

# Los años que vivimos en pandemias: la poliomielitis, la gripe asiática y la gripe de Hong Kong. Semejanzas y diferencias con el coronavirus (Argentina, 1957-2020)

The years we lived in pandemics: Polio, Asian Flu, and Hong Kong Flu. Similarities and differences with the Coronavirus (Argentina, 1957-2020)

*Adriana Álvarez\**

## Resumen

Este trabajo se centra en el período que arranca con la Revolución Libertadora de 1955 hasta la llegada de Onganía al poder (1966-1970) etapa signada por gobiernos democráticos, proscripciones y golpes de Estado, que además estuvo cruzado por tres grandes pandemias que afectaron a nuestro país y al mundo como la poliomielitis (1956), la gripe asiática (1957-1958), y la gripe de Hong Kong (1968). El fin de este trabajo es analizar las implicaciones de esas crisis sanitarias en sus dimensiones políticas, sociales y económicas, con el fin de brindar insumos explicativos que sirvan para analizar la actual COVID-19.

**Palabras claves:** gripe asiática, gripe de Hong Kong, COVID-19, poliomielitis, Argentina.

## Abstract

This work focuses on the period that began with the Liberating Revolution of 1955 until Onganía's arrival in power (1966-1970), a stage marked by democratic governments, proscriptions and coups d'état, which was also crossed by three major pandemics that affected our country and the world such as poliomyelitis (1956), the Asian Flu (1957-1958), and the Hong Kong Flu (1968). The purpose of this work is to analyze the implications of these health crises in their political, social and economic dimensions, in order to provide explanatory inputs that serve to analyze the current COVID-19.

**Keywords:** Asian Flu, Hong Kong Flu, COVID-19, Poliomyelitis, Argentina.

---

\* CONICET, Instituto de Humanidades y Sociales, Centro de Estudios Históricos, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina, [acalvarmdp@gmail.com](mailto:acalvarmdp@gmail.com).



## Introducción

Decir 2020 es sinónimo de pandemia, de un período signado por la incertidumbre epidemiológica en función del comportamiento de un virus desconocido que, a diferencia de los de influenza, no retrocede con el calor de los meses de verano. Su aparición en oleadas, las diversas y disímiles interpretaciones del campo científico alimentan un desconcierto social que engendra un movimiento pendular entre el temor al contagio y el cansancio emocional, psicológico que su presencia despierta en la sociedad, como también las diversas reacciones frente a esto. Una realidad que intensifica la necesidad de mirar al pasado, la historia puede proporcionar nuevas ideas sobre el manejo del riesgo sanitario en episodios epidémicos.

Este trabajo se centra en el período que se inicia con la Revolución Libertadora de 1955 hasta la llegada de Juan Carlos Onganía al poder (1966-1970), etapa signada por gobiernos democráticos, proscripciones y golpes de Estado que han hecho de ella una de las más efervescentes de la historiografía argentina, poblada por diversidad de miradas que explican la alternancia entre gobiernos civiles y militares. Poca atención se le ha prestado al contexto epidemiológico de la época, el cual estuvo cruzado por tres grandes pandemias que afectaron a nuestro país y al mundo, como la poliomielitis (1956), la gripe asiática (1957-1958) y la gripe de Hong Kong (1968). El fin de este trabajo es analizar las implicaciones de esas crisis sanitarias en sus dimensiones políticas, sociales y económicas, con el fin de brindar insumos explicativos que sirvan para analizar la actual COVID-19.

## La poliomielitis paralizó cuerpos no memorias

Uno de los padecimientos más temidos y recordados por la memoria pública a lo largo de los años es la poliomielitis. Vieja dolencia también conocida como enfermedad de Heine-Medin, así llamada en honor a los científicos que describieron el cuadro clínico en 1840 y su carácter epidémico en 1887; no obstante, adquirió su mayor relevancia epidemiológica entre fines del siglo XIX y mediados del siglo XX (Schonhaut, 2015, 61). En la Argentina como en muchos países era una dolencia endémica, había aparecido de manera intermitente y con focos muy acotados en las décadas del treinta y del cuarenta, pero nunca con la intensidad que lo hizo desde mediados de 1950.

Padecer la enfermedad podía significar transitarla solo con fiebre, dolor de cabeza y garganta, náusea y diarrea, pero no más que un cuadro viral con una recuperación rápida, sin mayores consecuencias, puesto que el 95% de los casos era asintomático. El problema radicaba en la llamada polio parálitica que también se iniciaba como un cuadro viral, pero se complicaba con dolores y espasmos musculares, lo que podía continuar en una parálisis, que en muchos casos los “padecientes” conseguían recuperar los movimientos, pero en otros la parálisis y la debilidad muscular los acompañaría de por vida.

En pleno apogeo del peronismo, la presencia de la poliomielitis varió de una tasa de 10,6 en 1943 para luego bajar sin mediar ningún tipo de acción a una tasa que rondaba entre 3,0 y 5,0 casos cada 100.000 habitantes (Martínez, 1943, 34). Por entonces se trataba de brotes esporádicos, y esto se tradujo en una escasa asistencia sanitaria para los enfermos de polio en Capital Federal (Ramacciotti, 2006, 133), que era más exigua en el interior del país. Más lejana aún era la existencia de centros de rehabilitación para quienes la enfermedad había dejado huellas en el cuerpo.

Los años que vivimos en pandemias: la poliomielitis, la gripe asiática y la gripe de Hong Kong. Semejanzas y diferencias con el coronavirus (Argentina, 1957-2020) / *Adriana Álvarez*

La ausencia de espacios especializados para tratar las secuelas de la polio era un reclamo constante tanto de los sectores afectados como por el campo de la salud.

