

LOS MÉDICOS Y LAS EPIDEMIAS

EL MÉDICO Y SU OBLIGACIÓN ÉTICA

El Código de Ética Médica que regula voluntariamente la conducta de los médicos uruguayos, tanto afiliados a la Federación Médica del Interior como al Sindicato Médico del Uruguay, ambos aprobados en abril de 1995, establece en su artículo 11º.:

“Artículo 11.- La elección de la medicina como profesión implica asumir determinados riesgos en su salud individual. El médico responderá generosamente ante necesidades extraordinarias como catástrofes, accidentes, epidemias, conflictos bélicos, etcétera, que le exijan entrega y dedicación más allá de su práctica habitual.”

ALGUNOS HECHOS HISTÓRICOS

La historia de la Humanidad está signada por la influencia de grandes epidemias que cambiaron su rumbo. Desde los tiempos bíblicos, se describen epidemias que asolaron poblaciones produciendo miles de muertos, algunas interpretadas como castigo divino por sus faltas, por someter a la esclavitud a otros pueblos, o por robarles objetos sagrados.

El texto más antiguo que se conserva sobre el tema data, aproximadamente, de 1500 aC, siendo el más notable el papiro hallado por el profesor Georg Ebers en una tumba de Tebas en 1862. Al parecer, las prácticas médicas que se detallan en ese extenso catálogo eran mucho más antiguas que el texto. También en otros escritos fragmentarios que se han encontrado se describen prácticas similares, lo cual corrobora que eran las habituales de la época.

En *Éxodo 7-12* se relata la plaga que asoló a Egipto alrededor del año 1500 aC, cobrándose la vida de todos los primogénitos recién nacidos (*Éxodo 12:29*), desde el hijo del Faraón hasta los que nacían en las cárceles y aún las crías del ganado. Frente a esa situación, el pueblo exigió el Faraón que deportara a los esclavos israelitas, quienes después de muchas tribulaciones y de deambular durante años por tierras inhóspitas, alcanzaron su tierra prometida. Éste es un claro y

remoto ejemplo de cómo la enfermedad influye en la Historia de la humanidad.

Las consecuencias de las pestes ocasionadas por las guerras están muy bien descritas en los libros de Samuel (*Samuel I: 3-7*), dos textos del Antiguo Testamento que constituyen la principal fuente sobre la historia de Israel en los siglos XI y X antes de Cristo. Según esta historia, en el 1500 aC los israelitas entablaron batalla contra los filisteos y fueron derrotados. Acarreando el Arca de la Alianza¹, se lanzaron otra vez al ataque siendo igualmente vencidos. Los filisteos capturaron el Arca y la trasladaron a Ashdod, donde se desató la plaga. Por pedido del pueblo, el Arca fue llevada primero a Gath y luego a Ekron. Estas ciudades filisteas y ambos lugares fueron devastados por la plaga. Después de sufrir durante siete meses, los filisteos decidieron devolver el Arca a Israel. La entregaron en la tierra de Josué el betlemita, donde se realizaron sacrificios para festejar el acontecimiento. Los betlemitas, curiosos, miraron dentro del Arca y fueron castigados con una plaga que se expandió por todo Israel, matando a alrededor de cincuenta mil personas.²

La peste bubónica o "peste negra" causó sucesivas pandemias. En el libro de Samuel hay descripciones que pueden corresponder a esta patología. Hay referencias también en Tucídides e Hipócrates: El primer episodio militar se produjo cuando Tebas, aliada de Esparta, atacó a Platea, amiga de Atenas, que se mantuvo a la defensiva apoyada por débiles contingentes atenienses. La proximidad del frente hizo que se amontonaran en la polis ateniense más de 2.000 000 ciudadanos en el verano del 430 aC, lo que provocó una terrible epidemia de la que fue acusado Pericles, a quien se le negó el cargo de "estratega" y se le obligó a pagar una multa. El propio Pericles murió a consecuencia de la peste en el año 429 aC, a los 70 años de edad.

Menciona Laín Entralgo:³ "Entre las *epidemias* documentables durante el período clásico de la historia griega pueden ser citadas tres: la famosa "peste de Atenas" que describe Tucídides (con toda probabilidad, un terrible brote de tifus exantemático o de viruela, ambas hipótesis han sido propuestas, extendido por una amplia porción del mundo helénico entre los años 436-412 aC) otra en que acaso ambas afecciones se mezclaran (aparecida en Sicilia entre 396 y 395 aC, según Diodoro Sículo, y más de una vez repetida allí durante los dos siglos subsiguientes) y la peste bubónica a que sin duda se

¹ Urna sagrada del judaísmo que simbolizaba el pacto de fe hecho entre Dios y los israelitas en el monte Sinaí, mencionada con frecuencia en la Biblia y descrita en el Libro del Éxodo. Según diversas fuentes, el arca contenía el bastón de mando de Aarón, un recipiente con maná y las tablas de piedra del Decálogo, los diez mandamientos dados por Dios a Moisés.

² CARTWRIGHT, Frederick F y BIDISS, Michael: *Grandes pestes de la Historia*. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 2005, 260 páginas. pp. 15-16.

³ LAÍN ENTRALGO, Pedro: *Historia de la Medicina*, Masson S.A., Madrid, 1978, pág. 112-113.

refiere uno de los más concisos aforismos hipocráticos: "Las fiebres con bubones son todas malignas, salvo las efemerales."

En el siglo III dC en época de Cipriano hubo otro episodio. En el siglo VI dC, durante el reinado del emperador Justiniano, otra epidemia duró 60 años. La misma peste negra, durante los años 1347 a 1382, llevó cerca de 25 millones de muertos. Ésta se inició en China (Catay) y pasó luego a Europa respetando sólo a Islandia, no así a la ya descubierta Groenlandia, extendiéndose también a Arabia y Egipto. Los médicos papales Chalin de Vinario y Guy de Chauliac, estimaron en 25 millones los muertos de esta epidemia, lo que se consideraba un cuarto de la población total. Chalin de Vinario anota que la peste se fue extinguiendo y mejorando la sobrevida en sucesivos rebrotes: en 1348: enfermaron 2/3 y no sobrevivió ninguno; en 1361: enferma la mitad y sobreviven algunos. En 1371: enferma 1/10 y muchos mejoran; en 1382: enferma 1/20 y la mayoría cura.

Por ese tiempo se introdujo el concepto de aislamiento y la noción de contagio, por lo cual la nobleza huía de las ciudades para zonas apartadas. Allí dejó Bocaccio su testimonio en el Decamerón. El médico que atendía a los apestados se cubría con una máscara protectora y aspiraba perfumes para no contagiarse.

Laín Entralgo señala que la peste negra tuvo tres consecuencias importantes, además de las políticas (terminó con la Guerra de los Cien Años, entre Francia e Inglaterra):

- Una gran recesión en Europa, no sólo demográfica, sino también económica.
- Una exaltación de ciertas prácticas religiosas viciosas, como las procesiones de flagelantes, con un claro contenido social: la muerte nivela a ricos y a pobres. Los flagelantes hicieron correr la voz de que eran los judíos los causantes de la peste, con el consiguiente asesinato de miles de ellos. El Papa, que era inteligente y veía como en Avignon la peste estaba lejos de respetar a los judíos, emitió una tardía e inútil bula declarando su inocencia.
- Como contrapartida, otros vivieron una exaltación de los placeres mundanos, ante la fugacidad de la vida (*carpe diem*).⁴

Si la peste exaltó en algunos los más nobles valores humanitarios, en otros despertó en cambio ideas malvadas, aprovechándose de su efecto

⁴ *Carpe diem* es una frase latina que literalmente significa *cosecha el día*, o bien *disfruta el día*, que fue acuñada por el poeta romano Horacio (Odas, 11.8): *Carpe diem quam minimum credula postero*. ("Apodérate del día, nunca confíes en lo posterior").

mortífero. En 1350 los tártaros sitiaban Caffa, un puerto comercial genovés en el Mar Negro (hoy Feodosiya, en Ucrania). Los sitiadores habían viajado con la peste desde Catay, y a través de Mongolia. Su jefe, el khan Janibeg, concibió la brutal idea de catapultar sus cadáveres sobre las murallas de la ciudad, a consecuencia de lo cual murieron así sitiados y sitiadores. Algunos genoveses sobrevivieron y llevaron 12 galeras – y muchos microbios- a Messina, Sicilia, transportando la peste al continente europeo.

En la Edad Media, fueron destacadas las epidemias de peste bubónica (llamada peste negra) producida por la *Pasteurella pestis*, transmitida por la pulga de la rata.

En el siglo XVII encontramos las figuras del médico belga Paul de Sorbeit y del príncipe Ferdinand von Schwarzenberg, *el príncipe de la peste*, y vemos por vez primera razones políticas antepuestas a razones de salud pública. En 1678, el Dr. Sorbeit, un médico de Viena, advirtió los primeros casos de peste, importados de Turquía. Informó al Gobierno, pero como se celebraba el cumpleaños del príncipe heredero y todos los preparativos estaban hechos, las autoridades informaron los casos sólo como *fiebre alta*. La fiesta se celebró y los distintos embajadores se llevaron la peste a sus respectivas naciones. El Rey Leopoldo, aterrado por lo que había hecho, viajó en peregrinación al santuario de Maringel, a 85 km de Viena... y la peste viajó con él, de manera que Sorbeit la denominó *pestis ambulans*. El príncipe heredero Ferdinand, por su parte, se caracterizó por su denodada lucha contra la enfermedad, siendo célebre la anécdota de haber recogido un cadáver que transportaba el carretero de la muerte, y que éste no quería echar de nuevo al carro. El príncipe castigó severamente al Magíster del hospital, por ampliar las cifras de los enfermos y de sus días de estadía, a fin de cobrar mayor subsidio estatal, así como por apropiarse de algunos legados. En cambio, honró a Sorbeit y a otros 28 médicos fallecidos en plena labor. En el siglo XX aún quedaba peste endémica en Turquía, Egipto, India, China y Rusia, estableciéndose cuarentena para los viajeros provenientes de esos países.⁵

EL ORIGEN DE LAS PANDEMIAS

Queda un problema pobremente resuelto. ¿Cómo se generan las epidemias? No había sífilis en Europa antes del siglo XV, al menos no en forma masiva: se culpó a América. No había SIDA antes de 1981: se culpó a Haití. No había cólera antes de 1830: se culpó a India. Pero en India, de acuerdo a registros británicos muy serios, nunca “había

⁵ LEDERMANN D., Walter: El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Rev Chil Infec* Edición aniversario 2003; 13-17.

habido enfermedad semejante". Cuando ya era un dogma que sólo el serotipo O 1 de *Vibrio cholerae* provocaba la enfermedad, ha surgido ahora en Bengala un serotipo totalmente nuevo, el O139, que amenaza causar una nueva pandemia. Entonces... ¿aparecen nuevas bacterias o se modifican las anteriores) ¿Vuelve el castigo divino?

Thomas Sydenham (1624-1689) fue un médico inglés, graduado en Oxford, que realizaría por vez primera el estudio clínico de las epidemias en Londres, por recomendación de Boyle. El primer resultado de su investigación epidemiológica va a ver la luz en 1666, bajo el título de *Methodus curandis Febres*, que dedicará a Boyle. El libro, que alcanzó gran notoriedad, llegó a conocimiento de John Locke, en Oxford, iniciando una admiración que meses después, al trasladarse el futuro filósofo a Londres como médico de Lord Ashley, el primer conde de Shaftesbury, se trocó en profunda amistad a través del Dr. John Mapletoft. Desde 1667 a 1672 Locke acompaña a Sydenham en su visita médica; de tal modo le impresiona la práctica de su amigo, que en la segunda edición del *Methodus*, en 1668, escribe un poema latino alabando su método terapéutico. En 1676 publicará las *Observaciones medicae*, una refundición ampliadísima y renovada de su *Methodus*, que abarcaba ahora las epidemias habidas en Londres desde 1661 a 1675, que tuvo un éxito extraordinario sobre todo en el continente europeo.⁶

LA ENFERMEDAD EN LA SOCIEDAD DEL POSITIVISMO NATURALISTA

Tres fueron las principales vertientes por las que se encauzaron los esfuerzos de la sociedad del positivismo frente a la enfermedad. Por un lado, los terroríficos desastres causados en esta época por las epidemias de cólera y fiebre amarilla. Pero mientras estas enfermedades suponían una gran conmoción allá donde hacían su aparición, otro grupo de ellas, como las enfermedades infecciosas endémicas, se hallaban permanentemente presentes en las colectividades urbanas, produciendo al año de un modo más insidioso aunque no menos importante, gran cantidad de víctimas: la viruela, el tifus exantemático, la fiebre tifoidea, la difteria y la escarlatina, se encuentran entre las más frecuentes. Junto a estos dos, un tercer tipo de dolencias demandaba una atención creciente, el de aquellas relacionadas más o menos directamente con la ocupación, es decir, el de las llamadas enfermedades profesionales o laborales. Aunque no pueden dejarse de lado los factores de tipo biológico, lo cierto es que

⁶ LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina. Tomo 5.

en el desencadenamiento de las epidemias jugaron un importante papel otra serie de elementos de orden económico y social como muy bien ha señalado Rosen (1958). Los ferrocarriles y la navegación revolucionaron los transportes y como consecuencia de ello, el contacto entre grupos sociales de muy distinto nivel sanitario y la posibilidad de contagio, eran infinitamente mayores.

