

Política y enfermedades en Buenos Aires, 1946-1953 *

*Una versión de este artículo fue publicado en *Asclepio. Revista de la medicina y de la Ciencia, Madrid*, Vol LVIII, Nº2, julio-diciembre de 2006, pp.115-138.

Karina Inés Ramacciotti

(Universidad de Buenos Aires- CEDES)

En los años recientes, la historia de la salud y la enfermedad experimentó una profunda renovación en la Argentina. A partir de los aportes de Leandro Gutiérrez al estudio de las condiciones de vida de los sectores populares 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 urbano¹. 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.

Uno de los ejes comunes que tuvo esta renovación historiográfica fue revisar la tradicional historia de la medicina centrada en las trayectorias de médicos famosos y retomar antiguas preocupaciones mixturadas con nuevas perspectivas analíticas. Así pues las narraciones descriptivas de las enfermedades fueron cruzadas con otras variables políticas y sociales dando lugar a estudios que permitieron echar luz sobre el contenido social y político de los hechos biológicos.

*Una versión de este artículo fue publicado en *Asclepio. Revista de la medicina y de la Ciencia, Madrid*, Vol LVIII, Nº2, julio-diciembre de 2006, pp.115-138.

¹ Véase como ejemplo: Leandro Gutiérrez y Ricardo González., "Pobreza marginal en Buenos Aires, 1880-1919". En: Diego Armus, D.(et..al), *Sectores populares y vida urbana*, Buenos Aires, CLACSO. 1984.

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

La mayoría de los estudios en Argentina subrayaron las consecuencias de las epidemias entre fines del siglo XIX y los primeros cuarenta años del 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 epidémicos³.

No obstante de estos llamados "triumfos de la medicina"⁴ enfermedades infectocontagiosas aparecieron reiteradamente durante la segunda mitad del siglo XX y otras nuevas surgieron sorpresivamente amenazando el optimismo de la modernidad científica. Aunque muchas de las afecciones no conmovieron masivamente a la población nos interesan 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 vehiculización en la práctica política

³Diego Armus, "Salud y anarquismo. La tuberculosis en el discurso libertario argentino 1890- 1940". En: Mirta Lobato. (editora), *Política, médicos y enfermedades*, Buenos Aires, Biblos, 1998, pp. 93-118. Agustina Prieto, "Rosario, epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX". En: Mirta Lobato, op. cit., pp.57-71. Ricardo González Leandri, *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires (1852-1886)*, Madrid, Biblioteca de Historia de América-CSIC, 1999; Héctor Recalde, *La salud de los trabajadores en Buenos Aires (1870-1910). A través de las fuentes médicas*, Buenos Aires, Grupo Editor Universitario, 1997; Silvia Di Liscia, *Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750-1910)*, Madrid, Biblioteca de Historia de América-CSIC, 2002; Adriana Álvarez, "Las endemias en la ciudad de Buenos Aires del siglo XIX y principios del S. XX". En: Adriana Álvarez y otros (editores), *Historia de Enfermedades, Salud y Medicina*, Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2004, pp.15-46; Diego Armus, *La ciudad impura*, Buenos Aires, Edhasa, 2007.

⁴ Ramón Carrillo, "Progreso de la medicina sanitaria en la Argentina". En: Ramón Carrillo, *Contribuciones al Conocimiento Sanitario*, Buenos Aires, Departamento de Talleres Gráficos, 1951, p. 429.

debido al reducido presupuesto sanitario y a las múltiples y desparejas instancias de intervención regional. Entre los aspectos más salientes de la gestión de Carrillo se subrayó 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 educativas⁵.

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 en éstas 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 posará en Buenos Aires, éstas, 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 dramáticas⁶.

Las escasas muertes ocasionadas por la peste bubónica y la viruela no causaron tanto pánico como en épocas anteriores. En el caso de 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

⁵Para ampliar aspectos de la política social durante el peronismo véase: Juan Carlos Torre y Elsa Pastoriza, "La democratización del bienestar". En: Juan Carlos Torre, *Los años peronistas (1943-1955)*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 2002, pp. 257-312.

⁶ Más precisamente el brote de poliomielitis en Santa Fe en 1951 espera estudios locales que den cuenta de sus efectos sociales y políticos.

publicados, por el diario *La Prensa*, *La Nación* y notas publicadas en la prensa médica. Merece ser señalado que *La Prensa* fue el periódico que dedicó mayor 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!”⁷

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. Esta peste afecta a los roedores y a sus pulgas, las cuales transmiten la infección bacteriana tanto a los animales como a las personas. Un brote de esta enfermedad en las comunidades de roedores provoca su muerte; las pulgas migran entonces de su hábitat reservorio habitual hacia los habitantes y sobreviene la posibilidad de una epidemia.⁸

Las autoridades 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 de suero antipestoso, la incineración de la basura y de los elementos de uso doméstico que pudieran estar infectados, la demolición de las viviendas y —por primera vez en la Argentina— se trató a los enfermos con estreptomycin y sulfamidas.⁹

Las explicaciones sobre las razones que causaron dicho fenómeno no

⁷ Esta exclamación fue realizada por Ángel Giannini, Jefe de la Sección de Saneamiento de la Secretaría de Salud Pública. Véase: A. Giannini, “Peste en Buenos Aires”, *Hygieia. Revista de la Asociación Argentina de Higiene*, N° 2, año 1, 1946, p. 34.