La Secretaría de Salud Pública el organismo estatal encargado de vigilar, controlar y aplicar la medicina tanto en su aspecto preventivo como curativo ese organismo compete tomar las directivas de la ejecución de un plan con criterio amplio y libre de orden financiero ya que lo que el Estado invierta en aquella magna obra lo recuperará con creces paulatinamente porque los seres una vez rehabilitados y aptos para desempeñarse en cualquier actividad de la vida serán de positivo valor para la sociedad. (Aguilera, 1947, 660)

Las demandas de Miguel Aguilera (médico kinesiólogo) eran parte de los debates que alrededor de las acciones preventivas y curativas engendró el recrudecimiento de la polio, incluso antes de convertirse en epidémica. Esos debates estaban cruzados por la aparición y el afianzamiento de un nuevo modelo de discapacidad, de un renovado concepto de terapias de rehabilitación y asociado a ello el centro rehabilitador, espacio en el que cobraron visibilidad tanto los nuevos tratamientos como las formas de interpretar el rol de los "paralíticos" en la sociedad. Es decir, a partir de la polio se comenzó a transformar el concepto de recuperación física (en que el objetivo era solo restituir la movilidad de los músculos afectados) hacia el de rehabilitación integral, que incluía los planos sociales, educativos y profesionales; sin duda, este es uno de los principales legados de esa pandemia (Álvarez, 2015, 942).

Pero también en el escrito de Aguilera había una demanda concreta para que los centros de rehabilitación (CR) fueran realizados por el Estado como parte de la política pública; pensemos que por entonces estaba en marcha la reforma sanitaria de Ramón Carrillo que implicó el fortalecimiento del sistema público de salud. De hecho, durante el Primer Plan Quinquenal se habilitaron 48.309 camas, totalizando la cantidad de 114.609 camas en 1952, lo que implicaba un índice de 6,4 cada 100.000 habitantes (Argentina, 1952, 2). Sin embargo, esos espacios asistenciales (CR) se generaron sobre la base de modelos asociativos variados y con características organizativas distintas, aunque con un denominador común: en todos los casos se trató de organizaciones civiles sin fines de lucro, compuestas por gente común y médicos de especialidades diversas, cuyo financiamiento dependió básicamente tanto de la colaboración monetaria popular como de grandes empresas, mas no del Estado (Álvarez, 2013, 8).

El primero de esos centros fue ALPI (1943), pionero en la rehabilitación en nuestro país que se mantuvo únicamente gracias a la ayuda de una comunidad solidaria, más tarde y a medida que los casos de polio cobraban intensidad surgieron otros, en 1952 en la ciudad de Mar del Plata, de la mano de una sociedad civil sin fines de lucro, surgió Centro de Rehabilitación para los Niños Lisiados (CERENIL) y así sucesivamente se multiplicaron por todo el país a lo largo de la década del cincuenta, más aún luego de la gran epidemia de 1956 (Álvarez, 2018, 157).

En 1953 se registró un saldo de 2.579 casos de poliomiélitis, es decir, una tasa de 14,0 por 100.000 habitantes. Era la antesala de lo peor, aunque a diferencia de los años anteriores la polio había entrado a formar parte de las preocupaciones sanitarias, sociales y políticas. La oposición apelaba al incremento de casos para atacar políticamente al gobierno mientras que el discurso oficial justificaba su aparición como parte de una "ola epidémica mundial"; se trataba de morigerar la cantidad de casos, resaltando que la alarma o el temor era parte de

una psicosis social y, como sostiene Karina Ramacciotti, esto puede leerse como una estrategia discursiva que buscaba liberar las responsabilidades estatales (2006, 135).

Los dos años siguientes transcurrieron con muy pocos casos de polio, lo que trajo calma entre las autoridades sanitarias, que sufrían el mismo desconcierto que había en otros países debido a que períodos sin presencia de la enfermedad se percibían como una retirada de la polio pero luego se sucedían otros con fuertes incrementos.

En 1955 y en una Argentina que había despojado al peronismo del poder, se registraron 435 casos que significaron una tasa de 2,3 casos cada 100.000 habitantes, que la prensa denunciaba y las nuevas autoridades militares, a semejanza de lo que habían criticado de las anteriores, negaban. Al año siguiente y bajo el gobierno de facto del general Pedro Eugenio Aramburu, las cifras se multiplicaron hasta 6.496 casos lo que resultaba una tasa de 33,3 casos por 100.000 habitantes (Ministerio de Asistencia Social, 1959). La poliomieltis azotaba al país.

Durante cerca de dos meses las autoridades sanitarias si bien reconocieron la existencia de los casos, negaron que tuvieran la extensión de una epidemia y procuraron calmar la inquietud causada por los rumores alarmistas, que exageraban la realidad, y producían gran desasosiego en las casas donde había niños. Al fin, ante la gravedad del mal y la repetición de las declaraciones médicas que han pasado ya de los cincuenta casos diarios, el Gobierno reconoció oficialmente la existencia de la epidemia.<sup>1</sup>

El gobierno de Aramburu culpaba de la epidemia a “la herencia maldita del peronismo”, en la prensa de época abundaban notas que en tono de denuncia buscaban remarcar que el accionar sanitario se veía condicionado por los escasos recursos con los cuales contaba el gobierno, fruto de las arcas vacías que había heredado. Daniela Testa, considera que, al identificar ese legado en términos de desidia, falta de higiene, administración ineficiente etcétera, golpeaban dos de los ámbitos de actuación de la política social peronista: el sistema sanitario y las medidas de protección a la niñez (Testa, 2011, 316).

