

ESTUDIOS

LAS SOMBRAS DE LA POLÍTICA SANITARIA DURANTE EL PERONISMO: LOS BROTES EPIDÉMICOS EN BUENOS AIRES

Karina Inés Ramacciotti

Universidad de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Este artículo revisará las consecuencias sociales y políticas que trajo el surgimiento de la peste bubónica, la viruela y la poliomielitis en la ciudad de Buenos Aires durante la década peronista. Las diferentes estrategias utilizadas para limitar el impacto político de estas enfermedades generaron cambios de rumbos en la política sanitaria y modificaciones en las agendas gubernamentales.

PALABRAS CLAVE: Argentina, Peronismo, Política Sanitaria, Brotes Epidémicos.

ABSTRACT

This article examines the social and political consequences brought on by the emergence of bubonic plague, smallpox, and poliomyelitis in the city of Buenos Aires during the Peronist decade. The different strategies used to limit the political impact of these diseases changed the direction of public health policy and modified the governmental agendas.

KEY WORDS: Argentina, Peronism, Public Health Policy, Epidemic Outbreaks.

INTRODUCCIÓN

En los años recientes, la historia de la salud y la enfermedad experimentó una profunda renovación en la Argentina. A partir de las aportaciones de Leandro Gutiérrez al estudio de las condiciones de vida de los sectores popu-

lares¹, surgieron investigaciones que se centraron en la descripción de las dramáticas situaciones de salubridad de los grupos más postergados, los efectos ocasionados por la carencia de infraestructura, las percepciones asociadas a las epidemias, y las consecuencias sociales de las enfermedades en el mundo urbano. Esta novedosa agenda se benefició por las indagaciones que incluyeron el estudio de la formación de los grupos profesionales, su papel en la construcción del Estado y en el diseño de políticas públicas. Asimismo, contribuyó a esta tendencia la inclusión de la perspectiva teórica de las relaciones de género para comprender la diferenciación realizada en el pensamiento político y social de una época, sobre los roles, las funciones y el poder determinado por las diferencias biológicas².

En este sentido estos estudios locales se inscriben en tradiciones y debates surgidos en otras latitudes. Uno de los ejes comunes que tuvo esta renovación historiográfica fue revisar la tradicional historia de la medicina centrada en historias laudatorias de médicos famosos y retomar antiguas preocupaciones pero con nuevas perspectivas analíticas. Así pues las narraciones descriptivas de las enfermedades fueron cruzadas con variables políticas y sociales dando lugar a estudios que permitieron echar luz sobre el contenido social y político de los hechos biológicos³.

La mayoría de los estudios en Argentina se centraron en las consecuencias de las epidemias entre fines del siglo XIX y los primeros cuarenta años del

¹ Véase, a modo de ejemplo, GUTIÉRREZ, L. y GONZÁLEZ, R. (1984), «Pobreza marginal en Buenos Aires, 1880-1919». En: ARMUS, D. (et al), *Sectores populares y vida urbana*, Buenos Aires, CLACSO. También GUTIÉRREZ, L. (1981), «Condiciones de vida material de los sectores populares de Buenos Aires. 1880-1914», *Revista de Indias*, 41 (163-164), 167-202.

² Un exhaustivo estado de la cuestión sobre los distintos abordajes en la Argentina y en América Latina puede consultarse en ARMUS, D. (2005), «Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna». En: ARMUS, D. (Compilador), *Avatares de la medicalización en América Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, pp.13-40.

³ Lecturas que combinaron el análisis de los procesos naturales con la política y la sociedad en otras latitudes: PESET, J y PESET, M. (1972), *Muerte en España. Política y sociedad entre la peste y el cólera*, Madrid, Seminario y Ediciones, 1972. Más recientemente, una influencia notoria ROSENBERG, Ch. (1992), «Framing Disease: Illness, Society, and History». En: ROSENBERG, CH y GOLDEN, J eds., *Framing Disease. Studies in Cultural History*, New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press. SNODGRASS, M. (2003), *World epidemics: a cultural chronology of disease from Prehistory to the era of SARS*, London, McFarland. CUETO, M. (1997), *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*, Instituto de Estudios Peruanos, Lima; ARNOLD, D. (1993), *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth Century India*, Berkeley, Universidad of California Press; HARRISON, M. (1994), *Public Health in British India, Anglo Indian Preventive Medicine, 1859-1914*, Cambridge, Cambridge University Press.

siglo XX. El corte temporal no fue casual, los avances científicos ligados con los descubrimientos bacteriológicos y de la epidemiología permitieron abrir horizontes para mejorar la prevención y la curación de las muchas enfermedades. Durante el transcurso del siglo XX el descubrimiento de los agentes productores de cada enfermedad y la elaboración del suero, la vacuna o el antibiótico que la previene o la cura incidió en la disminución de los azotes epidémicos⁴.

A pesar de estos «triumfos de la medicina»⁵, enfermedades infectocontagiosas aparecieron reiteradamente durante la segunda mitad del siglo XX y otras nuevas surgieron amenazando el optimismo de la modernidad científica. Aunque muchas de las afecciones no conmovieron masivamente a la población, nos interesa en la medida que atrajo la atención de la opinión pública. También influyeron para que las autoridades gestaran políticas e instituciones específicas destinadas a combatirlas y/o desplegaran diferentes estrategias para ocultarlas ya que la existencia de estas dolencias incidía gravemente en la legitimidad del gobierno de turno.

El llamado peronismo clásico no estuvo exento de los avatares políticos que genera la aparición de brotes epidémicos. Entre 1946 y 1954 la cartera sanitaria en la Argentina estuvo comandada por el neurocirujano Ramón Carrillo. La historiografía destacó los logros obtenidos durante esta gestión. Sin lugar a dudas la envergadura de la administración de Carrillo no tuvo precedentes en cuanto a las obras efectivamente realizadas. Aunque muchas propuestas se habían debatido anteriormente éstas habían tenido una escasa apli-

⁴ Véase al respecto: GUTIÉRREZ, L.(1983), «Los trabajadores y sus luchas». En ROMERO, L.A y ROMERO, J. *Historia de cuatro siglos*, Buenos Aires, Editorial Abril; ARMUS, D. (1996), «Salud y anarquismo. La tuberculosis en el discurso libertario argentino 1890- 1940». En: LOBATO, M. (editora), *Política, médicos y enfermedades*, Buenos Aires, Biblos, pp. 93-118; PRIETO, A. (1996), «Rosario, epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX». En LOBATO, M. (editora), pp. 57-71. GONZALEZ LEANDRI, R. (1999), *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires (1852-1886)*, Madrid, Biblioteca de Historia de América-CSIC; RECALDE, H. (1997), *La salud de los trabajadores en Buenos Aires (1870-1910). A través de las fuentes médicas*, Buenos Aires, Grupo Editor Universitario; DI LISCIA, S. (2002), *Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750-1910)*, Madrid, Biblioteca de Historia de América-CSIC; ÁLVAREZ, A. (2004), «Las endemias en la ciudad de Buenos Aires del siglo XIX y principios del S. XX». En: ÁLVAREZ, A y otros (editores), *Historia de Enfermedades, Salud y Medicina*, Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata, pp.15-46.

⁵ CARRILLO, R. (1951), «Progreso de la medicina sanitaria en la Argentina». En CARRILLO, R, *Contribuciones al Conocimiento Sanitario*, Buenos Aires, Departamento de Talleres Gráficos, p. 429.

cación en la práctica política debido al reducido presupuesto sanitario y a las múltiples —pero desaparejas— instancias de intervención regional. Entre los aspectos más salientes de la gestión de Carrillo se destacó la centralización de instituciones sanitarias, la erradicación del paludismo gracias al uso del DDT, la duplicación en el número de camas dentro del sistema hospitalario, la creación de nosocomios, la disminución de la tasa de mortalidad infantil y la realización de campañas educativas⁶.