La historia del *cólera* comienza en pleno siglo XIX, asolando durante cuatro veces consecutivas, con un lapso aproximado de diez años, más amplia zonas territoriales que ninguna otra enfermedad infecciosa. No es de extrañar la obsesión que produjeron estas catástrofes en la sociedad en general, siendo por ello un catalizador de las preocupaciones por los problemas de la salud pública y constituyendo un fuerte estímulo para la investigación etiológica como estudio más inmediato. El período de incubación del cólera y su rápido curso, ayudan a explicar el porqué la enfermedad no salió de Asia en donde era endémica principalmente en la India, durante épocas anteriores cuando los transportes eran lentos y difíciles. Para poderse propagar la enfermedad necesita de la movilidad de gran cantidad de personas, condición esta que se cumplía de un modo ideal durante el siglo XIX en tiempos de las grandes migraciones. Las guerras, los avatares políticos y, lo más importante de todo, las condiciones económicas, hicieron crecer extraordinariamente el número de emigrantes europeos hacia la nueva tierra prometida, América, creando lo que Marcus Hensen llamó la "migración atlántica".

Pronto fue conocido el punto de origen indostánico, viéndose que a cada pandemia correspondía un recrudescimiento anterior en la India, produciéndose el avance de una doble vía, marítima (transportada por los mercantes) y terrestre, que alcanzaba el Mediterráneo a través de Persia y Siria, penetrando por Astrakan y Rusia hacia el continente europeo. La primera pandemia (1826-1837) se extendió por Europa y América donde entró vía Québec y Nueva York. Durante la misma, fueron los franceses los que se anticiparon en la creación de una serie de comisiones que actuaban en las ciudades afectadas para tratar de prevenir y curar la enfermedad de la mejor manera posible.

El año en que Gran Bretaña envió su ejército desde la India hacia China, para acabar con la importación de opio trayendo consigo también el cólera morbo, comenzó la segunda pandemia (1840-1862) que se vio muy favorecida por las revoluciones europeas de 1848, al crearse circunstancias coyunturales que facilitaron una mayor dispersión de la epidemia. Rusia, Alemania, Inglaterra y Francia se vieron muy afectadas. Asimismo Estados Unidos en donde penetró

simultáneamente por Nueva York y Nueva Orleans, llevada esta vez por los emigrantes alemanes, siguiendo en su propagación, el curso de los grandes ríos.

En 1863, volvió a recrudecerse el cólera en la India, viajando en esta ocasión más rápidamente hacia Europa a través del Mar Rojo y de los peregrinos a la Meca. Dos años más tarde había alcanzado ya los puertos del Mediterráneo y hacía su aparición en oleadas sucesivas por Centroeuropa, Rusia y Gran Bretaña, así como en amplias zonas de América, constituyendo la tercera de las pandemias (1863-1875). Finalmente, la última de todas las pandemias coléricas durante el siglo XIX, se dio entre 1883-1894, comenzando en Egipto, donde llegó procedente de Bombay. En 1884 invadió Francia, Italia y España causando una alta mortalidad en este último país, principalmente al año siguiente. Un brote, localizado en Hamburgo – introducido allí por emigrantes rusos-, contribuyó considerablemente a la aceptación de la teoría de Koch sobre el origen bacteriano del cólera, aceptación que sólo tuvo lugar plenamente en las últimas décadas del siglo. Por el contrario, en la pugna entre anticontagionistas, seguidores de la teoría miasmática, como Chadwick (1800-1890), Southwood Smith (1786-1861) o el propio Virchow (1821-1902); y contagionistas, como William Budd (1811-1880) o John Snow (1813-1858) fue la opinión de los primeros la que prevaleció durante casi todo el siglo. Aunque ya se sospechaba anteriormente la existencia de un germen específico causante de la enfermedad (Hergt, 1838; Pettenkofer, 1858), sólo en 1883 Robert Koch (1843-1910) aisló y cultivó el *Vibrio cholerae*, aunque otros investigadores anteriormente, como W. Budd y J. Snow, habían podido intuir su existencia. La comunicación de Koch al Consejo Imperial de Sanidad de Berlín (1883), causó un enorme impacto en toda Europa provocando una verdadera avalancha de publicaciones y de comentarios entusiastas entre los jóvenes liberales, y vivas discusiones y críticas entre los elementos más conservadores, aferrados a la teoría miasmática.

Por otra parte, la influencia de los trabajos de Pasteur (1822-1895) fue notable, ya que a través de ellos podía entreverse una posibilidad de acción positiva frente a la enfermedad. La febril actividad investigadora en este terreno, desembocó finalmente en la consecución de la inmunización activa por medio de la vacunación anticolérica. El hombre que hizo esto posible fue Jaime Ferrán (1852-1929), quien en 1885 realizó en Valencia las primeras vacunaciones levantando agudas polémicas en todos los ambientes científicos europeos.

Las epidemias coléricas constituyeron un fuerte acicate para la actuación práctica que se encauzó a través de cada nación y a nivel internacional. En el primer caso, por ejemplo en Inglaterra, tras el brote colérico de 1848 se creó el *General Board of Health* y en Estados Unidos, la cuarentena establecida oficialmente en los puertos en 1878, fue el resultado directo de la epidemia de 1873. Pero la acción sólo podía ser efectiva si se hacía por medio de la colaboración entre los países, iniciándose una serie de conferencias internacionales que estudiaremos posteriormente.

La *fiebre amarilla*, endémica en el oeste de África y en Centro y Sudamérica, jugó su papel más importante, como ha visto Ackerknecht, en el curso del siglo XIX. En la construcción del Canal de Panamá, ubicado precisamente en una zona típica de fiebre amarilla, fue un factor decisivo la erradicación del mosquito trasmisor de la enfermedad. El papel de este artrópodo fue sugerido por vez primera por Beuperthuy en 1853, pero el que dio la formulación clásica tal y como la conocemos hoy fue el médico cubano Carlos J. Finlay (1833-1915) en 1881; Finlay mantenía que la fiebre amarilla era transmitida por el *Stegomyia fasciata*, conocido posteriormente como *Aedes aegypti*, aunque la base experimental carecía de suficiente consistencia. Ésta era la situación cuando Estados Unidos invadió Cuba durante la guerra sostenida entre este último país y España (1898). Debido al problema que representaba la enfermedad y con objeto de combatirla, se creó en 1900 una comisión de estudio compuesta por cirujanos del ejército y encabezada por Walter Reed (1851-1902) junto con sus ayudantes James Carroll (1854-1907), J. W. Lazear (1866-1900) y Arístide Agramante (1869-1931). Basándose en la teoría de Finlay, se realizaron una serie de experimentos en voluntarios civiles y militares. Los resultados de este estudio, presentados en la *American Public Health Association*, fueron concluyentes: "El mosquito actúa como intermediario en la transmisión de la fiebre amarilla". Un año más tarde, en 1901, Reed y Carrol demostraron la existencia de un virus filtrable específico de la enfermedad. A partir de estas conclusiones, la fiebre amarilla que casi anualmente invadía los Estados Unidos sobre todo en las zonas costeras, con la aplicación práctica de una serie de medidas realizadas por Gorgas, entre otros, fue pronto erradicada de los puertos y ciudades americanas.⁷

JOHN SNOW, PADRE DE LA EPIDEMIOLOGÍA

⁷ LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina, Tomo 6.



John Snow, nacido en el invierno de 1813 en York, Inglaterra, a la edad de 14 años se convirtió en aprendiz de William Hardcastle, un cirujano-farmacéutico de Newcastle, iniciando así un estricto período de formación para aspirar a ser médico, durante cinco años. A los 17 años, el joven Snow tuvo un primer contacto con una serie de epidemias de cólera, enfermedad mortífera, durante la cual atención a numerosos enfermos de la aldea minera de Killingsworth, experiencia que marcaría para siempre su trabajo como médico e investigador. Terminado su aprendizaje, en 1836 se trasladó a Londres y se matriculó en el *Hunterian School of Medicine*, fundada en 1769. En 1844 obtuvo su grado de Doctor en Medicina por la Universidad de Londres, estableciendo su consulta de cirujano y médico general en la céntrica zona londinense del Soho. La administración de la anestesia por aquel tiempo era bastante insegura debido al escaso conocimiento acerca de las propiedades farmacológicas de los gases y su

administración errática. Snow diseñó un dispositivo sencillo de administración de éter y escribió una guía práctica para su uso, transformándose al poco tiempo en uno de los más prestigiosos anestesiólogos del Reino Unido. Entre sus pacientes más importantes figuró la Reina Victoria, a quien suministró analgesia con cloroformo durante el parto del príncipe Leopoldo (1853) y de la princesa Beatriz (1856). Sin embargo, no sería la anestesiología la disciplina que le daría un sitio en la historia de la Medicina, sino la epidemiología.

Durante el otoño de 1848, se produjo una segunda epidemia de cólera en Inglaterra, causando gran mortalidad. Para aquel tiempo no se conocía con certeza la etiología ni el modo de transmisión de esta enfermedad, enfrentándose dos corrientes teóricas. Por un lado estaban los "contagionistas", quienes sostenían que el cólera se adquiría por contacto con el enfermo o con sus vestidos y pertenencias. En consecuencia, proponían medidas sanitarias drásticas como cuarentenas de buques, encierro de los enfermos en lazaretos y la quema de sus ropas y enseres. Por otro lado, estaban los que apoyaban la teoría "miasmática". Esta teoría postulaba que ciertas condiciones atmosféricas, en especial los vientos, transmitían de un lugar a otro los "miasmas": vapores tóxicos emitidos por materia en descomposición, los cuales "transportaban" de un lugar a otro el cólera. Snow no adhería a ninguna de estas teorías, en especial la teoría miasmática. Fiel conocedor del comportamiento físico y químico de los gases, argumentaba su desacuerdo señalando que si la teoría miasmática fuese correcta, los pacientes deberían presentar síntomas respiratorios producto de la inhalación de los "miasmas" y no el característico síndrome diarreico agudo presente en el cólera. Preocupado por la gran mortalidad a consecuencia de esta devastadora enfermedad, decidió estudiar su comportamiento epidemiológico.

Basándose en el registro de las defunciones por cólera ocurridas entre 1848-49, Snow observó que los distritos de la zona sur de Londres concentraban la mayor cantidad de casos en términos absolutos y daban cuenta de la más alta tasa de mortalidad, muy superior a la del resto de la ciudad (8,0 y 2,4 defunciones por 1.000 habitantes, respectivamente). De igual forma, observó que los habitantes de la zona sur de Londres obtenían agua para beber río abajo del Támesis, lugar donde las aguas estaban altamente contaminadas, a diferencia de los habitantes de las demás zonas de Londres, quienes las obtenían de sectores menos contaminados aguas arriba del mismo o de sus tributarios. Con estos antecedentes in mente, Snow postuló en 1849 una innovadora hipótesis, sosteniendo que el cólera se transmitía mediante la ingestión de una "materia mórbida" invisible al ojo

humano, la cual debía actuar a nivel de los intestinos, produciendo un síndrome diarreico agudo con deshidratación severa. Esta "materia mórbida" había de reproducirse y eliminarse a través de las deposiciones, las cuales finalmente, terminaban en aguas del Támesis, cerrando así un círculo de contagio. Snow publicó su hipótesis en un artículo titulado "*On the Mode of Communication of Cholera*" (1849). Sin embargo, su teoría no tuvo aceptación entre sus colegas, por el contrario, fue duramente criticado en diversas oportunidades. La comunidad médica mantenía firme sus creencias, especialmente la relacionada con la teoría miasmática.