Pero más allá de las metáforas y usos políticos que se hizo de la enfermedad, la tan esperada vacuna se había dado a conocer pocos meses antes del golpe militar que destituyó a Juan Domingo Perón. La vacuna Salk desarrollada por el Dr. Jonas Salk sobre la base de introducción de una pequeña cantidad de virus en el cuerpo con el fin de generar anticuerpos para combatir las cepas más potentes de la enfermedad, fue central en el control del poliovirus.

No obstante, fue la velocidad en la adquisición de la vacuna lo que hizo la diferencia en cuanto al manejo de la crisis sanitaria. Mientras la mayoría de los países europeos usaban producción propia (Porrás et al., 2012, 288), la Argentina debía importarlas, por lo que se encarecía y lentificaba la compra e impactaba en el inicio de la inmunización.

Por ello, en los primeros meses de 1956 y ante la ausencia de partidas de vacuna Salk, se recurrió a la inoculación de gammaglobulina con la finalidad de crear defensas en los más

---

<sup>1</sup> Diario *ABC*, “Aumenta de manera alarmante la epidemia de poliomieltis. Quince defunciones en una sola jornada. Estados Unidos y otros países envían a la Argentina personal científico y material sanitario”, 17 de marzo de 1956, p. 8.

pequeños<sup>2</sup> para contrarrestar los efectos de la enfermedad mientras se esperaba su llegada,<sup>3</sup> que lamentablemente se obtuvo luego de que el principal brote que afectó a más de 6.000 personas había pasado. Igualmente, ese año se hicieron las primeras campañas vacunales, que se afianzaron numéricamente hacia el año siguiente contrarrestando el impacto epidemiológico que había alcanzado.

En septiembre de 1956 llegó al país la primera partida de vacunas compradas al laboratorio Parke Davis, y en octubre la segunda partida que fue distribuida por todo el país, y la calma poco a poco retornaba. A la vacuna Salk (de virus inactivado) le sucedió la Sabin (1961), vacuna monovalente de poliovirus oral, y en 1963 la trivalente de poliovirus oral (tOPV) (Sabin, 1985, 421).<sup>4</sup>

Cuando la poliomielitis parecía controlada y las preocupaciones se centraban en la recuperación de esos cuerpos afectados por la parálisis, nuevamente otra enfermedad asolaba al mundo, otro virus desconocido recorría los caminos de oriente a occidente y de ahí al continente americano.

## Pandemias olvidadas

En 1957, todo parecía inicialmente tranquilo hasta que en el mes de abril los periódicos comenzaron a hablar de una epidemia de influenza que afectaba a regiones del continente asiático. Cinco meses después del primer brote, el virus atravesó el mundo. Era una cepa completamente nueva, no había inmunidad en la población.<sup>5</sup>

La pandemia en un inicio afectó especialmente a niños pequeños, escolares, adolescentes y adultos jóvenes, se esparció rápidamente, en pocos meses invadió el continente asiático. En abril-mayo de 1957 se dio la alerta mundial y comenzó la producción de vacunas (Grisolia, 2006, 118).

El virus llegó a otros continentes posiblemente vehiculizado por el tránsito marítimo, por eso las ciudades portuarias fueron las primeras en sufrir los efectos de la infección (Grisolia, 2006, 119).

En la región sur del continente americano la pandemia se hizo sentir muy fuerte en el mes de agosto. Para algunos analistas de época, el virus partió desde China, pasó por varios países, hasta que un barco procedente de Japón la desembarcó en Chile. Para otros la Marina de los Estados Unidos era la responsable al haber amarrado un barco con tripulación infectada en el puerto de Valparaíso (Chowell et al., 2017, 234). Lo concreto es que desde allí se extendió

---

<sup>2</sup> Diario *La Nación*, "Las primeras aplicaciones en escuelas de la Gama-Globulina", 14 de marzo de 1956, p. 1.

<sup>3</sup> Diario *La Nación*, "Campaña contra la Poliomielitis", 23 de marzo de 1956, p. 1.

<sup>4</sup> La llegada de partidas de vacunas permitió la inmunización y la ampliación de los planes de vacunación. De esta manera, la poliomielitis fue paulatinamente controlada. En agosto de 1994 fue considerada eliminada de las Américas. En la Argentina las primeras dosis se aplicaron en 1956, luego en 1964 se utilizó la trivalente oral que se incorporó al Calendario Nacional en 1971 (Cecchini y González Ayala, 1986).

<sup>5</sup> En febrero de 1957, un nuevo virus de la influenza A (H2N2) apareció en el este de Asia, desencadenando una pandemia ("influenza asiática"). Este virus H2N2 constó de tres genes diferentes del virus H2N2 que se originó de un virus de la influenza aviar. Se reportó por primera vez en Singapur, en febrero de 1957; en Hong Kong en abril de 1957 y en las ciudades costeras de los Estados Unidos en el verano de 1957. La cantidad estimada de muertes fue de dos millones en el mundo (Grisolia, 2006, 118).

velozmente por Argentina, Brasil, Colombia y Venezuela.<sup>6</sup> En el país trasandino se estimaba que la pandemia de influenza habría provocado 5.400 defunciones en cuyo registro incluían complicaciones pulmonares. Si bien es cierto que la letalidad estimada de la influenza fue baja (0,15%) el número absoluto de muertes fue bastante elevado por la gran proporción de personas que enfermaron en un corto lapso. Atacó a mayores de 55 años notándose un gran incremento de casos durante los meses de agosto y septiembre de 1957 (Valenzuela et al., 1957, 300).

