicionó -entre otras cosas- las respuestas que dieron las poblaciones a medidas tales como distanciamiento social, aislamiento o cuarentena, cuyo grado de acatamiento y rigurosidad fue paulatino y no inmediato, como en China. Si bien son culturas totalmente diferentes, lo que procuramos remarcar es la importancia del recuerdo que en las comunidades asiáticas había dejado el SARS, que fue fundamental para controlar el COVID-19. En ese sentido, un artículo escrito por Wilders-Smith para la prestigiosa revista de *The Lancet Infectious Diseases* sostiene que “La razón por la que China

fue capaz de contener al covid-19 es por lo ocurrido en 2003, sabían exactamente lo que tenían que hacer y lo riguroso y draconianos que tenían que ser”.

Por el contrario, la epidemia de SARS al no impactar en la República Argentina no legó memoria colectiva del mal, hecho que se suma a que este país ha estado ajeno a otras pandemias mundiales, como fue el MERS. La única que vivió fue la de Gripe A, pero con un grado de letalidad y permanencia muy bajo. Esta experiencia, si bien legó la popularización del uso del alcohol en gel (práctica hasta ese momento no utilizada que fue capitalizada de frente a la nueva pandemia), otras medidas como las cuarentenas extensas o el uso de barbijos no eran conocidas por esta sociedad, debiendo realizar un rápido giro en sus usos y costumbres que abarcó desde la escolaridad virtual hasta el trabajo domiciliario, signado por condiciones de accesibilidad diferente.

El COVID-19

A fines del 2019 se describió una nueva neumonía atípica. Si bien existe cierto consenso en que el inicio de la enfermedad se dio en el sur de China, hay estudios que indican que en diciembre del 2019 encontraron SARS-CoV-2 en aguas residuales de Milán y Torino, hecho que hace que algunos estudios sugieran que el virus ya circulaba por el norte de Italia incluso antes que China reportara los primeros casos. Otras investigaciones indican que desde el mes de agosto del 2019, en la ciudad china de Wuhan ya circulaba el COVID-19. Esta hipótesis (aún no comprobada al momento de la escritura de este trabajo) es la más aceptada. Es decir, el virus surgió de forma natural en el sur de China y potencialmente ya estaba circulando en el momento de detectarse en Wuhan. En este punto, debemos aclarar que existen estudios que no abonan la idea de la transmisión natural (contagio por el consumo de animales por parte de humanos) sino que entienden que el COVID-19 fue fruto de una manipulación intencional realizada en un laboratorio de China, y que “comenzó como un accidente”.

La OMS toma como referencia la primera notificación por coronavirus realizada el 31 de diciembre de 2019 por las autoridades chi-

nas, aunque afirma que es objeto de estudio aún (a julio del 2020) su propagación, virulencia, etiología etc., es decir, es una enfermedad en proceso de conocimiento.

¿Qué cambios se sucedieron en el mundo entre el 2003 y 2019?

Al observar pandemias anteriores, incluso las que son analizadas en este libro, surge claramente que un aspecto a destacar en el COVID-19 es la velocidad del contagio, que puede explicarse por las características propias del virus, pero también por otros factores.

Al igual que en el 2003, la interconectividad a nivel internacional juega un rol central en la propagación y, dentro de ella, la aviación comercial ocupa un papel destacado, sobre la base del caudal y la frecuencia con el que se realiza. Para tener una idea aproximada, en el 2017 más de 120.000 vuelos transportaron a 12 millones de personas cada día de los 365 del año. Si bien teniendo en cuenta la historia de la aviación comercial, podríamos suponer que esto es un fenómeno que se remonta al siglo pasado, según el informe “Aviation: Benefits Beyond Borders” elaborado por el Air Transport Action Group (ATAG), fue 2014 el primer año en el que se superaron los 100.000 vuelos diarios.

Es decir, la masividad de vuelos es un factor distintivo con el 2003, no porque para entonces no fueran importantes, sino por como se multiplicaron con posterioridad. Con esto queremos expresar que frente al aumento en el caudal de intercambio tanto de bienes como de personas aumentaron las posibilidades de infectación o de reinfectación de enfermedades entre distintos países.

En las epidemias y pandemias analizadas en los capítulos anteriores se observó que la vía marítima y los caminos del ferrocarril resultaron ser fundamentales para propagar los males. En el siglo XXI la reemergencia de ciertas enfermedades como la aparición de nuevas y su rápida diseminación en diferentes naciones se debe, en gran medida, al transporte aéreo y, en segundo lugar, al marítimo o terrestre. En el 2017 el número de pasajeros superó por primera vez los 4.100 millones, lo que supuso un 7,3% más que en 2016 (ATAG).

Otra cuestión a tener en cuenta es que cuando se produjo el brote de SARS en 2002, China representaba el 4,2% de la economía mundial, y contribuía con el 18% al crecimiento del PIB global. Para 2018 su participación en el PIB mundial había aumentado al 15,8%, y el

35% del crecimiento mundial provenía de China (*El Confidencial*, 2020). Esto indica que el crecimiento en la cantidad de productos fabricados en China, con alcance en la mayor parte del globo, es otro rasgo a tener en cuenta. Por otro lado, la globalización económica provoca que las fronteras sean límites porosos, se busca acelerar todo tipo de trámite de manera de no obstaculizar su desarrollo, pero en esa tónica, las barreras sanitarias también se relajan y resultan insuficientes para prevenir el ingreso de una enfermedad o vector.

Otro aspecto que distingue al COVID-19 del SARS son las redes sociales. En el 2003 si bien el acceso a la información se había transformado (internet era una herramienta fundamental de la comunicación), aún no se habían desarrollado aplicaciones tales como WhatsApp, que se lanzó en el año 2009, pero multiplicó sus funciones a lo largo de la década siguiente. Twitter surgió en el 2006 y ganó popularidad también en los años posteriores. Instagram fue lanzada en el 2010. Por otro lado, redes como Facebook comenzaron a funcionar en el 2004. Como se puede observar todas las aplicaciones y/o redes sociales surgieron con posterioridad a la aparición del SARS.

Durante los diecisiete años que transcurrieron entre las pandemias de coronavirus hubo cambios que favorecieron a su propagación. Asimismo, la aviación y la globalización comercial con fuerte preminencia de productos chinos actuaron como facilitadores de la transmisión. Pero en el mundo contemporáneo debemos entender que hay dos tipos de contagios: el viral y el mediático.

Hace unos años, Joan Cayla (2009) señalaba que, debido al gran desarrollo tecnológico de los medios y formas de comunicación, estamos asistiendo al surgimiento de las epidemias mediáticas. En ese momento, las redes sociales o aplicaciones telefónicas aún estaban en ciernes. Incluso así, ya anticipaba el impacto psicológico en la población debido a la gran profusión de noticias sobre el tema y sostenía que el “miedo y la histeria también son transmisibles”.

El temor no es alimentado exclusivamente por el virus y sus consecuencias, sino que los términos con los cuales se lo identifica contribuyen a ello. El virus es el “enemigo”, “en la primera línea de combate o en la trinchera está el personal de salud”, “juntos vamos a vencerlo” son algunas de las metáforas presentes en los discursos oficiales de todas las épocas cuando de epidemias se trata, y el COVID-19 no fue la

excepción. En este caso, esas metáforas también fueron parte del discurso de los medios radiales, escritos, televisivos y de los cibernautas.

George Lakoff y Mark Johnson (1980) en su clásico libro demuestran que las metáforas son mucho más que adornos que caracterizan el texto literario. Son mecanismos cognitivos que nos permiten entender y caracterizar conceptos abstractos. En ese caso, el virus pandémico es, por añadidura (tal cual lo es una guerra), “catastrófico” “desbastador”, aspectos que terminan por configurar la forma en la cual la sociedad percibe la dolencia. Si bien esas percepciones no son estáticas en el tiempo, pues los primeros 100 días el temor desoló calles y ciudades, para luego relajar acciones y actitudes frente al COVID-19, la ausencia tanto de vacuna como de tratamiento (por lo menos hasta el mes de julio) fue fuente de incertidumbre que alimentó el recelo social sanitario.

Las metáforas sobre la enfermedad y sus miedos, no son nuevas -George Duby (1995) las describe desde el año mil en adelante- pero también es real que el mundo contemporáneo cuenta con renovadas herramientas, tanto para combatirlos como para construir la percepción de la dolencia, en un mundo que padece acelerados cambios.