En los años 1853 y 1854, Londres enfrentó una tercera epidemia de cólera. Para entonces los habitantes de ciertos distritos del sur de la ciudad extraían el agua directamente de pequeños afluentes del río Támesis o bien la obtenían a partir de numerosas bombas de agua de uso público, abastecidas por dos compañías diferente. En 1853, mientras una de las compañías había trasladado sus instalaciones de toma de aguas río arriba, hacia un lugar de aguas impolutas, la otra mantuvo sus instalaciones en el lugar original. Al conocer esto, Snow se dio cuenta de que estaba frente a un experimento natural a través del cual podría demostrar su hipótesis. Mientras que la compañía que había trasladado sus instalaciones abastecía 26.107 hogares y registraba sólo 98 muertes por cólera; la abastecida por la que permanecía incambiada y abastecía 40.046 hogares, registraba en su zona 1.263 muertes por cólera.

A principios de setiembre de 1854, un pequeño sector de Londres llamado *Goleen Square* fue escenario de un brote epidémico de cólera de inusual intensidad, costando la vida de cerca de 500 personas en tan sólo 10 días. Como vecino del área, Snow sabía que la mayoría de los residentes del sector extraían el agua a partir de una bomba de uso público ubicada en *Broad Street*. Presentó sus investigaciones y cálculos en base a la proximidad de los muertos con la bomba de abastecimiento y obtuvo la inhabilitación de la misma, aunque ello trajo aparejado una reacción impopular entre los habitantes del barrio.

Su rigor como investigador le hizo darse cuenta que aún faltaban algunas piezas para completar este verdadero rompecabezas epidemiológico. En su planteamiento, no hacía juicio la ausencia de muertes entre los trabajadores de *Lion Brewery* - una cervecería aledaña a la bomba de agua - al igual que el escaso número de defunciones ocurrido en una hospedería para gente pobre, también cercana a la fuente y en la que solamente fallecieron cinco de sus 500 huéspedes. Snow averiguó que los trabajadores de la cervecería,

temerosos de beber del agua de la bomba, únicamente bebían cerveza. De igual forma, la hospedería contaba con un arroyo privado para el suministro de agua potable, no necesitando del agua de la bomba. Finalmente, el estudio de la bomba *in situ* demostró que 20 pies bajo tierra, una tubería de alcantarillado pasaba a escasa distancia de la fuente de agua de la bomba, existiendo filtraciones entre ambos cursos de agua. Las denuncias de mal olor del agua emitidas por los vecinos tenían ahora una explicación lógica.⁸

EN EL URUGUAY DEL SIGLO XIX

La *viruela* fue un azote a través de los siglos.⁹



Edward Jenner (1749-1823) había descubierto en 1796 la vacunación antivariólica inoculándole a un joven granjero con la pústula que presentaba en su mano una campesina ordeñadora. Descubrimiento que daría nombre a las inmunizaciones futuras, pero que le costó grandes disgustos y enemistad con sus colegas corporativos de Londres, quienes sostenían que aquellos que utilizaran dicho método llegarían poco a poco a asemejarse en un vacuno. En 1805 Napoleón, reconociendo el valor de la innovación, haría vacunar a toda su tropa.¹⁰

⁸ CERDA, Jaime y VALVIDIA C., Gonzalo: John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna. *Rev Chil Infect* 2007; 24 (4): 331-334.

⁹ RIZZI CASTRO, Milton: Bicentenario de la expedición de la vacuna antivariólica y su introducción en el Río de la Plata. *Rev Med Urug* 2007; 23: 7-18.

¹⁰ http://es.wikipedia.org/wiki/Edward_Jenner

Ya en tiempos de Artigas, éste promovió entre las primeras medidas de salud pública, la vacunación antivariólica. En 1803 partiría de La Coruña el barco *María Pita*, trayendo a su bordo 22 niños expósitos portadores vivos de la vacuna "brazo a brazo" en la expedición que encabezó el médico cirujano Francisco Xavier de Balmis. La misma llegaría al Río de la Plata en 1805, a bordo del barco negrero "*Rosa del Río*".¹¹ Tardaría más de 100 años en hacerse obligatoria su aplicación, y baste mencionar que el gran médico uruguayo y académico francés Francisco Soca, actuando como legislador, batalló durante 20 años para convencer a sus colegas parlamentarios de la necesidad de imponer la vacunación obligatoria, que se alcanzó recién en 1910.¹² El primer proyecto de ley había sido presentado por el Dr. Abel J. Pérez, Representante por el Departamento de Montevideo, el 25 de abril de 1891.¹³ Entre los opositores a la vacunación obligatoria destacaba el abogado Dr. Juan Paullier, quien argumentaba que la obligatoriedad atentaba contra la libertad de pensamiento.¹⁴ Un médico nacido en Maldonado, testigo de las Invasiones Inglesas, Francisco Dionisio Martínez (1779-1860) fue un entusiasta difusor del "virus vacuna" desde 1808, en forma totalmente honoraria, en toda la región Este del País.¹⁵ La viruela sería declarada enfermedad erradicada de la Tierra por la Organización Mundial de la Salud en 1978.

Entre las epidemias que sufrió Montevideo durante el siglo XIX la de *fiebre amarilla* de 1857 fue la primera de esta enfermedad que ocurrió y también la más severa. Su historia ha dado lugar a varios estudios, entre los que destacamos el detallado y completo publicado por Washington Buño en 1983. Afectó al país en un momento incierto de su historia, en el que amenazantes se enfrentaban grupos políticos aferrados a unas posturas irreconciliables que vanamente intentaba controlarlas un gobierno tan desfalleciente como débil, que culminaría su desprestigio al año siguiente, con la hecatombe de Quinteros.

¹¹ BUÑO, Washington: Historia de la Vacunación Antivariólica en el Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental, 165, 1986.

¹² SOCA, Francisco: Selección de Discursos. Colección de Clásicos Uruguayos, Volúmenes 142, 143 y 144. El discurso en ocasión de su aprobación se ubica en el Volumen 144, pp. 96-206.

¹³ SOCA, Francisco: Selección de Discursos. Colección de Clásicos Uruguayos, Biblioteca Artigas, Volumen 142, páginas 11-50; Volumen 143: pp.: 7-172.

¹⁴ TURNES, Antonio L.: Los 100 años de la Organización Panamericana de la Salud y Uruguay. 2002. En: <http://www.smu.org.uy/cartelera/100ops/ops100histmed.pdf>

¹⁵ CHABOT, Carlos E. y DÍAZ de GUERRA, María A.: FRANCISCO DIONISIO MARTÍNEZ (1779-1860). En: Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo III, Mañé Garzón, Fernando y Turnes, Antonio L., Editores, 2006, pp. 15-24.

No tomaba a los médicos de Montevideo de sorpresa ni desinteresados en la fiebre amarilla. Sus periódicas epidemias en el Norte del Brasil, donde en algunos puntos como Río de Janeiro se había hecho endémica, eran permanente motivo de preocupación. Da cuenta de ello, la polémica que tuvo lugar en la Sociedad de Medicina Montevideana a raíz del trabajo presentado por un médico brasileiro Bentos Carvalho e Souza sobre el contagio de la fiebre amarilla, en el que afirma que ésta no es contagiosa. Ello da motivo a la sagaz polémica que ya hemos reseñado en la que en excelentes exposiciones Pedro Vavasseur, Fermín Ferreira, Bartolomé Odicini, Angel Rossi se oponen con probadas y justas razones a dicha posición, polémica en la que también aporta información valiosa Vilardebó que culmina con la publicación de medidas sanitarias que son elevadas a la Junta de Higiene Pública y que se pueden resumir en las siguientes proposiciones expuestas por Francisco A. Vidal: la fiebre amarilla es inoculable, no proviene de causas locales, se debe a un germen contagioso y de reproducción que puede ser trasmisible, no siempre es igual a sí misma y deben oponerse las medidas propias a las enfermedades pestilenciales mediante un régimen sanitario adecuado a estos fines. Como luego veremos ninguna de las medidas antedichas fueron seguidas.

En los últimos días de febrero de 1857 cundieron los primeros rumores de que la fiebre amarilla había aparecido en la ciudad. En esos días estaban surtos en el puerto tres barcos con patente sucia, todos ellos con enfermos de fiebre amarilla a bordo: el bergantín danés *Le Courier*, el paquebote inglés *Prince* y dos barcos de guerra, uno sardo y otro inglés, el *UASP*. No se tomaron medidas de cuarentena ni aislamiento de carga y de pasajeros, descendiendo, éstos subiendo a bordo otros. Los guadañeros (así se llamaban a los que conducían los guadaños, botes que comunicaban los barcos con el muelle) comunicaban también seguramente por las noches en un intenso tráfico de contrabando. Ya en los primeros días de marzo los enfermos se contaban por decenas. Primero fueron casos ocurridos entre marineros y changadores que vivían en las inmediaciones del fuerte, barrio Dársena, pero rápidamente la epidemia se fue extendiendo. Honda impresión causó el 7 de marzo la muerte del padre Federico Ferretti, jesuita que vivía en la capilla de los Ejercicios. Mucha gente, las clases acomodadas en particular, abandonaron la ciudad para radicarse en sus quintas, estancias o se trasladaron a Buenos Aires. La ciudad quedó desierta. Escasos transeúntes deambulaban por las calles o afanosos comerciantes atendían con premura a lo indispensable para salir prestos de aquel foco de infección y de muerte. Los pueblos del interior, las casas quintas y las estancias no admitían la llegada de

seres o enseres provenientes de Montevideo sin la observancia de varios días de aislamiento y mismo se llegó a la exigencia que llegaran caminando desde dilatadas distancias como prueba de su buena salud.¹⁶

Frente a la crueldad de la epidemia los médicos, no todos hicieron frente a sus deberes. Tanto desde las salas del hospital como en su desinteresada práctica diaria, acudían a incontables visitas en los domicilios. Integraron comisiones de apoyo en las que desplegaron su saber y energía en áreas de brindar en todo momento y a todos, sin distinción de ninguna clase, los mejores recursos para luchar contra un mal tan ubicuo y grave.



Entre ellos, como uno más, estuvo Vilardebó [Teodoro Miguel]. No abandonó su puesto de lucha ni siquiera por las noches. Vivía en la calle 25 de Mayo (seguramente esquina Cerro, hoy Bartolomé Mitre), lado norte de la ciudad, el más castigado por la epidemia. Siguiendo un precepto empírico pero cierto, aquellos que no habían abandonado la ciudad por razones de trabajo o filantrópicas y lo hacían sólo durante la noche se verán preservados del contagio. Pero Vilardebó no abandonó su domicilio céntrico. Fue una de esas noches en la que se contagió. El 24 de marzo se retiró a su casa abatido luego de una agotante tarea asistencial y el 29 a las 2 de la madrugada moría en plena epidemia. Cosa singular para un hombre de tanto predicamento, ningún dato nos ha llegado sobre éstos sus últimos días de vida. Vida que se truncó cuando menos se esperaba aunque sí cuando la arriesgaba en su afán asistencial. No sabemos quiénes lo acompañaron en sus últimos momentos ni cuál de sus colegas le asistió. ¿Pudo haber sido Irineo Portela, su viejo y querido amigo de sus años de estudiante en París y luego colega en el cuerpo médico de Montevideo, que a fin de estudiar la epidemia vino de Buenos Aires donde era en ese momento integrante de la Junta de Higiene Pública? Crónicas refieren que un numeroso público asistió a su entierro pero el destino ulterior de sus

¹⁶ MAÑÉ GARZÓN, Fernando: Vilardebó (1803-1857) Primer Médico Uruguayo. Academia Nacional de Medicina, Montevideo, 1989, pp. 400-401.

restos no ha podido ubicarse. Cayó en el fragor de la pelea. Cayó cumpliendo su obligación. Su muerte no pasó sin causar estupor y llanto. La prensa del mismo día anunció la nefasta nueva. Elogios tan espontáneos como improvisados por la urgencia dan cuenta de la sensible pérdida.¹⁷

La asoladora epidemia que paraliza la vida pública y privada de la ciudad se vio sacudida profundamente por el crecimiento del número de víctimas que producía a la cual aún las autoridades, temerosas de agregar pánico al pánico, no se decidían a nombrar por su verdadero nombre. A esta situación se sumaba y potencializaba, circunstancias o casos concretos que por su relevancia o crueldad estremecieron los ánimos. El primero fue quizá la muerte ejemplar, víctima de sus desvelos asistenciales, de Vilardebó. Si bien éste atendía los cuerpos, otra que aportaba el consuelo espiritual insigne figura de nuestro clero le seguiría poco más de un mes después. En efecto el 9 de mayo fallece víctima también de la epidemia el Vicario Apostólico de Montevideo José Benito Lamas (1787-1857), quien como Vilardebó se había entregado por entero a su ministerio no sólo llevando su ayuda espiritual, sino confundiéndose con aquellos que se encargaban de todas las tareas que requerían las circunstancias.