Por su parte la República Oriental del Uruguay comunicaba a los organismos internacionales que los primeros casos de gripe se habían presentado a principios de agosto de 1957, convirtiéndose en epidémica rápidamente tanto en la capital como en el interior, cuyo pico máximo de casos se produjo el 26 del mismo mes, y provocó en un plazo no mayor de cuatro semanas que se enfermara alrededor del 50% de la población (OPS, 1958, 176).

Mientras los países limítrofes con la Argentina padecían la pandemia, este país en el informe anual que los estados miembros debían realizar a la Oficina Sanitaria Panamericana nada comunicaba de la gripe asiática.

A pesar del mutismo oficial la pandemia llegaba y lo hacía en un clima político agitado, la resistencia peronista, los avances de la “libertadora” sobre diversas áreas, son buenos ejemplos de ese marco sacudido por la interrupción de un gobierno que había ganado en las urnas. En materia de salud pública, la salida de Juan Ramón Carrillo (ministro de Salud de Juan D. Perón) había profundizado algunos problemas que luego cobrarían protagonismo, tales como el desfinanciamiento y los reclamos de los gobiernos provinciales por acentuar el federalismo sanitario (Belmartino, 2005).

En pos del federalismo sanitario reclamaban potestad para las jurisdicciones provinciales en el manejo de la salud pública y la asistencia social, de ahí que las nuevas autoridades militares avanzaron en un proceso de descentralización federal (Katz, 1993), que era lo recomendado por los organismos internacionales (OPS, 1958).

Por medio del Decreto 1375 de febrero de 1957 se autorizó al ministerio a convenir con las autoridades provinciales y municipales la transferencia de los establecimientos asistenciales habilitados y por habilitar. De los 1.772 hospitales existentes en el país en 1957, 230 dependían del Ministerio de Salud Nacional, lo mismo que 204 de los 2.052 establecimientos de atención ambulatoria. Dicha descentralización jurisdiccional se hizo sobre una base política; la institucional, en cambio, se limitó a la administrativa (Veronelli y Veronelli Correch, 2004, 567).

La pandemia de gripe ganó presencia en la Argentina apenas pasada la poliomielitis y en un contexto en que la salud pública estaba sometida al mencionado proceso de provincialización de los servicios públicos. Estos dos hechos nos permiten explicar la forma que adquirió la gestión de la crisis sanitaria. Desde el gobierno nacional se trasladó a las provincias la lucha contra el virus, en el marco de un discurso que la definía como una epidemia “benigna” y la población la vivenciaba de manera diferente de lo que había sido la “parálisis infantil” del año anterior. Sin duda era un peligro distinto, pero no dejaba por ello de cobrar vidas.

---

<sup>6</sup> Diario *Hoja del Lunes*, 16 de septiembre de 1957, Granada. Recuperado de [https://prensahistorica.mcu.es/es/consulta/resultados\\_ocr.do?general\\_ocr=on&cid=375538&tipoResultados=PAG&posicion=151](https://prensahistorica.mcu.es/es/consulta/resultados_ocr.do?general_ocr=on&cid=375538&tipoResultados=PAG&posicion=151). Consulta: 20/3/2020.

El diario *Clarín* en agosto de 1957 (pico máximo de casos) titulaba: “Son de evolución benigna los casos de gripe” y subtitulaba: “En la Capital normal; ausentismo en el interior, cierran escuelas”.<sup>7</sup> Si bien es cierto que la gripe asiática atacó con mayor intensidad algunas provincias y otras no sintieron casi su presencia, no parece haber sido tan “benigna” como se la presentaba (Álvarez, 2020). La provincia de Mendoza, limítrofe con Chile –país que había sido la puerta de entrada del virus en el sur del continente americano–, fue una de las más afectadas. El 40% de la población mendocina se infectó, debieron cerrar las escuelas y los cines, el ausentismo en casas de comercio y reparticiones públicas excedió el 40%.<sup>8</sup> Pero incluso en la provincia de Buenos Aires la tasa de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio creció significativamente en el período 1957-1958 (34,8%) comparada con una década más tarde que fue de 19,9% (1965-1966) (Galarce, 1978, 20). En Córdoba también hubo un incremento semejante.<sup>9</sup> Los datos presentados sirven para explicar que el nuevo virus (H2N2) afectó a distintas regiones del país, y que a pesar de que para el gobierno la incidencia era del 0,9%, o sea menor al promedio mundial (1,3 defunciones cada 1.000 enfermos), ese índice general (0,9%) desdibuja la letalidad<sup>10</sup> que la enfermedad tuvo en algunas provincias (Mendoza, Córdoba, Buenos Aires) donde realmente fue mayor, además de distorsionar el verdadero cuadro de crisis sanitaria. Esos valores se construyeron sobre un registro de casos que no fue exhaustivo, entre otros factores porque no se respetaba la denuncia obligatoria de la enfermedad y porque no se contaba con un programa nacional de estadísticas de salud.<sup>11</sup> De ahí que entendemos que el índice de letalidad debió ser semejante al de otros países.

Igualmente, la calificación de “benigna” excedía a una apreciación acuñada por el discurso oficial argentino, desde 1952 la Organización Mundial de la Salud (OMS) había creado la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe (GISN, por su sigla en inglés), la cual funcionaba como un mecanismo mundial de cuidado, preparación y respuesta a la gripe estacional y pandémica. Incluía, más de 110 centros nacionales de lucha antigripal ubicados en 87 zonas y diversos países de todo el mundo (Álvarez, 2020). Desde ese espacio surgió el concepto de gripe benigna y que las cuarentenas como mecanismo de prevención no eran del todo aptas, pues consideraba que “se debe interferir lo menos posible con el tráfico mundial, si bien se debe aislar a los casos agudos. La situación epidémica cambia rápidamente” (OPS, 1958, 177).