El COVID-19 puede ser catalogado como una pandemia *online*. La diversidad de medios de comunicación la convirtieron en la epidemia más mediática que haya existido. El hecho de poder conocer “en vivo y en directo” la aparición de nuevos casos en distintos países, favoreció enormemente el control en otros que pudieron anticiparse a la llegada del virus mediante la difusión de medidas preventivas en la población. No obstante, la mediatización dificultó controlar la alarma social, pues la marea informativa ha sido propicia para la filtración de noticias alarmistas, a veces sujetas a intereses económicos, que terminaron desdibujando informaciones objetivas.

A modo de cierre provisorio

Investigamos, debatimos y escribimos este capítulo en clave interdisciplinaria y en pleno desarrollo de un virus desconocido. Nuestra mirada, atravesada por los mismos miedos, temores, incertidumbres e inquietudes que los de cualquier habitante de este suelo, fue el motor

principal que nos impulsó a no perder de vista el pasado y vincularlo con un presente pandémico.

Como hemos visto en los capítulos anteriores, a lo largo de la historia las epidemias han dejado rastros, algunas al poner en evidencia lo precario de los sistemas sanitarios, otras las inequidades sociales, o incluso generaron cambios tanto en la infraestructura urbana como de salud. El SARS no fue la excepción, instaló en la agenda internacional el desarrollo de una posible pandemia de gripe, con alto grado de contagiosidad, con periodos cortos de incubación como para permitir el rastreo, realizar testeos masivos con la finalidad de aislar los contactos.

Esa experiencia pandémica del 2002, la República Argentina no la tuvo, como tampoco la que le siguió. La Gripe Aviar (2004-2005) se trató de una influenza que atacó a numerosos países del globo, pero en la región quedó reducida a Colombia, México y República Dominicana.

En el caso de esta dolencia, al momento de transformarse en pandemia en la Argentina regía desde 1999 la Resolución de Senasa 1078/1999, aceptada por la Unión Europea y el servicio sanitario de Estados Unidos, por el cual se realizan tareas de vigilancia pasiva, y cualquier sospecha es de notificación obligatoria, además llevar adelante una vigilancia activa a través de un muestreo que mide el análisis de riesgo de introducción de la enfermedad año a año, para lo cual se extraen muestras de aves de producción industrial, de producción familiar y silvestres. libre de Influenza aviar-conocida como gripe de los pollos- debido a que no se han detectado casos ni sospechas de tipo de virus alguno en el territorio nacional.

La siguiente gripe pandémica fue en el 2009, y se transformó en la primera epidemia del siglo XXI en llegar al territorio nacional. Comparemos guarismos a los efectos de ponderar impacto

Los índices de mortalidad y letalidad alcanzados por el Covid-19, bien podrían explicar su centralidad y protagonismo. Sin embargo, por sí solo no manifiesta la experiencia social frente a la pandemia signada por el acceso inmediato a la información y a sus múltiples formas de acceso. Ya no hace falta (como ocurría hace unas décadas atrás) esperar a los noticieros del medio día; las noticias llegan a las personas aún sin buscarlas de forma directa; ya sea por grupos de WhatsApp, por notificaciones de portales, vía Twitter etcétera. Esta abundante información puede provocar efectos colaterales, aún en proceso de

estudio, pero los primeros acercamientos ya anticipan efectos no deseados a nivel psicológico.

Como nos dice Jaime Breilh (2020), epidemiólogo referente de la *Epidemiología Crítica*: “Su globalización tan rápida y también porque aún no existen vacunas ni un conocimiento completo del cuadro clínico que genera, ha tomado a las sociedades, incluso a las sociedades hegemónicas del mundo capitalista, como navegando con una embarcación un poco maltrecha, con ciertas costuras, con filtraciones, sin cartas de navegación conocidas, con pruebas y error”. Bien podemos afirmar que la Argentina no es la excepción.

Bibliografía y fuentes citadas

- Air Transport Action Group (ATAG) «Aviation: Benefits Beyond Borders», octubre del 2018 Recuperado: https://aviationbenefits.org/media/166344/abbb18_full-report_web.pdf
- BBC Coronavirus: Argentina confirma su primer caso de covid-19. 3/03/2019. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51728654>
- Ben Hu, Shi Zheng-Lichin (2017) “Discovery of a rich gene pool of bat SARS related coronaviruses provides new insights into the origin of SARS coronavirus”. En Plos Patogens, November 30.
- Jaime Breilh (2020) Entrevista disponible en: <http://idepsalud.org/jaime-breilh-epidemiologo-esta-servida-la-mesa-para-el-virus/>
- Centro para el Control y la prevención de enfermedades. *Similitudes y diferencias entre la influenza y el COVID-19*, Julio 2020, USA extraído de: <https://espanol.cdc.gov/flu/symptoms/flu-vs-covid19.htm>
- Diario Clarin “Alerta por el dengue: 2019 es récord histórico de casos y piden tomar medidas preventivas ya”, Buenos Aires, 15/11/2019. Recuperado de: https://www.clarin.com/suscripciones/landing-boxone.html?apw-origin=https%3A%2F%2Fwww.clarin.com%2Fsociedad%2Falerta-dengue-2019-record-historico-casos-piden-tomar-medidas-preventivas_0_bAMHKl6A.html&wb=PW_Searchl
- Diario La Nación 20 de abril del 2003
- Efrain Figueroa (2003) “Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)”. En Revista Médica Hondureña; 71:42-47. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2003/pdf/Vol71-1-2003-10.pdf>
- EER Noticias (2004) “Brote de SARS en China”. En Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes, Región de las Américas Vol. 2, No. 17— 29 abril 2004
- Disponible en <https://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/eid-eer-29-apr-2004.htm>
- Gabriel Leung, Stella Quah, et al (2004) A tale of two cities: community psychobehavioral surveillance and related impact on outbreak control in Hong Kong and Singapore during the severe acute respiratory syndrome. In epidemic. Infect Control Hosp Epidemiol; 25: 1033–4
- George Lakoff y Mark Johnson (1980) *Metaphors we live by*. Editor Prensa de la Universidad de Chicago.
- Nitesh Kumar Jaiswal, Shailendra K. Saxena (2020) “Coronavirus clásicos”. En: Saxena S. (eds) Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Vi-

- rología médica: de la patogenia al control de enfermedades. Springer, Singapur. https://doi.org/10.1007/978-981-15-4814-7_12
- Joan A Cayla (2009) “Epidemias mediáticas: una reflexión para la salud pública”. En la Gaceta Sanitaria ;23(5):362–364.
Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000500002
- El Confidencial Informe. Recuperado de; https://www.elconfidencial.com/mercados/2020-01-29/analistas-impacto-coronavirus-parallelismo-sars_2431876/
- María del Mar Hidalgo García (2019) “Las enfermedades infecciosas un gran desafío de seguridad en el siglo XXI” en *Emergencias Pandémicas en un mundo globalizado: amenazas a la seguridad*. Ed. Ministerio de Defensa de España, Madrid. Recuperado de: http://www.ieee.es/Galerias/fichero/cuadernos/CE_203_2p.pdf
- MI Calatroni (2003) “SARS: Síndrome Respiratorio Agudo Severo o Enfermedad de Urbani”. En Revista de la Facultad de Medicina, 26(2), 89-93. Recuperado en 13 de julio de 2020 Disponible en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692003000200003&lng=es&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud Panel de la enfermedad de coronavirus de la OMS (COVID-19) Datos actualizados por última vez: 2020/7/20, 3:37 pm CEST. Recuperado del <https://covid19.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud (2019) *El brote de enfermedad por Corona Virus* <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Organización Mundial de la Salud (2007) *Informe sobre la Salud en el Mundo. Un porvenir más seguro. Protección de la Salud Pública Mundial en el siglo XXI*. Ginebra 27.
- Organización Mundial de la Salud. *Plan de preparación para la pandemia de influenza, El Rol de la Organización Mundial de la Salud y Guías para la Planificación Nacional y Regional* Ginebra Suiza 1999 Recuperado de <https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/whoplanspanish.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Comunicado de Prensa (2003) *Acute respiratory syndrome in Hong Kong Special Administrative Region of China/ Viet Nam*
Recuperado de https://www.who.int/csr/don/2003_03_12/en/

- Organización Mundial de la Salud. Comunicado de Prensa (2003) *El brote de SARS ha sido contenido en todo el mundo* Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr56/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2003) “Alerta Mundial: Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)”. En Boletín Epidemiológico. Organización Panamericana de la Salud, volumen 24 numero 1. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41070/EB_v24n1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud (2009) *Gripe A (H1N1): La OPS presentó una retrospectiva de la pandemia* Buenos Aires, 11 de septiembre (OPS). Link https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=353:gripe-h1n1-ops-presento-retrospectiva-pandemia&Itemid=226
- Resolución 647 (2007) Ministerio de Salud de La Nación. Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS). 07/06/2007
- SENASA (2020) *Argentina, país libre de Influenza aviar*. Recuperado de <http://www.senasa.gob.ar/senasa-comunica/noticias/argentina-pais-libre-de-influenza-aviar#:~:text=El%20Servicio%20Nacional%20de%20Sanidad,alguno%20en%20el%20territorio%20nacional.>
- Wilder-Smith, et al (2020) “Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS?”. En *Lancet Infect Dis*; 20: e102–07 Published Online March 5, 2020 <https://doi.org>
- Z. Sun, (e.d.) (2012) *Medicina preventiva*. Pekín: Higher Education press.