Con todo, esta visión debe complementarse con el estudio de los conflictos que se produjeron en el período. Las diferentes estrategias utilizadas para restringir el impacto de los mismos generaron cambios de rumbo en la política sanitaria y modificaciones en las agendas gubernamentales. A partir de estos supuestos en este artículo bucearemos en los azotes de peste bubónica, de viruela y de poliomielitis entre 1946-1953. Nuestra atención se dirigirá a estas enfermedades por ser las que surgieron de forma más sorpresiva y atrajeron la atención de la prensa periódica, las autoridades sanitarias y legislativas de la época. Si bien nuestro foco se centrará en Buenos Aires, estas y otras enfermedades afectaron a varias provincias de la Argentina. Dadas las notorias diferencias en cuanto a la infraestructura sanitaria entre Buenos Aires y otras provincias, las consecuencias del impacto de dichos brotes fueron aún más dramáticas⁷.

Las escasas muertes ocasionadas por la peste bubónica y la viruela no causaron tanto pánico como en épocas anteriores. En el caso de la peste y la viruela, la combinación entre la inmunización por vacuna, el aislamiento por medio de los cordones sanitarios y las obras de infraestructura urbana moderó las secuelas de dichas enfermedades. Sin embargo, analizarlas, insertas en la trama política y económica de la época, nos permitirá poner de manifiesto la politización de los procesos de salud y enfermedad, la cambiante adjudicación de responsabilidades privadas y públicas y la dimensión histórica de estos procesos. El caso de la poliomielitis fue diferente ya que la importancia creciente de la enfermedad reveló la inexistencia de una infraestructura adecuada y recordó nuevamente a las autoridades de turno la importancia de gestionar políticas sociales para mantener la cohesión de una sociedad.

El corpus de este trabajo, está compuesto por artículos periodísticos publicados, por el diario *La Prensa*, *La Nación* y notas aparecidas en la prensa médica. Merece ser señalado que *La Prensa* fue el periódico que dedicó ma-

⁶ Para ampliar aspectos de la política social durante el peronismo véase: TORRE, J., y PASTORIZA, E. (2002), «La democratización del bienestar». En TORRE, J.C. *Los años peronistas (1943-1955)*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, pp. 257-312.

⁷ Precisamente el brote de poliomielitis en Santa Fe en 1951 espera estudios locales que den cuenta de sus efectos sociales y políticos.

yor atención a los problemas sanitarios. Esta fuente es relevada hasta 1951; después de su clausura y su reapertura el tinte oficialista de sus mensajes logró ocultar, entre otras cuestiones, los problemas vinculados a la aparición de las enfermedades. Esto repercutió en nuestro trabajo ya que no pudimos usar esta fuente para el análisis de la poliomielitis. Otras fuentes son los registros oficiales compuestos por el *Plan Analítico de Salud Pública*, las *Memorias de la Secretaría de Salud Pública*, los *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, el *Boletín del Día* y los debates legislativos.

«¡PESTE EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES!»⁸

En diciembre de 1946 los periódicos porteños informaban sobre la existencia de un brote de peste bubónica en un depósito de cereales ubicado en el barrio de Palermo. Sabido es que la peste afecta a los roedores y a sus pulgas, las cuales transmiten la infección bacteriana tanto a los animales como a las personas. Antes de la aparición de una epidemia en humanos, las ratas empiezan a morir en grandes cantidades, haciendo que las pulgas migren de su reservorio habitual hacia los habitantes⁹.

Las autoridades sanitarias efectuaron las habituales tareas de control y prevención: el cordón sanitario, la desinfección y la desratización de locales, casas, escuelas, teatros, cines y de la red cloacal; la aplicación del suero anti-pestoso, la incineración de la basura y de los elementos de uso doméstico que se consideraban que podían estar infectados, la demolición de las viviendas y —por primera vez en la Argentina— el tratamiento de los enfermos con estreptomycinina y sulfamidas¹⁰.

Las explicaciones sobre las razones que causaron dicho fenómeno no tardaron en llegar. Según el diario *La Prensa* la enfermedad había reaparecido dada la ausencia de una protección continua y adecuada en los locales cercanos al puerto y al ferrocarril. Estos espacios públicos, poco higienizados, creaban un

⁸ Esta exclamación fue realizada por el Jefe de la Sección de Saneamiento de la Secretaría de Salud Pública Quirico Ángel Giannini. GIANNINI, Q. (1946), «Peste en Buenos Aires», *Hygieia. Revista de la Asociación Argentina de Higiene*, N° 2, Año 1. p.34.

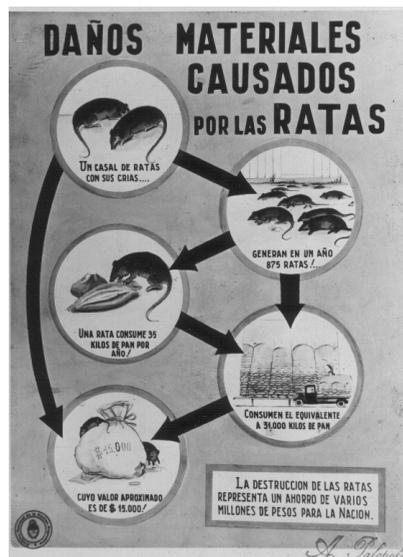
⁹ La peste fue una enfermedad que en Argentina llegó a producir el 30% de las defunciones entre los enfermos. Su llegada a América data del fines del siglo XIX. Más precisamente en la Argentina se originó a causa de un vapor de bandera holandesa que llegó con un cargamento de arroz a Montevideo, de ahí se hizo un trasbordo a Asunción del Paraguay donde se produjo un brote epidémico y de ahí se expandió a Rosario y luego a Buenos Aires Véase PRIETO, A. (1996).

¹⁰ GIANNINI, Q. (1946), p. 36.

campo propicio para la propagación de roedores. En oposición a esta propuesta, la Secretaría de Salud Pública (en adelante SSP) responsabilizó a los «incorrectos hábitos de higiene» en los hogares de los trabajadores más humildes y a la existencia de viviendas hacinadas, promiscuas, mal ventiladas y con falta de aire. Como contrapartida, ni la desidia empresarial ni la ausencia de controles estatales, fueron factores considerados en la difusión de la enfermedad.

Esta última postura, que centró la responsabilidad de la difusión de la enfermedad en los comportamientos poco higiénicos de los individuos, ocultó que desde la sociedad civil existían prácticas «higiénicas». Muestra de ello son las campañas de las mujeres para impedir que se arrojaran desperdicios en la ciudad; o las acciones de los vecinos del barrio de *Dock Sud* contra los efectos de hollín y el humo de las fábricas¹¹.

FIG. 1. «DAÑOS MATERIALES CAUSADOS POR LAS RATAS»
Fuente: Archivo General de la Nación. Dpto. Doc. Fotográficos Argentina



¹¹ Véase como ejemplo las campañas de vacunación realizadas por la Agrupación Cultural Femenina, el Centro Femenino del Norte; Hogar Femenino de Liniers; Mi Casa, de Belgrano; Junta Femenina Pro Mejoramiento Social de Villa Lugano; Junta Femenina por el bienestar social de la mujer y el niño, de Villa Crespo. *La Prensa*, 13 de julio de 1949, p.11 y *Nuestras Mujeres*, Año 1, N° IV, Buenos Aires, 1 de abril de 1948.