El mundo científico europeo, no contradecía lo afirmado por los organismos internacionales muy por el contrario sostenían que “la epidemia de gripe puede ser un tema de conversación, pero no preocupante, no parece que sea grave ni que requiera medidas de prevención médica extraordinaria” (Lemaire, 1957).

Políticos y científicos recomendaban la inoculación, nada extraño, pues era el gran momento de la “vacunología”. La misma, tuvo un gran impulso alrededor de 1950 como una continuación de los notables avances realizados durante la década de 1940 y la Segunda

<sup>7</sup> *Clarín*, “Son de evolución benigna los casos de gripe”, 7 de agosto de 1957.

<sup>8</sup> Ídem.

<sup>9</sup> En la ciudad de Córdoba se registraron mayores picos de mortalidad general en agosto de 1957 (117 por 100.000 habitantes), superando el umbral de mortalidad esperado para el período 1958-1968 (PEN).

<sup>10</sup> El índice de letalidad surge de calcular el número de muertes por una enfermedad en un período determinado con número de casos diagnosticados por la misma enfermedad en el mismo período.

<sup>11</sup> Entre 1960 y 1963 se desarrolló primero un Programa de Estadísticas Vitales para la provincia de Buenos Aires, y entre 1962 y 1972 se definió el Programa Nacional de Estadísticas de Salud (INDEC, s/f, 31).

Guerra Mundial.<sup>12</sup> Pero, además existía el hecho concreto que en Estados Unidos el microbiólogo Maurice Hilleman, antes de la llegada del virus a ese país, había logrado desarrollar una vacuna que algunos diarios el 12 de julio de 1957 ya daban a conocer,<sup>13</sup> pero no con la misma algarabía que habían hecho con la Salk. En realidad, no podríamos decir que la aparición de la vacuna evitó la pandemia, pues como hemos mostrado se propagó por numerosos países del mundo, lo que se aplanó fue el miedo y el índice de incertidumbre, que juegan un papel central en momentos de crisis sanitaria.

Con lo cual, esa percepción de benigna, aunque los niveles de mortalidad crecieran, fue alimentada por la seguridad en la vacuna que desde el mundo de la ciencia se brindaba. Aunque en países como la Argentina el letargo en acceder a ella no evitó una segunda oleada en 1958, que fue menor a la del año anterior, pero que básicamente atacó a los adultos mayores. Desapareció apenas terminó el invierno, dejó un número impreciso de fallecidos y de infectados en su paso por este país.

Con respecto a lo económico no hubo cierres de frontera prolongados, pues se cuidó de no entorpecer el comercio, sin embargo, en el caso argentino afectó en ciertas regiones más que nada por la merma en los comercios locales debido al alto índice de ausentismo.

A diferencia de la poliomielitis, el temor a la pandemia gripal no fue colectivo, el ser un virus desconocido tampoco despertó zozobra pues se daba en un clima de época eufórico por los avances de la ciencia, signados por las vacunas y los antibióticos que terminaron dibujando una curva de miedo aplanada.

Diez años más tarde, la Argentina escribía un nuevo capítulo de su historia que había empezado en 1966, cuando las Fuerzas Armadas destituyeron al presidente constitucional Arturo Illia y los comandantes designaron a Juan Carlos Onganía como presidente, y en el nivel internacional las miradas estaban puestas en el conflicto militar en Vietnam, en los asesinatos de líderes prominentes y en las manifestaciones públicas generalizadas, en 1968 se supo que un nuevo virus amenazaba al mundo.

El desconocido virus se presentó en China, en Hong Kong, de ahí que se lo dio a conocer con el nombre de esa ciudad. La gripe (H3N2) surgió en 1968, fue causado por un subtipo desconocido hasta entonces. Se expandió rápidamente, llegó a Estados Unidos junto con los soldados que regresaban de Vietnam, y a diferencia de la anterior pandemia, esta se dio en oleadas que duraron cuatro años (1968-1971). El grupo más vulnerable fue los adultos mayores, aunque no siguió patrones de desarrollo comunes en todos los países.

En América del Norte, la mayoría de las muertes relacionadas con la influenza en 1968-1969 y 1969-1970 ocurrieron durante la primera temporada de pandemias (Estados Unidos, 70%; Canadá, 54%). Por el contrario, en Europa y Asia el patrón se invirtió: el 70% de las muertes ocurrieron durante la segunda temporada (Viboud, Lafont y Simonsen, 2005, 233).

La mitad de las víctimas relacionadas con la influenza durante la influenza A (H3N2) de 1968-1969 ocurrieron entre personas mayores de 65 años (Simonsen et al., 1998, 58).

La pandemia de 1968 se ha caracterizado acertadamente como “latente”, pues, su impacto más esporádico y en diferentes regiones del mundo estaban dotados de inmunidad previa N2.

---

<sup>12</sup> Una breve cronología: 1945: Primera vacuna para la gripe. / 1952: Primera vacuna para la poliomielitis. / 1954: Primera vacuna para la encefalitis japonesa. / 1957: Vacuna H2N2. (San Miguel-Hernández y Ramos-Sánchez, 2013).

<sup>13</sup> *La Vanguardia*, “Vacuna contra la Gripe Asiática en Estados Unidos”, 12 de julio de 1957, p. 8.



Es decir, la gripe asiática de 1957 (H2N2) había legado su antígeno N2 que, como vemos, también estaba presente en el virus de Hong Kong (H3N2) (Viboud et al., 2005, 248). Este factor contribuye a explicar una menor tasa de mortalidad en relación con la de 1957, unido a otros como los planes de contingencia que puso en marcha la Organización Mundial de la Salud y el pronto desarrollo una vacuna.