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

Antecedentes y desarrollo

Carlos Daniel Florio

Introducción

El COVID-19 despertó, al igual que lo han hecho otras pandemias a lo largo de la historia, interrogantes vinculados a la propagación del virus por los distintos continentes, pero también alertó sobre los mecanismos sanitarios y jurídicos existente para frenar su difusión.

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) como un instrumento jurídico internacional que fue concebido para ayudar a proteger a todos los Estados contra la propagación mundial de enfermedades. Aprobado en el 2005 como inmediata consecuencia de la pandemia de SARS que afectó (como se vio en el capítulo anterior) a varios países del globo, se convirtió en la principal herramienta con que contó la OMS desde el 31 de diciembre de 2019, cuando el municipio de Wuhan, en la provincia de Hubei, República Popular de China, informó sobre la aparición de una neumonía atípica. Luego de una serie de encuentros y debates, la entidad internacional decidió su aplicación el 30 de enero de 2020, cuando el Comité de Emergencias recomendó al Director General de la OMS declarar la emergencia sanitaria, de acuerdo con lo previsto en el mencionado Reglamento.

En este capítulo nos centramos en analizar el RSI en términos históricos y jurídicos. Los objetivos son visualizar los precedentes del actual Reglamento con la finalidad de explicar las innovaciones que se produjeron en el 2005, las cuales implicaron un cambio de paradigma al plantear que el control de las emergencias y los riesgos para la salud pública deben realizarse en su origen, y no en el control en fronteras. A partir de entender las modificaciones pasamos a preguntarnos por

su alcance, indagamos sobre las obligaciones de los Estados, las formas y tiempos de notificación, entre otros aspectos que son jurídicamente esenciales para ponderar el grado de eficacia de esta herramienta jurídica de cara a su aplicación en la pandemia 2019/2020.

Partimos de la hipótesis de que la OMS posee la capacidad de generar normas jurídicas; sin embargo, ha quedado a la saga de la asistencial, lo cual puede ser uno de los principales déficit a la hora de enfrentar pandemias.

Antecedentes históricos

Sin lugar a duda que las denominadas leyes de cuarentena se encuentran entre las medidas preventivas más antiguas. Las crónicas las registran durante las epidemias de peste que se produjeron en Europa durante el siglo XIV, oportunidad en la que ciudades portuarias del Mediterráneo aislaron a las comunidades afectadas por dicha enfermedad y tomaron medidas restrictivas a los movimientos de la población y tráfico comercial, en una forma de respuesta a una crisis sanitaria.

Por otro lado, y tal cual se ha analizado en este libro, las pandemias de cólera que tuvieron epicentro en Europa entre 1830 y 1847, dieron lugar a la Primera Conferencia Sanitaria Internacional (1851), cuya finalidad fue instar a diferentes Estados europeos a generar un sistema de cooperación que permitiera el control de las enfermedades denominadas infecciosas. La cuarentena fue una de las medidas reglamentadas.

Ya entrado el siglo XX, con un proceso madurativo más amplio en materia de Sanidad Internacional, y luego de dos Guerra Mundiales, hacia el final de la Segunda (1945), tal cual señala el trabajo escrito por Cueto, Fee y Brown (2011) los vencedores del conflicto (los Aliados: Estados Unidos, Francia y Rusia) opositores a las potencias del Eje, decidieron crear una red de organismos internacionales para asegurar su hegemonía y con ello evitar un nuevo conflicto internacional.

El centro de esta red fue la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que nació en San Francisco en mayo de 1945. Parte esencial de ella, formada por agencias especializadas de la ONU –conocidas como multilaterales, para diferenciarlas de instituciones bilaterales o

filantrópicas y acentuar la cooperación intergubernamental– fue la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La intención manifiesta era capitalizar lo que en materia de cooperación internacional se había hecho y reforzar los lazos entre los descubrimientos médicos, como también contribuir en la posguerra a la reconstrucción de los sistemas de salud, hecho que no estuvo ajeno a las disputas que entre EE.UU. y la URSS se generaron en el marco de la Guerra Fría.

Pero más allá del contexto, lo que buscamos remarcar es la emergencia de una agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas que tomó como antecedente las funciones de tres agencias internacionales ocupadas de la salud pública que fueron incorporadas a una misma matriz institucional creando con ello una instancia poderosa en lo que a materia sanitaria internacional se refiere.

El 7 de abril de 1948 entró en vigor la Constitución de la OMS y, acto seguido, en junio de 1948 se celebró la primera Asamblea Mundial de la Salud, con un temario que priorizaba las enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis, el paludismo y la salud infantil. Por otro lado, es importante recordar que la Asamblea Mundial de la Salud es el órgano de la OMS que tiene como finalidades esenciales determinar la política de la Organización, nombrar el Director General y darle instrucciones, y adoptar convenciones o acuerdos respecto a todo asunto que esté dentro de la competencia de la Organización.

Analizando su esquema interno, se observa que tiene una estructura estratificada, compuesta por: la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo y la Secretaría, esta última a cargo del Director General. Es en el ámbito de la Asamblea Mundial de la Salud en el cual se reúnen los representantes de los países miembros de la organización con una periodicidad anual.

Dentro de la normativa interna, el artículo 21 del Estatuto, confiere a la Asamblea de la Salud, como órgano esencial de la Organización, la facultad para adoptar reglamentos relativos a cuestiones sanitarias y de cuarentena, nomenclatura de enfermedades, protocolos de actuación en diagnóstico y normas sobre identificación, calificación y clasificación de productos biológicos y farmacológicos, así como también la facultad de efectuar recomendaciones a los Estados Miembros sobre cualquier asunto dentro de su competencia (OMS 2020).

Por su parte, el Consejo Ejecutivo está integrado por 34 personas y tiene por función supervisar y ejecutar las decisiones adoptadas por la Asamblea y aplicar las políticas que dicta. Los delegados de la Asamblea son representantes designados por los Estados, y los delegados del Consejo son elegidos por la Asamblea.

Presentado el esquema organizativo y de representación que posee la OMS, pasemos ahora a analizar los instrumentos jurídicos que esta entidad, a lo largo de su existencia, ha generado para alcanzar los objetivos que desde su origen se ha propuesto, o sea, el control de enfermedades de impacto nacional e internacional.

Una nueva estrategia en salud pública. Creación del Reglamento Sanitario Internacional

Apenas creada la OMS, el Comité de Expertos en Epidemiología y Cuarentena Internacional tuvo por finalidad revisar los convenios existentes sobre enfermedades infecciosas, y fue quien generó un nuevo instrumento jurídico de alcance internacional. –Dicho texto, luego de adecuarse a las observaciones realizadas por los Estados, fue aprobado el día 25 de mayo de 1951. Se trató del primer Reglamento Sanitario Internacional que, años más tarde, en 1969, fue sustituido, y modificado en 1973 y 1981, respectivamente.

El RSI de 1951 fue sancionado con la finalidad esencial de vigilar y controlar seis enfermedades infecciosas graves: la viruela, la fiebre recurrente, el tifus, el cólera, la peste y la fiebre amarilla, males que por entonces concitaban la preocupación de la comunidad sanitaria internacional.

La aparición del RSI de 1951 era la materialización de los cambios que se estaban produciendo en el Derecho Internacional de la Salud. Tal cual han sostenido varios autores, como Frances Xavier Seuba Hernández (2009), en el período de entreguerras se produjeron importantes desarrollos relativos al concepto de salud y a cómo procurarla. Se enfatizó en el tratamiento y erradicación de enfermedades aspectos que fueron normatizados en la definición de Salud en la Constitución de la OMS en 1946.

De esta manera, el RSI de 1951 fue el primer código internacional destinado a prevenir la propagación de determinadas enfermedades infecciosas, mediante la presentación de informes y notificación de casos, como también de medidas de carácter internacional vinculada a la llegada y salida de puertos, aeropuertos y puestos fronterizos, etcétera.