⁸ La peste fue una enfermedad que en la Argentina llegó a producir el 30% de las defunciones entre los enfermos. Su llegada a América data de 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. Luego se expandió a Rosario y a Buenos Aires. Véase Agustina Prieto, “Rosario, epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX”, en Mirta Lobato (ed.), ob.cit.

⁹ A. Giannini, ob.cit. p.36. También Congreso de la Nación, Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados, 12 de diciembre de 1946, Reunión N° 60°, p. 412.

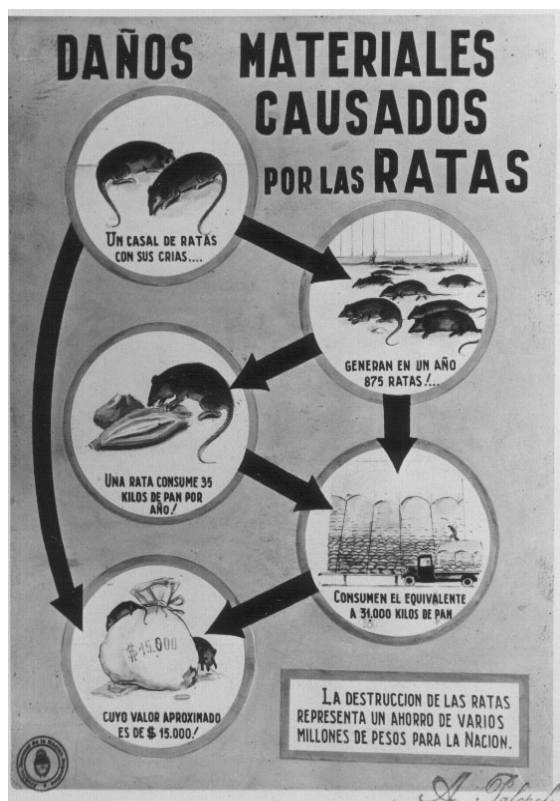
tardaron en llegar. Según el diario *La Prensa*, la enfermedad había reaparecido debido a la ausencia de una protección continua y adecuada en los locales cercanos al puerto y al ferrocarril. Estos espacios públicos, poco higienizados, creaban un campo propicio para la propagación de roedores, transmisores del mal. En oposición a esta propuesta, la 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. Ni la desidia de los empresarios ni la ausencia de controles estatales fueron considerados factores a tener en cuenta respecto de la difusión de la enfermedad.

La postura que centró la responsabilidad de la propagación de la enfermedad en los comportamientos poco higiénicos de los individuos, ocultó que en la sociedad civil ya existían prácticas “higiénicas”. Muestra de ello son las intervenciones 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 fábricas.¹⁰

En un contexto de apuntalamiento de la productividad industrial, se consideró importante la eliminación de las ratas para evitar los “daños materiales” que causaban. Según el afiche cuya reproducción adjuntamos, una rata “consume 35 kilos de pan por año” de esto se desprendería 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”. (Figura N° 1).

¹⁰ Véanse 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.

Figura N° 1: “Daños materiales causados por las ratas”



Fuente: Archivo General de la Nación. Departamento Documentos Fotográficos, Argentina.

Este mensaje se vinculaba con los lineamientos seguidos 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”.¹¹ Este énfasis en los “daños materiales” provocados por la reproducción de las ratas no daba cuenta de la pérdida de “Capital Humano” que producía la enfermedad. Es interesante ver el posicionamiento de la SSP una vez revertido dicho brote epidémico. Tanto las imágenes como los epígrafes de los *Archivos de la Secretaría de Salud Pública* intentaron mostrar el involucramiento de todo el personal sanitario en la “lucha”. En una campaña de acentuados ribetes castrenses el Secretario de Salud aparecía con ropa de fajina y birrete militar “combatiendo la terrible plaga” (Figura N° 2).

¹¹ *Plan Analítico de Salud Pública*, Buenos Aires, 1947, p. 755.

Figura N° 2: Desratización de la ciudad de Buenos Aires, 1946



Fuente: Archivo General de la Nación. Departamento Documentos Fotográficos, Argentina.

En las distintas instancias discursivas fueron evocados los funcionarios de la SSP que habían colaborado en la eliminación de la peste, pero no se mencionó al personal del Hospital Muñiz, encargado de dar atención a los enfermos, ni se dieron precisiones sobre las tres personas muertas víctimas del mal; así como tampoco hubo alusión a 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 detonante de las dimisiones lo constituyeron las acusaciones sobre el peligro que había significado el largo conflicto gremial con los recolectores de basura a mediados de 1947 en relación con la propagación de la peste bubónica.¹²

Durante los sucesos, la SSP expidió un comunicado por medio de la prensa escrita y la radio, en el cual negaban la existencia del brote epidémico. En éste se afirmó que “la peste está por desaparecer en la Argentina, que sólo se habían registrado dos casos en todo el país durante 1946 y que no existían motivos de alarma”.¹³ Un mes más tarde, cuando el foco epidémico fue controlado, Carrillo se refirió al brote como la “terrible plaga” producida en la ciudad de Buenos Aires, es

¹² *La Prensa*, 4 de junio de 1947, p. 10.