En la Argentina la tasa de ataque<sup>14</sup> para la primera oleada de 1969 fue estimada en 25%, la segunda onda en 1970 arrojó una tasa de ataque del 30%. Por otro lado, y asociado a que entre el 25 y 30% de la población se infectó, las neumonías fueron una de las principales causas de muerte alcanzando de 10 al 15% de la mortalidad total (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2007, 17). En el siguiente cuadro se puede observar que el principal impacto se dio entre los 0 a 4 años y en los mayores de 65, pero también debemos considerar el grupo de 50 a 64 con un riesgo elevado.

**Cuadro 1. Tasa de mortalidad por neumonías en 1969 y 1970 en Argentina (en mil por ciento)**

Grupo etario	1969	1970
0-4	1.023,00	1.294,00
5-9	9,00	14,00
10-24	5,00	7,00
25-39	8,00	6,00
40-49	22,00	12,00
50-64	92,00	70,00
65-74	329,00	277,00
75 y más	1.398,00	1.441,00

Fuente: Extraído de "Plan de Respuesta Integrada para la Pandemia de Influenza", Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2007, pp. 16-17.

La dinámica de la vida cotidiana parece no haber sido afectada por el nuevo virus, la atención era concitada por la situación política interna. Si bien la prensa anunciaba un vasto programa de vacunación que empezaría por los empleados de servicios públicos esenciales, sostenía que se extendería al resto de la población con el apoyo de los sectores privados, cuestión que terminó dependiendo de cada empresa vacunar o no a su personal.

No se aplicaron cuarentenas ni otro tipo de medidas, solo se apelaba a la responsabilidad personal pidiendo que se tomaran medidas higiénicas, evitar enfriamiento y aglomeraciones.<sup>15</sup> Sin embargo, solo con mencionar que espectáculos de alta masividad, como el fútbol, no fueron suspendidos alcanza para mostrar la reacción de la gente al pedido oficial. Abundan las imágenes de época en que se pueden ver que las calles estuvieron colmadas de personas en diversas oportunidades ya sea por movilizaciones políticas como por festejos multitudinarios, como la obtención del campeonato mundial de fútbol por el Club Estudiantes de La Plata, y podrían seguir los ejemplos. También es real que la situación sanitaria internacional no era

<sup>14</sup> La tasa de ataque es la tasa de incidencia que se registró durante el curso del brote de gripe en 1969-1970. Es decir, es el número de casos en relación con la población.

<sup>15</sup> Archivo General de la Nación, Telenoticiero, 1968. Extraído de: <https://www.facebook.com/ArchivoGeneraldeLaNacionArgentina/videos/268074194577465>

objeto de atención por parte de la prensa nacional. Con lo cual la vivencia de la epidemia se reducía al escenario doméstico en que acontecía, de manera individual, pero no se experimentó como una crisis sanitaria colectiva.

A modo de cierre observamos que la pandemia de COVID-19 es muy similar a las de influenza asiática (1957) y la de Hong Kong (1968) en términos de propagación por diversos continentes. En la de 1957 murieron en el mundo (aproximadamente) por efecto del nuevo virus más de dos millones de personas y con la de 1968 más de un millón de víctimas (OMS, 2005, 1). Hasta el 30 de agosto de 2020 por COVID-19 han fallecido 843.000 enfermos, o sea, en términos de letalidad está distante de la “gripe benigna” de 1957 y se acerca más a la de 1968.

La gran diferencia estriba en la curva de pánico entre una y otras, en las medidas preventivas aplicadas y en la centralidad de la atención pública, médica y social que goza la COVID-19 en relación con los virus de 1957 y 1968. La pregunta a seguir trabajando se basa en explicar: ¿qué variables nutren esa curva? A modo de cierre intentaremos brindar algunas respuestas que deberán ser profundizadas y complejizadas en futuros trabajos.

## Ensayando algunas respuestas

Una cuestión que emerge de las tres pandemias analizadas es que la única epidemia recordada es la de poliomielitis, las que le sucedieron (asiática y de Hong Kong) fueron olvidadas, la memoria pública no las recuerda. Ello tiene que ver con cómo se vivieron cada una de ellas.

Con la poliomielitis el pánico era alimentado por el grupo etario al cual mayormente atacaba (la infancia) y por los efectos paralizantes que en un pequeño porcentaje podía provocar. Estos aspectos la volvieron inolvidable, más aún cuando el recuerdo se hace presente al visualizar sus efectos en los cuerpos de quienes la padecieron.

Con las gripes (asiática y de Hong Kong) no sucedió lo mismo que con la polio. Solo han quedado resguardadas en la memoria individual de quienes fueron contagiados, de quienes perdieron algún familiar, pero no está en el registro colectivo. Fueron olvidadas de inmediato, entre otras cosas porque las medidas profilácticas estuvieron centradas en determinadas provincias, se permitía la circulación de personas, el comercio no se interrumpió, con lo cual la dinámica de la vida cotidiana siguió su marcha sin verse alterada de manera importante, cosa que no ocurrió con la parálisis infantil en que, por ejemplo, la suspensión de clases en las escuelas fue por un período prolongado.