Fueron del mismo modo víctimas de la epidemia otras figuras relevantes. Algunas de ellas también cayeron. Una de las primeras fue el jesuita Federico Ferratti a quien ya hemos hecho referencia. El cura de la Iglesia San Francisco, Martín Pérez enfermó pero se salvó. Dos destacados médicos Bartolomé Odicini y Gabriel Sonnet se vieron afectados pero lograron curarse. Otro médico de cierta notoriedad pagó el tributo de su vida. Fue el polaco Maximiliano Rymarkiewicz. Era este último un personaje singular mezcla de héroe y de soldado aventurero. Se le llamaba el *Polaco*.¹⁸

¹⁷ MAÑÉ GARZÓN, Fernando: Op. Cit., pp. 404-405.

¹⁸ MAÑÉ GARZÓN, Fernando: Op. Cit.: pp. 409.

LA EPIDEMIA DE FIEBRE AMARILLA DE 1873

No sólo inestabilidad política encontrará Pedro Visca al volver de Europa en sus primeros años de ejercicio profesional. La población del Uruguay ya castigada por la guerra del Paraguay, la Revolución de Timoteo Aparicio y la emigración hacia la Argentina, se verá azotada además por tres epidemias en años sucesivos: viruela en 1871, fiebre amarilla en 1872 y nuevamente fiebre amarilla en 1873. Ya en 1868 había soportado una epidemia de cólera, que había producido un elevado número de víctimas. Pocos datos se han podido reunir sobre la epidemia de viruela de 1871, la que cobró 1242 muertos en toda la República para una población aproximada de 400.000 habitantes.

Por ser la fiebre amarilla junto con el cólera una de las epidemias más graves y temidas durante el siglo XIX, y en la que todo médico tenía que actuar, vamos a dar una rápida síntesis de estas epidemias de 1872 y 1873 donde, en la última de las cuales, Pedro Visca tuvo destacada actuación.

Montevideo soportó tres epidemias de fiebre amarilla: en 1857, en 1872 y la última en 1873. La primera de 1857 fue la más intensa, cobrando 888 víctimas sobre una población de 45.000 habitantes. Había tomado origen de un bergantín dinamarqués *Courrier* a bordo del cual habían fallecido de fiebre amarilla en su travesía desde Río de Janeiro a Montevideo, el piloto y el carpintero. Un tráfico ilícito de mercaderías con dicho barco, trajo a tierra el terrible mal. Fue en esta epidemia que fallecieron entre otros, hombres tan prominentes como el doctor Teodoro Miguel Vilardebó y el Vicario Apostólico don José Benito Lamas. El Uruguay se había librado de la epidemia de fiebre amarilla que afectó a Buenos Aires en 1871 donde produjo 13.725 defunciones. Fue una escena de esa epidemia la que representó Juan Manuel Blanes en su célebre cuadro *Episodio de la Fiebre Amarilla en Buenos Aires*. Le tocaría a Montevideo sufrirla inmediatamente después, en 1872 y 1873, aunque no con una intensidad tan grande.



La historia de este hermoso cuadro de Juan Manuel Blanes tiene particular interés. El 8 de diciembre de 1871 en el foyer del Teatro Colón [debió ser Solís, porque el Teatro Colón se inauguró recién en 1908, mientras que el Teatro Solís había sido inaugurado en 1856] fue expuesto el famoso cuadro que conmovió profundamente, pues aún

estaban candentes las angustias de la pasada epidemia. En un miserable cuarto de un viejo conventillo yace muerta sobre el piso de ladrillo, una joven y hermosa mujer, sobre cuyo cuerpo inerte, un hermoso infante trata de descubrir bajo las vestiduras, el seno de su madre. En el fondo se destaca sobre un jergón, el cadáver del padre. Por la puerta ampliamente abierta al patio lleno de luz entran dos personas: una que con rostro compungido, sus manos tomadas entre sí y su rostro inclinado denotando una profunda conmiseración: es éste el doctor Roque Pérez, entonces presidente de la Comisión Popular de lucha contra la fiebre amarilla, víctima también posteriormente de la epidemia. A su lado en un gesto de asombro y descubriéndose, galera en mano, aparece el doctor Manuel Argerich, víctima también del flagelo, mientras que un joven vuelve la cara para no mirar tan dramático espectáculo. Según algunos exegetas el motivo fue tomado por Blanes de la realidad. La escena ocurrió en la calle Balcarce número 348 en un conventillo emplazado en una vieja casa colonial. Un sereno al hacer su ronda, vio la puerta abierta y entró, encontrándola abandonada; al reconocerla vio a la luz de un farol en una de las numerosas habitaciones que daban a los amplios patios, una mujer inerte, muerta, tirada en el suelo sobre el cual un niño de pecho trataba desesperadamente de mamar. Corrió enseguida hasta la sede de la Comisión Popular volviendo con dos de sus miembros, los doctores Roque Pérez y Manuel Argerich. Se pudo comprobar que la madre fallecida se llamaba Ana Bristiano, emigrante italiana. El cuadro fue comprado a través del coronel Pagola en 10.000 pesos por el gobierno uruguayo, quien no accedió a ceder la obra al gobierno argentino pese a reiteradas solicitudes, que casi desembocan en un conflicto diplomático (Scenna, M. A. Cuando murió Buenos Aires (1971): 447-452).¹⁹

La epidemia de cólera registrada en 1886-1887, en Montevideo y en el resto del país, no era nueva. Ya se había presentado en 1866 causando 228 víctimas y en 1867-1868 causando esta vez 2.952 víctimas. Ambas epidemias fueron estudiadas por Germán Segura en su tesis de doctorado presentada ante la Facultad de Medicina de Buenos Aires, publicada en el año 1968, trabajo en el que trata además la epidemia ocurrida en Buenos Aires en el año 1867. Germán Segura Villa de Moros (1839-1901), fue un destacado médico uruguayo, hijo de un mendocino y una ciudadana uruguaya. La epidemia uruguaya también fue estudiada por el médico uruguayo Enrique M. Estrázulas, en su tesis de doctorado presentada ante la Universidad de Pennsylvania.

¹⁹ MAÑÉ GARZÓN, Fernando: PEDRO VISCA: Fundador de la Clínica Médica en el Uruguay, Tomo I, página 160. Barreiro & Ramos, Montevideo, 1983.

En esta epidemia uno de los médicos afectados, aunque en forma benigna, fue el doctor Ernesto Fernández Espiro, cirujano del Cuartel del Batallón 3° de Cazadores "General Artigas", situado en la Avenida Agraciada e Ibicuy, regimiento que fue trasladado al palco del Hipódromo de Punta Carretas, fuera de la ciudad.²⁰ También resultó afectado en forma benigna el Dr. León Capdehourat (1836-1920), que asistía en La Unión al Asilo de Mendigos.²¹

En 1954 tuvo lugar en Uruguay una importante epidemia de poliomielitis, desplegando el país un notable esfuerzo cooperativo para sostener a los jóvenes y niños que la padecían con sus secuelas motrices y sus severos compromisos respiratorios iniciales. Posteriormente aparecieron primero, en 1954, la vacuna inyectable a virus muertos de Jonas Edward Salk (1914-1995) y diez años más tarde la de virus vivos atenuados, de administración vía oral, de Albert Bruce Sabin (1906-1993), que fueron universalmente adoptadas. También debió iniciarse y potenciarse el servicio de Ortopedia Infantil del Hospital Pereira Rossell, a cargo del Dr. Ricardo Joaquín Caritat Larrar (1901-1976), que desplegaría una verdadera cruzada, con el apoyo de algunos medios de comunicación y periodistas comprometidos, para lograr la rehabilitación de esos niños.²²

²⁰ MAÑÉ GARZÓN, Fernando: Pedro Visca, Op. Cit. pp. 231-268.

²¹ MAÑÉ GARZÓN, Fernando, Pedro Visca, Op. Cit. pp. 242.

²² CARITAT LARRAR, Ricardo Joaquín (1901-1976) por Ricardo J. Caritat Theoduloz. En *Médicos Uruguayos Ejemplares*, Tomo III, pp. 355-375; Mañé Garzón, Fernando y Turnes, Antonio L., Editores, Montevideo, Uruguay, 2006.

MÁRTIR DE LA CIENCIA



Daniel Alcides Carrión García (1857-1885) era un estudiante de medicina nacido en Cerro de Pasco, Perú, que había ingresado a la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos en 1878, estudios que realizaría con mucho éxito. Durante la Guerra del Pacífico, entre Chile y Perú, que duró hasta 1883, Carrión actuaría como practicante de Medicina en el Ejército de su país, desempeñándose con abnegación y patriotismo. Deseoso de contribuir a la obtención de conocimientos en el campo de la patología peruana, escogió como tema de sus investigaciones a la Verruga peruana, enfermedad endémica conocida como Fiebre de Oroya, producida por la *Bartonella bacilliformis*.

Cuando Carrión se enteró que la prestigiosa academia peruana organizaba un concurso para premiar a quien demostrase la inoculabilidad de la verruga peruana, enfermedad que sólo ataca a los humanos, era necesario que se demostrara con experimentos realizados en el hombre. Esta enfermedad, que es endémica en regiones montañosas del Perú, Ecuador, Colombia, Chile, Bolivia y

Guatemala, y que en 1987 mató a 14 personas en la villa peruana de Shumpillán y 20 personas de un total de 226 casos en la región del Valle Sagrado de los Incas al norte del Cuzco, se presenta bajo forma de verrugas de número variable, color rojizo y a veces sangrante en varias partes del cuerpo.