¹³ *La Prensa*, 3 de diciembre de 1946, p. 10.

decir, el discurso pasó de la ocultación al reconocimiento de la afección. Es probable que este cambio de actitud se debiera a las pocas muertes producidas. Así como una epidemia puede hacer tambalear el edificio político de un gobierno, su control por medio del uso de tácticas similares a las utilizadas en una guerra puede generar en el imaginario popular una combinación de miedo y obediencia hacia las nuevas autoridades sanitarias, al mismo tiempo que otorga mayor espacio político al aparato burocrático del Estado.

Enmarcado en esta táctica de ocultar los problemas o de hacer relucir el éxito de la campaña sanitaria según la conveniencia, en una conferencia en 1951 Carrillo no hizo ninguna alusión del episodio. Según el erróneo análisis del Ministro de Salud, el brote de peste que se había producido en Rosario, en 1899, había sido el último sucedido en la Argentina.¹⁴ Sobre este incidente, destacó el alto costo político que, seguramente, le había ocasionado el azote al por entonces director del Departamento Nacional de Higiene, el doctor 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”.¹⁵ Como se desprende de este comentario, entre las astucias de Carrillo salía a relucir su conciencia sobre las consecuencias políticas que podía traer aparejadas la existencia de una enfermedad que, para el momento, estaba relativamente controlada gracias a los avances de la ciencia.

Es probable que el miedo producido por las posibles consecuencias sociales y políticas de un evento natural persistiera en el imaginario de los funcionarios de gobierno. El terremoto de San Juan en 1944, la colecta y la ayuda médica posterior comandada por Perón, se habían convertido en un hito que dio fuerza a su proyecto político. El impacto político de este momento fundacional podía rápidamente esfumarse frente a otra crisis “natural” en la que no mediara el mismo correlato de

¹⁴ Esta observación no coincide con los reiterados focos infecciosos que existieron en diversas provincias argentinas entre 1930 y 1942. A modo de ejemplo véanse las referencias aparecidas en: Luis Damato, “Brote de peste en los Medanitos y el Médano (San Luis), *Revista del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene*, t, VII, 1936, p. 410; Enrique Savino, “Casos de peste en la Provincia de Jujuy” en *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*. 1942. VI. p. 375; Miguel Sussini, “Aparición de un foco pestoso en la Provincia de Mendoza”, *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, t, II, 1938, p. 472 y Leopoldo Uriarte, “Etapa de la peste hacia el oeste argentino. San Juan. 1931”, *Revista del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene*, 1931, t. VII, p. 549.

¹⁵ R. Carrillo, *Contribuciones...*, ob.cit., p. 436.

fuerzas.¹⁶

¿Viruela o alastrim?

En el transcurso del siglo XX, la viruela, enfermedad viral caracterizada por el contagio interpersonal, se convirtió en una enfermedad dominada. Con diferentes temporalidades y sin una homogeneidad territorial se sintieron los efectos de la ley Nº 4.202 (1907), que había reglamentado la obligatoriedad de la vacunación antivariólica y antidiftérica, y colaborado en la reorganización de los vacunatorios.

Pese a la existencia y validez de esta ley, en el debate parlamentario del 30 de septiembre de 1947 se denunció que ésta no era cumplida debidamente y que en el interior del país el panorama era desolador.¹⁷ En consonancia en el *Plan Analítico de Salud Pública de 1947*, se estipuló la necesidad inminente de desterrar dicha enfermedad y a tal efecto se implementó la presentación del certificado de vacunación obligatorio en las escuelas, las fábricas y la administración pública.¹⁸

El interés por esta enfermedad durante el peronismo no pasaba tanto por sus efectos en cuanto a los índices de mortalidad, sino por el tratamiento político que le fue atribuido desde la SSP y por parte de otros actores del período. Fueron éstos quienes la transformaron en un problema que atrajo la atención de la opinión pública de la época, que a su vez, obligó a modificar la agenda pública.

En el mes de septiembre de 1949 diferentes voces se alzaron para señalar 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.¹⁹ El Hospital Muñiz registró una sobredemanda de atención de enfermos en las salas destinadas a la internación de los infectados. En *Nuestras Mujeres*, revista de la agrupación comunista de la *Unión de Mujeres Argentinas* (en adelante *UMA*), se delató la necesidad de amplificar la asistencia médica, dada la “epidemia de viruela”.²⁰

Estas denuncias se combinaron con una serie de noticias publicadas en *La*

¹⁶ Sobre las consecuencias sociales y políticas del terremoto de San Juan en 1944, véase Mark Alan Healey, “La trama política de un desastre natural: el terremoto y la reconstrucción de San Juan”, en *Entrepasados*, Nº 22, 2002, pp. 49-65.

¹⁷ “Nuestro Parlamento trató importantes proyectos relativos a la salud pública”, en *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, Vol. II, Nº 10, septiembre de 1947, pp. 23-32.

¹⁸ Secretaría de Salud, *Plan Analítico de Salud Pública*, Buenos Aires, 1947, p. 759.

¹⁹ La Secretaría de Salud Pública anunció que en 1947 se habían producido casos de viruela en el norte del país. Ministerio de Salud, *Memoria correspondiente al período 1946-1952*, Buenos Aires, Talleres Gráficos, 1952, p. 248.

²⁰ *Nuestras Mujeres*, Buenos Aires, 1 de agosto de 1949.