En un contexto de apuntalamiento de la productividad industrial, la eliminación de las ratas era importante en cuanto a los «daños materiales» que causaban los roedores. Según el cartel que se reproduce en la Figura 1, un ratón «consume 35 kilos de pan por año» de esto se desprendía que «consumen el equivalente a 31.000 kilos de pan». La conclusión era que: «la destrucción de las ratas representa un ahorro de varios millones de pesos para la Nación».

Este mensaje se vinculaba con los lineamientos dados por el *Plan Analítico de Salud Pública de 1947*. En la sección de epidemias se destacó que «cálculos serios hacen llegar a más de trescientos millones de pesos las pérdidas por deterioros y destrozos que causan a las ratas a la economía nacional»¹². Este énfasis en los «daños materiales» que ocasionaban la reproducción de las ratas no daba cuenta de la pérdida del «Capital Humano» que producía dicha enfermedad.

Es interesante ver la posición de la SSP una vez que se pudo revertir dicho el brote epidémico. Tanto las imágenes como los epígrafes que se encuentran en los *Archivos de la Secretaría de Salud Pública* intentaron mostrar la necesaria participación de todo el personal sanitario en dicha «lucha». En una campaña con acentuados ribetes castrenses el secretario de salud aparecía con ropa de fajina y birrete militar «combatiendo la terrible plaga» (Fig. 2).

FIG. N° 2 DESRATIZACIÓN DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1946

Fuente: Archivo General de la Nación. Dpto. Doc. Fotográficos Argentina.



¹² *Plan Analítico de Salud Pública*, (1947), Buenos Aires, p. 755.

En los registros discursivos se hace mención a funcionarios de la SSP que colaboraron en la eliminación de la peste. Pero no existe mención sobre el personal del Hospital Muñiz, quienes fueron los encargados de dar atención a los enfermos, ni hay referencia sobre las tres personas muertas víctimas del mal; tampoco hay alusión sobre las autoridades municipales. Este último aspecto no es casual ya que entre fines de 1946 y mediados de 1947 existieron conflictos políticos entre ambos niveles de gobierno que condujeron a la renuncia de dos directores municipales; el Dr. Beltrán y el Dr. Vicente Sierra. El detonante de la dimisión de Sierra fue la acusación sobre el peligro que significaba para la propagación de la peste bubónica el largo conflicto gremial con los recolectores de basura a mediados de 1947¹³.

Durante estos sucesos la SSP dio un comunicado negando la existencia del brote epidémico. Se afirmaba que «la peste está por desaparecer en la Argentina que sólo se habían registrados dos casos en todo el país durante 1946 y que no existían motivos de alarma»¹⁴. Un mes más tarde, cuando el foco epidémico fue controlado, denominó al brote como una «terrible plaga» que se produjo en la ciudad de Buenos Aires. Es decir, se pasó de la ocultación al reconocimiento de la afección. Es probable que este cambio de actitud se debiera a las pocas muertes que se habían producido. Así como una epidemia puede hacer tambalear todo el edificio político de un gobierno, su control por el uso de tácticas similares a una guerra puede generar en el imaginario popular una combinación entre miedo y obediencia hacia las nuevas autoridades sanitarias. Al mismo tiempo que permite mayor espacio político en el entramado burocrático del Estado.

Enmarcado en esta estrategia de ocultar o hacer relucir el «éxito» de la campaña sanitaria, Carrillo en una conferencia en 1951 no hizo ninguna mención sobre el brote de peste bubónica de 1946. Según el erróneo análisis del ministro de salud el brote de peste que se produjo en Rosario en 1899 había sido el último episodio en la Argentina¹⁵. Sobre este incidente destacó el alto

¹³ *La Prensa*, 4 de junio de 1947, p. 10

¹⁴ *La Prensa*, 3 de diciembre de 1946, p.10.

¹⁵ Esta observación no coincide con los reiterados focos infecciosos que existieron en diversas provincias argentinas entre 1930 y 1942. Véase DAMATO, L. (1936), «Brote de peste en los Medanitos y el Médano (San Luis)», *Revista del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene*, Tomo VII, p. 410; SAVINO, E y RIESEL, M. (1942), «Casos de peste en la Provincia de Jujuy», *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, Tomo VI, p. 375; «Informe sobre una epidemia producida en Santa Ana (Tucumán)»; SUSSINI, M. (1938), «Aparición de un foco pestoso en la Provincia de Mendoza», *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, Tomo II, p.472; TOBI, E. (1942), «Casos de peste en

costo político que, seguramente, le había ocasionado el azote al por entonces director del Departamento Nacional de Higiene, el Dr. Eduardo Wilde. Afirmó, en tono jocoso, «yo no sé si el doctor Wilde renunció a su cargo, pero si sé que si a mí me ocurre algo parecido no duro veinticuatro horas como ministro de Salud Pública de la Nación»¹⁶. Como se desprende entre las astucias de Carrillo estaba su consciencia sobre las consecuencias políticas que podía traer la existencia de una enfermedad relativamente controlada por los avances de la ciencia.

Un año más tarde, en el verano de 1948, se produjo otro brote en otra ciudad ubicada en el delta del Río de la Plata: Tigre. A diferencia del episodio del año anterior, la fumigación no fue realizada por la SSP sino por la policía local y por los obreros municipales. Después de tres días y, frente a los reclamos constantes de las autoridades provinciales, las autoridades nacionales entregaron fumiguicidas y venenos¹⁷. La efectividad de esta campaña no se hizo notar ya que después de dos meses volvió a surgir otro brote epidémico en la misma ciudad. En esta oportunidad se produjo una muerte y tres internados en el Hospital Muñiz. No existieron declaraciones de las autoridades nacionales y el Ministro de Salud y Asistencia Social de la Provincia de Buenos Aires, Carlos Bocalandro, afirmó que la epidemia estaba controlada¹⁸.

Cabe señalar que la política sanitaria que se implementó durante el peronismo combinó la centralización administrativa con la descentralización y la autonomía municipal y provincial en materia de ejecución. Los anteriores sucesos nos permiten pensar en las oposiciones explícitas o latentes que traía en la práctica la descentralización en la gestión.

La regionalización sanitaria realizada hacia 1950 por medio de la creación de las Direcciones Sanitarias puede pensarse como una decisión política que intentó resolver estas complejas relaciones entre la centralización normativa y la descentralización ejecutiva. Las Direcciones Sanitarias o «Comandos» podían actuar independientemente y así se pretendía lograr la satisfacción de las demandas locales¹⁹.

Santiago del Estero», *Boletín del Departamento Nacional de Higiene de la Provincia de Córdoba*, Tomo II, Nº 23, p. 5; URIARTE, L. (1931), «Etapas de la peste hacia el oeste argentino». San Juan. 1931, *Revista del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene*, Tomo VII, p. 549.

¹⁶ CARRILLO (1951), p. 436.

¹⁷ *La Prensa*, 20 de enero de 1948, p.11.

¹⁸ *La Prensa*, 5 de marzo de 1948, p.12.

¹⁹ Se crearon seis regiones sanitarias. La de Buenos Aires-Litoral, la del Norte, la del Noroeste, la del Centro, del Cuyo y la de Sur. CARRILLO (1951), p. 297.

¿VIRUELA O ALASTRIM?

En el transcurso del siglo XX, la viruela, enfermedad vírica caracterizada por el contagio interpersonal, se convirtió en una enfermedad relativamente controlada. Con diferentes temporalidades y sin una homogeneidad territorial se sintieron los efectos de la Ley N° 4.202 (1907) que reglamentó la obligatoriedad de la vacunación antivariólica y antidiftérica y colaboró en la reorganización de los vacunatorios.

