

Historia de una epidemia olvidada

La pandemia de gripe española en la argentina,

1918-1919

Adrián Carbonetti

La epidemia de gripe española en Argentina es una realidad olvidada, dado que por diversas razones hasta ahora no se ha tomado como objeto de investigación. Lo cierto es que esta epidemia formó parte de la realidad del país al generar una alta mortalidad y poner al desnudo la impotencia del Estado y de la élite médica frente a un fenómeno difícil de combatir. En este artículo pretendemos realizar un primer análisis de su incidencia, en términos de la mortalidad que provocó en cada una de las provincias argentinas y en el país en su totalidad; su avance por el territorio argentino; las razones de su caprichoso recorrido y las condiciones sociales y sanitarias de la población. Por último, hacemos una referencia a las políticas que se implementaron para combatirla y su impacto en términos políticos y sociales.

► 159

PALABRAS CLAVE: gripe española, Argentina, Estado, medicina, mortalidad

History of a forgotten epidemic. The pandemic of Spanish flu in Argentina, 1918-1919

The Spanish Influenza epidemic in Argentina is a forgotten reality, since up to now, and because of several reasons, it has not been considered as a research object. The truth is that this epidemic produced a high mortality, and exhibited the powerlessness of the State and the medical elite, facing a phenomenon difficult to fight. In this article, a preliminary analysis of its incidence is undertaken, giving an account of the mortality provoked in each Argentinean province and nationwide; its progression throughout the territory of Argentina; the reasons for its whimsical path of development, and the social and sanitary conditions prevailing among the population. Finally, we refer to the policies implemented to combat this epidemic and their social and political impacts.

KEY WORDS: Spanish Influenza, Argentina, State, medicine, mortality

ADRIÁN CARBONETTI: Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
acarbonetti@cea.unc.edu.ar

Desacatos, núm. 32, enero-abril 2010, pp. 159-174

Recepción: 15 de septiembre de 2009 / Aceptación: 9 de octubre de 2009

INTRODUCCIÓN

La epidemia de gripe A (H1N1) que ha despertado gran temor en el mundo a principios de nuestro siglo viene a ratificar una vieja enseñanza de algunos estudiosos de la problemática de la historia de la enfermedad en el mundo durante el siglo XX: “la gripe es la única enfermedad epidémica infecciosa que en los países tecnológicamente avanzados representa actualmente una amenaza comparable a la experimentada en siglos anteriores a causa de enfermedades tales como la peste y el tifus. Es decir que la gripe es la única enfermedad que puede volver a revivir fenómenos ya olvidados por la humanidad” (Mc Keown, 1976: 101).

En efecto, cuando apareció esta epidemia en Estados Unidos y México, y luego se extendió hacia otros países del mundo, incluido el sur de América Latina, comenzó a generarse el temor de las sociedades. Los Estados pusieron barreras para contener el ingreso de la enfermedad y se desató un proceso de discriminación hacia los habitantes de otros países afectados, en especial de México, donde se decía estaba el origen de esta enfermedad “exótica”. Por otra parte, los medios de comunicación hicieron de esta dolencia su estrella cotidiana.

Sin embargo, estas reacciones sociales y estatales no son, de ninguna manera, fenómenos novedosos, sino que forman parte de una construcción histórica que se repite en el mundo cada vez que aparece una epidemia.

Entre los fenómenos históricos que han generado reacciones similares, destaca la pandemia de “gripe española” de 1918-1919, que también afectó a la Argentina. A pesar de que esta epidemia ha sido estudiada en muchos países de Europa y de América¹, ha despertado escaso

interés en la historia social de la salud y la enfermedad en la Argentina. Tal vez su exiguuo impacto en términos demográficos, especialmente en la región central, no llamó la atención de los historiadores argentinos como fue el caso de otras enfermedades (Carbonetti, 2009: 4).

La finalidad del artículo que se presenta es desarrollar un estudio del impacto de la epidemia de gripe española en Argentina en lo relativo a la incidencia epidemiológica, las condiciones sociales de la población y las políticas de salud que se implementaron. El trabajo se dividirá en tres partes. La primera se relaciona con su incidencia en términos de mortalidad en las provincias argentinas; posteriormente, se analizará su recorrido durante los años 1918-1919 y sus relaciones con las condiciones sociales y sanitarias, y por último, se describirán y analizarán las políticas de salud que se implementaron, para construir así un relato de la “epidemia olvidada” y sus aristas políticas, sociales y económicas.

Para la elaboración de este artículo se utilizaron las fuentes de carácter cuantitativo y cualitativo de los *Anales del Departamento Nacional de Higiene* de la Argentina, así como periódicos de amplio alcance, como *La Nación*, y algunas otras publicaciones, como la revista *Caras y Caretas*².

LA INCIDENCIA DEMOGRÁFICA DE LA PANDEMIA DE GRIPE EN 1918-1919

En mayo y junio de 1918, los periódicos argentinos comenzaron a dar noticias sobre una extraña enfermedad que estaba haciendo estragos en España³. Se divulgó la explicación de que el desarrollo de esta dolencia era consecuencia de la insuficiencia de artículos alimenticios en la dieta española. El mismo periódico publicó la noticia de su propagación hacia otros países de Europa y a lugares alejados entre sí, como Dinamarca y Portugal⁴. Sin

¹ En el caso de los países iberoamericanos, sobresalen dos donde la investigación en ciencias sociales se ha ocupado de la gripe: España y Brasil. En España destacan Echeverri Dávila (1993) y Porras Gallo (1994). Estos trabajos, seguidores de la tradición europea continental, pusieron énfasis en el desarrollo de la pandemia desde una perspectiva cuantitativa. En el caso brasileño, las investigaciones tendieron a analizar la incidencia de la gripe española desde una perspectiva cualitativa, estudiando las percepciones sociales, las estrategias de evasión frente a la enfermedad, las miradas médicas, etc. Sobresalen, estudiando en esa línea las tesis: de Claudio Bertolli (filho) (1986) y Renata Brauner Ferreira (1999); los libros de Liane María Bertucci (2004) y

Christiane María Cruz de Souza (2009), y el artículo de Ricardo dos Santos (2006).

² Agradezco a la estudiante de historia Dolores Rivero por su colaboración en la recopilación de las fuentes.

³ *La Nación*, 6 de junio de 1918.

⁴ *La Nación*, 16 de junio de 1918.



Demostración en la estación de la Cruz Roja en Washington, D. C., durante la pandemia de la influenza de 1918. Library of Congress.

embargo, nada decía sobre el peligro que significaba para la salud de los habitantes de la Argentina la propagación de la pandemia hacia el sur del mundo. Y es que la sociedad argentina no se ocupaba de una enfermedad que se desarrollaba en los países europeos devastados por el hambre y la guerra. Era una realidad lejana, no sólo por la distancia, sino también por la creencia de que en este país había cierto grado de inmunidad por la mejor alimentación como consecuencia de la explotación de los recursos naturales.

La Argentina, a principios del siglo XX, se encontraba en pleno proceso productivo y las políticas de apertura de mercados, dentro de las cuales el país desempeñaba el papel de productor de materias primas impuesto por la élite dominante, habían dado resultado. La inmigración ultramarina alentada por este grupo se había desparamado

por todo el territorio argentino, poniendo en producción gran parte de la tierra hasta ese momento improductiva; y la población crecía a niveles nunca vistos.