Prensa que apuntaban contra las autoridades de salud. De acuerdo con el periódico, este brote epidémico daba cuenta de las condiciones sanitarias poco satisfactorias; además, agregaba que los treinta internados de viruela no representaban la real cantidad de enfermos existentes. Se pronunciaba por la necesidad de rastrear las inasistencias en las escuelas primarias y secundarias y detectar la cantidad de personas que se atendían en sus domicilios. Por lo tanto la pregunta que giraba en torno al brote 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 porque no debían presentar el certificado de vacunación ni en el trabajo ni en la escuela ni ante ninguna autoridad nacional. Esto, por un lado, ponía en duda el éxito de la implementación del certificado de vacunación obligatorio y por otro lado, cuestionaba el mensaje oficial. Recordemos que éste pretendía romper toda vinculación con el pasado. La posible asociación de la política sanitaria con una enfermedad de otros tiempos podría significar un indexado costo político.

Según *La Prensa*, los métodos coercitivos no servían para crear una “conciencia sanitaria”. Era necesario efectuar una campaña que se centrara en los beneficios que significaba la aplicación de la vacuna para las personas. Si bien la responsabilidad de aplicársela era individual, solo se inmunizaban las personas pertenecientes al pequeño sector de la población que poseía cierta “conciencia sanitaria”. Sin embargo, respecto de aquellas que aún no habían “desarrollado” dicha “conciencia”, la responsabilidad recaía de manera inevitable en las autoridades oficiales, las que deberían, en el futuro, asumir un papel más diligente.²¹ Este punto de vista, sesgado por un cierto tinte evolucionista, consideraba que una participación más activa de los profesionales de la salud colaboraría con la ambicionada higienización; que redundaría en beneficios económicos en tanto se alcanzara el grado óptimo de civilización y modernidad. En forma paralela, las voces que se alzaban daban cuenta de los problemas que acuciaban a la política sanitaria. La mera existencia de una ley que obligara a las personas a vacunarse no podía tomarse, de ninguna manera, como el único elemento a considerar ya que sabido es que existe una distancia entre la enunciación de ciertas ideas, el diseño de las políticas, su efectiva puesta en práctica y los resultados que se obtienen.

²¹ *La Prensa*, 6 de septiembre de 1949, p. 5.

Por parte de la población, existían serios límites intelectuales y económicos que debían salvarse para que la vacunación se cumpliera. Aún existían temores sobre las complicaciones, ya que algunos inoculados habían sufrido infecciones por rascado, y se habían generado casos de encefalitis post vaccinal. En las zonas rurales, las largas distancias que debían recorrerse para llegar a los vacunatorios desalentaban a los pobladores. En los centros urbanos, la demanda de servicios no se condecía con la oferta de personal capacitado. Los profesionales, por su parte, tenían serios problemas técnicos y de capacitación; muchos desconocían el lugar preciso donde debía ser aplicada la vacuna, otros aplicaban más de una inoculación.

Los diferentes métodos de control no estaban totalmente incorporados. Las recomendaciones insistían en señalar reiteradamente, por ejemplo, la necesidad de desinfectar la zona, de no vendar el brazo luego de la aplicación, y se daban consejos sobre las diferentes maneras de aplicarla. Es dable recordar que en la época existían tres técnicas de inmunización activa contra la viruela: la inoculación subcutánea, que solía traer aparejadas 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 posterior. 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 vacuna.²²

La SSP respondió a las acusaciones publicadas en *La Prensa* por medio de una serie de comunicados que difundió por la radio y 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”.²³ En forma similar que para el caso de la peste bubónica, los mensajes y la propaganda oficial depositaban la responsabilidad en los individuos y liberaban de responsabilidades al Estado. Agregaban que los 365 casos registrados no eran de viruela sino de “alastrim”, una

²² Sobre recomendaciones técnicas véase E. Gallardo, “Vacunación antivariólica”, *El Día Médico*, XVIII, 1946, pp. 20-48. También *Boletín Informativo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*, Santa Fe, 1953, N° 152-153, p. 680.

²³ *Libro de la Salud*, Buenos Aires, Imprenta Central del Ministerio de Salud Pública de la Nación, 1952, pp. 93-94.

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 de la producción de vacunas en el Instituto Malbrán y la vacunación en diferentes lugares de la provincia de Buenos Aires.²⁴ Frente al fortalecimiento de todas estas medidas, *La Prensa* se preguntaba, si la viruela no existía “¿por qué se tomaban medidas al respecto?”.²⁵

Según el pensamiento de la época, el “alastrim” era considerado 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. Según investigadores del Instituto Bacteriológico Malbrán, la dificultad para erradicar la llamada “viruela menor” se debía a los defectos en la conservación de la vacuna. Los científicos del Malbrán proponían no usar la vacuna antivariólica después de que ésta hubiera estado más de un día en la heladera.²⁶ Sin lugar a dudas, esta propuesta técnica demandaba una respuesta estatal en tanto y en cuanto existía la necesidad de una mayor erogación presupuestaria que fuera destinada a la compra de vacunas. La implementación de esta decisión era compleja dentro de un contexto caracterizado por un presupuesto de salud reducido debido a la incidencia de la crisis fiscal, la inflación y las competencias económicas y políticas que produjo la intervención en el área sanitaria de la Fundación Eva Perón.

Según un grupo de profesionales del Hospital Muñiz, los 32 casos atendidos durante 1949 eran de viruela. Ellos sostenían que el virus del “alastrim” era el mismo que el de la viruela, 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 que azotó en 1949 a la

²⁴ *Boletín del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Provincia de Buenos Aires*, junio de 1949, p. 3.