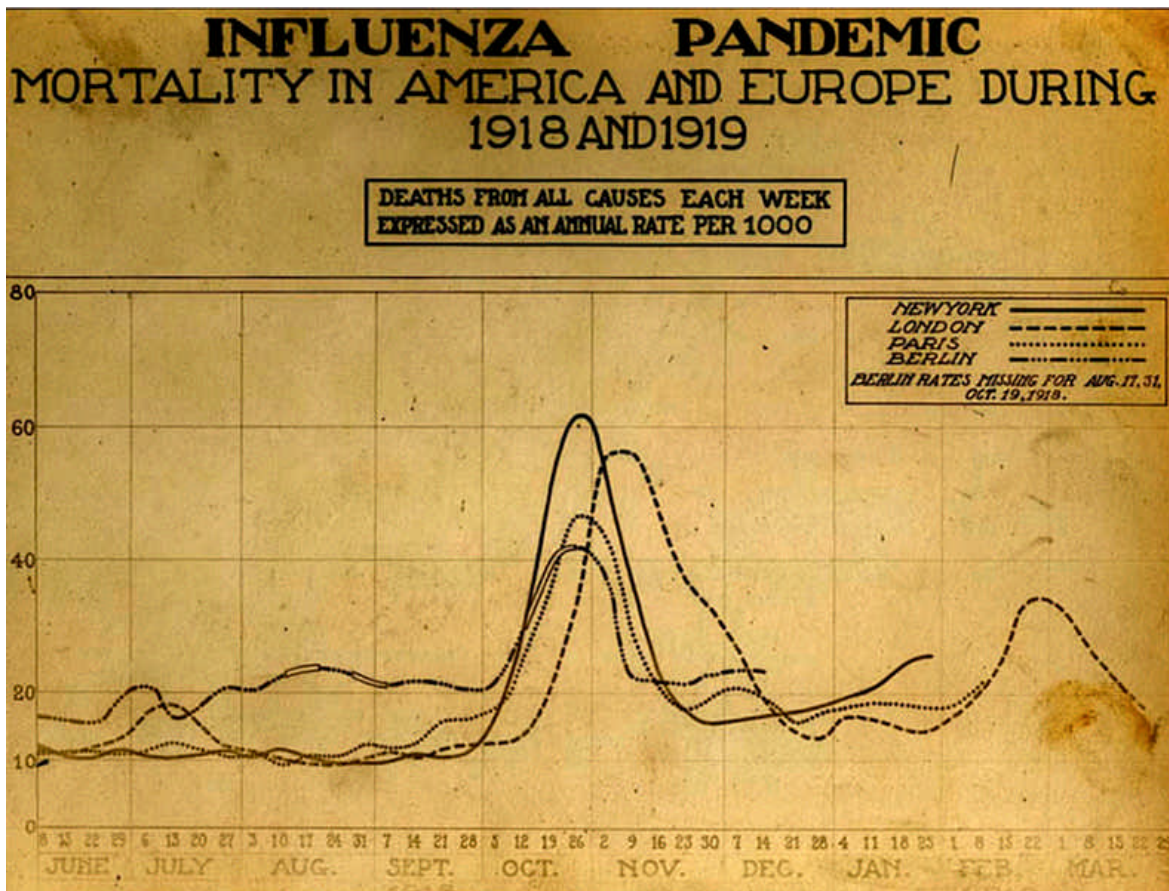
El 27 de agosto de 1885 en el Hospital Dos de Mayo, Carrión quiso hacerse a sí mismo la inoculación, siendo asistido por el Dr. Evaristo M. Chávez con cuatro lancetazos, utilizando la secreción de la verruga de una paciente de catorce años, ante el total desacuerdo del jefe de sala, Leonardo Villar y con el testimonio de dos estudiantes. Mediante su sacrificio demostró que la fiebre de Oroya y la verruga peruana eran dos fases de la misma enfermedad y que la inoculación podía producir la fase aguda. Daniel A. Carrión fue llevando un diario detallado día por día de todo cuanto pasaba hasta que sus facultades físicas e intelectuales ya no se lo permitieron y tuvo que encargar a sus condiscípulos que continuaran su diario hasta su muerte, cuando tenía 28 años. Quedó comprobado además que la enfermedad era incurable. Falleció el 5 de octubre de 1885.^{23, 24}

ANTECEDENTES DE LA ACTUAL PANDEMIA

Una pandemia de gripe (a veces llamada "influenza") es un brote mundial de la enfermedad que ocurre cuando un nuevo virus de gripe A aparece o surge en la población humana, produce una enfermedad seria y luego se contagia fácilmente de persona a persona en todo el mundo. Las pandemias son diferentes a los brotes o epidemias de gripe estacionales. Los brotes estacionales son provocados por subtipos de los virus de gripe que ya existen entre las personas, mientras que los brotes pandémicos son provocados por nuevos subtipos o por subtipos que nunca han circulado entre las personas, o que no han circulado entre las personas durante mucho tiempo. Las pandemias de gripe anteriores han producido altos niveles de enfermedad, muerte, perturbaciones sociales y pérdidas económicas.

²³ ZAMBRANA ENCINAS, Jorge: Héroes y Mártires de la Medicina. *Archivos bolivianos de historia de la Medicina*: Vol. 7 No. 1: enero-junio 2001, pp.: 91-94.

²⁴ En: http://es.wikipedia.org/wiki/Daniel_Alcides_Carri%C3%B3n



Mortalidad por semana en París, Londres, Berlín y Nueva York. En el caso de Berlín, se perdieron algunos registros de agosto y octubre de 1918.

Hace ahora 91 años, la llamada *gripe española* mató a 100 millones de personas en todo el mundo y a unas 300.000 en España. Fue probablemente la peor epidemia de todos los tiempos, con más mortandad que la Peste Negra del siglo XIV. Una epidemia de categoría 5 en el Índice de Severidad de Enfermedades Infecciosas del CDC. Lo que significa que mató a más del 5% de la población humana de su tiempo.



Hospital improvisado en Kansas, durante el brote epidémico.

El nombre es inmerecido. Su denominación técnica es *gripe tipo A*, o cepa H1N1, y en España se la llamó *La Pesadilla* o, con el humor negro habitual ante la tragedia, *La Cucaracha*. Su origen fue norteamericano y más exactamente un campo de entrenamiento donde se preparaban soldados para la I Guerra Mundial: Fort Riley, Kansas. Allí surgió el *paciente cero*, un soldado raso que se presentó en la enfermería con síntomas de gripe poco después del desayuno del día 11 de marzo de 1918. A mediodía, el médico militar había atendido ya más de cien casos. Para el fin de semana, había 500 soldados enfermos.

Desde allí, con los movimientos de tropas propios de una guerra mundial, la epidemia saltó a Europa. No llegó a España hasta el mes de noviembre, pero como España no participaba en esa guerra y no había censura militar de la prensa, fue el primer país donde se dio a conocer en todo su alcance. De ahí el sambenito de *gripe española*. También es

cierto que varias ciudades de España padecieron una enorme mortalidad.

Curiosamente, esta cepa vírica no sólo se cebaba con los niños y ancianos, como todas, sino también con las personas más resistentes: jóvenes en edad de trabajar o criar. Su mortalidad en ese grupo de población fue enorme, como no se había conocido jamás. En Estados Unidos murieron 650.000 personas. En Francia, 400.000. En la India, 17 millones. En las Islas Fiji pereció el 14% de la población en sólo 15 días. En Samoa Occidental, el 22%. En Sudáfrica, Alaska y otros lugares, comunidades enteras desaparecieron sin dejar rastro en cuestión de días. En el mundo entero, sólo hubo una isla del río Amazonas que se libró del contagio.

Por comparación, el SIDA mató a 25 millones de personas en los primeros 25 años. La llamada gripe española mató a 25 millones de personas en *25 semanas*.

El virus H1N1 fue con toda probabilidad un virus de la gripe aviar que saltó a la especie humana y se diseminó rápidamente gracias a la promiscuidad de los acuartelamientos militares y los desplazamientos de la Primera Guerra Mundial (y por eso otros virus aviares como el H5N1, de reciente aparición, se vigilan tan atentamente). Se contagiaba por el aire y por contacto y aerosol, como la gripe común, pero con una tasa de infección del 20 al 50% y una tasa de mortalidad de entre 2% y el 20% de las personas infectadas. La *gripe española*, probablemente, mataba a sus víctimas por la llamada *tormenta de citoquinas*, un gravísimo colapso del sistema inmunológico que en la época se confundió con el cólera, la peste, el tifus exantemático o la fiebre del dengue. A los pacientes se les coloreaban las extremidades de un tono azul, sufrían graves hemorragias digestivas y presentaban edema pulmonar, todo ello con las aparentes características de una fiebre hemorrágica del tipo del virus de Ébola. Desprovistos de sistema inmunológico, fallecían generalmente de neumonía. La así denominada vulgarmente *La Cucaracha*, o *La Pesadilla* duró dos años y marchó como se había venido. Para el año 1921, ya no se produjo ningún caso de gripe tipo A. No fue una plaga bíblica, ni una peste medieval. Ocurrió hace tan sólo 90 años, con conocimientos de higiene, microbiología e inmunología, apenas doce años después que don Santiago Ramón y Cajal recibiera el Premio Nobel, con eminentísimos médicos como el doctor Juan Peset Aleixandre, en pleno siglo XX.

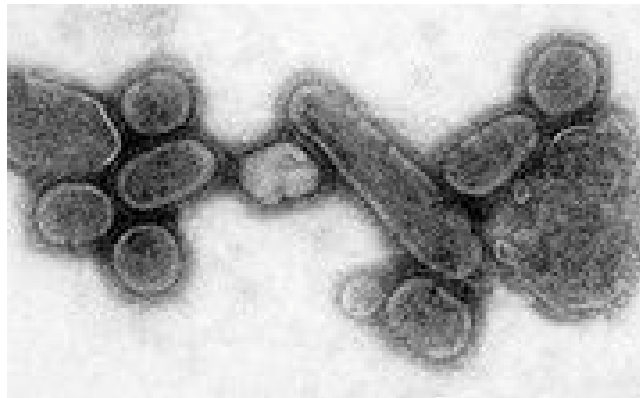


Imagen al microscopio electrónico del virus de 1918, recreado en el laboratorio.

INFORMACIÓN Y CENSURA

Se ha afirmado que el calificativo de *Gripe española*, tuvo que ver más con su coincidencia con el final de la Primera Guerra Mundial y la consiguiente censura militar ejercida en los países que participaban en la contienda que con haberse originado en España. De hecho, tanto en uno como en otro bando beligerante se había silenciado el desarrollo del primer brote epidémico durante la primavera de 1918 y sólo cuando las autoridades sanitarias españolas enviaron un telegrama a Londres para comunicar la aparición de una enfermedad epidémica en Madrid en mayo de 1918, se reconoció la existencia de una epidemia de gripe tomando a España como punto de partida de la pandemia. Los 20, 30 o 100 millones de muertos (las cifras son muy variables según las estimaciones, por la escasez de estadísticas sanitarias internacionales adecuadas en ese tiempo) que, según los distintos autores, provocó, hablan de la gravedad de este suceso que, hasta el advenimiento del SIDA, fue considerado el evento epidémico por excelencia del siglo XX. Este episodio ha permanecido vivo en la memoria colectiva e incluso ha provocado nuevos momentos de pánico, como el registrado en 1976, cuando se temió un drama de similares características al de 1918 en Estados Unidos y se diseñó y puso en marcha un plan preventivo de inmunización que para algunos autores ha sido el mayor fiasco de la historia estadounidense. Por todo ello, no debe extrañar que se haya producido el acercamiento, en numerosas ocasiones y desde distintas disciplinas y perspectivas, a este suceso epidémico. A pesar de ello, en la *Conference on the Spanish Flu Pandemic*, que se celebró en

septiembre de 1998 en Cape Town, Sudáfrica, junto a un importante intercambio de información se puso también de relieve las carencias que aún existían en cuanto al conocimiento de esa pandemia de 1918 se refiere. De ahí que se animara a proseguir con los estudios al objeto de llegar a establecer mejor las características del virus responsable de dicha pandemia, tener una mayor idea de la mortalidad producida, y sobre todo, saber lo ocurrido en las zonas que permanecen aún sin ser estudiadas. En ese sentido, algunos autores significan el valor que los estudios locales, como el realizado en algunas regiones de España, poseen para la consecución de algunos de estos objetivos. Un autor valenciano, Manuel Martínez, realizó una tesis académica bajo la dirección de Josep Lluís Barona. Manuel Martínez, un médico pediatra del Servicio de Salud valenciano, con antecedentes en el ámbito de la Historia de la enfermedad y de la Salud Pública, realizó una tesis doctoral titulada "La epidemia de gripe de 1918 en la ciudad de Valencia", en la Facultad de Medicina de Valencia, en el año 1994-95. Otra contribución suya sobre el mismo tema fue presentada al X Congreso Nacional de Historia de la Medicina celebrado en Málaga en 1996. Diversos estudios se realizaron sobre las pequeñas poblaciones de Alicante, Salamanca, Zamora, o de grandes ciudades como Barcelona, Bilbao o Madrid, pero no se habían realizado estudios de lo sucedido en Sevilla o Valencia. Con información obtenida de la consulta de los *Libros de Defunción del Registro Civil*, de la documentación del Archivo municipal, de los artículos de prensa diaria y médica, editadas ambas en Valencia, y de algunas publicaciones estadísticas, este autor ha elaborado un texto estructurado en nueve capítulos, contando la introducción, el estado de la cuestión, la bibliografía y el apéndice, en el que se reproducen bandos, disposiciones y otros documentos de interés procedentes tanto del Archivo municipal como de la prensa. El grueso de la información se halla contenido en los apartados tercero, cuarto, quinto y sexto de la obra. En ellos, se van exponiendo respectivamente los efectos de la epidemia sobre la mortalidad de la ciudad de Valencia, las reacciones de las autoridades locales y las medidas que adoptaron para hacer frente a la crisis sanitaria que se vivía, una imagen de la percepción social del suceso epidémico a través de la visión ofrecida desde la prensa diaria valenciana, y el debate suscitado entre los médicos valencianos.²⁵ Esta tesis fue reseñada en la publicación recién citada por María Isabel Porras Gallo, de la Universidad de Castilla-La Mancha.