Pero a su vez, esa inmigración deseada también generó consecuencias negativas: un movimiento obrero que no era fácil disciplinar; delincuencia, desorden y problemas sanitarios y habitacionales en las grandes ciudades (Suriño, 2000: 1). Los aún larvados sectores medios de la sociedad, en gran parte formados por los hijos de los inmigrantes, estaban suscitando dos fenómenos de gran importancia para la sociedad argentina: la llegada, luego de veinte años de lucha, de la Unión Cívica Radical al gobierno de la Argentina y la Reforma Universitaria, que tuvo como epicentro la Universidad de Córdoba, y que generó cambios fundamentales en los estudios superiores argentinos y latinoamericanos.

Cuadro 1. Relación porcentual de causas de muertes ocasionadas por causas de carácter respiratorio. Argentina, 1917-1919

Enfermedades	1917	1918	1919
Gripe	0,7	4,3	20,70
Tuberculosis pulmonar	26,7	24,6	19, 10
Meningitis	10,4	8,7	6,80
Afecciones cardiacas	25,9	24,3	20,80
Afecciones bronco-pulmonares	29,8	32,2	28,00
Nefritis	6,4	5,9	4,66

Elaboración propia sobre base de datos suministrada por *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 26, 1920.

Por lo tanto, esa pandemia que se producía al otro lado del océano Atlántico era un problema que poco importaba al Estado argentino, en un contexto donde eran otras enfermedades las que preocupaban a la sociedad y al gobierno, como la tuberculosis, la viruela, la peste bubónica, la sífilis. Sin embargo, la pandemia acabó por arribar al territorio, tal vez a través de los inmigrantes europeos que llegaban al país huyendo de la miseria y de la guerra.

Uno de los aspectos que llama la atención con respecto a esta enfermedad fue la denominación que se le dio por parte de las autoridades sanitarias y por los médicos en general: "grippe". Posiblemente esa doble "p" se haya constituido en un elemento diferenciador de la enfermedad que aparecía todos los años, menos devastadora y más recurrente que la "gripe española"⁵.

En octubre de 1918 se inició la epidemia en la Argentina y su puerta de ingreso fue el puerto de Buenos Aires. El impacto sobre la población fue dispar y se desarrolló en dos oleadas: la primera hacia fines del año 1918, cuando las provincias más afectadas fueron las de la región

central y el litoral, y la cual, debido al momento en que se desarrolló, fue relativamente benigna. La segunda se produjo en el invierno de 1919 y afectó a todo el territorio nacional, impactando más fuertemente en términos de mortalidad en las regiones del norte, las provincias más pobres y atrasadas, para diseminarse posteriormente, aunque con mucha menor fuerza, por el centro del país.

La primera oleada generó una mortalidad relativamente baja, en las regiones más afectadas ocasionó 2 237 muertes. Este número no era habitual, ya que en 1917 la mortalidad por gripe había sido sólo de 319 casos. La segunda oleada, la del invierno de 1919, provocó 12 760 muertes. Es decir, entre 1917 y 1918 la mortalidad por gripe se multiplicó por siete, y entre 1918 y 1919 se multiplicó por cinco. Lo cierto es que la epidemia de gripe española dejó un saldo en las provincias argentinas⁶ de 14 997 muertes⁷ en 1919, la gripe se constituyó, junto a otras afecciones de carácter respiratorio, en una de las principales causas de muerte. En el cuadro 1 se puede apreciar el lugar ocupado por la gripe como causa de muerte entre 1917 y 1919 en relación con otras afecciones de carácter respiratorio.

La gripe pasó de provocar 0.7% de las muertes en 1917 a 4.3% en 1918 y a 20.7% en 1919, aunque es posible que hubiera una mayor mortalidad a partir de los casos no denunciados o de la confusión con otras enfermedades o asociación con algunas de éstas. La mayoría de las causas de muerte que en el año 1917 tenían preponderancia tendieron a bajar, en términos relativos, en 1919, salvo las

⁶ Además de las provincias que se fueron conformando en la etapa independentista, en la Argentina, luego de la "campana al desierto" en contra de los indígenas a fines de la década de 1870, las tierras arrebatadas a aquellos se conformaron en varios territorios nacionales que dependían directamente del Poder Ejecutivo Nacional: Chaco, Misiones, Formosa en el noreste y La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego en el sur, y el territorio de Los Andes en el noroeste

⁷ Hago constar que se contabilizaron tan sólo las muertes producidas en las provincias, no así las de los territorios nacionales, de los cuales no poseemos datos. No obstante, un cálculo elaborado sobre la base de una proyección de la población de 1914 y el promedio de las tasas de mortalidad de las provincias con similares características a la de los territorios nacionales permitiría pensar en una duplicación de las muertes por gripe ocurridas en el total de la población argentina, 36 216 casos.

⁵ La revista humorística *Caras y Caretas* da cuenta de los nombres que se le daban a esta patología: "misteriosa enfermedad", "influenza de los campamentos", "influenza española", "grippe infecciosa", "germen de los hunos". Lo cierto es que se le debía diferenciar de las anteriores epidemias gripales (*Caras y Caretas*, 19 de octubre de 1918).

Cuadro 2. Tasas de mortalidad por gripe en los años 1918-1919 según provincias y total del país. Tasas por 10 000

Provincia	1918	1919
Capital Federal	2,63	4,22
Buenos Aires	2,06	7,00
Catamarca	0,29	39,26
Córdoba	2,81	18,56
Corrientes	6,64	10,48
Entre Ríos	4,72	7,91
Jujuy	7,29	95,82
Mendoza	5,97	32,15
La Rioja	0,98	34,05
Salta	9,81	118,68
San Juan	5,51	78,27
San Luis	3,88	25,55
Santa Fe	1,90	8,84
Santiago del Estero	0,71	39,79
Tucumán	1,33	40,1
Total	2,90	16,56

Elaboración propia sobre base de datos suministrada por *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 26, 1920

afecciones cardíacas. Es posible pensar que la gripe española afectara a aquellos que sufrían de males cardíacos y, por lo tanto, que se haya asumido como causa principal de muerte a estos últimos. Lo mismo sucede con las afecciones bronco-pulmonares, un término genérico detrás del cual se engloban padecimientos como pulmonías y neumonías. Debemos tener en cuenta, además, que en principio se trataba, para la medicina, de una enfermedad desconocida. Esta situación parece revertirse hacia 1919, cuando los médicos tenían ya una mejor comprensión de la patología a la cual se enfrentaban, y en consecuencia mayores posibilidades de diagnóstico, ya que la gripe creció entonces y todas las otras causas descendieron.

Estos porcentajes, no obstante, no alcanzan a determinar la importancia que tuvo la gripe en la mortalidad

argentina en ese periodo, por lo que consideramos necesario elaborar tasas de mortalidad por provincia a fin de entender dónde se produjo el mayor impacto a lo largo de la etapa estudiada. En ese sentido, las tasas elaboradas a partir de las estadísticas del Departamento Nacional de Higiene permiten analizar y dimensionar su incidencia.

En el cuadro 2 se pueden apreciar las características que asumió la gripe en las provincias argentinas durante los dos años analizados: las provincias del centro y litoral argentino —Buenos Aires, Capital Federal, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos y Santa Fe— y de la región de Cuyo —Mendoza y San Luis— multiplicaron su tasa de mortalidad entre 1918 y 1919 entre 2 y 6 veces. Paralelamente, las provincias del norte —Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero, Tucumán y San Juan⁸— multiplicaron su tasa de mortalidad entre 11 y 133 veces.