²⁵ *La Prensa*, 6 de septiembre de 1949, p. 5

²⁶ Vilches y Chialvo, “Purificación y desecación de la vacuna antivariólica libre de gérmenes bacterianos”, *Revista del Instituto Malbrán*, Buenos Aires, t, XV, Nº 2, 1950-1953.

Capital Federal había sido de viruela.²⁷

Esta enfermedad produjo episodios en Salta y Jujuy en 1947 y 1948. Según Rafael Villagrán, “estos vergonzantes episodios epidemiológicos” se debían a la ausencia de supervisiones sanitarias en la zona montañosa y a la lejanía de los vacunatorios. En la zona puneña se utilizaba el antiguo método de protección, basado en la ingestión, en diversas formas, de las costras de los enfermos.²⁸

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 necesario subrayar que éstas se inauguraban con un notable despliegue visual y discursivo.²⁹ Es a partir de este tamiz de intereses que debemos interpretar la invisibilización de los casos de viruela.³⁰ Lo que estaba en juego era uno de los principios nodales de la política sanitaria, la profilaxis, entendida como la implementación de todos los medios políticos disponibles para evitar la aparición de epidemias.³¹

En 1947 los registros estadísticos evidenciaban que la viruela, entre otras enfermedades infectocontagiosas, estaba disminuyendo. De acuerdo con una estimación estadística que realizara la SSP “el programa sanitario” iba a darle prioridad a los males cardiovasculares, renales y los del aparato respiratorio (Cuadro Nº 8). En el mismo informe se afirmaba que “las pestilencias, epidemias y endémicas” debían “quitarse del espíritu de los médicos” y que las universidades “debían de 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 eliminado³² y que, en consecuencia, debía prestárseles mayor atención a otras dolencias. En función de esta reorientación de la política sanitaria, las autoridades planificaron para el mes de noviembre de 1947 la “Semana del Cáncer”.³³

²⁷Isidoro Steinberg, Adolfo Díaz Trigo, Rafael Markmann y José Ink, “Características clínico epidemiológicas sobre el último brote de viruela aparecido en la Capital Federal y alrededores durante el año 1948”, en *La Semana Médica*, Nº 3014, t, 99, Nº 16, 1949, pp. 617-623.

²⁸Rafael Villagrán, “Viruela en el norte”, *Revista del Círculo Médico de Salta*, Nº 4, 1949, pp. 33-36.

²⁹Ejemplo de ello son: “La Primera Campaña Sanitaria”, realizada en el mes de julio de 1947. Véase capítulo 2.

³⁰En 1950 hubo un rebrote epidémico que ocasionó 14 muertos. El Ministerio adujo que dichas muertes no habían sido provocadas ni por la viruela ni por alastrim, sino por otras enfermedades tales como cáncer, dolencias cardíacas y fractura de huesos. Todas estas, consideradas “modernas”. Véase R. Carrillo, *Contribuciones...*, ob.cit, p. 369.

³¹*Plan Analítico de Salud Pública*, ob.cit, p. 73.

³²“El Balance Sanitario”, *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, Vol. I. Nº 4, 1947, pp.1-4.

³³*Memoria*, ob.cit, p. 244.

Cuadro N° 1: *Balance de la SSP sobre las enfermedades que se tendrían en cuenta en el plan sanitario.*

Enfermedades	%
Cardiovasculares y renales	25,0%
Aparato respiratorio	11,0%
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.

Los índices construidos por la burocracia estadística eran alentadores. 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 lugar nimio. Desde la SSP, la única propaganda en torno a la necesidad de vacunación aparece en un afiche publicitario (Figura N° 3). En el *Almanaque de la Salud* (1948), libro de difusión donde se daban consejos prácticos e información sobre algunas afecciones, no aparecieron exhortaciones sobre la viruela. Esto da cuenta de una estimación exagerada de las capacidades médicas y estatales sobre el dominio de dicha enfermedad.

Figura N° 3: *Cómo! ya está?*



Fuente: Archivo General de la Nación. Departamento Documentos Fotográficos, Argentina.

La ausencia de mayor información sobre la vacuna fue un tópico reiterado por *La Prensa*. Durante el brote de viruela de 1948, un editorial destacó como una “buena noticia” la aceptación de la profilaxis por parte de la población. Muestra de ello eran las largas colas que la gente realizaba en los hospitales para recibir su dosis. Pero se destacó, en un tono crítico, la ausencia de información sobre los efectos de las vacunas. La fiebre y el enrojecimiento que producía la “linfa vaccinal” eran interpretados por los inoculados como reacciones de la enfermedad. Según el periódico, la aclaración de estas reacciones habría sido estimulante para aquellas personas aún no inmunizadas.³⁴

Los rebrotes de la enfermedad en Buenos Aires y en el resto del país modificaron la agenda sanitaria. En el mes de diciembre de 1950, Julio Cesar Blaksley, director Técnico de Epidemiología y Endemia del Ministerio de Salud, tomó una serie de medidas al respecto. Se realizó una campaña contra el “Alastrim” y se presentó un *Plan de Epidemiología y Endemias para la llamada “Lucha contra P-4”*.