Años más tarde, en 1969 fue reemplazado por otro RSI que ampliaba su esfera de acción hacia vigilar, informar y controlar seis enfermedades transmisibles: cólera, peste, fiebre amarilla, viruela, fiebre recurrente y tífus.

En 1973, y debido a la difusión de la última pandemia de cólera -tal cual vimos en el segundo capítulo de este libro-, el RSI se modificó atento a dicha reemergencia. Luego fue revisado nuevamente en 1981 para excluir la viruela, dado que se había declarado erradicada.

Los cambios en los RSI fueron el resultado, o bien de la reemergencia de enfermedades como el cólera, o de la erradicación de otras, como la viruela. Esto nos muestra que las crisis sanitarias resultan ser emergentes que visualizan no solo la estrecha vinculación entre el medioambiente y el ser humano, sino que también demuestran que si no se actualizan los procedimientos y protocolos de actuación, las consecuencias pueden ser profundas.

Por esta razón, en 1995 la OMS creó la División de Vigilancia y Control de las Enfermedades Víricas y Bacterianas Emergentes, conforme lo ordenado por la 48ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo del mismo año, en razón de la necesidad de analizar los constantes cambios experimentados por la amenaza para la salud pública que conllevan numerosas enfermedades infecciosas. La OMS considera enfermedades emergentes aquellas cuya incidencia en el ser humano ha aumentado en los dos últimos decenios o cuya incidencia amenaza con aumentar en un futuro próximo. En la misma Asamblea, tomando en cuenta la amenaza que representan para la salud pública las enfermedades infecciosas, amenaza esta que “evoluciona constantemente debido a los propios agentes, a la mayor facilidad de su transmisión en un contexto físico y social cambiante y a los medios de diagnóstico y tratamiento”, se resolvió la revisión del Reglamento Sanitario Internacional, dado que la finalidad del mismo es la de “asegurar la máxima protección posible contra las infecciones con el mínimo de trabas para el tráfico internacional” (OMS, 2020).

El año 2003, se vio signado con la irrupción del síndrome respiratorio agudo severo SARS, y el 2009 por el virus H1 N1, ambos demostraron la velocidad y el alcance que pueden lograr. El 23 de mayo de 2005, 194 Estados miembros adoptaron el Reglamento Sanitario Internacional (2005), el cual entró en vigor el 15 de junio de 2007.

El RSI es un instrumento jurídicamente vinculante. Es el principal medio de proteger a la población mundial contra enfermedades nuevas y resurgentes, choques microbianos y otras amenazas para la salud pública y la seguridad sanitaria.

Según los documentos oficiales de la OMS (2020), el RSI-2005 toma un concepto preventivo con relación a la propagación internacional de enfermedades y especialmente se basa, por una parte, en generarle a los Estados miembros la responsabilidad de detectar una enfermedad, y por otra parte, establecer el confinamiento en el lugar donde se ha producido el evento, requiriéndole a los gobiernos que desarrollen y pongan en funcionamiento lo que se ha denominado capacidades mínimas en cuanto a la salud pública, entendiéndose por ello el mínimo requerido de medidas y recursos para la aplicación del reglamento.

Lo que el Reglamento busca es obtener la máxima seguridad posible de cara a la propagación de las enfermedades.

Sin embargo hacia el 2011, el Comité de Examen del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005), tomando como testigo la pandemia por virus (H1N1) de 2009 arribó a la conclusión que el mundo no está en condiciones para responder a una pandemia grave o a cualquier otra emergencia de importancia en la salud pública (OSM, 2020) De ser así, veamos a continuación los aspectos jurídicos de esta herramienta vigente desde el 2005.

Principios aplicables del Reglamento

El Reglamento Sanitario Internacional, que entró en vigor el día 15 de junio de 2007, ha tenido por finalidad la prevención de la propagación internacional de las enfermedades contagiosas, busca dar una respuesta adecuada y suficiente, en el ámbito de la salud pública, siendo su norte el evitar perjuicio innecesario al tráfico de personas

y al comercio internacional. Ha sido un instrumento creado como marco de actuación de la OMS en el sentido de un sistema de coordinación internacional en respuesta temprana a los eventos capaces de generar una alerta epidemiológica, generando una colaboración de los países entre sí, y de estos con la OMS con la finalidad de controlar los brotes internacionales y reforzar la seguridad en materia de salud pública (OMS, 2020).

Pasemos ahora a analizar el cuerpo normativo del RSI (2005), que está estructurado en 66 artículos, ordenados en 10 títulos y 9 Anexos.

Como principio general establece no limitar el alcance del Reglamento a una serie de enfermedades nomencladas, tal cual lo hacían los precedentes sino, por el contrario, generar un sistema abierto, de forma tal que toda dolencia o afección médica, cualquiera sea su origen o procedencia, que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano, se encuentre alcanzado por dichas normas.

Por otro lado:

- Mantiene como concepto básico la protección de los derechos humanos de todos los viajeros internacionales.
- Busca la implementación de órganos que actúen como nexo entre los diversos Estados miembros, y de estos con la Organización, de forma continua y estable.
- Permite a la Organización emitir recomendaciones temporales sobre los eventos.
- Genera en los Estados miembros condiciones mínimas de recursos materiales y humanos que sean adecuados y necesarios para el control de las enfermedades.
- Introduce conceptos instrumentales, tales como normalizar y estandarizar la notificación de los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional.
- Fija el procedimiento de verificación y evaluación de evento, facultando a la OMS para determinarlos incluso de oficio.
- Determina si un evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional.

El reglamento utiliza, a los efectos de desarrollar una suerte de sistema de gestión de eventos, toda la información operacional que los Estados miembros confieren, así como los datos de entidad epidemioló-

gica, de forma tal de prevenir los brotes epidémicos y, una vez ocurridos, manejar su impacto en la salud pública internacional.

Con ello busca:

- Generar una estandarización de la información, de la descripción de enfermedades y de la forma y alcance de las notificaciones, tanto entre los estados miembros como estos con la OMS;
- Conferir la participación también a los organismos no gubernamentales con alcance en la salud pública internacional;
- Establecer un sistema de seguimiento de los brotes epidémicos;
- Instrumentar apoyo por parte de la Organización Mundial a sus pares nacionales.

Diferencias con el anterior Reglamento (1969)

La propia OMS ha declarado que la motivación de la revisión del Reglamento texto 1969 se basó en la siguiente línea de trabajo: modificar los aspectos limitantes en la cantidad de enfermedad que se contemplaba sumando nuevas patologías además de instalar un mecanismo normalizado para la coordinación internacional en la contención de la propagación de dolencias, dado que se sostiene que carecía de medios apropiados para abordar los crecientes variados riesgos para la salud pública.

El reglamento sanitario internacional dictado en 1969 preveía como ejes fundamentales:

a. Organización sanitaria: Se deben prever medidas de desratización y desinsectación de los medios de transporte internacionales en los puntos de entrada y salida (puertos, aeropuertos y puestos de control). Estas medidas sanitarias requeridas son las máximas que un Estado fija como protección en su territorio contra el cólera, la peste y la fiebre amarilla.

b. Documentos sanitarios: Se exigen certificados de salud y de viaje; certificados de desratización y exención de desratización; anexos con formas y documentos proformas para comunicaciones, documentos de abordaje y demás documentación específica.

c. Notificación sanitaria: Los Estados partes se obligan a notificar a la OMS la ocurrencia y la exención de la infección de todo

caso individual de cólera, peste o fiebre amarilla presente en seres humanos en sus territorios declaraciones de sanidad Marítima de Sanidad (Declaración General de Aeronave).

d. Normas sanitarias de aplicación a viajes y comercio internacional (mercaderías, productos, correspondencia, bultos).

e. Normas específicas sobre cólera, plaga, fiebre amarilla, viruela, fiebre recurrente y tífus.

El RSI del 2005 incorporó:

a. Nuevas formas de obtener información: a diferencia de su antecedente de 1969, que solo la obtenía por comunicación oficial, la OMS ahora también puede recabar datos que denominamos como “independiente”. A modo de ejemplo, puede valerse de referencias provistas por centros de investigación u organizaciones no gubernamentales (ONG), y hacerla pública. Esta información es recogida a través de los Centros Nacionales de Enlace, los que respectivamente la transmiten a los Puntos de Contacto de la OMS para el Reglamento y estos, por su parte, a los demás Centros Nacionales de Enlace.