Llama la atención el caso salteño, donde se produjo una tasa de mortalidad muy elevada, al igual que en Jujuy. Es posible que estas poblaciones hayan estado bajo el impacto de otras epidemias que generaron un desgaste en los individuos⁹, lo cual se tradujo en sobremortalidad, inclusive por encima de la de las otras provincias del norte.

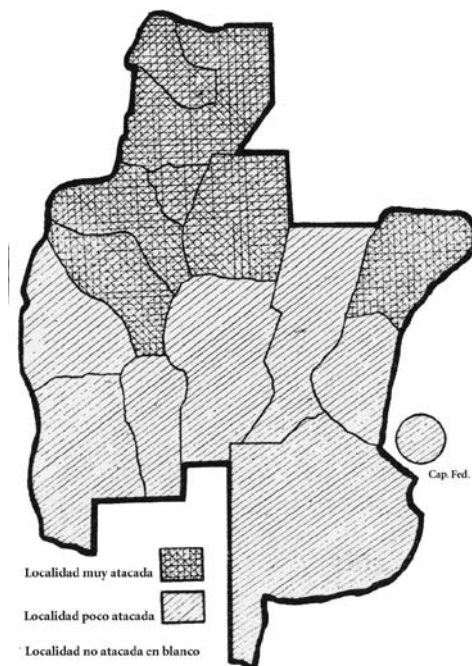
El análisis de este cuadro nos permite realizar una doble apreciación: en primera instancia, el impacto de la epidemia de gripe fue mayor en 1919 que en 1918, y este último brote, a su vez, fue mayor en las provincias del norte argentino. Estos fenómenos pueden ser explicados a partir de tres hipótesis:

Factores ecológicos: la gripe española ingresó en Argentina en octubre de 1918 y permaneció hasta noviembre del mismo año, momento en el que el virus de la gripe no tenía las condiciones climáticas para reproducirse, más si se tiene en cuenta que la gripe ingresó por Buenos Aires, que se encuentra alejado de las provincias norteñas.

⁸ Pertenece a la región de Cuyo, pero tuvo un comportamiento distinto a las otras dos provincias de la región. Resulta relevante que sea la que está más en contacto con las provincias del norte.

⁹ Los *Anales del Departamento Nacional de Higiene* advirtieron de esta situación, aunque en el sentido de que en estas provincias no entraba la gripe por estar sometida a otras enfermedades (*Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 26, año 21, pp. 27-28).

Mapa I. Mortalidad por gripe en la Argentina en octubre y noviembre de 1918



164 ◀

FUENTE DE MAPAS: *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 26, 1921

Factores sanitarios: los sistemas sanitarios de las provincias del norte no estaban preparados para combatir la enfermedad, mientras que las provincias del centro de la Argentina, especialmente la Capital Federal, contaban con mejores condiciones sanitarias.

Factores socioeconómicos: la mortalidad por gripe tendió a crecer mucho más en territorios donde las poblaciones tenían condiciones socioeconómicas críticas.

Ninguna de las tres hipótesis puede, por sí sola, explicar el comportamiento de la gripe, por lo que asumimos que debió haber una interacción entre diferentes factores. El caso brasileño permite apreciar que los factores ecológicos no fueron un impedimento en el desarrollo de la gripe, ya que ésta llegó al país más o menos en el mismo momento que a la Argentina (véase Bertucci, 2003 y Cruz de Souza, 2009), y produjo una alta mortalidad, especialmente en las ciudades. Por otra parte, la gripe es una

enfermedad de muy difícil contención a través de factores de carácter sanitario, ya que se transmite por vía aérea y de humano a humano. Esta “facilidad” en la transmisión y el contacto conlleva a que los sistemas sanitarios tiendan a ser rebasados —como veremos más adelante— en cualquier lugar e independientemente de la política de combate a la enfermedad. Finalmente, las condiciones socioeconómicas tienden a ser un factor que permite generar una explicación acerca del desarrollo de la gripe, ya que los pobres tienen menos herramientas, tanto inmunológicas como sanitarias, para sobrevivir a la enfermedad en relación con los sectores sociales más acomodados. Desde esta perspectiva, la gripe tendería a atacar a todas las clases sociales por igual, pero impactaría en la mortalidad de los sectores más humildes.

LOS CAMINOS DE LA GRIPE EN EL TERRITORIO ARGENTINO

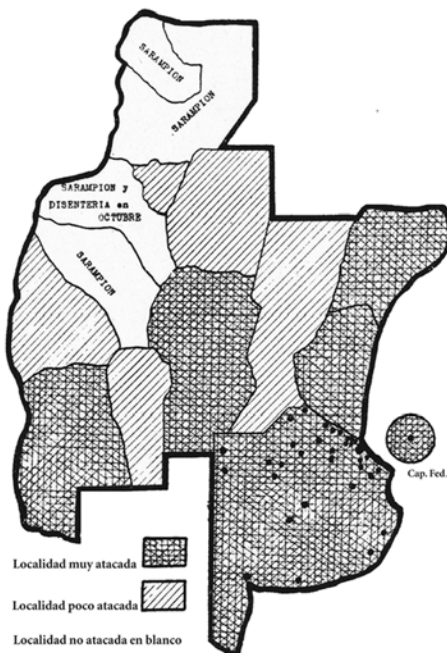
El análisis epidemiológico no puede completarse sin un estudio del recorrido de la gripe durante los dos años en que impactó a la población argentina. Consideramos de suma importancia este tipo de análisis para el entendimiento de los medios a través de los cuales el virus se desarrolló en las distintas regiones.

Para 1918, el principal medio de comunicación en la Argentina era el tren. El país contaba con un sistema ferroviario que había integrado a gran parte del territorio. Es posible que este medio de transporte haya sido uno de los factores fundamentales en la propagación de la gripe, más aún si tenemos en cuenta que, según el censo de 1914, el país estaba poco poblado y la población se encontraba distribuida de manera inequitativa¹⁰. En algunas regiones había grandes extensiones de tierras deshabitadas o escasamente habitadas, lo que constituía un factor de impedimento del contagio. Sin embargo, el tren logró franquear

¹⁰ Según el Censo de Población de 1914, la población total del país llegaba a 7 554 886; de ese total 20.9% vivía en la ciudad de Buenos Aires, y si sumamos la provincia de Buenos Aires, el porcentaje de población llegaba a 48.2. Por lo tanto, las provincias aún se encontraban en gran medida despobladas. En última instancia, para el desarrollo de la gripe española este hecho era un factor de no propagación de la enfermedad

Mapa 2. Mortalidad por gripe en la Argentina en el mes de mayo de 1919

Los puntos negros indican las localidades atacadas en octubre 1918
El sombreado indica la epidemia de noviembre



FUENTE DE MAPAS: *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 26, 1921

las barreras que los territorios despoblados podían significar para la enfermedad, y la transportó a otras áreas.

Los *Anales del Departamento Nacional de Higiene* publicaron, entre otras cosas, una serie de mapas que nos permitirán emprender una descripción y un análisis del comportamiento de la epidemia de la gripe a lo largo de los años 1918 y 1919¹¹.

Los puntos negros en el mapa 1 indican las localidades afectadas durante octubre de 1918 y el sombreado las provincias que padecieron la acometida de la enfermedad en noviembre del mismo año. En el mapa se pueden apreciar tres tipos de textura: una más densa, que indica las pro-

vincias más atacadas; un sombreado grisáceo, las menos atacadas, y en blanco, las provincias que no fueron tocadas por la gripe. —situación explicada por las autoridades sanitarias argentinas como consecuencia de la existencia de otra enfermedad: el sarampión—.