²⁵ MARTÍNEZ, Manuel: València al límit. La ciutat davant l'epidemia de grip de 1918, Simat de la Vallidigna, Eds. La Xara, 1999, 207 pp. Comentada en *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illust.* 2001, 21, 487-559.

Se han publicado interesantes trabajos sobre la Gripe de 1918 en diversas regiones, de las que hemos podido consultar la de Pontevedra (Galicia)²⁶ y la de Palencia (Comunidad de Castilla-León)²⁷. Estos estudios revelan la importancia que ha tenido volver a examinar las condiciones económicas, sociales, culturales, y especialmente sanitarias, así como las repercusiones de la epidemia en esas comunidades. Resulta sorprendente que la pandemia de gripe de 1918, se haya transformado, particularmente en España, en objeto de investigaciones a la luz de los conocimientos actuales, llegando a importantes conclusiones que serían válidas para cotejar con la realidad de la pandemia actual iniciada en mayo de 2009. Parecería que se aguardaba epidemiológicamente, vivir una situación similar en algún momento cercano, lo que finalmente aconteció.

Alguno de esos estudios, como el que a continuación transcribimos, muestra de forma muy definida, todos los efectos y circunstancias, en un pormenorizado trabajo de investigación, avalado por la consulta de abundante y calificada bibliografía.

LA EPIDEMIA DE GRIPE DE 1918-19 EN MADRID

Esta autora había publicado años antes una voluminosa tesis, en el año 1994.²⁸ Este estudio, tal vez uno de los más ricos presentados en las diversas regiones de la Península Ibérica sobre este fenómeno, aborda una amplia gama de aspectos, desde los epidemiológicos, hasta las repercusiones en la prensa, en el medio profesional, y en la opinión pública; la reacción de las autoridades y las dificultades de comunicación así como sus repercusiones. De su pormenorizado estudio extrae las siguientes *Conclusiones*:

1. Los problemas más acuciantes que presentaba Madrid en 1918 eran el hacinamiento de la población y la insalubridad de los barrios y las viviendas, el importante endeudamiento del municipio, el mal crónico de las subsistencias y la mendicidad.

²⁶ DÍAZ LEMA, Antonio: La Gripe de 1918: En: <http://pdf.depontevedra.es/ga/107/pief1WFtTh.pdf>

²⁷ De PRADO MOURA, Ángel: La Epidemia de Gripe de 1918 en Palencia. En: http://www.gentedigital.es/upload/ficheros/blogs_entradas/200904/la_epidemia_de_gripe_en_palencia_en_1918.pdf

²⁸ PORRAS GALLO, María Isabel: Una ciudad en Crisis: La epidemia de Gripe de 1918-19 en Madrid. Tesis presentada al Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, 1994, 689 páginas dactilografiadas.

2. La estructuración social y ocupacional de los distritos de Madrid en el bienio de 1918-19 era la siguiente: la mayor parte de las clases acomodadas y de los comercios e industrias se concentraba en los distritos más favorecidos desde el punto de vista higiénico-urbanístico y en los de nivel intermedio – Centro, Buenavista, Congreso, Hospicio, Latina y Chamberí -, mientras que la mayoría de los obreros se alojaban en los distritos menos favorables y en algunos de los intermedios – Universidad, Chamberí, Latina, Inclusa y Hospital -.
3. En 1918 España presentaba insuficiencias legislativas en materia de Sanidad, carecía de un Ministerio de Sanidad, y de una organización sanitaria adecuada.²⁹
4. La infraestructura asistencial madrileña tanto hospitalaria como ambulatoria era insuficiente para cubrir las necesidades diarias, y el acondicionamiento de la mayoría de los locales era inadecuado.
5. La pandemia de gripe de 1918-19 cursó en Madrid en tres brotes. El primero se desarrolló desde mediados de mayo hasta el 6 de julio, correspondiendo el momento álgido al período comprendido entre el 27 de mayo y el 9 de junio [pleno verano del hemisferio norte]. El segundo se inició en los primeros días de septiembre hasta el 13 de diciembre de 1918, alcanzando su mayor intensidad entre el 20 de octubre y el 16 de noviembre. Por su parte, el tercero se produjo desde mediados de febrero de 1919 hasta mediados de mayo, adquiriendo su máxima gravedad entre el 25 de febrero y el 22 de marzo de 1919. En diciembre de 1919 y enero de 1920 Madrid se vio afectada por una nueva epidemia de gripe.
6. La pandemia de gripe de 1918-19 produjo un importante aumento de la mortalidad general en Madrid capital y en todos sus distritos, aunque menor que en otros puntos de nuestro país.
7. El patrón de la sobremortalidad general coincidió con el desarrollo de los tres brotes de la epidemia, siendo muy importantes las elevaciones registradas durante el primer brote, sobre todo en junio de 1918.
8. Hubo muy pequeñas diferencias respecto a la estacionalidad que adoptó la mortalidad de los distintos distritos madrileños.
9. La mortalidad diferencial de los distritos madrileños ante la enfermedad se conservó durante los años de la pandemia (1918

²⁹ Uruguay no contaba tampoco para esa época con un Ministerio de Salud. Recién en 1921 Joaquín de Salterain dictó una conferencia en el Sindicato Médico del Uruguay planteando la necesidad de su incorporación a la Administración Pública: En: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/msp-75a.pdf>

y 1919), según los datos del Ayuntamiento de Madrid, mientras que según los datos del Registro Civil la mortalidad diferencial de los distritos, para el mismo período, estaría en relación más que con sus condiciones socioeconómicas e higiénico-urbanísticas con la cantidad de hospitales que tenían en los que se hubiera prestado asistencia a los epidemiados.

10. El incremento en la mortalidad general y en algunas tasas específicas durante diciembre de 1919 y enero de 1920 pone de relieve la importancia que tuvo la nueva epidemia de gripe de 1919-20 en Madrid capital, a diferencia de lo que ocurrió en otras partes de España.
11. Durante los años 1918 y 1919 no sólo aumentó la mortalidad por gripe, sino también la de todos los procesos respiratorios con el comportamiento excepcional de la bronquitis aguda. La mortalidad por esta enfermedad no sólo no aumentó en 1918, sino que incluso fue inferior a la de 1915. No obstante, en 1919 y 1920 sí se elevó la mortalidad por dicha causa, si bien fue sobre todo a expensas de la nueva epidemia de gripe (1919-20) y de la repercusión que ésta tuvo en los menores de 1 año.
12. En general, los aumentos que se registraron en las tasas de las distintas enfermedades señaladas coincidieron con el desarrollo de los tres brotes de la pandemia de gripe de 1918-19 y con la nueva epidemia de 1919-20. Un comportamiento algo excepcional fue el de las tasas de mortalidad por bronquitis crónica que, si bien se elevaron durante el primer brote – sobre todo en junio de 1918 -, no se modificaron apenas con el resto de los brotes.
13. Normalmente las elevaciones de las tasas de mortalidad de las distintas enfermedades registradas durante el primer brote fueron muy importantes, sobre todo en junio de 1918 y durante la nueva epidemia de gripe de 1919-20. Por lo tanto parece adecuado pensar por un lado, que el primer brote en la ciudad de Madrid no fue tan benigno como los distintos testimonios contemporáneos señalaron, y por otro, que la nueva epidemia de gripe de 1919-20 tuvo un gran impacto demográfico en dicha villa.
14. La epidemia de gripe de 1918-19 también alteró la distribución de la mortalidad por sexos y grupos de edades de Madrid. En el bienio de la pandemia, la mortalidad masculina general y por gripe fue superior a la femenina, aunque coincidiendo con el desarrollo de los tres brotes de gripe, disminuyeron las diferencias entre los dos sexos e incluso la mortalidad femenina por gripe superó a la masculina en octubre y noviembre de 1918 y en diciembre de 1919.

15. En los distintos grupos de edades el porcentaje de hombres normalmente superó al de mujeres durante 1918 y 1919, con la única excepción del grupo de edad entre 5 y 19 años en 1918 y el de 20 a 39 años en 1919, en los que el porcentaje de mujeres fue mayor que el de hombres.
16. La mayor mortalidad se registró entre los individuos de 20 a 39 años que constituyeron algo más del 40% de todas las defunciones de 1918 y un poco menos en 1919.
17. La mortalidad infantil se elevó en 1918 y disminuyó en 1919, mientras que la mortalidad infantil por gripe fue menor en 1918, elevándose en 1919 y en 1920, como efecto de la epidemia de 1919-20.
18. La natalidad no pudo compensar la gran mortalidad que acompañó a la epidemia de gripe de 1918-19 y el crecimiento vegetativo fue negativo. No obstante, la importante inmigración que se estaba produciendo logró que el crecimiento real fuera positivo.
19. Los gastos derivados de la puesta en marcha en Madrid de las distintas medidas de profilaxis pública y de la asistencia sanitaria y social prestada a los epidemiados y/o a sus familiares fueron sufragados únicamente por el Ayuntamiento y por el Estado, dada la falta de recursos pecuniarios de la Diputación provincial de Madrid. Por su parte, el Estado tuvo que hacer frente también al pago de las pensiones de viudedad y orfandad a los familiares de los médicos y farmacéuticos madrileños.
20. Aunque la mayoría de los médicos madrileños, cuando se inició la epidemia, se mostraron partidarios de considerar que era la gripe la enfermedad responsable de ella, a algunos se les presentaron ciertas dudas a la vista de la variabilidad clínica del proceso y de los resultados que ofrecía el laboratorio. Esta situación se reprodujo en menor medida cuando se inició el segundo brote de la epidemia.
21. Durante la epidemia de 1918-19 los médicos madrileños elaboraron un discurso científico sobre la etiología, diagnóstico, profilaxis y tratamiento de la gripe, siendo la etiología el tema que mayor protagonismo alcanzó.
22. Todas las propuestas etiológicas fueron formuladas en el marco bacteriológico, y fueron similares a las que hicieron los investigadores extranjeros y de otros puntos de nuestro país. No fueron novedosas, sino que se retomaron las distintas hipótesis que habían sido consideradas a lo largo de toda la historia bacteriológica de la gripe.
23. Las principales hipótesis etiológicas defendidas fueron: el bacilo de Pfeiffer – concepción vigente en ese momento -; una

asociación bacteriana; una bacteria distinta del bacilo de la influenza; un virus filtrable; y un agente específico desconocido aún. La primera de estas propuestas fue defendida sobre todo por los clínicos, tuvo mayor vigencia al iniciarse la epidemia y fue perdiendo seguidores a medida que se desarrolló la misma. La defensa de la segunda corrió a cargo de los clínicos – sobre todo los que no eran partidarios de admitir la unidad de la gripe -, farmacéuticos y bacteriólogos. Los mayores defensores de la tercera de las hipótesis fueron los clínicos partidarios de la unidad nosológica de la gripe y algunos bacteriólogos. La cuarta propuesta encontró bastantes resistencias entre los médicos madrileños, aunque fue ganando partidarios paralelamente al desarrollo de la epidemia; en general, fue defendida por bacteriólogos más rigurosos, médicos de formación sanitaria y sobre todo por profesionales no médicos. La quinta hipótesis, que tuvo menos seguidores, fue defendida por aquellos que eran partidarios de una etiología microbiana de la gripe y fueron más rigurosos respecto al cumplimiento de los postulados de Koch por los gérmenes que el laboratorio aislaba entre los enfermos de gripe.

24. La pandemia de 1918-19, considerada por muchos como el momento para establecer definitivamente la primacía del diagnóstico de laboratorio de la gripe, no dio respuesta a esta exigencia, ya que el laboratorio fue incapaz de proporcionar un germen que cumpliera los postulados de Koch y que pudiera ser considerado como el agente específico de la gripe; y ante esa situación, los médicos no investigadores y los clínicos investigadores optaron por conceder primacía al diagnóstico clínico y otorgar un papel complementario al bacteriológico.
25. La mayoría de los médicos parecieron estar de acuerdo en considerar que la prevención contra la gripe quedaba limitada a la profilaxis individual, ya que la única profilaxis pública efectiva sería una vacuna específica contra la gripe, de la que no se disponía, y los grandes recursos de la Higiene Pública – aislamiento y desinfección – eran estériles. Sin embargo, ni la propuesta de la Real Academia Nacional de Medicina, ni las que, individualmente, realizaron algunos médicos se adecuaron a estas ideas. La profilaxis individual consistiría para la mayoría de los médicos en la combinación de las medidas tradicionales de la higiene privada con la desinfección de las vías respiratorias.
26. Tanto la Real Academia Nacional de Medicina como individualmente los médicos reconocieron que no existía un tratamiento específico para la gripe. Sin embargo, fueron muchos y muy diversos los recursos terapéuticos empleados, al igual que

ocurrió fuera de nuestras fronteras. Se volvieron a utilizar los empleados durante la pandemia de 1889-90 e incluso con anterioridad, sumándose a éstos el uso de vacunas y sueros, especialmente el antidiftérico.