El plan consistió en dividir al territorio nacional en seis Direcciones Sanitarias, cuyas autoridades tendrían la misión de realizar una eficaz y eficiente vacunación de

³⁴*La Prensa*, 12 de noviembre de 1948, p.4.

la población para “lograr la erradicación sistemática de la “viruela-alastrim”. Además, se propuso 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 prevención en otros países, incrementar los planes de difusión sanitaria y aunar fuerzas con los representantes de los organismos de salud internacionales. Sobre este último tópico, 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. Esta asociación entre las autoridades locales y la OPS tomaría un mayor protagonismo en la década del sesenta. Los argumentos ideológicos de esta vinculación rondarían el miedo por la “Revolución” y, como contrapartida, ponían en evidencia la necesidad de desarrollar la economía local y la participación comunitaria.³⁵

Estas medidas influyeron beneficiosamente, ya que lograron limitar el proceso contagioso. Según un registro estadístico de la Provincia de Buenos Aires, en 1952 se verificó la desaparición casi completa del “alastrim” (Cuadro N° 2). A este notable entusiasmo por la desaparición del “alastrim”, se informaba sobre la existencia de casos de poliomielitis producidos a fines de 1951 en Tandil y Mercedes.³⁶

Cuadro N ° 2: Estado sanitario de la provincia de Buenos Aires en relación con el alastrim.

Año	Casos Denunciados	Epidemias
1947	---	31

³⁵ “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. En *Memoria...*, ob.cit, p. 405. “Será ensayada en provincias del Norte un nuevo tipo de vacuna contra la viruela Alastrim”, *Boletín del Día* N° 1.018, 22 de marzo de 1954, p. 441.

³⁶ *Memorias del Ministerio de Salud y Asistencia Social de la Provincia de Buenos Aires*, 1952, p. 45.

1948	---	32
1949 (a)	137	9
1950	1084	14
1951	749	5
1952 (b)	249	3

Notas: (a) comprende un período de 8 meses

(b) comprende un período de 11 meses

Fuente: *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 con declaraciones y acciones de las autoridades sanitarias, que apuntaban a evitar el desgaste político que podrían haber generado y colaboraron en posicionar a la recién creada SSP en el escenario político y social. Además, y más particularmente en el caso de la viruela, se modificó el rumbo de ciertos planes, ya que se incrementaron las medidas vinculadas con el estudio y la prevención de la enfermedad, incremento que se reflejó en el aumento de las propagandas y en el apoyo estatal hacia la investigación.

“Una epidemia grave de poliomielitis que no existe”³⁷

La Argentina sufrió reiterados y acentuados brotes de parálisis infantil desde 1906.³⁸ Entre 1906 y 1932 se produjeron 2.680 casos.³⁹ En los 10 años que transcurrieron entre 1932 y 1942 hubo 2.425 enfermos, cifra que se incrementó durante 1942 y 1943, y llegó a ser de 2.280 casos. En el brote de fines de 1942, la imprevisión signó la actividad sanitaria, puesto que no existía alojamiento para los

³⁷ Afirmación de Ramón Carrillo el 6 de abril de 1953 en una conferencia de prensa.

³⁸ Con la solitaria excepción de Julio Lardies González la historiografía argentina no mostró interés por las consecuencias sociales y políticas de esta enfermedad. Julio Lardies González, “Génesis y unificación del concepto de poliomielitis”, *Asclepio*, vol. 26-27, 1947, pp. 135-140.

³⁹ Para ver un análisis de los brotes de poliomielitis véase A. Marque, “Enfermedad de Heine Medin”, en *La Semana Médica*, N° 49, 1947, p. 1537; Gregorio Oclander, *Historia de la enfermedad de Heine Medin en la República Argentina*, Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires, 1947; A. Vilches, “Caracteres epidemiológicos de la polio en la Argentina”, en *El Día Médico*, XXXI, 1952, p. 781.

pacientes, aparatología para los tratamientos ni personal especializado, por ejemplo, enfermeras y kinesiólogos. 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”.⁴⁰

Asimismo, se reconocía que la única institución que “hacía algo” para remediar la situación del niño con parálisis era la Sociedad de Beneficencia de Capital Federal, que desde 1945 había entablado convenios con el Consejo Nacional de Educación para internar niños con parálisis infantil en los nosocomios que dirigía esta sociedad. Ahí los pacientes recibían educación e instrucción por intermedio de un “cuerpo especial de maestros”.⁴¹

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 Medin, prestando asistencia integral a los enfermos y proveyendo a la rehabilitación de los lisiados”.⁴² En el mes de septiembre de 1947, el Congreso Nacional sancionó la Ley N° 13.022, que destinó \$20.000.000 moneda nacional para combatir las enfermedades infecciosas en todo el país, dispuso la construcción un hospital de niños en la Capital Federal y la instalación del Instituto de Heine Medin, que se dedicaría a investigación, profilaxis, reeducación y rehabilitación.⁴³ Esta iniciativa legislativa se había inspirado en la acción realizada por la “Fundación Nacional de la Parálisis Infantil” creada por Franklin Delano Roosevelt en *Warm Springs*.

El debate parlamentario puso en evidencia la aparición de brotes esporádicos cada vez más agravados de poliomielitis, que afectaban a lo “máspreciado de la sociedad: los niños”. Ricardo Guardo, presidente de la Cámara de Diputados, describió la escasa asistencia existente en la Capital Federal para los poliomielíticos: solo dos salas en el Hospital Muñiz, con 39 camas cada una.⁴⁴

En 1952, la viabilización de la mencionada ley no se había concretado. El

⁴⁰ José Reggi, “El problema del tratamiento de la parálisis infantil en nuestro país”, en *Segunda Conferencia para el Bienestar del Lisiado*, Buenos Aires, 1946.