Claro está, situaciones como la de Berlín, que en 1968 se vio obligada a almacenar cadáveres en los túneles del metro por haber colapsado los cementerios, luego de haber hecho lo propio el sistema de salud, no eran noticia en los medios locales. El hecho de que ambas pandemias coincidieron con dictaduras militares (Revolución Libertadora y Revolución Argentina) no es un dato menor a la hora de explicar algunos de los motivos por los cuales no captó los grandes titulares. Morigerar o relativizar desde el discurso oficial la presencia de los virus era un recurso para atenuar las sensaciones frente a las crisis sanitarias, procurando con ello no afectar la economía evitando cualquier medida que afectara el intercambio de bienes. La prensa, ya fuera por adhesiones al oficialismo o por presiones del gobierno, no les otorgó a las pandemias de 1957 y 1968 la centralidad mediática que el coronavirus posee aún con un índice menor de personas fallecidas.

Sin embargo, lo expresado anteriormente es insuficiente para comprender el impacto social dispar que se visualiza entre las pandemias del siglo XX y la del XXI.

Uno de los factores que contribuye a explicar ese proceso disímil es la creciente inseguridad ciudadana en el sistema público de salud. Recientemente, Ramacciotti (2020) ha explicado las caras y contracaras del sistema salud durante casi un siglo, demostrando el proceso de desjerarquización reciente. Situación que no se experimentaba ni en los años cincuenta ni en los sesenta, cuando aún la cobertura sanitaria del país era percibida como satisfactoria. Con lo cual, el factor confianza/desconfianza en el rol del Estado como prestador de servicios sanitarios es una variable a considerar a la hora de interpretar las razones por las cuales la curva de pánico con la COVID-19 dejó de ser aplanada, tal como había sucedido en pandemias anteriores.

Pero también contribuye a prolongar la curva referida las “narrativa del brote”. Este factor se vincula con las maneras en que se expresa la dolencia, las frases, imágenes e historias que se utilizan moldean las actitudes hacia la enfermedad. Diego Armus (2020) sostiene que con esta epidemia hay varios tipos de narrativas, algunas son cautelosas, otras son lecturas montadas sobre teorías conspirativas o comentarios irresponsables o reflexiones que por su audacia motivan dudas. También abundan los diagnósticos prospectivos sobre la economía, la sociedad, la cultura, la vida cotidiana después de la epidemia, el capitalismo, el poscapitalismo. Armus entiende que “en una notable variedad de tonos –distópicos y utópicos, apocalípticos y esperanzados, *amateurs* o más o menos informados– tienden a subrayar que ya nada será como lo conocimos”.

Lo expresado está vinculado a otro aspecto, como el desarrollo tecnológico de los medios y formas de comunicación a través de redes sociales, que hacen de la COVID-19 una epidemia mediática. Vivir en vivo y en directo el progreso de la pandemia, tanto en el ámbito local como internacional, engendra un temor colectivo mayor que el engendrado por las pandemias de 1957 y 1968. Temor que no es alimentado exclusivamente por el virus y sus consecuencias, sino por los términos bélicos con los cuales se lo identifica: “El virus es el enemigo”, “en la primera línea de combate o en la trinchera está el personal de salud”, “juntos vamos a vencerlo” (Álvarez y Manzo, 2020).

Más allá del impacto psicológico que la inmediatez y la abundancia de información pueden provocar en la población, también es cierto que, en referencia a la pregunta que nos convoca, en el presente no es posible ocultar los brotes epidémicos o brindar una calificación de la pandemia convincente desde los estamentos oficiales, como ocurrió a mediados del siglo XX, porque resulta claro que ese proceso ya no depende exclusivamente del poder médico ni del político. Las redes sociales han tenido una clara influencia en la forma de narrar la actual crisis sanitaria y los organismos públicos (gubernamentales o sanitarios, locales o internacionales) las han legitimado al utilizarlas como vía de comunicación oficial. A modo de ejemplo, por Twitter se conoce de inmediato las informaciones vertidas por la OMS antes de ser publicadas en la web oficial. Esta inmediatez de la información y la diversidad de vías por las cuales puede llegar a la población democratiza el acceso a la misma, contribuye a provocar cambios en el comportamiento de la gente como el uso del barbijo, distanciamiento social, lavado de manos etcétera, pero también alimenta el temor, el miedo y a veces paradójicamente la incertidumbre y el negacionismo extremo que es tanto o más peligroso como el exceso de información.