27. Los principales factores de índole social a los que los médicos madrileños responsabilizaron de las dimensiones alcanzadas por la epidemia fueron los siguientes: la carencia de subsistencias; la insalubridad de las viviendas; la escasa infraestructura asistencial de Madrid; la inadecuada normativa sanitaria española; y la inoportunidad e insuficiencia de las medidas adoptadas por las autoridades políticas para luchar contra la epidemia de gripe de 1918-19. Esa actitud era expresión, por un lado, del afán de los médicos por combatir las críticas que estaban recibiendo y que les responsabilizaban, siquiera en parte, de la magnitud de la epidemia, y, por otro, del deseo de este colectivo de aprovechar la coyuntura para reivindicar algunas de sus aspiraciones de mejora en el plano profesional. Dado que los médicos madrileños, un año antes de que se iniciara la epidemia de gripe de 1918-19, consideraban que su profesión se había desprestigiado.
28. Las propuestas de los médicos madrileños, que estuvieron mediatizadas por su situación profesional, ya que aprovecharon la oportunidad que les brindó la crisis epidémica para poner de relieve la conveniencia de llevar a cabo algunas de las medidas que venían reivindicando desde hacía tiempo, pueden dividirse en dos grupos. El primero de ellos sería el que tendría que ver con las medidas destinadas a combatir las principales deficiencias del sistema sanitario a nivel nacional. Éstas consistirían básicamente en el establecimiento de un nuevo marco legislativo sanitario, y la creación del Ministerio de Sanidad. El segundo grupo de propuestas sería el representado por las relacionadas directamente con la ciudad de Madrid. Entre ellas cabe destacar las siguientes: la construcción del Hospital de epidemias y la mejora cualitativa y cuantitativa de las infraestructuras sanitarias de la Beneficencia municipal y provincial; la construcción de viviendas baratas y salubres; y el abaratamiento de las subsistencias y la mejora de su calidad.
29. En 1918 los farmacéuticos se encontraban en una situación de deterioro socio-profesional y habían iniciado un programa de reorganización profesional.
30. En general, la participación de los farmacéuticos en el discurso científico sobre la gripe fue escasa con la excepción de César Chicote, entonces director del Laboratorio Municipal de

Madrid. Una de sus mayores preocupaciones durante la epidemia fue la escasez y la carestía de los medicamentos.

31. A lo largo de la epidemia los farmacéuticos observaron dos tipos de postura respecto a las medidas que las autoridades adoptaron para combatirla: una de defensa, o al menos de no descalificación total, mantenida por farmacéuticos que pertenecían a alguno de los niveles de la Sanidad oficial; y otra claramente en contra de dichas medidas, característica de los directores de las principales revistas farmacéuticas científico-profesionales. A pesar de estas posturas teóricamente diferentes, el discurso elaborado por unos y otros perseguía el mismo fin: mejorar la imagen, prestigiar la profesión, aumentar su participación en las cuestiones sanitarias, y en general en la vida pública, y obtener mayores cotas de poder.
32. La crisis sanitaria de 1918-19, al hacer más evidentes los problemas que este colectivo presentaba, se constituyó en una buena oportunidad para que los farmacéuticos tomaran posiciones respecto a su situación y dieran un mayor impulso a la lucha por sus aspiraciones de clase, aprovechándose del protagonismo que la epidemia confería en esos momentos a todo lo que se relacionaba con la Sanidad.
33. Las autoridades municipales y provinciales durante el primer brote aceptaron que en Madrid había epidemia cuando ésta había alcanzado gran importancia y la prensa había informado ya sobre su existencia. Sin embargo, durante el segundo brote se ocultó la verdadera situación, sobre todo por parte de las autoridades municipales, y, únicamente, cuando se registraba el momento álgido del brote se admitió su presencia o, más exactamente, la existencia de algunos casos. Sobre la tercera visita se facilitaron informaciones muy puntuales tanto por las autoridades municipales como por las provinciales.
34. Las medidas que, tanto las autoridades municipales como las provinciales, adoptaron para luchar contra la epidemia de 1918-19 en Madrid, tuvieron como finalidad: procurar la tranquilidad de la población; reforzar la asistencia sanitaria; mejorar la salubridad pública; corregir los problemas derivados de la crisis de subsistencias y de la escasez y carestía de los medicamentos; y mejorar el estado y funcionamiento de las instituciones sanitarias.
35. Las medidas tomadas por las autoridades locales y provinciales fueron, en general, similares a las adoptadas en otros puntos de nuestro país, y, al igual que en otros lugares, el mayor número de medidas se tomaron precisamente durante el momento álgido de cada brote.

36. Mientras que en el primer brote las autoridades gubernativas y legislativas no tuvieron inconveniente para reconocer la existencia de una epidemia en Madrid, durante el segundo ofrecieron resistencia para admitir su presencia y aceptar que se trataba de la gripe. El ministro de la Gobernación trasladó la responsabilidad sobre la epidemia a la Medicina y, especialmente, a los médicos.
37. Durante los dos primeros brotes el debate parlamentario sobre la epidemia se realizó precisamente en el momento álgido de cada uno de dichos brotes.
38. Durante sus intervenciones en ambas Cámaras respecto a lo que se debería hacer para combatir la epidemia, los parlamentarios se mostraron mayoritariamente de acuerdo con la necesidad de tomar las siguientes decisiones: procurar información sobre el estado de epidemia, mejorar la infraestructura y la organización sanitaria, y mejorar las condiciones de vida.
39. Las medidas tomadas por las autoridades gubernativas y legislativas para luchar contra la epidemia estuvieron dirigidas fundamentalmente a: procurar la tranquilidad de la población; atender a la asistencia sanitaria de los epidemiados; conceder créditos; luchar contra la carestía de los medicamentos y de los alimentos, y mejorar la salubridad pública.
40. Las principales decisiones que, con el fin de mejorar la lucha contra las enfermedades infecciosas e introducir algunos cambios en la situación sanitaria del país, se materializaron, afectaban, en unos casos, a la infraestructura y organización sanitario-social, y, en otros, al personal sanitario: médicos y farmacéuticos.
41. También hubo una serie de propuestas que no se materializaron, pero que muestran cómo una situación de crisis sanitaria, como la epidemia de gripe de 1918-19, puede ser un estímulo para promover mejoras de carácter sanitario-social tan importante como para, incluso, llegar a plantear un completo Plan de Reforma Sanitaria del país, como ocurrió en nuestro país.
42. A medida que la epidemia alcanzó mayor extensión y las actividades cotidianas de la villa se vieron más profundamente alteradas, los madrileños fueron tomando conciencia, con una cierta alarma, que se intentaba apaciguar desde las páginas de la prensa local, de la gravedad de la situación de epidemia que afectaba a la capital.
43. Algunos sectores de la población hicieron gala de un optimismo que se mantuvo incluso en el momento álgido del primer brote, momento en el que desde los diarios locales se

solicitó un cambio de actitud y se pidió una mayor preocupación por parte de los ciudadanos.

44. Durante el segundo brote la prensa madrileña, probablemente a causa de la ocultación de datos y las trabas puestas por las autoridades locales y estatales a la difusión libre de la información a la ciudadanía, no se ocupó en un primer momento en profundidad de la situación de epidemia. Sin embargo, coincidiendo con el momento álgido del brote cambió la línea editorial, especialmente la prensa más crítica e independiente y de posiciones de izquierdas, y decidió mostrar una imagen de la situación más ajustada a la realidad.
45. Los diarios madrileños, por tanto, se movieron en su información dentro de una dualidad de opiniones: a la vez que informaban sobre la progresiva marcha de la epidemia, intentaban transmitir tranquilidad y despreocupación. Esta posición se intentó mantener incluso en los momentos álgidos, aunque en éstos finalmente cambiaron de actitud.
46. Una de las primeras cuestiones que despertó el interés de la población madrileña desde el comienzo de la epidemia fue la causa de la enfermedad, sobre la que circularon, especialmente durante el primer brote de la epidemia, numerosas y variadas hipótesis que se formularon en marcos conceptuales tan diversos como los de la teoría telúrica, la miasmática y la bacteriológica.
47. El discurso teórico de la población madrileña no fue totalmente ajeno a las ideas de la Medicina oficial, como demuestra la importancia que progresivamente fue adquiriendo la etiología microbiana de la epidemia – fomentada desde la prensa – y el protagonismo que se concedió al bacilo de Pfeiffer. No obstante, el sector profano continuó manteniendo un cierto escepticismo frente a los dictados de la Medicina científica, concretamente respecto a los resultados del laboratorio.
48. La población recurrió a muy diversos medios para librarse de la enfermedad epidémica y combatirla cuando ésta se presentaba. Se buscó en la religión y en la Ciencia Médica la protección. Dejando al margen la primera de éstas, en unos casos los madrileños siguieron los consejos dados por los médicos y en otros buscaron la protección y/o el tratamiento en alguno de los múltiples remedios medicinales y empíricos que se anunciaron en la prensa durante cada uno de los brotes.
49. Una de las notas dominantes durante el desarrollo de la epidemia de gripe de 1918-19, tal y como muestra la prensa, fue la confusión de la población sobre el origen y el modo de enfrentarse a la misma.

50. La población criticó la actuación y actitudes de los médicos y, con mayor dureza, las de las autoridades políticas y sanitarias durante la epidemia.
51. La prensa se hizo eco de los principales problemas que se suscitaron y/o agravaron con motivo de la epidemia y reclamó, especialmente en los momentos álgidos de cada brote, la adopción de todas las medidas necesarias para solucionarlos. Una de las principales denuncias fue la relativa a la carestía y escasez de medicamentos y alimentos, sobre todo de los recomendados como tratamiento de la gripe.
52. La vida de los ciudadanos se alteró profundamente durante la epidemia, tanto por las medidas profilácticas que se dictaron como por la propia marcha de la epidemia y sus importantes repercusiones. Dado que la mayor parte de los afectados fueron adultos jóvenes, la vida laboral se paralizó en los momentos álgidos de cada brote, especialmente durante el primero.³⁰

Aparición (“Surgimiento”) de los virus pandémicos de la gripe

Hay muchos subtipos de virus de la gripe diferentes. Los subtipos se diferencian por las proteínas que se encuentran en la superficie del virus (la proteína hemaglutinina o “HA” y la proteína neuraminidasa o “NA”).

Los virus pandémicos aparecen o “emergen” como resultado de un proceso denominado “mutación antigénica”, que provoca un importante cambio abrupto o repentino en los virus de gripe A. Estos cambios derivan de nuevas combinaciones de las proteínas HA y/o NA en la superficie del virus y producen, en consecuencia, un nuevo subtipo del virus de gripe A. El surgimiento del nuevo subtipo de gripe A es el primer paso hacia una pandemia pero, además, el nuevo subtipo de virus debe contagiarse fácilmente de una persona a otra para provocar una pandemia. Cuando emerge y se desplaza o “circula” durante muchos años en la forma de epidemias de gripe estacionales. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. (U. S. Centres for Disease Control and Prevention, CDC) y la Organización Mundial de la Salud cuentan con programas de vigilancia de gran envergadura para controlar y “detectar” la actividad de la gripe en todo el mundo, inclusive el surgimiento de posible cepas pandémicas del virus de la gripe.

³⁰ PORRAS GALLO, María Isabel: Una Ciudad en Crisis: La Epidemia de Gripe de 1918 – 19 en Madrid, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, 1994. Páginas 651-667.

Pandemias de gripe durante el Siglo XX

Durante el siglo XX la aparición de nuevos subtipos de virus de gripe A causó tres pandemias, las cuales se extendieron por todo el mundo antes que transcurriera un año de haber sido detectadas.