⁴¹ *Plan Analítico de Salud Pública*, ob.cit, p. 770.

⁴² *Plan Analítico de Salud Pública*, ob.cit, p. 767.

⁴³ Ley N° 13.022 de 1947, en *Memoria*, ob.cit, p. 241.

⁴⁴ Congreso de la Nación, *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, t, IV, Reunión 30, 4 de septiembre de 1947, p.117.

hospital destinado a niños con enfermedades infecciosas –que se iba a construir en la zona de Puerto Nuevo–⁴⁵ permanecía aún sin licitar y el Instituto de Investigación de Heine Medin funcionó únicamente 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 registrado en la Argentina hasta esa fecha, que afectó a 2.579 personas.⁴⁶ La zona más afectada fue Buenos Aires, a la que seguían en número de casos las provincias de Santa Fe, Tucumán y Córdoba.⁴⁷ La preocupación médica y política respecto de 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.

Las secuelas en los niños atacados por la forma grave de la parálisis infantil son defectos físicos en sus extremidades y en su cuerpo debido a las lesiones irreparables que sufre el sistema neuro-muscular. Dentro de un contexto de expansión del mercado interno y de demanda de mano de obra, la invalidez no solo constituía un problema médico, sino también 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 años.⁴⁸

En 1936 había sido promulgada la ley N° 12.317, que legislaba sobre la denuncia obligatoria de las enfermedades contagiosas transmisibles. Esta disposición permitió que el área estatal poseyera estadísticas que dieran información sobre el desarrollo, la intensidad y la localización de las personas afectadas por la polio. Sin embargo, no existió la fiscalización de la evolución posterior de los casos. Los grupos carentes de recursos económicos desatendían

⁴⁵ 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 Medin. Véase Decreto del Poder Ejecutivo N° 5362/50 en *Boletín Administrativo del Ministerio de Salud Pública*, año 6, N° 16, 1950. En 1954 se inició la construcción de dicho hospital especializado, que nunca se concluyó.

⁴⁶ En el mes de abril de 1949 se había producido un caso de parálisis infantil en la ciudad de Buenos Aires, según un comunicado de la Ministerio de Salud Pública el 21 de abril de 1949. Entre los meses de abril y julio de 1951 se produjeron casos de poliomiellitis 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...*, ob. cit., pp. 312 y 405.

⁴⁷ En la provincia de Santa Fe se creó una Comisión de Defensa y Prevención de la Poliomiellitis 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.

⁴⁸ Marcelo Fitte, “Asistencia Social en la parálisis infantil”, *Segunda Conferencia*, ob.cit, p. 91.

las prescripciones médicas una vez que abandonaban el nosocomio. El procedimiento de recuperación era oneroso debido a la cantidad de profesionales especializados necesarios para realizarla y a los tratamientos que debían seguirse posteriormente. Estos eran dirigidos por kinesiólogos, que se ocupaban del tratamiento de rehabilitación en el agua; y en muchas ocasiones eran necesarias prótesis. La perseverancia en el tratamiento era de vital importancia, ya que sin él se podía llegar al estado crónico, a la incapacidad física y, en casos más graves, a la muerte por asfixia.

Estas cuestiones condujeron a que, en 1947, se planificara la elaboración de un Censo de Enfermos y Lisiados por la Parálisis Infantil, cuyo fin principal sería el de establecer el monto de subvenciones que el Estado prestaría a los enfermos o a sus familias. También se estipuló la contratación de médicos especializados en el extranjero y el envío a otros países de médicos jóvenes, enfermeras y kinesiólogas para que perfeccionaran sus conocimientos acerca del tratamiento y, a su regreso, pudieran difundirlos.

Si cruzamos estos objetivos con las obras efectivamente realizadas durante 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 poliomiélitis, que 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 dictaran conferencias.⁴⁹

El organismo sanitario era consciente del incremento en el número de casos, pero justificó su aparición como parte de una “ola epidémica mundial”. De acuerdo con este argumento, se sostuvo que los índices en la Argentina eran menores que los aparecidos en Estados Unidos.⁵⁰ Esta estrategia discursiva liberaba al Estado de toda responsabilidad.

En la misma línea, en una conferencia de prensa realizada por el 2 de abril de 1953, Carrillo subrayó que los casos de poliomiélitis registrados no constituían una epidemia, ya que no se había registrado un caso cada diez mil habitantes. Según él,

⁴⁹ Resolución N° 33.775 del 16 de abril de 1951 y Resolución N° 33.788 del 17 de abril de 1951. *Memoria*, ob. cit, pp. 400 y 401. También “Enfermedad de Heine Medin”, *Anales Nestlé*, N° 45, 1947, pp. 11-28 y H. Kempiski, “Nuevos aspectos sobre la patogénesis de la enfermedad de Heine Medin”, *La Semana Médica*, t, 106, N° 1, 1955. También *Boletín del Día*, N° 1070, 1954, p. 903.