Según observan los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*:

[...] la gripe apareció en el país en la segunda quincena de octubre de 1918, no ha salido de Buenos Aires sino en noviembre del mismo año, para propagarse por el interior. Efectivamente, en noviembre, se la observa en casi todas las provincias, en algunas con mucha y en otras con poca intensidad, respetando su propagación las provincias de La Rioja, Catamarca, Salta y Jujuy, que se encontraban en plena epidemia sarampionosa¹².

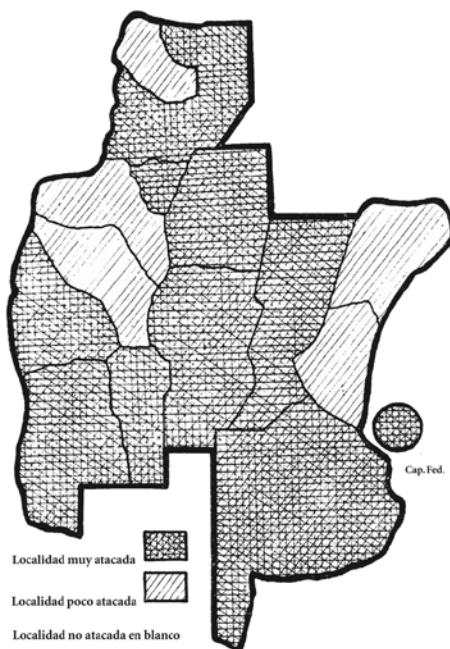
El primer impacto, en octubre de 1918, fue exclusivamente en la provincia de Buenos Aires, y desde ahí la enfermedad se extendió hacia gran parte del país. Los principales distritos afectados fueron la Capital Federal, Buenos Aires, Entre Ríos, Corrientes, Córdoba y Mendoza, y en menor medida Santa Fe, Santiago del Estero, Tucumán, San Juan y San Luis. Sin embargo, la gripe no penetró en los territorios de La Rioja, Catamarca, Salta y Jujuy.

En este contexto, entonces, una posible explicación remite a que la enfermedad estaría determinada por factores eco-ambientales que no permitieron la difusión del virus más allá de las regiones cercanas a la ciudad de Buenos Aires, aparente punto de entrada de la gripe. Es posible que las altas temperaturas no permitieran el desarrollo de la enfermedad en un territorio que, como observamos anteriormente, no estaba muy densamente poblado, lo cual logró cortar la cadena epidemiológica. Esto diferenciaría a la Argentina de lo sucedido en Brasil, donde la epidemia se extendió por las grandes ciu-

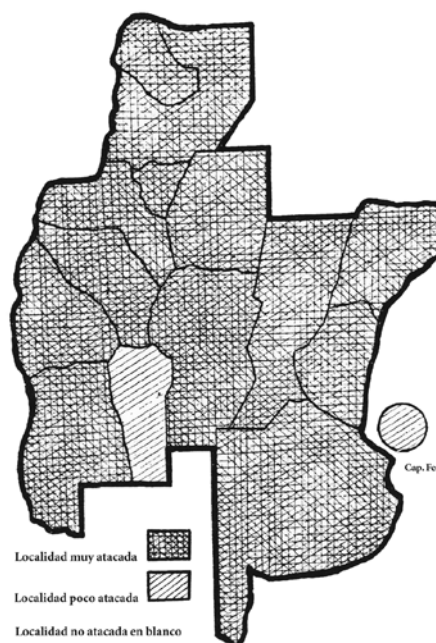
¹¹ Los criterios utilizados por el Departamento en la elaboración de los mapas que aquí se presentan no fueron explicitados, sin embargo, coinciden con el análisis estadístico que hemos elaborado, pero que, por razones de espacio, no presentamos en esta publicación.

¹² *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 26, p. 391, 1920. Debemos recordar que en esta etapa existía la teoría médica acerca de la competencia de enfermedades, que afirmaba que si una enfermedad atacaba, la otra no podía ingresar en esa población. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 26, p. 27-28, 1921.

Mapa 3. Mortalidad por gripe en la Argentina en el mes de junio de 1919



Mapa 4. Mortalidad por gripe en la Argentina en el mes de julio de 1919



166 ◀

FUENTE DE MAPAS: *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 26, 1921

FUENTE DE MAPAS: *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 26, 1921

dades y provocó una importante cantidad de muertes (Bertolli (Filho), 1986)

El panorama epidemiológico de la gripe cambió en el invierno de 1919. En ese año hubo un rebrote que produjo, esta vez, una cantidad de muertes significativa en un periodo muy corto. En este caso también fueron determinantes los factores eco-ambientales, pues la gripe se desarrolló en invierno, un ambiente propicio potenciado por las condiciones de vida paupérrimas y las del sistema sanitario, con lo cual la población quedó a la merced del virus. El mapa 2 esquematiza el desarrollo de la enfermedad en el mes de mayo de 1919.

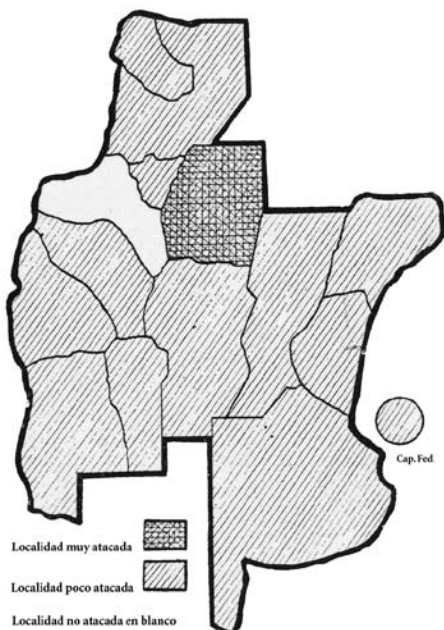
La mayor mortalidad, según el Departamento Nacional de Higiene, se dio en las provincias del norte argentino y en menor medida en las provincias del centro, es decir, los distritos que ingresaron más rápidamente en el esquema económico y social impuesto por la élite gobernante. Fren-

te a este mapa cabría la siguiente hipótesis: las provincias atacadas en primer lugar serían aquellas que en 1918 no habían sido aún afectadas por la gripe y en las que se generó —en un contexto de grandes bolsones de pobreza y sin los anticuerpos necesarios— una alta mortalidad. Esto determinaría que, en términos de mortalidad, la gripe hubiese sido más grave en aquellas provincias y menor en las provincias centrales. En lo referido a la morbilidad, el panorama sería uniforme.

En el mes de julio la situación cambió, según los mapas confeccionados por la instancia mencionada. En esa fecha, prácticamente todas las provincias argentinas mostraban una alta mortalidad por gripe

Para entonces, la gripe se había desplazado desde las provincias del norte hacia el centro y la mortalidad comenzaría, en el mes de agosto, a reducirse en las provincias en las cuales la epidemia había sido más agresiva, como

Mapa 5. Mortalidad por gripe en la Argentina en el mes de agosto de 1919



FUENTE DE MAPAS: *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 26, 1921

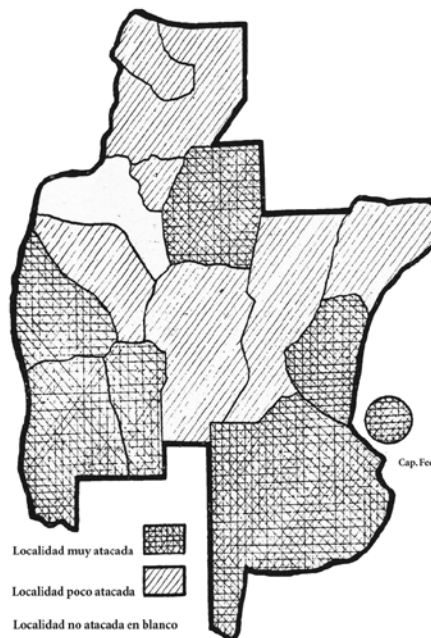
Catamarca, La Rioja, Jujuy y Corrientes, mientras que perduraría en Tucumán, Santiago del Estero y Salta.