Se estructura sobre un eje de trabajo basado en garantizar en la menor afectación posible al tráfico y turismo, es flexible en lo que hace a la información y busca fundamentalmente la prevención y contención, sosteniendo todos estos conceptos con la solidaridad y responsabilidad global.

b. Se ordena a las administraciones sanitarias notificar e informar, no solamente sobre la aparición y evolución de enfermedades susceptibles de ser sometidas a cuarentena en su territorio, sino también sobre emergencias sanitarias que puedan tener repercusiones internacionales.

c. Salud y comercio: en el RSI de 1969 se ubicaba en un mismo plano de igualdad la protección del comercio y de la salud. En el 2005 se modificó en el sentido de aplicación de medidas tendientes a implementar un mayor nivel de seguridad a la salud de la población.

d. Impone el deber de los países miembros para crear, reforzar o aumentar la capacidad básica necesaria para las tareas de vigilancia y respuesta en el ámbito de la salud pública, incluso también generando políticas de autoevaluaciones e informes periódicos para el monitoreo de los avances.

e. Obligaciones genéricas y esenciales impuestas por el Reglamento Sanitario Internacional a los Estados miembros: El reglamen-

to impone *deberes legales* a los Estados miembros como condición sin la cual el reglamento se convertiría en una norma estéril. Entre ellas se encuentran las siguientes:

- Instrumentación de políticas acordes. Como principio declarativo general, establece que toda norma interna dictada por el Estado en cumplimiento de sus políticas de salud deberá respetar la finalidad del Reglamento. Ello implica imponer a las políticas nacionales el marco de las políticas dictadas en la OMS y subordinar las políticas nacionales a la política del Reglamento (artículo 3.4).
- Creación de órganos de actuación. Crea los Centros Nacionales de Enlace en el ámbito de cada Estado miembro, cuya finalidad es la aplicación de medidas sanitarias de conformidad con el Reglamento y canalizar las comunicaciones con los Puntos de Contacto de la OMS (artículo 4).
- Implementación de planes estratégicos. Generar, en un plazo perentorio, planes e instrumentos de desarrollo para detectar, evaluar y notificar eventos, entendiendo estos como la manifestación de una enfermedad o un suceso potencialmente patógeno (artículo 5.1).
- Notificación de evento y evento imprevisto. Conforme el artículo 6.1 y el artículo 7, el deber ineludible de notificar a la OMS, en plazo perentorio de no más de 24 horas la ocurrencia de todo evento en su territorio que pueda constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, así como toda medida sanitaria aplicada en respuesta a dicho evento.
- Notificación de seguimiento. Continuar informando en forma oportuna, exacta y suficientemente detallada, acerca de las medidas de salud pública que se dispongan relativa al evento notificado (artículo 6.2).
- Deber de colaboración. Cuando así se lo solicite la OMS y dentro de las 24 horas, se expida sobre informes procedentes de fuentes distintas, sobre eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional que presuntamente se estén produciendo en el territorio de ese Estado (artículo 10).

- Informar las pruebas sobre circunstancia de riesgo fuera del territorio. Poner en conocimiento de la OMS, dentro de las 24 horas de la toma de conocimiento de que se haya producido fuera de su territorio un riesgo para la salud pública, que podría causar la propagación internacional de una enfermedad, y que esta se pueda manifestar por la exportación o importación de casos humanos, vectores portadores de infección o contaminación, o mercancías contaminadas (artículo 9.2).
- Facilitación de apoyo. En los supuestos en los que la OMS evalúe que se está produciendo una emergencia de salud pública de importancia internacional, deberán -en la medida de lo posible- facilitar apoyo a las actividades de respuesta coordinadas por la Organización (artículo 13.5).
- Aplicación de las recomendaciones temporales. Aquellas dictadas por el Director General que contengan medidas sanitarias vinculadas a personas, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, y/o paquetes postales (artículo 15.1 y 15.2). El Reglamento define las recomendaciones temporales como “la opinión no vinculante que emite la OMS conforme al artículo 15 con respecto a las medidas sanitarias apropiadas que es preciso aplicar, de forma temporal y según cada riesgo concreto, en respuesta a una emergencia de salud pública de importancia internacional, de manera que permita prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad con un mínimo de trabas para el tráfico internacional”.
- Confidencialidad de datos personales. No darán a conocer información sanitaria referida a personas identificadas o identificables, salvo que fuere esencial para evaluar y manejar el riesgo para la salud pública (artículo 45.1 y 45.2).
- Adecuar legislación interna. Los Estados miembros deberán ajustar plenamente sus disposiciones legislativas y administrativas al Reglamento.
- Puntos de entrada y autoridades. Deben designar los puntos de entrada para el desarrollo de políticas de sanidad y determinar los puestos autorizados para emitir las certificaciones, así como identificar a la autoridad de frontera.

A continuación se expondrán las normas específicas, puesto está integrado con nueve anexos, bajo los siguientes temas:

- Anexo 1 (A y B): Capacidad básica necesaria para las tareas de alerta y respuesta, los necesarios pasos fronterizos, puertos y aeropuertos.
- Anexo 2: Instrumentos de evaluación y notificación de eventos
- *Anexo 3: Control de sanidad a bordo.
- Anexo 4: Prescripciones respecto a medios de transporte y sus operadores.
- Anexo 5: Medidas a enfermedades transmisibles por vectores.
- Anexo 6: Medidas sobre vacunación, profilaxis y certificados conexos.
- Anexo 7: Medidas sobre vacunación y profilaxis contra determinadas enfermedades.
- Anexo 8: Modelo de declaración marítima de sanidad.
- Anexo 9: Parte sanitario declaración general de aeronave.

Alcance imperativo a los Estados miembros

Una cuestión fundamental que hace intrínsecamente a la eficacia del reglamento es su aplicación efectiva por parte de los Estados miembros.

El artículo 3 referido a los principios, en su punto 4 dice: “de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y los principios del derecho internacional, los Estados tienen el derecho soberano de legislar y aplicar leyes en cumplimiento de sus políticas de salud. Al hacerlo, respetarán la finalidad del presente Reglamento”.

Se trata de un aspecto importante del RSI porque introduce un elemento a la hora de elaborar leyes en materia de salud para los Estados que lo hayan adoptado. El Reglamento ha sido el instrumento jurídico eminentemente concebido para cumplir con la finalidad de asegurar la seguridad sanitaria internacional.

Es así entonces la instrumentación de las normas que fija el Reglamento. En las legislaciones internas de los países miembros se constituye en un elemento básico para conferirle la fuerza legal de aplicación.

El texto escrito del artículo 3.4 sostiene que aquellos Estados que siendo parte integrantes de la OMS hayan aceptado el Reglamento

tienen el derecho soberano para legislar internamente para hacer efectiva su aplicación. Conforme esta concepción, el propio Reglamento reconoce que es potestad soberana de cada Estado, si legislara o no al respecto de las normas que contiene el Reglamento. El reconocer dicha soberanía implica necesariamente que es una *facultad* o potestad del Estado, y como tal, puede ejercerla o no. Es decir, desde una concepción tradicional, será el Estado quien pueda ejercer dicho derecho, con la contrapartida que el no ejercicio de tal derecho no trae una sanción aparejada, por su propia definición.

Así entonces, de acuerdo a esta concepción, no ejercitar el derecho de legislar internamente no implica un acto jurídicamente reprochable, pero claramente le quita al Reglamento Sanitario Internacional virtualidad jurídica dentro de la legislación interna del Estado.

No obstante ello, el artículo 22 del Reglamento Constitutivo de la OMS fija que las reglamentaciones que se dicten por tal organismo, entrarán en vigor para todos los Miembros después de que se haya dado el debido aviso de su adopción por la Asamblea de la Salud, excepto para aquellos Miembros que comuniquen al Director General que las rechazan o hacen reservas dentro del periodo fijado en el aviso. Es decir, establece una obligatoriedad directa de aplicación a los Estados miembros que lo hayan aceptado sin reservas, y aquellos que lo hagan con reservas, serán de aplicación a excepción de la parte observada.

A su vez, en la Argentina, la Constitución Nacional, en su artículo 75 inc. 22, establece que es facultad del Congreso el aprobar los tratados concluidos con las organizaciones internacionales. Expresamente consigna que los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes. Es decir que, claramente, en el sistema jerárquico constitucional argentino, los tratados aprobados con organismos internacionales tienen jerarquía superior a las leyes. Por su parte, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en el precedente “Ekmekdjian Miguel Angel c/ Sofovich Gerardo y otros” (fallo del 7/7/1992) sentó doctrina en el sentido que afirmó la operatividad interna de los tratados internacionales -cualquiera fuese su tipo o modalidad- que hubieran sido ratificados por la Argentina, dejando constancia, conforme el artículo 31 de la carta Magna que esa prioridad de rango integra el ordenamiento jurídico argentino

En suma, el acto de aprobación que la Argentina efectuó oportunamente del Reglamento Sanitario Internacional, lo ha transformado en derecho aplicable en el Estado.