⁵⁰ R. Carrillo, *Contribuciones...*, ob.cit., p. 379.

hasta el 31 de marzo de 1953 había 783 enfermos de polio en todo el país y, si bien reconocía que dicha cifra era mayor que la registrada el año anterior afirmó que “la epidemia de poliomiélitis 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, Carrillo trató de hacer frente a las acusaciones sobre la falta de tecnología adecuada cuando sostuvo que el Instituto de Heine Medin contaba con 14 pulmotores y que existían camas disponibles para satisfacer todas las demandas de asistencia.⁵¹

Recordemos que, durante 1947, Inglaterra, Austria, Alemania y Checoslovaquia sufrieron azotes de polio. Esto alarmó a la comunidad médica y puso 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. La dolencia estaba tan descontrolada que parecía surgir otra vez de los pozos más profundos de la impotencia o de la condena humana.⁵²

Algunas investigaciones adjudicaron la diseminación del virus de la polio a la situación geográfica y a los factores climáticos. Otras, a la propagación realizada por las moscas y los mosquitos.⁵³ Otros estudiosos consideraron que la polio afectaba con más frecuencia a los individuos pertenecientes a “las clases acomodadas” que a los pertenecientes a los sectores populares. Esta última hipótesis asombró a los profesionales de la salud, que aún le otorgaban un peso significativo a la relación entre las malas condiciones de higiene y la difusión de esta enfermedad.

En 1953, esta teoría fue puesta en duda por Humberto Ruggiero quien, influenciado por los trabajos de un investigador de Estados Unidos, comprobó que la polio atacaba por igual a cualquier clase social. Su estudio demostró que en la Argentina, para el brote de 1953, el factor interhumano había sido el principal causal de contagio, dado que en las zonas de mayor densidad poblacional la enfermedad

⁵¹ “Informó el Ministerio de Salud Pública sobre la verdadera situación sanitaria con respecto al brote de poliomiélitis”, *Boletín del Día*, N° 779, 1953, p. 513.

⁵² Susan Sontag, *Las enfermedades y sus metáforas*, Barcelona, Muchnik, 1980.

⁵³ En el *Almanaque Sanitario Rural* aparece una nota informativa que señala que el “Culpable de la parálisis infantil” es la mosca. Por ello se aconseja mantener las letrinas limpias y desinfectadas y quemar los cuerpos de animales muertos. Ministerio del Interior. Dirección Nacional de Salud Pública, *Almanaque Sanitario Rural*, Buenos Aires, 1946, p.182.

tuvo mayor difusión.⁵⁴

Además de estos estudios científicos, existían creencias populares sobre las formas de evitar el contagio. A instancias de ellas, muchos niños concurrían a los lugares públicos con bolsas de alcanfor en sus cuellos, o se 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 respecto de esta enfermedad.⁵⁵

El tratamiento en el momento agudo de la parálisis infantil era incierto. La aplicación de estreptomycinina no había dado buenos resultados.⁵⁶ Para las formas asfixiantes se utilizaba el “pulmotor o pulmón de acero” pero muchos centros asistenciales no poseían esta tecnología.⁵⁷ Esto muestra las limitaciones materiales que tenían muchos de ellos a la hora de satisfacer las urgencias sanitarias.

Para evitar la expansión del mal se apeló a medidas de cuarentena, vigilancias, desinfección de ferrocarriles y automóviles, cordones sanitarios en plazas y escuelas, exterminio de insectos, limpieza de espacios públicos, aplicación de gotas nasales, realización de gárgaras; y a los niños se les 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 a virus muerto tipo “Salk”, que destruía a los virus con la formalina. La vacuna tipo “Sabin” (1963) con virus atenuado, fue mejor aceptada debido a su practicidad. Su administración era oral, en forma de unas cuantas gotas de un jarabe de sabor agradable, y podía ser administrada por personal no especializado.⁵⁸

Es decir, a pesar de que existían razones técnicas para lograr un acuerdo político que avanzara en la investigación de determinadas dolencias, los diferentes

⁵⁴ Humberto Ruggiero, *Estudio de la epidemia de Heine Medin del año 1953*, Tesis doctoral de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, 1955.

⁵⁵ Entrevista a Horacio José Rozenwurcel el 14 de septiembre de 2004 realizada por José Trujillo, Karina Ramacciotti, Belén Herrera (periodista de *La Prensa*), en el Departamento de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la UBA

⁵⁶ “Primer informe de la Comisión de estreptomycinina”, en *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, Nº 1, 1949, p. 79.

⁵⁷ La Casa Cuna (en la actualidad Hospital Ricardo Gutiérrez), un tradicional Hospital de Niños de la Capital Federal, no poseía ningún pulmotor 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”, en *El Día Médico*, t, V, 1956, p. 1139.

⁵⁸ Durante la década del 50 del siglo XX existió un debate en la sociedad médica, en el que se discutieron las diferentes posturas de Jonas Salk y Albert Sabin. Véase posturas en *Symposium Internacional sobre Poliomiélitis en VII Jornadas de la Sociedad Argentina de Pediatría en Embalse Río Tercero*, 16 de abril de 1956. *Día Médico*, t, XXXI, 1956. La comunidad científica argentina fue más proclive a la vacuna de Sabin.

tiempos e intereses provocaron un alargamiento en la concreción de dichos objetivos. Es en este sentido en que puede percibirse la fuerte relación existente entre las enfermedades y la política, y cabría preguntarse hasta qué punto la concreción política de dichos consejos técnicos pudo haber incidido en la prevención de esta enfermedad, tanto para el período estudiado como para el brote producido en 1956.⁵⁹

Recapitulación

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

⁵⁹ *Memoria...*, ob.cit, p. 106.

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.