Pese a la sanción de esta ley, en el debate parlamentario del 30 de septiembre de 1947 se denunció que las normativas no eran debidamente cumplidas y que en el interior del país el panorama era desolador²⁰. En consonancia en el *Plan Analítico de Salud Pública de 1947* se estipuló que había que desterrar dicha enfermedad y a tal efecto se implementó la presentación del certificado de vacunación obligatorio en las escuelas, las fábricas y la administración pública²¹.

Nuestro interés por esta enfermedad durante el peronismo no es tanto por los efectos sobre los índices de mortalidad, sino por el tratamiento político que le fue atribuido desde la SSP y desde otros actores del período que la transformaron en un problema que atrajo la atención de la opinión pública de la época.

En el mes de septiembre de 1949 diferentes voces advirtieron sobre la existencia de un brote de viruela en la Argentina. Las autoridades sanitarias anunciaron la urgente necesidad de vacunar y revacunar a la población de todo el país dada la existencia de un brote de viruela en la Capital Federal, en Jujuy, Mendoza y San Juan²². El Hospital Muñiz registró una sobredemanda de atención de enfermos en las salas destinadas para la internación de los infectados. En *Nuestra Mujeres*, revista de la agrupación comunista de la Unión de Mujeres Argentinas, se denunció la necesidad de aumentar la asistencia médica dada la «epidemia de viruela»²³.

Estas denuncias se combinaron con una serie de noticias publicadas en *La Prensa* que apuntaba contra las autoridades sanitarias. Según este periódico el brote epidémico ponía en evidencia que las condiciones sanitarias no eran

²⁰ «Nuestro Parlamento trató importantes proyectos relativos a la salud pública», *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, Vol. II, N° 10, septiembre de 1947, pp. 23-32.

²¹ *Plan Analítico de Salud Pública* (1947), p. 759.

²² La Secretaría de Salud Pública anunció que en 1947 se habían producido casos de viruela en el norte del país. *Memoria correspondiente al período junio 1946-Mayo 1952*, (1952), Buenos Aires, Departamento de Talleres Gráficos, p. 248.

²³ *Nuestras Mujeres*, Buenos Aires, 1 de Agosto de 1949.

satisfactorias; además, agregaba que los treinta internados de viruela no representaban la cantidad real de enfermos existentes ya que habría que rastrear las inasistencias en las escuelas primarias y secundarias y detectar la cantidad de personas que se estaban atendiendo en sus domicilios. La pregunta que giraba en torno a este problema de salud era ¿por qué había aparecido un brote epidémico si esta enfermedad estaba a punto de desaparecer?

La Prensa sugirió que las personas que no se vacunaban eran aquellas que no se sentían obligadas a efectuar dicha práctica ya que no tenían que presentar el certificado de vacunación ni en el trabajo, ni en la escuela, ni ante ninguna autoridad nacional. Esto ponía en duda el «éxito» del certificado de vacunación obligatorio. Así como también se estaba cuestionando el mensaje oficial que pretendía romper con toda vinculación con el pasado. La posible asociación de la política sanitaria con una enfermedad de otros tiempos tenía un indexado costo político.

Según *La Prensa* los métodos coercitivos no alcanzaban para crear una «conciencia sanitaria»; había que efectuar una campaña que explicara los beneficios que tenía para las personas la aplicación de la vacuna. La responsabilidad era individual sólo entre aquellos sectores que poseían cierta «conciencia sanitaria». Sin embargo, entre las personas que aún no tenían «desarrollada» dicha «conciencia sanitaria», la responsabilidad estaba centrada en las autoridades oficiales, quienes tendrían que tener un papel más activo²⁴. Esta opinión, sesgada por un evolucionismo, consideraba que a partir de la activa participación de los profesionales de la salud se lograría la deseada higienización y por lo tanto se podría alcanzar un grado óptimo de civilización y modernidad. Paralelamente, también estaba dando cuenta de los problemas que tenía la política sanitaria. La existencia de una ley que obligara a las personas a vacunarse no podía tomarse como el único elemento para que la gente adoptara dicha práctica.

Por parte de los inoculados existían límites intelectuales y económicos para que la vacunación se cumpliera. Aún existían temores sobre las complicaciones, a veces se producían infecciones por rascado y se habían generado casos de encefalitis post vacunal. En las zonas rurales las largas distancias que existían para llegar a los vacunatorios hacían desestimar las prácticas. En los centros urbanos la demanda de servicios no se condecía con la oferta de personal capacitado. Por parte de los profesionales existían problemas técnicos. Muchos desconocían el lugar preciso donde debía ser aplicada la vacuna, otros aplicaban más de una inoculación.

²⁴ *La Prensa*, 6 de septiembre de 1949, p. 5.

Los diferentes métodos no estaban totalmente incorporados. Las recomendaciones seguían señalando, reiteradamente, por ejemplo, la necesidad de desinfectar la zona, de no vendar el brazo después de ser aplicada la vacuna y se daban consejos sobre los diferentes métodos de aplicar la vacuna. En la época existían tres técnicas de inmunización activa contra la viruela: la inoculación subcutánea, que solía traer reacciones violentas y enrojecimiento de la zona; la intradérmica, cuyo procedimiento era complejo; y la vacunación cutánea, la más recomendada, debido a su sencillez y a las menores posibilidades de infección. Este procedimiento consistía en depositar una pequeña cantidad de linfa sobre la piel, previamente desinfectada. Luego se presionaba con una aguja de uso doméstico. En el lapso de medio a un minuto se hacían de 5 a 20 presiones en el mismo sitio y después se recomendaba limpiar con algodón o gasa esterilizada el resto de la vacuna²⁵. Como sostiene Diego Armus, estas cuestiones revelan la complejidad de las relaciones entre quienes quieren curar y quienes necesitan curarse y las variadas percepciones y recursos que circulan en torno de una enfermedad y que exceden holgadamente el mundo de la medicina diplomada²⁶.

La SSP respondió a las acusaciones publicadas en *La Prensa* por medio de una serie de comunicados radiofónicos y a la prensa escrita. Para las autoridades sanitarias la culpa era «exclusiva de quienes no se vacunaban, y en consecuencia facilitaban el contagio y la difusión»²⁷. En forma similar que para el caso de la peste bubónica, los mensajes y la propaganda oficial colocaban la responsabilidad en los individuos y liberaba las responsabilidades del Estado. Agregaban que los 365 casos registrados no eran de viruela sino de «alastrim», una dolencia benigna cuya inmunización con vacuna era innecesaria. Este enmascaramiento generaba dudas sobre los auténticos modos de enfrentar el contagio. Además se contradecía con otras medidas como la ampliación del horario en los vacunatorios, la revacunación a los empleados administrativos de las instituciones oficiales; la instalación de cordones sanitarios en los domicilios de los infectados, el incremento en la producción de vacunas en el Instituto Bacteriológico Malbrán y la vacunación en diferentes lugares de la provincia de Buenos Aires²⁸. Frente al

²⁵ Sobre recomendaciones técnicas GALLARDO, E. (1946), «Vacunación antivariólica», *El Día Médico*, XVIII, pp. 20-48. También *Boletín Informativo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social* (1953), Santa Fe, Nº 152-153, p. 680.

²⁶ ARMUS (2005), p. 28.

²⁷ *Libro de la Salud*, (1952), Buenos Aires, Imprenta Central del Ministerio de Salud Pública de la Nación, p.93-94.