En el mes de agosto la mortalidad seguiría disminuyendo en las diversas provincias; Salta, Tucumán y Corrientes, que habían comenzado con una alta mortalidad en el mes de mayo, tendían a reducirla. Sólo la población de Santiago del Estero continuaría sufriendo importantes defunciones por gripe, mientras que la mayor mortalidad se movería hacia la región de Cuyo y las provincias de Entre Ríos y Buenos Aires.

En septiembre de 1919 la epidemia había disminuido en todas las provincias, salvo en Santiago del Estero. A partir de ese momento, prácticamente desapareció de la Argentina.

Tras este seguimiento podemos, entonces, sostener una idea más clara acerca del camino recorrido por la gripe: su ingreso al país se dio por el puerto de la ciudad de Bue-

Mapa 6. Mortalidad por gripe en la Argentina en el mes de agosto de 1919



FUENTE DE MAPAS: *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 26, 1921

nos Aires y en octubre de 1918 impactó en las provincias del litoral, con una arremetida más leve en el norte argentino. Sin embargo, hubo un rebrote en 1919 que comenzó con gran intensidad en las provincias del norte y que se caracterizó por una alta mortalidad, con tasas superiores a la media nacional, como sucedió en los casos de Salta, Jujuy, Catamarca, Tucumán y Santiago del Estero, donde la gripe perduró entre dos y tres meses.

A partir del mes de mayo el mayor impacto lo sufrieron las provincias del centro del país, como Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires y Entre Ríos. En este caso, la mortalidad fue mucho menor, incluso por debajo de la media nacional, salvo en la provincia de Córdoba y en las provincias de Cuyo —Mendoza, San Luis y San Juan—, que no habían sufrido un impacto muy fuerte en 1918 y que en 1919 tuvieron tasas de mortalidad similares a las del norte argentino.

Este análisis sugiere que hubo un desplazamiento de sur a norte durante 1918 y de norte a sur en 1919: un camino caprichoso que, como veremos más adelante, estaría relacionado con los factores antes mencionados. Otro de los aspectos a destacar es la perdurabilidad de la gripe en las provincias del centro del país, paso obligado del transporte y el comercio. Se trata de las provincias de Córdoba, Tucumán y Santiago del Estero. Consideramos que esta perdurabilidad pudo haber estado vinculada, en la etapa invernal, a una constante alimentación de la cadena epidemiológica que tenía como factor el transporte.

El estudio del recorrido de la “gripe española” actualiza el análisis de los factores sociales que generaron este recorrido de la gripe. Consideramos que en 1918, a pesar del caso brasileño que contradice esta perspectiva, el factor eco-ambiental y el demográfico tuvieron un papel predominante. Esta hipótesis tiene asidero cuando se analiza el primer impacto de la epidemia en las provincias norteñas, donde no se produjeron demasiados casos de gripe. Por tanto, podemos pensar que estos dos factores no permitieron la continuidad de la cadena epidemiológica. No obstante, creemos que el incremento de la mortalidad en el nuevo escenario de 1919 en las provincias del norte se debió a condiciones socioeconómicas y de atención que terminaron por generar una mayor mortalidad en escaso tiempo, no así una morbilidad más grande¹³.

168 ◀

CONDICIONES DE SALUD Y SOCIOECONÓMICAS DE LA ARGENTINA CUANDO LLEGÓ LA GRIPE

Observada históricamente, la Argentina es un país que presenta grandes diferencias en términos económicos, sociales, políticos y culturales. Estos contrastes, que ya estaban consolidados en el siglo XIX, se profundizaron luego de que las élites dominantes determinaron el mo-



Enfermera con una máscara como protección contra la influenza, *War Department General and Special Staffs*, 1860 - 1952; Archivo Nacional

de lo económico de país, implementado a fines del mismo siglo. Las zonas más aptas para este tipo de desarrollo, en especial las provincias de la región pampeana, generaron fuertes ventajas sobre las del norte y noroeste en términos socioeconómicos, que se tradujeron, entre otros aspectos, en diferenciaciones en las condiciones de salud de la población

Así, la esperanza de vida al nacimiento en cada una de las regiones en que se puede dividir el país explicita diferencias sustanciales. En 1914 la ciudad de Buenos Aires y la región del centro —conformada por las provincias de Santa Fe, Córdoba y Entre Ríos— tenían una esperanza de vida al nacimiento de entre 47 y 49 años, con una diferencia muy fuerte sobre las poblaciones de las provincias del noroeste y de Cuyo, cuyas esperanzas de vida eran entre seis y ocho años menores (Carbonetti y Celton, 2007). Vemos entonces que la esperanza de vida al nacimiento,

¹³ En este caso, son varios los artículos del periódico *La Nación* que ponen énfasis en la benignidad de la gripe, especialmente en Buenos Aires y Santa Fe: por ejemplo, en las tiradas del 3 de julio de 1919 y el 19 de julio de 1919 estas noticias no eran similares al caso de Córdoba, donde *La Nación* el 20 de agosto anunciaba 17 muertes.

Cuadro 3. Porcentaje de población analfabeta, semianalfabeta y alfabetada de 7 años y más, según distritos de la República Argentina, y tasa de mortalidad por gripe por 10 000

Provincias	Analfabetos	Semianalfabetos	Alfabetos	Tasas de mortalidad por gripe en 1919
Capital Federal	17,8	2,3	79,9	4,22
Buenos Aires	30,8	2,3	67,0	7,00
Santa Fe	34,6	2,5	62,9	8,48
Entre Ríos	41,0	3,5	55,5	7,91
Corrientes	55,5	3,5	41,0	10,48
Córdoba	38,5	3,9	57,6	18,56
San Luis	37,2	3,5	59,2	25,55
Santiago del Estero	63,8	2,8	33,4	39,79
Tucumán	50,7	3,4	45,9	40,11
Mendoza	42,1	2,1	55,8	32,15
San Juan	44,2	2,1	53,6	78,27
La Rioja	49,6	3,1	47,3	34,05
Catamarca	48,8	4,2	47,0	39,26
Salta	53,6	3,7	2,7	118,68
Jujuy	90,6	3,7	5,7	95,82
Total	34,7	2,7	62,5	16,56

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 26, 1921, y el *Censo de Población Nacional* de 1914, Buenos Aires, 1916

un indicador revelador sobre las condiciones de vida, marca el contexto material de una existencia paupérrima en el norte argentino y la región de Cuyo.

Otro indicador de las condiciones de vida de la población, y de las estrategias con que ésta podía contar para evitar o curar una enfermedad, pasa por el grado de alfabetización, un indicador del sector social donde se encuentra el individuo, de si éste posee o no las habilidades para lograr, en el mercado de trabajo, la venta de su fuerza laboral a un precio mayor que el grado de subsistencia. Por otra parte, también enriquece la posibilidad de lograr, a partir de los medios gráficos suministrados por la prensa, ciertas destrezas para evitar la enfermedad, o una vez desencadenada, para recurrir a los medios más correctos para evitar su agravamiento.