De tal manera, es aplicable de pleno derecho lo previsto por el artículo 59.3 del Reglamento, en el sentido que los países miembros, que hayan aceptado el Reglamento sin observaciones o reservas, deberán ajustar su legislación y actos administrativos internos al mismo.

Reserva de los Estados Unidos de América

Conforme el artículo 63.9, el Reglamento ya entró en vigor en forma íntegra, a excepción de los casos en lo que algún Estado miembro haya efectuado una reserva. En tal caso, si la Asamblea de la Salud la acepta, el Reglamento entrará en vigor para el Estado que haya formulado la reserva, sin perjuicio de la misma.

Los Estados Unidos de América, en lo vinculado a la aplicación al derecho interno, efectuó reserva sobre los siguientes aspectos (OMS 2020):

- Se reservó el derecho de asumir las obligaciones que surgen del Reglamento de manera que se ajusten a sus principios fundamentales de respeto del federalismo, esto en razón de la fuerte concepción federalista de tal país, lo que hace que cada estado que lo integra puede dictar su propia legislación de fondo
- Objetó la posibilidad de informar sobre las pruebas que tenga de la aparición, fuera de su territorio, de un riesgo para salud pública que pueda dar lugar a la propagación internacional de una enfermedad, porque -a su criterio- figurarían todas aquellas pruebas que potencialmente pudieren debilitar la capacidad de las fuerzas armadas estadounidenses para actuar en defensa de los intereses de ese país en materia de seguridad nacional.
- Sostuvo que las disposiciones del Reglamento no crean derechos individuales que se puedan imponer coercitivamente por vía jurídica.

Normativa de origen nacional. Normas en la República Argentina

Como antecedentes de origen, partimos de la Ley Nacional Nº 15465 del 29 de septiembre de 1960 que establece el “Régimen Legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria”, la que fue reglamentada por el Decreto Nacional Nº 3640/64. Dicha norma legal estableció la obligación de la notificación a la autoridad sanitaria provincial o municipal más próxima, en forma inmediata, cuando exista la sospecha de los casos de las enfermedades descriptas en la propia ley e incluidas en un apartado especial, de las denominadas “enfermedades exóticas y de etiología desconocida” y de todas aquellas que estando indicadas en la nómina de dicha ley, igualmente se presenten en forma inusitada o colectiva, o con caracteres de gravedad, imponiendo esta obligación en cabeza del médico, veterinario, o patólogo que tome conocimiento, y para el caso de las enfermedades de etiología desconocida que se presenten en forma colectiva y grave, debe informarlo dentro de las 24 horas de que ocurra su comprobación.

La ley también fija que solamente será la Autoridad Sanitaria Nacional la única facultada para efectuar notificaciones y comunicaciones, o declaraciones internacionales sobre ocurrencia de las enfermedades transmisibles y de todas aquellas que sean de notificación internacional obligatoria.

El 1º de noviembre de 1979, por Decreto del Poder Ejecutivo de la Nación Nº 2771/79, se faculta al entonces denominado Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud, a actualizar las normas de procedimiento en lo que respecta a la nómina de enfermedades de notificación obligatoria, y su agrupamiento. Dicho decreto fue publicado en el Boletín Oficial del día 7 de noviembre del mismo año. Esta norma modifica la nómina y el agrupamiento de las enfermedades de notificación obligatoria creando cinco grupos:

- Grupo A, de notificación inmediata, y por la vía más rápida respecto de las enfermedades objeto del Reglamento Sanitario Internacional.
- Grupo B, de notificación sistema caso por caso de enfermedades de registro.

- Grupo C, de notificación por número de casos, con o sin discriminación por edad, sexo.
- Grupo D, incluye enfermedades exóticas o desconocidas y aquellas conocidas no incluidas en los grupos anteriores cuando se presentan en extensión inusitada o con caracteres de particular gravedad.
- Grupo E, enfermedades no transmisibles, notificación por número de casos con o sin discriminación edad, sexo.

El 20 de mayo de 1999, por Resolución N° 394/99 del Ministerio de Salud y Acción Social, se aprueban las “Normas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica” que se incorporan al programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. En dichas normas se actualiza la nómina de enfermedades de notificación obligatoria, su agrupamiento, periodicidad, estrategias, herramientas a utilizar en la recolección de los datos, y el flujo de la información en el sistema.

De cabal importancia resulta la Resolución 1715/2007 del Ministerio de Salud, dado que aprueba las Normas de Vigilancia y Control de las Enfermedades o Eventos de Notificación Obligatoria, las que se incorporan al Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica, seleccionando noventa y cinco eventos de notificación obligatoria, los que quedaran agrupados en base a su principal mecanismo de transmisión o vinculadas a las acciones de prevención y control, conformándose dieciséis grupos separados en tres categorías: (I) enfermedades transmisibles con nueve (9) grupos, (II) no transmisibles con tres (3) grupos y (III) otros eventos con cuatro (4) grupos.

La importancia del presente decreto está dada en que remite en forma expresa al Reglamento Sanitario Internacional, y expresamente consigna que los eventos se diferencian según se encuentran bajo RSI o si se encuentran bajo programa específico.

En tal sentido, establece cuatro sistemas de estrategia de vigilancia

1. Vigilancia clínica: con la denuncia del médico tratante ante la sospecha clínica, debiendo a posteriori rectificar o ratificar ante la confirmación, tanto por laboratorio o por nexo epidemiológico.
2. Vigilancia de laboratorio: complementaria a clínica, aportando diagnósticos de agentes etiológicos, reservorios y/o vectores.
3. Vigilancia centinela: por unidades, médicos y grupos centinela.

4. Estudios especiales: estudios epidemiológicos periódicos para vigilar las tendencias de los eventos.

También fija la modalidad y periodicidad de notificación, nominándolas como: a) numérica (según grupos de lugar de ocurrencia y franja de edad), b) individual (identificación de la persona, sexo, edad, lugar de residencia, fecha de consulta, o con ficha íntegra de investigación), y c) negativa (eventos bajo programa de eliminación). A su vez, respecto a la notificación, la fija de la siguiente manera: Inmediata (se realiza ante la sospecha clínica, dentro de las 24 horas), semanal (eventos generalmente endémicos y que no requieren de una intervención inmediata, excepto que se trate de un brote) o eventos que requieran estudios especiales, los que se notifican trimestralmente o semestralmente, o en el momento en que se ejecuta el estudio.

Establece como medios de notificación la vía de comunicación telefónica, por fax, correo electrónico y la carga en línea en el software del Sistema Nacional de Vigilancia. Por último, genera los instrumentos (planillas y fichas) para cumplir con los actos regulados.

A partir del decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 1250/99, la Argentina cuenta con un mecanismo de coordinación para responder a emergencias, el Sistema Federal de Emergencias (SIFEM).

La Ley 27.287 promulgada en octubre de 2016 crea el Sistema Nacional para la Gestión Integral del Riesgo y la Protección Civil (SINAGIR), confiriéndole un enfoque multisectorial, articulando organismos de gobierno nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal, junto a las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil.

Todo esto en consonancia con la normativa Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015- 20.309 adoptada en la tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas celebrada en Sendai (Japón), el Plan de Acción para la Reducción del Riesgo de Desastres 2016-202.194 de la OPS y la Declaración de Montreal 2017 de Ministros y Autoridades de Alto Nivel sobre la Implementación del Marco de Sendai.

Lo que ha tenido un rol fundamental ha sido la creación del Centro Nacional de Enlace (CNE). Los CNE fueron concebidos como Puntos de contacto entre los Estados partes y la OMS, y se instrumentaron a través del artículo 4.1 del RSI que fija que cada Estado

parte establecerá un Centro Nacional de Enlace para el RSI y a las autoridades responsables, dentro de su respectiva jurisdicción, el cual tendrá a su cargo la aplicación de medidas sanitarias de conformidad con el citado reglamento.

En la Argentina, dicho centro funciona como una unidad de inteligencia epidemiológica, cumpliendo la finalidad fijada por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), es decir, la evaluación de riesgo, la notificación a los Estados miembros y a la OMS acerca de los Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) que se registran en el país, y la coordinación de la respuesta ante estos eventos con las entidades del orden nacional.