- 1918-19: La "gripe española" [A (H1N1)], provocó la mayor cantidad de muertes por gripe que se conoce: más de 500.000 personas murieron en los Estados Unidos y puede que hasta 50 millones de personas hayan fallecido en todo el mundo. Muchas personas murieron durante los primeros días después de infectarse mientras que otras fallecieron posteriormente como consecuencia de complicaciones. Aproximadamente el cincuenta por ciento de los muertos eran adultos jóvenes y sanos. Los virus de la gripe A (H1N1) aún circulan hoy día después de su reintroducción en la población humana en la década de 1970.
- 1957-58: La "gripe asiática" [A (H2N2)], provocó aproximadamente 70.000 muertes en los Estados Unidos. Identificada por primera vez en China a fines de febrero de 1957, la gripe asiática llegó a los Estados Unidos en junio de 1957.
- 1968-69: La "gripe de Hong Kong" [A (H3N2)] provocó aproximadamente 34.000 muertes en los Estados Unidos. Este virus fue detectado por primera vez en Hong Kong a comienzos de 1968 y llegó a los Estados Unidos un poco después ese mismo año. Los virus de gripe A (H3N2) aún circulan en la actualidad.

Tanto la pandemia de 1957-58 como la de 1968-69 fueron provocadas por virus que contenían una combinación de genes de virus de gripe humana y de un virus de gripe avícola. No se conoce con certeza el origen del virus pandémico de 1918-19.³¹

LA ACTUAL PANDEMIA Y SUS IMPLICANCIAS ÉTICAS

Una publicación reciente, emitida al principio de la Epidemia, luego devenida Pandemia de Virus de la Influenza A (H1N1) por la Universidad Nacional Autónoma de México, aborda los diversos aspectos éticos y bioéticos de esta situación que ha conmocionado al mundo, por lo que resulta de utilidad incorporarla aquí:

³¹ Fuente: <http://www.cdc.gov/>

**LA ÉTICA ANTE LA EPIDEMIA DEL VIRUS DE LA INFLUENZA
A(H1N1)
PREGUNTAS Y RESPUESTAS ³²
Alejandro Herrera y otros**

La actual epidemia del virus de la influenza A(H1N1), reconocida oficialmente por el gobierno mexicano el 23 de abril del presente año, ha dado origen a una gran movilización de los medios en la búsqueda de información científica sobre la naturaleza del virus, de su historia y de su posible futuro en nuestro país y en el mundo, y ha originado también una búsqueda de información confiable sobre las medidas prácticas que deben tomarse social e individualmente para contener la epidemia.

Toda la información recabada y difundida ha sido sumamente valiosa, y los expertos han jugado un papel muy importante al proporcionar a los medios información clara, precisa y útil. Sin embargo, la epidemia ha dado lugar también a una serie de preguntas de orden ético de gran importancia en la presente situación, y que son obviadas por los medios. La Universidad Nacional Autónoma de México cuenta con expertos que han reflexionado sobre la dimensión ética práctica de la actual epidemia, y ofrecen aquí una lista de derechos y de obligaciones morales que los medios pueden hacer presente a la ciudadanía en general y a los diferentes sectores que integran nuestra sociedad, y a la que puede tener acceso el ciudadano común.

Las respuestas a los problemas éticos son fruto de la reflexión filosófica y no son, desde luego –como en las ciencias- resultado de observación experimental. Es más fácil estar en desacuerdo en cuestiones éticas que en cuestiones de índole científica. La siguiente lista se ofrece como un punto de arranque para la reflexión de la sociedad y de los varios sectores que la integran, con el deseo de que se tenga en cuenta que la presente epidemia tiene una dimensión ética que llama a los humanistas, a los científicos y al ciudadano común a la reflexión.

³² Revista Digital “Diálogos de Ética y Bioética”: En:
<http://www.dialogos.unam.mx/pdf/LA%20ETICA%20ANTE%20LA%20EPIDEMIA.pdf>

1 Revista Digital "Diálogos de Ética y Bioética"

¿Qué obligaciones tienen los gobernantes federales y estatales?

- Actuar con prontitud y transparencia.
- A nivel federal, el Presidente de la República y el Secretario de Salud deben tomar todas las medidas necesarias para proporcionar a la sociedad en general y a sus diversos sectores la información y educación conducentes a evitar que la epidemia se extienda.
- Estar en contacto continuo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para coordinar acciones conjuntas a fin de evitar la propagación de la epidemia a otros países.
- Realizar investigación epidemiológica, recabando toda la información de los estados sobre la evolución de la epidemia y presentarla de forma comprensible a la población.
- Tomar muy en serio las recomendaciones de la OMS para controlar la epidemia y, en su caso, la pandemia.
- Asegurarse de que los antivirales se administren racionalmente para evitar la aparición de cepas resistentes.
- Los gobernadores y secretarios de salud estatales deben recabar y proporcionar con prontitud toda la información que les sea requerida por la federación.
- Tomar todas las medidas necesarias para evitar que la epidemia se extienda en su estado, educando y manteniendo informada a la población, y tomando medidas conjuntas con las autoridades de los estados limítrofes.
- Tanto las autoridades federales como las estatales deben garantizar la distribución justa de los recursos disponibles para enfrentar la epidemia.
- Deben asignar dichos recursos, en primer lugar, al personal del sector salud que esté en contacto más cercano con los pacientes presumiblemente o realmente infectados y, en segundo lugar, al personal que brinda servicios básicos y que debe estar en contacto con muchas personas.

- Auxiliar a los sectores más vulnerables de la sociedad mediante la distribución de despensas o dinero en efectivo en caso de que la contingencia tenga sobre ellos efectos económicos negativos, como desempleo o reducción de salarios.
- Asegurarse de que los sectores de la industria de animales de consumo sea sancionada legalmente cuando se compruebe que el virus ha surgido en alguna granja por trabajar en condiciones de falta de higiene, de hacinamiento, y de cualquier otra condición que esté asociada al brote epidémico por irresponsabilidad de este sector productivo.
- Brindar a la comunidad científica nacional el apoyo y los recursos que permitan al país no depender del trabajo de laboratorios de otros países, cuyos servicios son costosos. Con este fin, impulsar el desarrollo de la industria biotecnológica y farmacéutica nacional para la producción de antivirales y vacunas.

¿Qué obligaciones tiene el personal del Sector Salud?

- Dar atención inmediata, equitativa y gratuita a cualquier ciudadano que presente los síntomas relacionados con la gripe A(H1N1), demostrando un máximo compromiso para beneficio de los pacientes.
- Los internos de pregrado y los residentes deben igualmente mantenerse en el servicio como parte integrante de los servicios de salud.
- Trabajar en equipo y solidariamente, compartiendo conocimientos y apoyando a quien lo requiera, contribuyendo además a reducir el estrés mediante una equitativa distribución de la carga de trabajo.
- No discriminar a nadie por ningún tipo de razón: económica, racial, de nacionalidad, sexo, religión, edad, por poseer enfermedades previas o por cualquier otro tipo de creencia o condición.
- Adoptar las medidas preventivas correspondientes para evitar el contagio de sus compañeros de trabajo y de su propia familia.
- Acatar los lineamientos de acción y protocolos de manejo establecidos por las autoridades del sector salud.

- Las autoridades hospitalarias deben reunirse con el personal y asegurarse de que se esté dando atención y manteniendo altos estándares de calidad y seguridad.
- Todas las farmacias, del sector público y privado, no deben ocultar medicamentos ni ningún otro material de salud, ni deben incurrir en la práctica de maniobras especulativas.
- Los investigadores del sector deben aportar sus conocimientos y trabajar en el análisis y caracterización del virus así como e el diseño de medicamentos y vacunas que lleven a la contención de la epidemia, y diseñar estrategias a mediano y largo plazo para futuras apariciones del virus.

¿Qué derechos tiene el personal del Sector Salud?

- Derecho prioritario a que se le proporcione equipo de protección personal para evitar contagios y, en su caso, a la administración preventiva de medicamentos para cumplir con mínimo riesgo sus obligaciones.
- Derecho prioritario a atención médica en caso de resultar infectados como resultado de su contacto profesional con los enfermos
- Derecho al descanso para evitar la fatiga a fin de dar un óptimo servicio a los pacientes, redistribuyendo el trabajo entre los integrantes del equipo de salud, cuando esto sea posible.
- Derecho a recibir educación continua, encaminada a la mejor realización de su trabajo en beneficio de la sociedad.

¿Qué obligaciones tiene el sector productivo y de servicios?

- Mantener la salud de su personal proporcionándole los medios y la instrucción necesaria para no contagiarse.
- Cooperar con las líneas de acción estipuladas por las autoridades de salud, preservando el funcionamiento de la producción y de los servicios esenciales.

- Coordinar acciones, con el gobierno federal y los gobiernos estatales, que no provoquen pánico y que permitan reducir el impacto de la epidemia.
- Mantener un abasto equitativo de bienes y servicios y no especular con aquellos cuya demanda aumente con motivo de la crisis.
- El sector de cría y venta de animales de consumo, debe garantizar a la sociedad las condiciones conducentes a evitar el surgimiento del virus en las granjas porcinas, avícolas o de cualquier otro tipo. Para ello debe trabajar en condiciones de extrema higiene, evitar el hacinamiento de los animales y diseñar condiciones de bienestar físico y anímico para éstos en los procesos de confinamiento, transporte y matanza. En caso de surgimiento de un virus por descuidar estas obligaciones, debe resarcir los daños causados a la sociedad.
- El sector de la industria farmacéutica y biotecnológica, cooperar no ocultando información ni productos conducentes a la superación de la epidemia.

¿Qué obligaciones tienen los medios y sus comunicadores (radio, tv, prensa, Internet)?

- Informar sin incurrir en actitudes amarillistas y sin crear pánico.
- Entrevistar a las autoridades de manera responsable.
- Permitir a las autoridades el desempeño de sus labores no solicitando a éstas innumerables y repetitivas entrevistas que los distraigan de sus obligaciones.
- Cooperar eficazmente con las autoridades sanitarias en la difusión de las recomendaciones que éstas den a la población.
- Investigar el carácter fidedigno de la información recibida y transmitida.
- Hacer comprensible a la población la información técnica disponible sin incurrir en simplificaciones que la distorsionen.
- Contribuir a educar a la población dándole información que le permita protegerse de la epidemia.
- No prestarse al uso político- partidista de la situación reinante al cumplir su misión informativa.

¿Qué derechos tienen los medios y sus comunicadores (radio, tv, prensa, Internet?)

- Derecho a recibir y transmitir toda la información que contribuya a brindar a la población claridad sobre el carácter y evolución de la epidemia, y sobre las medidas que se deben tomar para enfrentarla.
- Derecho a no ser excluidos por las autoridades cuando éstas brinden información en conferencias de prensa o por cualquier otro medio.
- Derecho a recibir asesoría y educación sobre el problema epidemiológico para así cumplir adecuadamente con su misión informativa.
- Derecho a demandar o buscar claridad en información que sea o parezca confusa.

¿Qué derechos tienen los ciudadanos?

- Derecho a recibir información clara y precisa sobre la naturaleza de la epidemia y educación sobre las medidas que se deben tomar para no contraer la influenza.
- Derecho a exigir que las granjas de cría de animales de consumo trabajen en condiciones de higiene y de trato humanitario a los animales, de manera que éstas contribuyan a evitar un brote epidémico. Por tanto, derecho a exigir a las autoridades de salud que promuevan legislación al respecto, y a exigir el cumplimiento de dicha legislación.
- Derecho a recibir los medicamentos para combatir el virus en caso de que se contraiga, y a las medidas preventivas, como vacunas, en caso de que éstas existan.
- Derecho a recibir atención pronta, respetuosa y equitativa en cualquier centro de salud, clínica u hospital del país, tanto del sector público como del sector privado.
- Derecho a no recibir trato discriminatorio de ningún tipo en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

¿Qué obligaciones tienen los ciudadanos?

- Acatar todas las medidas preventivas conducentes a combatir la expansión de la epidemia.
- Acatar todas las medidas conducentes a no contagiar a otras personas, en el caso de haber contraído el virus.
- Auxiliar a personas aparentemente infectadas, solicitando ayuda a los servicios de salud o cooperando para que tengan acceso a la ayuda sanitaria.
- Sin ser una obligación estricta, ser solidarios con los demás y cooperar en todo lo que pueda conducir a combatir la epidemia.