El cuadro 3 es claro con respecto a las diferencias existentes en los porcentajes de analfabetismo de las diferen-

tes poblaciones: la Capital Federal tenía uno de los índices más bajos, las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y San Luis presentaban índices medianos y cercanos al de la Argentina en su totalidad, mientras que todas las otras provincias concentraban un porcentaje de población analfabeta muy por encima de la media nacional, llegando al caso extremo de la provincia de Jujuy, donde sólo 5.7% de la población era alfabetada.

La vinculación entre la tasa de mortalidad por gripe y las tasas de analfabetismo por provincia, indicadoras de condiciones de vida de la población, permite apreciar una notable relación entre ambas; aquellas provincias que mostraban una alta tasa de analfabetismo tenían también una alta tasa de mortalidad por gripe, y éstas eran, justamente, las provincias del norte, con excepción del caso de la de San Juan (en la región de Cuyo), cuyo índice de analfabetismo era medio pero su mortalidad alta, y el ca-

Cuadro 4. Médicos por habitantes

Provincias	Médicos por cada mil habitantes	Tasas de mortalidad por gripe
Capital Federal	17,8	2,3
Buenos Aires	30,8	2,3
Santa Fe	34,6	2,5
Entre Ríos	41,0	3,5
Corrientes	55,5	3,5
Córdoba	38,5	3,9
San Luis	37,2	3,5
Santiago del Estero	63,8	2,8
Tucumán	50,7	3,4
Mendoza	42,1	2,1
San Juan	44,2	2,1
La Rioja	49,6	3,1
Catamarca	48,8	4,2
Salta	53,6	3,7
Jujuy	90,6	3,7
Total	34,7	2,7

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 26, 1920, y el *Tercer Censo de Población Nacional de la República Argentina*, Talleres Gráficos de L. J. Rosso Buenos Aires, 1916

so de Corrientes, con un índice mayor de analfabetismo y una tasa menor de mortalidad por gripe.

Estas desigualdades también se reflejaban en el sistema de salud. En 1918, cuando la pandemia de gripe llegó a la Argentina, el sistema asistencial era desigual. Armus y Belmartino (2001: 306) observan que hacia 1915 el sistema hospitalario se había renovado prácticamente por completo en Buenos Aires, la urbe más poblada y desarrollada, donde se gestionaba gran parte de la renta del país. No obstante, hacia el interior de la Argentina, donde impactó con más fuerza la gripe, la población estaba desprotegida en lo referente al sistema asistencial, que era completamente descentralizado, heterogéneo y fragmentado. La intervención del Estado se restringía, en situaciones “normales”, a entregar recursos “a organizaciones

de la sociedad civil, involucradas en prácticas de asistencialismos y prevención” (Belmartino, 2005: 389). La conformación de este sistema ayudó poco a combatir la propagación de la gripe, más aún si tomamos en cuenta que este tipo de epidemia rebasa todo tipo de sistema sanitario que se pretenda imponer para contenerla.

No existen datos que puedan dar una idea sobre la capacidad, en términos cuantitativos, del sistema sanitario a principios del siglo XX, salvo el del número de médicos que habitaban en cada una de las provincias y que nos permite calcular el grado de medicalización como un indicador de la capacidad de atención con que contaba cada una de éstas¹⁴. El cuadro 4 reúne el número de médicos por cada mil habitantes, en relación con la tasa de mortalidad por gripe en 1919, lo que permite apreciar que las tasas de mortalidad más altas se dieron, justamente, en las provincias que contaban con menor cantidad de médicos. Pueden apreciarse, además, cinco categorías de provincias, clasificadas según la tasa de mortalidad por gripe y la cantidad de médicos por habitantes:

1) Ciudad de Buenos Aires, que presenta la tasa de mortalidad más baja, pero que, a su vez, tiene la mayor cantidad de médicos por habitantes.

2) Las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos, con tasas relativamente bajas de mortalidad y con una cantidad mayor de médicos por habitantes que las otras provincias.

3) Las provincias de Córdoba, Mendoza y San Luis, con igual número de médicos por cada mil habitantes que las anteriores, pero con una mortalidad sensiblemente superior.

4) Las provincias del norte y noroeste argentino, que tenían un escaso número de médicos por habitantes y una alta tasa de mortalidad por gripe (Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, La Rioja, Catamarca).

Paralelamente, las provincias de Corrientes y San Juan no entran en ninguna de estas categorías por dos fenóme-

¹⁴ Este indicador tiene sus limitaciones, pues se trata solamente del número de médicos. Permite tan sólo un acercamiento al grado de medicalización, lo que conlleva a definir de manera mínima el desarrollo de la infraestructura sanitaria.

nos distintos: Corrientes tenía una baja mortalidad por gripe en relación con el escaso número de médicos, aunque un poco superior a otras provincias, mientras que San Juan presentaba tasas de mortalidad similares a las de las provincias norteñas, pero con un número de médicos por habitantes casi igual al de Corrientes.

De esta forma podemos plantear la hipótesis de que la mortalidad por gripe estuvo asociada tanto a las condiciones de existencia de los individuos que la sufrieron, como los medios con que contaba cada una de las provincias afectadas por la gripe en términos de la atención médica. Una editorial del diario *Los Principios*, de la ciudad de Córdoba, define cuál era la situación tanto material como sanitaria para los pobres que habitaban en la ciudad y la provincia; esto también se puede tomar como ejemplo para todas las provincias. El diario proponía:

[...] el establecimiento de un sanatorio o lazareto, si quiera provisorio, puede ser, entre otras, una resolución eficiente y de verdadero socorro, dado que allí podrían encontrar amparo y la asistencia racional y médica requerida los numerosísimos enfermos pobres de esta capital por lo menos salvando de un modo una gran cantidad de casos fatales producidos hasta ahora por las complicaciones de la enfermedad determinada exclusivamente por la falta de asistencia¹⁵.

HISTORIA DE UNA EPIDEMIA OLVIDADA

El 16 de octubre de 1918 el periódico *La Nación* publicaba noticias sobre la gripe que habría ingresado a la Argentina bajo el encabezado “La gripe no debe alarmar, su presentación benigna”. Se trataba de una columna tranquilizadora acerca del impacto que podría llegar a tener la “grippe” en el país. Lo comparaba con las condiciones en que se había desarrollado en Europa: la guerra y las deficiencias alimentarias provocadas por ésta; y con el caso de Brasil, y observaba que en Buenos Aires las condiciones sanitarias y alimentarias eran completamente distintas, por lo tanto aconsejaba no temer a esta enfer-

medad¹⁶. Este medio emitió otro mensaje tranquilizador dos días después, el 18 de octubre, al observar que la sociedad de la ciudad de Buenos Aires se burlaba de la enfermedad saliendo a pasear por sus calles y haciendo caso omiso de la posibilidad de un contagio¹⁷. Las mismas páginas daban cuenta de un fenómeno que es una constante cuando aparece alguna epidemia: la especulación alrededor de ciertos productos con los cuales era posible preservarse de la “grippe”, según el conocimiento popular. El periódico denunciaba que las pastillas de alcanfor, los laxantes y las sales de quinina habían aumentado su valor en diez veces¹⁸. En días posteriores, en el mismo periódico, comenzó a aparecer publicidad de distinto tipo acerca de productos cuya utilización, aseguraban, serviría para evadir o curar la “grippe”.