Por último, y en particular la Resolución 680/2020 del Ministerio de Salud, sancionada el 30 de marzo de 2020 y publicada en el Boletín Nacional del 3 de marzo del 2020, incorpora el COVID-19 al régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria fijado por Ley 15.465, modificando dicha norma, en lo que hacer a esta patología, en los siguientes tópicos:

- Debe notificarse la enfermedad en cualquiera de sus etapas.
- Debe notificarse desde la sospecha del caso hasta el seguimiento de su evolución. Aplica la obligación de notificar, en forma solidaria, tanto a los profesionales médicos y de laboratorio, como a las autoridades de gestión de laboratorios o establecimiento de salud, en todos los casos, tanto de la gestión pública como privada.
- Se aplican las estrategias de vigilancia clínica y de laboratorio, bajo la modalidad de notificación individual con periodicidad inmediata.
- Amplía la obligación de notificar los casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.
- Impone la obligación a las autoridades sanitarias provinciales y municipales, así como a los encargados de gestionar laboratorios o centros de salud, que las notificaciones sean enviadas al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), fijando que la forma de notificación fehaciente consistirá en impactar dichos datos en la plataforma informática del SNVS.

La citada resolución faculta a la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud a modificar las estrategias de

vigilancia epidemiológica cuando la evolución de la enfermedad COVID-19 lo requiera. Por último, elabora y aprueba, por vía de anexos, una “Guía para la vigilancia epidemiológica” y un “Instructivo para la notificación”, a utilizarse para la instrumentación de la vigilancia y notificación instituida.

De cara al futuro

Al 1º de julio 2020 (informe OMS 2020):

- Más de 10.3 millones de casos de COVID-19 han sido reportados a la OMS y más de 506,000 muertes.
- Número de nuevos casos: supera los 160,000 en cada día.
- El 60% de todos los casos hasta ahora detectados han sido reportados solo en junio 2020.

Entiendo que los grandes déficits de los que actualmente adolece el sistema del Reglamento Sanitario Internacional, están dados por el incumplimiento, por parte de los Estados miembros, de lo previsto por los artículos 6 y 9.

Respecto del artículo 6, que obliga a cada estado miembro a evaluar los eventos que se produzcan en su territorio, y a informar a la OMS por el medio de comunicación más eficiente de que disponga, a través del Centro Nacional de Enlace para el RSI, y antes de que transcurran 24 horas desde que se haya evaluado la información concerniente a la salud pública.

El artículo 9.2 en tanto impone la obligación al Estado miembro de notificar a la OMS, dentro de las 24 horas, de aquellas pruebas que tenga de que se haya producido fuera de su territorio un riesgo para la salud pública que podría causar la propagación internacional de una enfermedad puesta de manifiesto por la exportación o importación de: a) casos humanos; b) vectores portadores de infección o contaminación; o c) mercancías contaminadas. En el mismo sentido, dicho comité también concluye en que la deficiencia estructural más manifiesta del Reglamento es la carencia de sanciones que puedan aplicarse respecto a aquellos Estados miembros que no den explicaciones lo suficientemente satisfactorias del porqué no comunicaron o no adoptaron las medidas restrictivas indispensables en el ámbito comercial

internacional, y en el tráfico de personas, manifestando tal informe que la ausencia de cumplimiento carece de consecuencias legales.

A modo de cierre

Hasta el momento, la OMS, en el orden de aplicación del Reglamento, ha tenido la conducta rectora de arribar a acuerdo políticos sostenidos desde el concepto sanitario que reviste la Organización, habiendo dejado de lado tanto el poder imperativo que conlleva la norma jurídica, así como aspecto jurídico.

La pandemia del COVID-19, la alarmante velocidad con la cual se ha desarrollado, y las conductas erráticas que los Estados han mantenido al respecto lleva a la imperiosa necesidad de adecuar el Reglamento Sanitario Internacional, de forma tal de obtener una mayor capacidad de respuesta, por parte de los Estados miembros, a las directivas de la OMS.

Es por ello que, fundado en el artículo 19 de la Constitución de la OMS que establece que las convenciones (entiéndase por tal, los convenios) y los acuerdos adoptados por la Asamblea de la Salud entrarán en vigor para cada Estado miembro al momento de ser aceptados de acuerdo con sus procedimientos constitucionales, considero que debe modificarse el Reglamento en sentido de imponer la estricta obligación a los Estados miembros del cumplimiento de su normativa, estableciendo ,como consecuencia de su incumplimiento es una responsabilidad de los Estado que no lo cumplan, responsabilidad que generará sanciones claras y precisas. De otra manera, el Reglamento se torna estéril.

El Reglamento como instrumento jurídico es una pieza su sumo valor, siempre y cuando sea de obligatoria aplicación y generando, a los Estados integrantes, la responsabilidad derivada de su incumplimiento.

Bibliografía y fuentes citadas

- Organización Mundial de la Salud (2005) “Reglamento Sanitario Internacional. Diez cosas que debe saber sobre el RSI (2005)”. Disponible en: <https://www.who.int/ihr/about/10things/es/>
- Marcos Cueto, Theodore Brown y Elizabeth Fee (2011) “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría”. En *Apuntes*, Lima, v. 38, n. 69, p. 129-156.
- Frances Xavier Seuba Hernadez (2009) “La emergencia del Derecho Internacional de la Salud”. En *Revista Digital de la Facultad de Derecho*, n° 1. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:revistaD-FD-2009-1-5010/Documento.pdf>
- Gabriel Díez Cuevas (2017) *El papel de la Organización Mundial de la salud en el siglo XXI y la importancia del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud para hacer frente a las emergencias sanitarias*. Universidad del País Vasco. Recuperado del <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolucion-680-2020-335965>
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2005) *Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP)*. Buenos Aires, Segunda Edición.
- Ley N° 15.465/60 - Decreto N° 2.771/79
- Ministerio de Salud (2007) Resolución 1715/2007 Apruébanse las Normas de Vigilancia y Control de las Enfermedades o Eventos de Notificación Obligatoria, las que se incorporan al Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/>
- Organización Mundial de la Salud (2016) *Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos*. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255764>. Licenses: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina 2017-2021. www.paho.org
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina “Legislación en salud de la República Argentina.” [Internet]. Disponible en: <http://leg.msal.gov.ar>
- Organización mundial de la salud (2007) *Reglamento Sanitario Internacional (RSI)*. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: <http://www.who.int/csr/ihr/es/index.html>
- Organización mundial de la salud (2014) *RSI 1969. “DOCUMENTOS BÁSICOS”*. 48.a edición. Con las modificaciones adoptadas hasta el

- 31 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/csr/ihr/ihr1969.pdf>
- 48 Asamblea Mundial de la Salud. “Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional” (2005) disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203765/WHA48_1995-REC-1
- Organización Mundial de la Salud (2006) *Constitution of the World Health Organization* disponible en <https://www.who.int/governance/eb/constitution/es>
- Organización Mundial de la Salud (2005) *Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional*. Disponible en https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2010) *Orientaciones de la OMS para el uso del anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional*. Disponible en https://www.who.int/ihr/Intro_legislative_implementation_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2005) *Reglamento Sanitario Internacional*. Segunda Edición. Disponible en https://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2011) *Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional en relación con la pandemia por virus (H1N1)* 2009. Disponible en <https://www.who.int/ihr/review-committee-2016/es/>

SOBRE LOS AUTORES

María Silvia Di Liscia

Doctora en Geografía e Historia por el Instituto Universitario Ortega y Gasset (Universidad Complutense, Madrid), Licenciada en Historia y Profesora Titular de Historia de América III en la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de La Pampa. Ha publicado artículos en revistas y libros vinculados a la historia social de la salud y la enfermedad. Es co-editora junto con Gilberto Hochman y Steven Palmer de *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina* (2012) y con Germán Soprano *Burocracias estatales: problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX)* (2017). Dirige desde el año 2006 el Instituto de Estudios Sociohistóricos en la FCH-UNLPam y desde 2018 el Instituto de Estudios Históricos y Sociales de La Pampa (CONICET-UNLPAM). Es editora con Patricia Palma del Dossier “*Salud global e historia. Estado de la cuestión y perspectivas críticas*”, en *Quinto Sol, Revista de Historia* (Vol. 24, N°3, sep. 2020).

Carlos Florio

Docente e investigador de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Profesor, Abogado, Procurador.

Posgrados en: Asesoría Jurídica de Empresas en la Universidad Nacional de Mar del Plata, Negocios Bancarios y Financieros; Obras Sociales y Asesoramiento Jurídico de Empresas en la Universidad Católica Argentina.

Profesor Titular de la Cátedra de Derecho Constitucional, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, UNMdP. Docente de cursos de posgrado en la Universidad mencionada.

Participante de los siguientes grupos de Investigación: Historia Social Argentina (HISA) Facultad de Humanidades y Derecho de Familia Facultad de Derecho ambos de la UNMdP.