## Referencias bibliográficas

- Aguilera, M. (1947). “Centros antipoliomielíticos”. *Revista de Ciencias Médicas y Ciencias Afines*, 9(9): 654-660.
- Álvarez, A. (2013). “El impacto de los brotes de poliomielitis en las formas de organización ciudadana (Buenos Aires)”. *Revista de Historia de la Medicina y Epistemología Médica*, 5(1): 1-17.
- (2015). “Los desafíos médicos, sociales e institucionales que dejó la poliomielitis: la rehabilitación integral en la Argentina de mediados del siglo XX”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Río de Janeiro, 22(3): 941-960.
- (2018). “Muletas, vacunas y fragmentación del sistema de salud. El caso de la poliomielitis en la Argentina de mediados del siglo XX”. *Investigaciones y Ensayos*, 66: 149-177.
- (2020). “La Historia del COVID-19 en tiempos del Coronavirus. Un ensayo inconcluso”. *Pasado Abierto*, 11: 215-235.
- Álvarez A. y A. Manzo (2020). “El siglo XXI y sus pandemias por coronavirus: entre el Sars-Covid (2003) y el Sars-Covid 2 o COVID-19 (2020). El caso argentino”. En: Álvarez, A. (org.). *Del cólera al COVID-19*. Mar del Plata: EUDEM.
- Argentina (1952). “Consejo Nacional de Planificación. Plan de salud pública (anexo)”. Buenos Aires: Dirección Nacional de Planificación, Presidencia de la Nación, Archivo General de la Nación.
- Armus, D. (2020). “¿Cómo se narra el coronavirus? Incertidumbres e historias globales”. *Revista N°*. Disponible en: [https://www.clarin.com/revista-enie/ideas/-narra-coronavirus-incertidumbres-historias-globales\\_0\\_ot977nECw.html](https://www.clarin.com/revista-enie/ideas/-narra-coronavirus-incertidumbres-historias-globales_0_ot977nECw.html).
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2006). *La reforma del sector salud en Argentina*. Buenos Aires: CEPAL y Siglo XXI.
- Bourdelaís, P. (dir.) (2001). *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles)*. París: Belin.
- Cecchini E. y S. E. González Ayala (1986). “Poliomielitis”. En: Cecchini E. y González Ayala y S. E. (eds.). *Temas de Infectología*. Buenos Aires: Celsius, pp. 305-23.
- Chowell, G., L. Simonsen, R. Fuentes, J. Flores, M. A. Miller y C. Viboud (2017). “Severe mortality impact of the 1957 influenza pandemic in Chile”. *Influenza and other respiratory viruses*, 11(3): 230-239.
- Díez Cuevas, G. (2006). *El papel de la Organización Mundial de la salud en el siglo XXI y la importancia del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud para hacer frente a las emergencias sanitarias. El caso de la “crisis” del brote de Ébola* (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco, Eukadi: España.
- Galarce, M. (1978). *Provincia de Buenos Aires, mortalidad entre 1957-1966 tendencias y causas*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía-CELADE.
- Grisolia, S. (2006). *La gripe aviaria: un reto a la salud pública*. Cuenca: Universidad de Castilla La Mancha.
- INDEC (s/f). *Informe Nacional. Sistemas de Registro Civil y Estadísticas Vitales*. Extraído de: [https://unstats.un.org/unsd/demographic/meetings/wshops/1991\\_Argentina\\_CRVS/Docs/Argentina.pdf](https://unstats.un.org/unsd/demographic/meetings/wshops/1991_Argentina_CRVS/Docs/Argentina.pdf).

- Jester, B., T. Uyeki y D. Jernigan (2020). “Fifty Years of Influenza A(H3N2) Following the Pandemic of 1968”. *American Journal of Public Health*, 110(5): 669-676.
- Katz, J. (1993). *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Lemaire, A. (1957). “La grippe dite asiatique ne revêt que des formes bénignes”. *Le Monde*, 5 de septiembre. Disponible en: [https://www.lemonde.fr/archives/article/1957/09/05/la-grippe-dite-asiatique-ne-revet-que-des-formes-benignes\\_2324370\\_1819218.html](https://www.lemonde.fr/archives/article/1957/09/05/la-grippe-dite-asiatique-ne-revet-que-des-formes-benignes_2324370_1819218.html).
- Martínez, F. (1943). “Un año de Registro Nacional de morbilidad poliomiélica”. *Boletín Sanitario de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social*, oct.-dic., VII: 10-12.
- Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (1959). “Datos de epidemiología de la poliomiélica formas paralíticas – año 1958”. Sección de Estadísticas Vitales, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2007). “Plan de Respuesta Integrada para Pandemia de Influenza”, Argentina Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). *Comunicación sobre brotes epidémicos*. Disponible en: [https://www.who.int/csr/don/Avian\\_Spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/csr/don/Avian_Spanish.pdf?ua=1).
- (2009). *Evaluación de la gravedad de una pandemia de gripe*. Extraído de [https://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease\\_swineflu\\_assess\\_20090511/es/](https://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/es/).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1958). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, (44)1: 178-180.
- Porras, M., M. Báguena, R. Ballester y J. Heras (2012). “La Asociación Europea contra la Poliomiélica y los programas europeos de vacunación”. *Dynamis*, 32(2): 287-310.
- Ramacciotti, K. (2006). “Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires”. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 58(2): 115-138.
- (2020). “Un hito importante en la trayectoria profesional”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (Blog). Publicado em 28 abr. 2020. Acesss [date].
- San Miguel-Hernández Á. y M. C. Ramos-Sánchez (2013). “Historia de las vacunas y sueroterapia”. *Gaceta Médica de Bilbao*, 110(3): 74-80.
- Sabin, A. (1985). “Oral poliovirus vaccine: history of its development and use and current challenge to eliminate poliomyelitis from the world”. *The Journal of Infectious Diseases*, 151(3): 420-436.
- Schönhaut B, L. (2015). “Twenty observations on spinal poliomyelitis”. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(1): 61-65.
- Simonsen, L., M. J. Clarke, L. B. Schonberger, N. H. Arden, N. J. Cox y K. Fukuda (1998). “Pandemic versus epidemic influenza mortality: a pattern of changing age distribution”. *The Journal of Infectious Diseases*, 178(1): 53-60.
- Testa, D. (2011). “Poliomiélica: la ‘herencia maldita’ y la esperanza de la rehabilitación. La epidemia de 1956 en la ciudad de Buenos Aires”. *Intersticios*, 5(2): 309-323.
- Valenzuela, G., A. Horwitz, C. Ristori, H. Boccardo, J. M. Borgoño y V. Bertin (1957). “Aspectos epidemiológicos y medidas de control de la influenza”. *Rev. Servicios Nacionales Salud*, 2: 323.

- Veronelli, J. y M. Veronelli Correch (2004). *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Viboud, C., Grais R. F., Lafont B. A., Miller, M. A. y L. Simonsen (2005). “Multinational Influenza Seasonal Mortality Study Group. Multinational impact of the 1968 Hong Kong influenza pandemic: evidence for a smoldering pandemic”. *The Journal of Infectious Diseases*, 192(2): 233-248.
- World Health Organization (1954). “InFluenza: a Review of Current Research”. Monograph N° 20, Washington.