Este fenómeno, usual cuando se declara una epidemia, es parte de lo que se ha denominado “oferta oportunista”, basada en el ofrecimiento y el consumo de productos que en tiempos normales no son de uso común (Cabonetti y Rodríguez, 2007). Por otra parte, constituye un síntoma de que la sociedad porteña no se encontraba tranquila con el desarrollo de la epidemia.

Hacia fines del mes de octubre, el clima de calma que, según el diario mencionado, había predominado hasta el momento, comenzó a descomponerse. El 26 de octubre de 1918 el gobierno dispuso la limpieza del Riachuelo, un río completamente contaminado que pasa por la ciudad de Buenos Aires. Ordenó que se sometiera a examen a aquellos inmigrantes que llegaban en barco desde Europa y que los que presentaran síntomas de la gripe fueran internados en un lazareto dispuesto en la isla Martín García. Incluso se “desinfectaría” a aquellas personas que migraran desde Chile. Las autoridades sanitarias dispusieron también la inspección de talleres con el fin de que los obreros trabajaran en las mejores condiciones higiénicas. Se aconsejaba evitar las reuniones en lugares cerrados, y se dispuso el riego de calles, el cierre de escuelas en todo el país y la clausura de los lugares de diversión como cines, *music halls* y circos.

¹⁵ Los Principios, 4 de junio de 1919.

¹⁶ La Nación, 16 de octubre de 1918.

¹⁷ La Nación, 18 de octubre de 1918.

¹⁸ *Idem*.

Se trató de medidas encaminadas a evitar el contagio y que no fueron muy distintas de las que se llevaron a cabo en el invierno del año 2009 en relación con la epidemia de influenza A (H1N1). Pero la pregunta que surge de este relato va encaminada en otra dirección: ¿por qué el cambio de actitud del Estado, que pasó de una pasividad extrema a una actividad intensa?

Consideramos que fue la opinión pública porteña la que cambió su ánimo. Según los datos con que contamos, de las 422 muertes que sucedieron como consecuencia de la “gripe”, 32.7% se dieron en el mes de octubre, es decir, ocurrieron 138 muertes en tan sólo 12 días aproximadamente. A esto se sumaba el número cada vez mayor de enfermos que pedían asistencia¹⁹. Estos indicadores generaron alarma en la sociedad porteña. El Estado comenzó a tomar medidas mucho más drásticas para prevenir el contagio de la enfermedad. Así, la primera percepción optimista sobre la “gripe” desapareció en tan sólo seis días y el pánico comenzó a apoderarse tanto del Estado como de la sociedad. Confirma esto la revista *Caras y Caretas*, con su publicación de una serie de caricaturas del ámbito económico social y científico sobre diversos personajes que aprovechaban la gripe con el título “La epidemia de moda o el pánico de la gripe”²⁰.

Las medidas tomadas por el Estado tendieron a endurecerse en noviembre del mismo año: se suspendieron las congregaciones y la asistencia a los cementerios en el día de los muertos²¹; se derivaron los enfermos graves de gripe de los hospitales de la ciudad al hospital Muñiz, que comenzó a hacer las veces de lazareto, y se profundizó la cuarentena en la isla Martín García para aquellos que llegaban al país en barcos. Al igual que en muchas otras epidemias que había sufrido la Argentina, nuevamente el Estado y la sociedad habían sido sorprendidos por la enfermedad. La “gripe” se encontraba en suelo argentino y las consecuencias serían de suma importancia una vez que pasara el estío.

En mayo de 1919 hubo un nuevo brote de gripe española en Argentina, que como ya fue dicho, impactó con

más fuerza en las provincias norteñas. Esto se reflejó en las preocupaciones del Estado y también en los periódicos, que comenzaron a publicar más noticias sobre la gripe en el interior y menos sobre lo que sucedía en la capital de la República, fenómeno que se había dado el año anterior y que es un indicador del impacto de la epidemia.

Una de las medidas que tomó el Departamento Nacional de Higiene, entonces la principal autoridad sanitaria del país, “con el fin de contribuir en la campaña profiláctica que se lleva a cabo en el interior de la república para evitar la propagación de la gripe”, apenas comenzada la epidemia, fue el envío de un médico y un guardia sanitario a las principales provincias afectadas. Estos galenos, junto con sus auxiliares, viajaron a Salta, Jujuy, Catamarca, La Rioja, Corrientes y los territorios nacionales de Chaco y Misiones²². Mientras tanto, en la ciudad de Buenos Aires, la gripe tenía carácter “benigno”, según publicaba el periódico *La Nación*²³. Sin embargo, este diario difundía noticias alarmantes acerca del desarrollo de la gripe, en el interior del país, las cuales evidenciaban una situación sanitaria delicada. En ese contexto, todos los distritos provinciales o municipales comenzaron a tomar medidas de carácter sanitario con el fin evitar el desarrollo de la enfermedad.

El Estado y la medicina se toparon con varias dificultades, entre ellas que las medidas fueron tomadas cuando la epidemia ya había entrado y se había instalado en cada una de las provincias y ciudades. Las disposiciones eran distintas en cada distrito; así, en el caso de la provincia de La Rioja, éstas llegaban a extremos como la prohibición de concurrir a velorios, salvo para los deudos; la distribución de impresos que exponían las acciones necesarias para evadir la enfermedad, y el cierre de los lugares donde pudiese reunirse una conglomeración de población, como los templos religiosos. La orden de cerrar los templos es muestra de la gravedad de la situación o de la percepción de gravedad que tenían las autoridades acerca de la epidemia, pues con anterioridad se tendía simplemente a desinfectarlos²⁴.

¹⁹ *La Nación*, 26 de octubre de 1918.

²⁰ *Caras y Caretas*, 26 de octubre de 1918.

²¹ *La Nación*, 1 de noviembre de 1918.

²² *La Nación*, 9 de mayo de 1919.

²³ *La Nación*, 11 de mayo de 1919.

²⁴ *La Nación*, 23 de mayo de 1919.

En Jujuy se cerraron los establecimientos educativos, y lo mismo en Tucumán, donde la epidemia no disminuía su agresividad. En Belén (Catamarca) se notificaba que en todas las casas había enfermos y que ya no había quien los atendiera²⁵. La intendencia de la ciudad de Rosario, en la provincia de Santa Fe, destinó recursos humanos y monetarios para sanear la ciudad de suciedades y restringió el funcionamiento de los lugares de reunión pública²⁶. Estas y otras medidas eran utilizadas políticamente tanto por el oficialismo como por la oposición, pues se acusaba a los gobiernos provinciales de inacción frente a la enfermedad, como fue el caso de la provincia de Tucumán²⁷ o el del intendente salteño que “paseaba por los hogares de las familias pobres repartiendo dinero”²⁸.

Estas apreciaciones permiten pensar en la utilización de la epidemia como factor político, cuestión puesta en juego que va más allá del hecho mismo de la epidemia y de las medidas sanitarias implementadas. El desarrollo de la enfermedad suscitó cierta susceptibilidad en la sociedad, que en muchos casos fue aprovechada por la oposición a los gobiernos en turno para generar críticas, pero también por los mismos gobernantes para consolidar y dinamizar las redes clientelares.