Ha publicado artículos en revista especializadas. Disertante y expositor en numerosos congresos y jornadas

Conjuez Federal y Conjuez de la Justicia de la Provincia de Buenos Aires. Director del Instituto de Derecho Constitucional del Colegio de Abogados del Departamento Judicial de Mar del Plata.

Luciana Mercedes Linares

Profesora, Magíster y Doctora en Historia por la Universidad Nacional de Mar del Plata. Actualmente se desempeña como docente de la Escuela Superior de Medicina, UNMdP en la cátedra de Historia Argentina y Latinoamericana de la salud, también es docente regular de Historia Económica Argentina, en la Facultad de Humanidades. Forma parte del grupo de investigación de Historia Social Argentina perteneciente al Centro de Estudios Históricos y al Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales (CONICET/UNMDP). Participa como miembro del comité académico del Archivo de la Palabra y la Imagen y de la Asociación Argentina para la investigación en Historia de las mujeres y Estudios de género (AAIHMEG). Fue becaria doctoral y posdoctoral en CONICET. Sus trabajos se enmarcan en la Historia Sociocultural de la salud y la enfermedad vinculados al abordaje de estudios de género y análisis de discurso eugenésico en Argentina. Actualmente se encuentra trabajando en la aplicación del programa “El barrio cuida al barrio” ejecutado por la Escuela Superior de Medicina y el Municipio de General Alvarado, en el marco de la actual pandemia de COVID 19. Forma parte del proyecto federal de Monitoreo y seguimiento de las estrategias para minimizar la circulación del COVID 19 en el Municipio de General Pueyrredon realizado desde el Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales (INHUS). Es autora de publicaciones en revistas nacionales como internacionales

y participó como organizadora, comentarista, panelista y expositora en Congresos y Jornadas científicas diversas, así como oficial de evaluadora externa de diversas publicaciones.

Adriana Álvarez

Profesora, Licenciada, Magister y Doctora en Historia. Investigadora Independiente del Conicet, docente e investigadora de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Desarrolla su trabajo en el Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales (INHUS) y el Centro de Estudios Históricos (CEHIS).

Especialista en Historia de la Salud y la enfermedad ya sea en su carácter endémico o epidémico. Se desempeñó durante dos periodos como Coordinadora de la Red de Viejas y Nuevas Enfermedades de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). Fue directora del Programa de Fortalecimiento de Redes Universitarias VI y VI financiado por la Secretaria de Políticas Universitarias. De ella participaron universidades nacionales e internacionales.

Se ha desempeñado en más de 10 oportunidades como directora o codirectora de proyectos nacionales e internacionales.

Ha recibido premios y distinciones, entre las que se destaca el premio Anual otorgado por el Instituto de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires, por su trabajo de investigación sobre Dengue y Malaria en la Argentina.

Ha publicado más de 30 artículos en Revistas indexadas (nacionales e internacionales) y 9 libros

Actualmente participa del grupo responsable del Programa de Articulación y Fortalecimiento Federal de las Capacidades en Ciencia y Tecnología COVID-19. Monitoreo y seguimiento de las estrategias para minimizar la circulación del COVID 19 en el Municipio de General Pueyrredon, del INHUS.

Irene Delfina Molinari

Profesora y Magister en Historia por la Universidad Nacional de Mar del Plata. Doctora en Historia por la Universidad del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Profesora Asociada e Investigadora de la Facultad de Humanidades, UNMdP.

En los primeros años académicos se especializó en la Historia de las Mujeres y Estudios de género, para luego centrarse en la Historia social de la Salud y Enfermedad. Ha participado en diversas jornadas y congresos de la especialidad.

Ha recibido diversos premios a la mejor Tesis Doctoral y diversas distinciones por su labor y asesoramiento en la defensa de los Derechos Humanos.

Publicó diversos artículos en revistas nacionales e internacionales y ha participado en diversos libros. Ha editado el libro *Vencer el miedo. Historia social de la lepra en la Argentina*.

Participa en el Programa de Articulación y Fortalecimiento Federal de las Capacidades en Ciencia y Tecnología COVID-19. Monitoreo y seguimiento de las estrategias para minimizar la circulación del COVID 19 en el Municipio de General Pueyrredon, del Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales (INHUS).

Adrián Carbonetti

Adrián Carbonetti es Lic. en Historia, Magister en Demografía y Doctor en Demografía, por la Universidad Nacional de Córdoba. Es Investigador Principal del CONICET, Profesor del Centro de Estudios Avanzados de la Facultad de Ciencias Sociales, la Universidad Nacional de Córdoba, y profesor de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la misma Universidad, y profesor contratado en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad Nacional del Litoral. Ha escrito numerosos libros, capítulos de libros y artículos en revistas científicas a nivel nacional e internacional, sus trabajos están en relación a la historia de la tuberculosis, historia del cólera, historia de la gripe española así como tópicos que se vinculan a las ocupaciones de salud a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Ha

dictado cursos de posgrado en diversas universidades de la Argentina. Ha dirigido una gran cantidad de becarios y tesis doctorales. Es Director del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, Unidad Ejecutora de doble dependencia CONICET, UNC y es vice director del Centro Científico Tecnológico de Córdoba, dependiente del CONICET.

Daniel Reynoso

Profesor, Licenciado, y Magister en Historia. Docente e investigador de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Desarrolla su trabajo en el Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales (INHUS) y el Centro de Estudios Históricos (CEHIS).

Profesor Asociado Regular del Departamento de Historia de la Facultad de Humanidades y Profesor Libre de la Escuela de Medicina de la UNMdP. Actualmente ocupa el cargo de Secretario Académico de la UNMdP.

Director del Grupo de Investigación Historia Social Argentina, especializado en la de la Historia de la Salud y la enfermedad ya sea en su carácter endémico o epidémico. Es autor de diversos artículos en revistas indexadas (nacionales e internacionales) y libros sobre su especialidad y ha participado de numerosos cursos y seminarios nacionales e internacionales.

Laura Sacchetti

Es Profesora universitaria en Historia egresada de la UBA. Ha realizado posgrados en universidades nacionales e internacionales en estudios de género y análisis del discurso.

Posee un amplio desarrollo como directora y codirectora de proyectos de investigación. Es especialista en historia del arte, historia de la salud, temas de género y análisis del discurso con amplia trayectoria en carreras de grado y posgrado universitario. Autora y coautora de libros relacionados con estos temas, artículos en revistas científicas y de divulgación.

Alexis Manzo

Médico. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata. Especialista Universitario en Infectología (UNLP – Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, distrito IX).

Coordinador del Programa Municipal de VIH / SIDA, ITS y Hepatitis Virales, Secretaría de Salud, Mar del Plata-Batán.

Docente de las cátedras “Epidemiología Crítica, Social y Comunitaria” y “Agentes, Mecanismos de Defensa y Nutrición”, en la Escuela Superior de Medicina, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Docente cátedra de “Enfermedades Infecciosas”, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad FASTA, Mar del Plata.

Miembro del Taller Latinoamericano de VIH y Grupo Argentino de VIH (VIHAR). Miembro del Comité de Contingencia COVID, Escuela Superior de Medicina, UNMdP.

Socio de la Sociedad Argentina de Infectología. Miembro de Comisión Directiva Sociedad Marplatense de Enfermedades Infecciosas.

Médico infectólogo en la Unidad de Infectología, Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA), Municipalidad de General Pueyrredon y del Servicio de Infectología Clínica Colón, Mar del Plata.

Coautor de trabajos de investigación sobre infectología general y VIH-SIDA. Participó de múltiples congresos y conferencias nacionales e internacionales sobre Enfermedades Infecciosas y VIH-SIDA.

Juan Pablo Ubici

Graduado reciente como Licenciado en Historia por la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Tesis defendida: La reforma del sistema de salud argentino en los años '90. Crónicas entre el Caduceo y el Bastón de Esculapio.

Docente Ayudante Estudiante en *Historia General Argentina, II* y *El regreso de las pestes y epidemias* y estudiante adscripto con funciones en docencia en el Seminario *Encrucijadas de la Historia Económica Argentina en los siglos XIX y XX; Historia Económica Argentina;*

y en el Seminario *Historia, revolución y género en China. Siglos XX y XXI* Facultad de Humanidades, UNMdP.

Ha participado como expositor en diversas jornadas organizadas por la Facultad de Humanidades de la UNMdP. Actualmente participa del Programa de Articulación y Fortalecimiento Federal de las Capacidades en Ciencia y Tecnología COVID-19. Monitoreo y seguimiento de las estrategias para minimizar la circulación del COVID 19 en el Municipio de General Pueyrredon, del INHUS.