²⁸ *Boletín del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Provincia de Buenos Aires*, junio de 1949, p.3.

incremento de todas estas medidas *La Prensa* se preguntaba si no era necesaria la vacuna porque la viruela no existía, «¿por qué se tomaban medidas al respecto?».

Según el pensamiento de la época, el «alastrim» era considerado como una forma clínica de viruela, que se caracterizaba por su escasa mortalidad. Sus síntomas eran fiebre, dolores de cabeza y espalda, vómitos, constipación y erupciones cutáneas. Investigadores del Instituto Bacteriológico Malbrán sostenían que la dificultad en hacer desaparecer la llamada «viruela menor» se debía a los defectos en la conservación de la vacuna. Estos científicos del Malbrán proponían no usar la vacuna antivariólica después de estar más de un día en la heladera²⁹. Indudablemente, esta propuesta técnica demandaba una respuesta política en tanto en cuanto la necesidad de mayor erogación presupuestaria estatal destinada a la compra de vacunas. La implementación de esta decisión era compleja dentro de un contexto caracterizado por un presupuesto sanitario reducido debido a la incidencia de la crisis fiscal, la inflación y las competencias económicas y políticas con la intervención sanitaria de la Fundación Eva Perón.

Según profesionales del Hospital Muñiz, los 32 casos que recibieron durante 1949 eran de viruela. Según ellos, el «alastrim» y la viruela estaban producidos por el mismo virus y las pequeñas diferencias existentes no permitían afirmar que se estaba frente a otro tipo de enfermedad. Para reforzar y legitimar su opinión se apoyaron en los escritos de la *Asociación Americana de Salud Pública* y del *Ministerio de Salubridad Inglés*, que aseveraban que el brote de la Capital Federal de 1949 había sido de viruela³⁰.

Además, entre 1947 y 1948 la viruela tuvo episodios en Salta y Jujuy. Según el Dr. Rafael Villagrán, «estos vergonzantes episodios epidemiológicos» se debían a la ausencia de controles sanitarios en la zona montañosa y a la lejanía de los vacunatorios. La protección en la zona puneña se hacía bajo el antiguo sistema de prevención basado en la ingestión, bajo diversas formas, de las costras de los enfermos³¹.

La aparición de contagios, medianamente controlados por los avances de la ciencia, ponía en cuestión los aspectos preventivos de la política sanitaria y el éxito de las campañas de vacunación realizadas por la SSP. Es de destacar

²⁹ VILCHES, A; CHIALVO, E. (1950-1953), «Purificación y desecación de la vacuna antivariólica libre de gérmenes bacterianos», *Revista del Instituto Malbrán*, Buenos Aires, Tomo XV, N° 2.

³⁰ STEINBERG, I., DÍAZ TRIGO, A., MARKMANN, R., y INK, J. (1949), «Características clínico epidemiológicas sobre el último brote de viruela aparecido en la Capital Federal y alrededores durante el año 1948», *La Semana Médica*, N° 3014, Tomo 99, N° 16, p. 617-623.

³¹ VILLAGRÁN, R.(1949), «Viruela en el norte», *Revista del Círculo Médico de Salta*, N° 4, p. 33-36.

que éstas se inauguraban con un notable despliegue visual y discursivo ya que numerosos camiones de guerra se desplazaban desde el centro de la ciudad de Buenos Aires hacia los diferentes puntos del país³². Es a partir de este tamiz de intereses que debemos interpretar la invisibilización que se hizo de los casos de viruela³³. Evidentemente lo que estaba en juego era uno de los principios nodales de la política sanitaria, la profilaxis, entendida como la aplicación de todos los medios políticos disponibles para evitar la aparición de epidemias³⁴.

CUADRO N° 1. BALANCE DE LA SSP SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE SE TENDRÍAN EN CUENTA EN EL PLAN SANITARIO

ENFERMEDAD	PORCENTAJE
Cardiovasculares y renales	25%
Aparato respiratorio	11%
Afecciones traumáticas	6, 7%
Infancia e infecciosas	6,1
Nerviosas y mentales	5,8
Tuberculosis	5,4
Cáncer	4,6
Reumatismo	4,4
Aparato digestivo	4,3
Afecciones de la senectud	4,3
Maternología	2,2
Hemorragia cerebral	2,1
Hernias	1,9
Afecciones visuales	1,8
Todas las otras causas	14,4

Fuente: Archivos de la Secretaría de Salud Pública. Vol. I, N° 4, marzo de 1947.

³² Ejemplo de ello son: «La Primera Campaña Sanitaria» realizada en el mes de julio de 1947, en 1948 la «Campaña a la Patagonia» o el «Tren Sanitario hacia Santiago del Estero» en 1953.

³³ En 1950 volvió a existir un rebrote epidémico con 14 muertos. El Ministerio adujo que dichas muertes no habían sido ni de viruela ni de alastrim sino que habían sido producidas por otras enfermedades tales como cáncer, dolencias cardíacas y fractura de huesos. Todas estas enfermedades consideradas «modernas». Véase CARRILLO (1951), p. 369.

³⁴ *Plan Analítico de Salud Pública* (1947), p. 73.

Existían registros estadísticos que ponían en evidencia que la viruela, entre otras enfermedades infectocontagiosas, estaba disminuyendo. Según una estimación estadística de la SSP en el mes de marzo de 1947, «el programa sanitario» iba a darle prioridad a los males cardiovasculares, renales y respiratorios (Cuadro N° 1). En el mismo informe se afirmaba que «las pestilencias, epidemias y endémicas» debían «quitarse del espíritu de los médicos» y que las universidades «debían dejar de enseñar lo que no existe». En esta misma línea en el *Plan Analítico de Salud Pública de 1947* se afirmaba que las epidemias se habían eliminado³⁵ y por lo había que prestar más atención sobre otras dolencias. En función de esta reorientación de la política sanitaria las autoridades planificaron en el mes de noviembre de 1947 la «Semana del Cáncer»³⁶.

Ciertamente los índices construidos por la burocracia estadística eran alentadores. Las herramientas estadísticas provenían de los indicadores sintéticos los cuales tenían en cuenta los niveles porcentuales que tendían a dar una mirada global pero perdían de vista la incidencia de ciertas enfermedades en el nivel local³⁷. Estas construcciones «objetivas» condujeron a que en las propagandas y en los mensajes de difusión de las cartillas sanitarias la prevención de la viruela ocupara un escaso lugar. Desde la SSP, la única propaganda en torno a la necesidad de vacunación la encontramos sólo en un cartel publicitario (Fig. 3). En el *Almanaque de la Salud* (1948), libro de difusión donde se daban consejos prácticos e información sobre algunas afecciones, no aparecen recomendaciones para prevenir la viruela.

Esto da cuenta de una estimación exagerada de las capacidades médicas y estatales sobre el control de dicha enfermedad.

La falta de información sobre la vacuna fue un tópico reiterado por *La Prensa*. En el brote de viruela de 1948 un editorial destacó como una «buena noticia» la aceptación por parte de la población de la profilaxis. Muestra de ello era las largas colas que se realizaban en los hospitales para ser vacunados. Pero se destacó, en un tono crítico, la ausencia de información sobre los efectos de las mismas. La fiebre y el enrojecimiento, que producía la «linfa vaccinal», eran interpretados, por los inoculados, como reacciones de la enfermedad. Según el diario la aclaración de estas reacciones sería estimulante para aquellas personas que aún no se habían inmunizado³⁸.

³⁵ «El Balance Sanitario» (1947), *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, Vol. I. N° 4, pp. 1-4.

³⁶ *Memoria* (1952), p. 244.