Los médicos enviados por el Departamento Nacional de Higiene, que tenían la misión de coordinar las acciones sanitarias en las provincias, solicitaban al poder central elementos como medicamentos y aparatos de desinfección que, por las grandes distancias, tardaban largo tiempo en llegar²⁹. Lo cierto es que la epidemia de gripe dejaba también al descubierto un escenario de impotencia de la medicina para poner coto a una situación de escasez de recursos, tanto humanos como materiales, frente a una enfermedad que rebasaba todo tipo de acción que se pudiera emprender. Estas medidas no se modificaron en el

tiempo que duró la epidemia, entre dos y cinco meses, dependiendo de la provincia.

Ahora bien, la epidemia fue una nueva prueba para el Estado, la medicina y la sociedad argentina, a la vez que se transformó en una fuerte preocupación en términos políticos y sociales, y puso al desnudo, nuevamente, los desequilibrios económicos y sociales de un país que crecía pero que no se desarrollaba; evidenció los problemas del Estado para contener la morbilidad y la mortalidad de una enfermedad como la gripe en un país vasto y heterogéneo, y la impotencia de la medicina al encontrarse cara a cara con una epidemia difícil de controlar.

CONCLUSIONES

La pandemia de gripe española llegó a la Argentina en octubre de 1918 y continuó su desarrollo durante el invierno de 1919. Se trata, no obstante, de una epidemia olvidada por la historia de la medicina argentina, olvido cuyas causas desconocemos. No obstante, vista desde la actualidad, bajo la amenaza de la pandemia de influenza A (H1N1), nos deja un sinfín de enseñanzas sobre su impacto demográfico y social, las políticas a implementar y la incidencia del grado de desarrollo de la ciencia.

Vista en una dimensión global, la epidemia no tuvo el impacto que se observó en otros países, como en el caso brasileño. En la Argentina, oficialmente, para el Departamento Nacional de Higiene, murieron 14 997 personas a causa de esta enfermedad. Ahora bien, si se proyectan los decesos en los territorios nacionales, que conformaban gran parte del territorio argentino, esta cifra se duplica. Sin embargo, no es la dimensión que tuvo la gripe española en términos de mortalidad la que resulta útil para entender la realidad de la pandemia de influenza A (H1N1); son otras facetas las que creemos que deben ser estudiadas. A lo largo de todo el artículo se vio que la epidemia de gripe, si bien tuvo como epicentro la ciudad de Buenos Aires, desde donde se expandió al resto del país, ésta fue la que menos sufrió en términos de mortalidad. Por otra parte, observamos que su expansión en 1918 fue acotada, tanto en el tiempo como en el número de decesos que ocasionó en las provincias de mayor desarrollo del centro del país.

²⁵ *La Nación*, 13 de mayo de 1919.

²⁶ *La Nación*, 14 de mayo de 1919.

²⁷ Una posición similar se observa en relación con el periódico *La Nación*, diario opositor al gobierno de Hipólito Yrigoyen, respecto de las medidas tomadas por la autoridad sanitaria en la ciudad de Buenos Aires (*La Nación*, 1 de noviembre de 1918).

²⁸ *La Nación*, 23 de mayo de 1919.

²⁹ *Idem*.

El segundo brote tuvo un desarrollo completamente distinto, ya que su recorrido se hizo de norte a sur, y su impacto fue devastador en las provincias del norte. En ese comportamiento de la gripe se pueden apreciar los tres factores expuestos como hipótesis: el factor eco-ambiental, el de las condiciones materiales de existencia y el de las condiciones sanitarias de cada provincia o ciudad. Desde nuestra perspectiva, cada uno de esos factores actuaron de manera individual o en conjunto para que la epidemia tuviera ese comportamiento caprichoso y mortal entre los sectores más bajos de la sociedad.

Podríamos decir que la gripe es una enfermedad que no distingue, en lo referente a la morbilidad, entre ricos y pobres, no obstante sí lo hace en la mortalidad. La incidencia, precisamente, de los últimos dos factores comentados permite sostener esta aseveración. La epidemia mostró su faceta más agresiva en las poblaciones de las provincias más desprotegidas, tanto material como sanitariamente. Este fenómeno, además de estar aunado a desequilibrios estructurales, también se debe a las políticas que se implementaron, tanto desde el gobierno central como desde los gobiernos provinciales y municipales: medidas desarticuladas, falta de recursos humanos y materiales, escasas instituciones donde alojar a los enfermos más graves, fueron parte de un escenario donde las poblaciones quedaron a merced de la enfermedad.

Por otra parte, la gripe también fue utilizada como factor político, pues potenció el clientelismo, lo cual generó críticas de los medios y la oposición al gobierno en turno, además de convertirse en un factor dinamizador de ciertos bolsones del mercado que, en tiempos normales, no podían desarrollarse con tal velocidad.

Lo cierto es que la epidemia de gripe, por su dimensión y por su impacto, desnudó las falencias de un Estado que todavía estaba en conformación, la impotencia de una medicina que aún no se consolidaba como garante de la salud y el desequilibrio económico y geográfico de la sociedad.

Bibliografía

Armus, Diego y Susana Belmartino, 2001, "Enfermedades, médicos y cultura higiénica", en Alejandro Cataruzza (dir.), *Cri-*

sis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943), Sudamericana, Buenos Aires (Col. Nueva Historia Argentina), pp. 283- 329.

Belmartino, Susana, 2005, *La atención médica argentina en el siglo XX*, instituciones y procesos., Siglo XXI, Buenos Aires.

Bertolli (Filho), Claudio, 1986, *Epidemia e sociedade. A gripe espanhola no município de Sao Paulo*, tesis de maestría, Departamento de Historia. Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias Humanas, Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, mimeógrafo.

Bertucci, Liane María, 2004, *Influenza, a medicina enferma*, Editora Universidad del Estado de Campinas, Sao Paulo.

Brauner Ferreira, Ranata, 1999, *Epidemia e drama: a gripe espanhola em Pelotas-1918*. Programa de pós-graduação em história. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tesis para aspirar al grado de Mestre.

Carbonetti, Adrián, 2009, "Incidencia de la pandemia de gripe de 1918-1919 en la mortalidad de la ciudad de Córdoba", ponencia presentada en las VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires.

— y Dora Celton, 2007, "La transición epidemiológica", en Susana Torrado (comp.), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX*, Edhasa, Buenos Aires. 369-398

— y María Laura Rodríguez, 2007, "Las epidemias de cólera en Córdoba a través del periodismo: la oferta de productos preservativos y curativos durante la epidemia de 1867-1868", *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, vol. XIV, núm. 2, abril-junio, Río de Janeiro, pp. 405-419.

Cruz de Sousa, Christiane María, 2009, *A gripe espanhola na Bahia, saúde política e medicina em tempos de epidemia*, Fiocruz, Río de Janeiro.

Echeverri Dávila, Beatriz, 1993, *La gripe española. La pandemia de 1918-1919*, Siglo XXI, Madrid.

Mc Keown, Thomas, 1976, *El crecimiento moderno de la población*, Antoni Bosch, Barcelona.

Porras Gallo, María Isabel, 1994, *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe en 1918-1919 en Madrid*, tesis de doctorado, Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, mimeógrafo.

Dos Santos, Ricardo Augusto, 2006, "O carnaval, a peste e a 'espanhola'", *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, vol. 13, núm. 1, Río de Janeiro.

Suriano, Juan, 2000, "Introducción: una aproximación a la definición de la cuestión social en Argentina", en Juan Suriano (comp.), *La cuestión social en la Argentina 1870-1943*, La Colmena, Buenos Aires, pp. 1-29.