³⁷ GRIBAUDI, Maurizio. (S.F), *L'action publique dans les domaines sanitaire et social en France- 1800-1900*. Convención de Recherche MIRE- INED. Mimeo.

³⁸ *La Prensa*, 12 de noviembre de 1948, p.4.

FIG. 3 CÓMO!.. YA ESTÁ?

Fuente: Archivo General de la Nación. Dpto. Doc. Fotográficos Argentina



Los rebrotes de dicha enfermedad en Buenos Aires y en el resto del país modificó la agenda sanitaria ya que se tomaron medidas preventivas al respecto. En el mes de diciembre de 1950 el Dr. Julio Cesar Blaksley, Director Técnico de Epidemiología y Endemia del Ministerio de Salud, realizó una campaña contra el «Alastrim» y se presentó un *Plan de Epidemiología y Endemias para la llamada «Lucha contra P-4»*.

El plan consistía en dividir el territorio nacional en seis Direcciones Sanitarias. Éstas tendrían la misión de lograr una eficaz y eficiente vacunación de la población para «lograr la erradicación sistemática de la «viruela-alastrim». Además se proponía lograr una mejor coordinación con las campañas sanitarias realizadas en los países limítrofes, aumentar los intercambios académicos

con el fin de estudiar el problema de la viruela y su control en otros países, incrementar las campañas de difusión sanitaria y aunar fuerzas con los representantes de los organismos sanitarios internacionales. Sobre este último tópico cabe señalar que en el mes de marzo de 1954 en las provincias de Salta y Jujuy se realizó una prueba piloto con una nueva vacuna contra la viruela elaborada en forma conjunta entre el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud.³⁹

Estas medidas influyeron para que se pueda controlar el proceso contagioso. Según un registro estadístico de la Provincia de Buenos Aires en 1952 se pudo registrar la desaparición casi completa del «alastrim», dada las intensas tareas profilácticas efectuadas desde 1949 (Cuadro N° 2). No obstante este notable entusiasmo por la desaparición del «alastrim» se informaba sobre la existencia de casos de poliomielitis producidos en el mes de diciembre de 1951 en Tandil y Mercedes.⁴⁰

CUADRO N° 2. ESTADO SANITARIO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES EN RELACIÓN CON EL ALASTRIM.

AÑO	ALASTRIM (DENUNCIAS)	EPIDEMIAS DE ALASTRIM
1947	—	31
1948	—	32
1949 (8 meses)	137	9
1950	1084	14
1951	749	5
1952 (11 meses)	249	3

Fuente. *Memorias del Ministerio de Salud y Asistencia Social de la Provincia de Buenos Aires*, 1952, p. 45.

³⁹ «Fue aprobado el Plan de Epidemiología y Endemias para la Lucha contra «P-4», *Boletín del Día*, N° 117, 3 de julio de 1950, p.1052. También Resolución N° 29.895 del 6 de diciembre de 1949 y Resolución N° 36.205 del 10 de julio de 1951. *Memoria* (1952),p. 405. «Será ensayada en provincias del Norte un nuevo tipo de vacuna contra la viruela Alastrim», *Boletín al Día* N° 1018, 22 de marzo de 1954, p. 441.

⁴⁰ *Memorias del Ministerio de Salud y Asistencia Social de la Provincia de Buenos Aires* (1952), p. 45.

En síntesis, la SSP culpabilizó a los comportamientos individuales por la aparición de la peste bubónica y la viruela. En ambos casos el costo político de estas crisis sanitarias fue respondido por declaraciones y acciones que trataron sortear el desgaste político y volver a posicionar a la recientemente creada SSP en el entramado político y social. Además, y más particularmente en el caso de la viruela, se modificó el rumbo de ciertas políticas ya que se incrementaron las medidas vinculadas con el estudio y la prevención de la enfermedad reflejadas no solo en el aumento de las propagandas sino en el apoyo estatal hacia la investigación.

«UNA EPIDEMIA GRAVE DE POLIOMIELITIS QUE NO EXISTE»⁴¹

La Argentina sufrió reiterados y acentuados brotes de parálisis infantil desde 1906⁴². Entre 1906 y 1932 se produjeron 2.680 casos⁴³. En los 10 años que transcurrieron entre 1932 y 1942 hubo 2.425 enfermos. En cambio, entre 1942 y 1943, la cifra llegó a 2.280 casos. En el brote de fines de 1942 la imprevisión signó la actividad sanitaria ya que no existía ni alojamiento para los pacientes, ni aparatología para los tratamientos, ni personal especializado tal como enfermeras y kinesiólogos⁴⁴. La *Segunda Conferencia para el Bienestar del Lisiado* realizada el mes de octubre de 1946 fue un escenario propicio para reclamar una activa intervención de las autoridades por medio de la creación de un «Centro o Instituto para el tratamiento de la Parálisis Infantil».

Estas preocupaciones fueron planteadas en el *Plan Analítico de Salud Pública de 1947*; en la sección de Epidemiología y Endemia se estipuló la necesidad de «estudiar y resolver los problemas vinculados a la enfermedad de Heine Medín, prestando asistencia integral a los enfermos y proveyendo a la rehabilitación de los lisiados». El Congreso Nacional sancionó en el mes de

⁴¹ Afirmación de Ramón Carrillo el 6 de abril de 1953 en una conferencia de prensa.

⁴² Con la solitaria excepción de Julio Lardies González la historiografía argentina no mostró interés por las consecuencias sociales y políticas de esta enfermedad. LARDIES GONZÁLEZ, J. (1974), «Génesis y unificación del concepto de poliomiélitis», *Asclepio*, 26-27, 135-140.

⁴³ Para ver un análisis de los brotes de poliomiélitis véase MARQUE, A. (1936), Enfermedad de Heine Medín. En *La Semana Médica*, N° 49, p. 1537. OCLANDER, G. (1947), *Historia de la enfermedad de Heine Medín en la República Argentina*, Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires. VILCHES, A. (1956), «Caracteres epidemiológicos de la polio en la Argentina». En *El Día Médico*, XXXI, p. 781.

⁴⁴ REGGI, J. (1946), «El problema del tratamiento de la parálisis infantil en nuestro país», *Segunda Conferencia para el Bienestar del Lisiado*, Buenos Aires.

septiembre de 1947 la Ley N° 13.022 la cual destinó \$20.000.000 moneda nacional para combatir las enfermedades infecciosas en todo el país, debiéndose construir un hospital de niños en la Capital Federal y la instalación de un Instituto de Heine Medín dedicado a la investigación, profilaxis, reeducación y rehabilitación⁴⁵. Esta iniciativa legislativa estuvo inspirada en la acción de profilaxis, rehabilitación e investigación realizada por la «Fundación Nacional de la Parálisis Infantil» creada por Frankiln Delano Roosevelt en Estados Unidos.

El debate parlamentario puso en evidencia que la poliomielitis tenía brotes esporádicos cada vez más agravados y que afectaba a lo «máspreciado de la sociedad: los niños». El presidente de la Cámara de Diputados el Dr. Ricardo Guardo describió la escasa asistencia sanitaria existente en la Capital Federal para los poliomielíticos ya que sólo existían dos salas en el Hospital Muñiz con 39 camas cada una⁴⁶.

Merece ser señalado que para 1952 la aplicación de dicha ley se había concretado parcialmente ya que el Hospital para Niños para enfermedades infecciosas —que se iba a construir en la zona de Puerto Nuevo⁴⁷— aún estaba para licitar y el Instituto de Investigación de Heine Medín funcionó como un anexo en el Hospital Muñiz.

Así es que ni las preocupaciones de índole científica ni el interés legislativo por esta enfermedad pudieron evitar las consecuencias del brote más alto que se registró en la Argentina hasta esa fecha ya que afectó a 2.579 personas⁴⁸. La zona más afectada fue Buenos Aires siguiendo en número de casos las provincias de Santa Fe, Tucumán y Córdoba⁴⁹. La preocupación médica y

⁴⁵ Ley N° 13.022 de 1947. En *Memoria* (1952), p. 241.

⁴⁶ *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados* (1947), Tomo IV, Reunión 30, 4 de septiembre de 1947, p.117.

⁴⁷ Se destinó una parcela en la zona de Puerto Nuevo para la construcción del Hospital de Niños para las enfermedades infecciosas y el Instituto Heine Medín. Véase Decreto del Poder Ejecutivo N° 5362/50 en *Boletín Administrativo del Ministerio de Salud Pública* (1950), Año 6, N° 16. En 1954 se inició la construcción de dicho hospital especializado pero no se logró culminar.

⁴⁸ En el mes de abril de 1949 se había producido un caso de parálisis infantil en la ciudad de Buenos Aires, comunicado de la Ministerio de Salud Pública el 21 de abril de 1949. *Memoria*, (1952), p. 312. Entre los meses de abril y julio de 1951, se produjeron casos de poliomielitis en la Ciudad de Buenos Aires y en la Provincia de Santa Fe. Véase Resolución N° 36.181 del 5 de julio de 1951 en *Memoria* (1952), p. 405.

⁴⁹ En la provincia de Santa Fe se creó una Comisión de Defensa y Prevención de la Poliomielitis con el fin de organizar la lucha contra dicha enfermedad frente al brote producido en la ciudad de Rosario. Véase *Boletín Informativo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*, Santa Fe. N° 152-153, p. 680.

política sobre las consecuencias de dicho padecimiento no radicaba tanto en los índices de mortalidad (179 fallecidos) sino en la incapacidad permanente (1.316 inválidos) para las poblaciones de menor edad ya que el 71% de los pacientes fueron menores entre cero y cuatro años.

Los niños atacados por la forma grave de la parálisis infantil quedaban con defectos físicos en sus extremidades y en su cuerpo dado las lesiones irreparables en el sistema neuro-muscular. Indudablemente, dentro de un contexto de expansión del mercado interno y demanda de mano de obra la invalidez era un problema médico y económico dado que sustraía fuerza de trabajo al mercado laboral o limitaba su rendimiento. Los enfermos agudos podían llegar a permanecer internados durante seis meses o un año, los graves de dos a tres años⁵⁰.

Según los especialistas, la invalidez preocupaba más cuando atacaba a los niños varones ya que éstos no podían escolarizarse y limitaba su posterior inserción laboral. El especialista Dr. Marcelo Fitte sostenía que «En las mujercitas el problema es menos agudo»⁵¹. Estas afirmaciones dan cuenta de la existencia de una mirada tradicional que dividía las tareas y las necesidades de escolarización según las diferencias sexuales. Es decir, el varón necesitaba recibir instrucción en tanto su posterior inserción laboral. En cambio, para las mujeres, al encargarse de la reproducción del orden doméstico, no se consideraba tan importante la adquisición de conocimientos educativos formales. Las afirmaciones de Fitte nos permiten pensar en el peso que tiene los atributos socialmente asignados en las preocupaciones médicas de una época determinada.

Desde 1936 existía la ley N° 12.317 que legislaba sobre la denuncia obligatoria de las enfermedades contagiosas transmisibles. Esto permitió que el área estatal tuviera bajo su control estadísticas que daban información sobre el desarrollo, la intensidad y la localización de las personas afectadas por la polio. Sin embargo, no existía la fiscalización de la evolución posterior de los mismos y los grupos carentes de recursos económicos abandonaban las prescripciones médicas una vez que dejaban el nosocomio. El procedimiento de recuperación era oneroso ya que demandaba médicos especializados, kinesiólogos, tratamiento de rehabilitación en el agua y muchas veces prótesis. La continuación del mismo era de vital importancia ya que sin él se podían llegar al estado crónico, a la incapacidad física y a la muerte por asfixia.

Estas problemáticas condujeron a que en 1947 se planificara la elaboración de un Censo de Enfermos y Lisiados por la Parálisis Infantil con el fin de establecer el monto de subvenciones que el Estado prestaría a los enfermos o

⁵⁰ FITTE, M. (1946), «Asistencia Social en la parálisis infantil», *Segunda Conferencia*, p. 91.

⁵¹ *Ibidem*.

a sus familias. También se estipuló la contratación de médicos especializados del extranjero y el envío a otros países de médicos jóvenes, enfermeras y kinesiólogas para que se perfeccionen en el tratamiento y a su regreso pudieran difundir sus conocimientos.

Si cruzamos estos objetivos con las obras realizadas en el período encontramos que el Censo no se realizó. Es a partir de 1951, en función de la aparición de brotes esporádicos en Santa Fe y en Buenos Aires, que apareció una preocupación política por la poliomielitis. Ésta se tradujo en una serie de medidas que apuntaron a recabar información científica sobre la enfermedad. Muestra de ello fueron la participación oficial de la Argentina en congresos internacionales y la contratación de médicos extranjeros especialistas para que dieran conferencias⁵².

El organismo sanitario era consciente del incremento en el número de casos pero justificaba su aparición como parte de una «ola epidémica mundial» y apelando a este argumento se consideraba que los índices en la Argentina eran menores que los aparecidos en Estados Unidos.⁵³ Esta estrategia discursiva liberaba las responsabilidades estatales.

En la misma línea en una conferencia de prensa realizada por el 2 de abril de 1953 Carrillo sostenía que los casos registrados de poliomielitis no constituían una epidemia ya que no se había registrado un caso cada diez mil habitantes. Según él hasta el 31 de marzo de 1953 solo se habían producido 783 enfermos y el resto eran enfermos de gripe u otras enfermedades pulmonares por lo que afirmaba que «la epidemia de poliomielitis no existe». En este comunicado responsabilizó por la «psicosis de la población» a los médicos que con sus apreciaciones poco certeras facilitaban la «difusión de rumores infundados». Asimismo trató de hacer frente a las acusaciones sobre la falta de tecnología adecuada sosteniendo que el Instituto de Heine Medín contaba con 14 pulmotores y que existían camas disponibles para satisfacer las demandas de asistencia⁵⁴.

Recordemos que durante 1947 Inglaterra, Austria, Alemania y Checoslovaquia sufrieron azotes de polio. Esto alarmó a la comunidad médica y puso

⁵² Resolución N° 33.775 del 16 de abril de 1951. *Memoria*, (1952), p. 400; Resolución N° 33.788 del 17 de abril de 1951. *Memoria*, (1952), p. 401. También «Enfermedad de Heine Medín» (1947), *Anales Nestlé*, N° 45, pp.11-28 y KEMPSKI, H. (1955), «Nuevos aspectos sobre la patogénesis de la enfermedad de Heine Medín», *La Semana Médica*, Tomo 106, N° 1. También *Boletín del Día* (1954), N° 1070, p. 903.

⁵³ CARRILLO (1951), p. 379.

⁵⁴ «Informó el Ministerio de Salud Pública sobre la verdadera situación sanitaria con respecto al brote de poliomielitis» (1953), *Boletín del Día*, p.513.

sobre el tapete la urgente necesidad de estudiar las causas, la prevención y la curación de esta enfermedad virósica. Parafraseando las ideas de Susan Sontag, mientras que otras enfermedades estaban controladas, la polio se asemejaba a una plaga de crecimiento y modernidad. Una dolencia tan incontrolada que parecía surgir otra vez de los pozos más profundos de la impotencia o de la condena humana⁵⁵.

Algunas investigaciones adjudicaban su propagación a la situación geográfica y a los factores climáticos. Otras a la propagación realizada por las moscas y los mosquitos⁵⁶. Otros estudiosos consideraban que la polio afectaba con más frecuencia a los individuos pertenecientes a «las clases acomodadas» que a los pertenecientes a los sectores populares. Esta hipótesis asombraba a los profesionales de la salud que aún le daban un peso importante a las malas condiciones de higiene para la propagación de esta enfermedad. Por debajo de esta supuesta objetividad médica se encontraba los miedos sobre las posibilidades que sus «pulcras» e «higiénicas» familias se contagiasen.

En 1953 esta asociación fue puesta en duda por el Dr. Humberto Rugiero, quien, influenciado por los trabajos de Fisher en Estados Unidos, comprobó que la polio atacaba por igual a cualquier clase social. Su estudio demostró que en la Argentina y, para el brote de 1953, el factor interhumano fue el principal causal de contagio dado que en las zonas de mayor densidad poblacional la enfermedad tuvo mayor difusión⁵⁷.

Paralelamente a estos estudios científicos existían creencias populares sobre las formas de evitar el contagio. Muchos niños concurrían a los lugares públicos con bolsas de alcanfor en sus cuellos, o pintaban los árboles y los cordones de las veredas con cal. Entre las dudas científicas y las creencias populares también es necesario destacar que desde la esfera estatal fueron escasas las menciones informativas sobre esta enfermedad.

El tratamiento en el momento agudo de la parálisis infantil era incierto. La aplicación de estreptomycinina no había dado buenos resultados⁵⁸. Para las formas asfixiantes se utilizaba el «pulmotor o pulmón de acero» pero muchos

⁵⁵ SONTAG, S. (1980), *Las enfermedades y sus metáforas*, Barcelona, Muchnik Editores.

⁵⁶ En el Almanaque Sanitario Rural existe una nota informativa la cual señala que el «Culpable de la parálisis infantil» es la mosca. De ello se aconseja mantener las letrinas limpias y desinfectadas y quemar los cuerpos de animales muertos. Ministerio del Interior. Dirección Nacional de Salud Pública (1946), *Almanaque Sanitario Rural*, Buenos Aires, p.182.

⁵⁷ RUGIERO, H. (1955), *Estudio de la epidemia de Heine Medin del año 1953*, Tesis doctoral de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires.

⁵⁸ «Primer informe de la Comisión de estreptomycinina» (1949), *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, Vol. N° 1, p. 79.

centros asistenciales no poseían de esta tecnología⁵⁹. Indudablemente esto da cuenta de las limitaciones materiales que tenían muchos nosocomios a la hora de satisfacer las urgencias sanitarias.

Para evitar la propagación del mal se apelaban a las medidas sanitarias comunes: cuarentena, vigilancias, desinfección de ferrocarriles, automóviles, cordones sanitarios en plazas y escuelas, lucha contra insectos, limpieza de espacios públicos, aplicación de gotas nasales, realización de gárgaras y a los niños se aconsejaba la ingesta de una o dos pastillas de clorato de potasio por día. Recién en 1957 se produjo la primera experiencia de inmunización masiva con vacuna de virus muerto tipo «Salk», que mataba a los virus con la formalina. El resultado fue satisfactorio, pero la vacuna tipo «Sabin» (1963) con virus atenuado fue mejor aceptada dada su practicidad. Su administración era oral, en forma de unas cuantas gotas de un jarabe de sabor agradable y podía ser dada por personal no especializado⁶⁰.

Es decir, a pesar que existían razones técnicas para lograr un acuerdo político sobre la necesidad de investigar determinadas dolencias; los diferentes tiempos e intereses provocaron un alargamiento en la concreción de dichos objetivos. Es este sentido donde percibimos una fuerte relación entre las enfermedades y la política, y cabría preguntarse hasta que punto la concreción política de dichos consejos técnicos pudieron haber incidido en la prevención de tal enfermedad, tanto para el período estudiado como para el brote producido en 1956⁶¹.

RECAPITULACIÓN

Entre 1946 y 1953 se produjeron brotes epidémicos de peste bubónica, viruela y poliomiélitis en Buenos Aires. Nuestro interés se centró en rescatar la dinámica política que los mismos desencadenaron y los cambios de rumbo

⁵⁹ La Casa Cuna, un tradicional Hospital de Niños de la Capital Federal, no poseía ningún pulmón y en Tandil, en el Hospital Ramón Santamarina un grupo de personas decidió construir uno para paliar los efectos de la enfermedad. Véase «La poliomiélitis en Tandil» (1956), *El Día Médico*, Tomo V, p. 1139.

⁶⁰ Durante la década del cincuenta del siglo XX existió un fuerte debate entre Jonas Salk y Albert Sabin sobre las diferencias existentes entre ambos. Véase posturas en «*Symposium* Internacional sobre poliomiélitis en VII Jornadas de la Sociedad Argentina de Pediatría en Embalse Río Tercero». *Día Médico* (1956), Tomo XXXI. La comunidad científica argentina fue más proclive a la vacuna de Sabin.

⁶¹ *Memoria* (1952), p. 106.

que motivaron. Asimismo, desde una problemática acotada, este trabajo intenta contribuir a reflexionar sobre la dinámica de la construcción de la política sanitaria. La existencia de una ley o normativa no garantiza su real aplicación y la aparición de una enfermedad infectocontagiosa obliga a la autoridad del Estado a tomar medidas al respecto para evitar las consecuencias disruptivas que las mismas pueden ocasionar para la cohesión social. Además impulsa al despliegue de nuevas formas de pensar la política en relación a ciertas enfermedades, ya sea por medio del aumento de partidas presupuestarias para la inversión tecnológica, la profesionalización del personal sanitario por medio de un incremento en su capacitación o la imperiosa necesidad de poner en práctica antiguos enunciados políticos que se habían dejado en el olvido. En este sentido, pareciera ser que la existencia de un clima de ideas científicas y de ciertos enunciados políticos no alcanza para poner en práctica la política sanitaria. Ésta se inserta en un conjunto de relaciones que están en tensión permanente.

Un eje que recorrimos fue el posicionamiento político de diferentes actores frente a la aparición de la peste bubónica, la viruela y la poliomielitis. Así las responsabilidades sobre la emergencia de la peste bubónica y la viruela fueron puestas en las obligaciones que tenían los individuos. Para el caso de la poliomielitis la justificación provino de la ola epidémica internacional y se responsabilizó por la «ola de rumores» a la información poco certera vertida por los médicos. Estas estrategias para liberar los compromisos de las autoridades sanitarias en dichos sucesos y culpabilizar a la víctima nos lleva a reflexionar sobre las consecuencias políticas de éstos episodios para un gobierno que tenía como uno de los puntos nodales: la medicina preventiva y la educación sanitaria. Dicho de otra forma el énfasis puesto desde esfera sanitaria a las responsabilidades individuales pone en tensión la asociación tradicional que se hace del peronismo como la visión más acabada del Estado de Bienestar en la Argentina. Si bien es indudable que con el peronismo se ampliaron los contenidos reales y simbólicos de la ciudadanía social este proceso no estuvo exento de tensiones y rastrear los conflictos producidos durante estos tres brotes epidémicos nos permite matizar el carácter monolítico atribuido a la política sanitaria durante este período.

Fecha de recepción: 29 de septiembre de 2005

Fecha de aceptación: 23 de mayo de 2006