
La Historia del COVID 19 en tiempos del Coronavirus. Un ensayo inconcluso

Adriana Álvarez

Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Mar del Plata, Centro de Estudios Históricos, Facultad de Humanidades, Argentina

acalvarmdp@gmail.com

Recibido: 20/05/2020

Aceptado: 30/05/2020

Resumen

Este trabajo realiza una mirada histórica por las diversas pandemias de gripe que impactaron en la República Argentina. La Gripe Rusa del siglo XIX, la Gripe de 1918, la influenza asiática de 1957, hasta el actual COVID-19.

El objetivo es capitalizar los modelos interpretativos utilizados para los estudios de epidemias, con la finalidad de hacer visibles las diferencias con la pandemia del Coronavirus (2020). Dedicamos especial atención a la gripe asiática de 1957/58, tratando de analizar las similitudes y diferencias que las atraviesan, preguntándonos cuán peculiar, terrible o hasta benigna puede ser en comparación con otras de su tipo.

Palabras Claves: Covid 19, Gripe Asiática, Gripe Rusa, Gripe Española, Pandemias

The History of COVID 19 in times of the Coronavirus. An unfinished essay

Abstract

This work takes a historical look at the various influenza pandemics that impacted the Argentine Republic. From the Russian Flu of the XIX century, the Flu of 1918, the Asian influenza of 1957 until the current COVID-19.

The objective of this work is to take advantage of the interpretive models used for epidemic studies, in order to contrast previous pandemics with this Coronavirus. Paying special attention to the 1957/58 Asian flu, we analyze the similarities and differences between these pandemics, wondering how peculiar, terrible or even benign can the current one be compared to others of its kind.

Keywords: Covid 19, Asian Flu, Russian Flu, Spanish Flu, Pandemics

La Historia del COVID 19 en tiempos del Coronavirus. Un ensayo inconcluso¹

“La cuestión no es saber si habrá una nueva pandemia de gripe, sino cuándo ocurrirá.”
(Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud, 2019)

En marzo del 2019 la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) lanzó una estrategia mundial contra la gripe; la cita precedente expresa claramente que era cuestión de tiempo la llegada de una pandemia de virus respiratorios.² Pese a esto, en la sociedad argentina y latinoamericana, existía una percepción acerca de que las pandemias y/o epidemias eran acontecimientos anclados al pasado; donde ni la medicina, ni la ciencia y mucho menos la tecnología gozaba del triunfalismo actual. Esa sensación de seguridad se desvaneció rápidamente a medida que un virus desconocido avanzó, dejando miles de muertos en Europa y Estados Unidos, en los primeros del año 2020.

El descenso en la mortalidad, el incremento en la esperanza de vida, el mayor conocimiento y control sobre algunas enfermedades crónicas como el cáncer o la diabetes (por mencionar solo algunas) que se vieron favorecidas por la aparición de nuevos tratamientos, medicamentos, vacunas, e intervenciones quirúrgicas menos invasivas, sirvieron para alimentar una percepción social sobre la posibilidad de erradicar las enfermedades y, con más razón, las epidemias. La pandemia de gripe A (2009-H1N1), tuvo una baja mortalidad, causando unas 19.000 víctimas fatales y en Argentina 626 muertos, circunstancia que no instaló una zozobra sanitaria en la población; por ende, la posibilidad de una nueva crisis sanitaria no era objeto de desasosiego. La inseguridad, la inflación, los femicidios y la economía en general

¹ Agradezco a la Dra. María Coira su atenta lectura.

² El coronavirus no es una gripe; es parte de una extensa familia de virus que pueden causar infecciones respiratorias de distinta gravedad. Pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) o el COVID-19 descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>. Consultado: 02-05-2020.

lideraban las preocupaciones de una sociedad que miraba como algo muy lejano el cuadro epidemiológico que transcurría en China.

“La historia del Covid 19 en tiempos del Coronavirus”, es una historia del tiempo presente, escrito desde la coetaneidad³, durante la cuarentena, mientras está en pleno desarrollo la pandemia, que lleva registrados miles de muertos en el mundo. Historiográficamente, forma parte de un sub campo en importante expansión como es el de la Historia de la Salud y la Enfermedad, centrada en explicar el pasado de enfermedades endémicas, epidémicas y crónicas que se desarrollaron entre el siglo XIX y hasta mediados del XX. Si bien enfermedades como el SIDA o el Ébola, invitaban a preguntarnos sobre el derrotero epidemiológico hacia fines de la centuria, no había por parte de quienes nos especializamos en estos temas motivaciones que nos llevaran a bucear en ese pasado más cercano. La llegada del COVID 19, nos animó y, como decía Diego Armus recientemente: “La urgencia y el miedo invitan a narrar la epidemia” (Armus, 2020).

El objetivo de este trabajo es capitalizar los modelos interpretativos aplicados en el análisis de la historia de las enfermedades, con la finalidad de hacer visibles las diferencias con esta pandemia del COVID-19.⁴ Dedicamos especial atención a la gripe asiática de 1957/58, tratando de analizar las similitudes y diferencias que las atraviesan, preguntándonos cuán peculiar, terrible o hasta benigna puede ser en comparación con otras de su tipo.

Las gripes en nuestro país: el espejo de Buenos Aires

Gripes, gripes, fiebres, influencias, fiebre catarral, catarro epidémico, fueron las distintas denominaciones con los que se nombraba a episodios epidemiológicos recurrentes en la historia de la humanidad.

³ Desde el plano epistemológico, no forma parte de lo que comprendemos como historia reciente centrada básicamente en la última dictadura militar. La ubicamos como una Historia del tiempo presente, en tanto es el estudio de un acontecimiento ocurrido en nuestra inmediatez. Por ello se trata de una forma de hacer historia, en la que la existencia de coetaneidad entre la experiencia vivida por el historiador/ra y el acontecimiento se vuelve indispensable. Sobre el tema recomendamos a Franco y Levín (2007); Franco y Lvovich (2017); Fazio (2010); Galimi (2003); Garay, (2007); Aróstegui (2004).

⁴ Los virus respiratorios fueron descubiertos progresivamente a partir de 1950. Los últimos fueron los coronavirus en la década de los años sesenta. En noviembre de 2002, apareció el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) definido como una neumonía atípica, al que se asoció un nuevo virus perteneciente a la familia de los coronavirus (Casas y Pozo, 2005).

Argentina no estuvo exenta de la gran pandemia de Gripe Rusa (1889) que, surgida en ese país, se extendió por ferrocarril y mar a través de Europa y América del Norte. Tuvo una tasa de letalidad aproximada de 0.1%, lo que provocó la muerte de un millón de personas en todo el mundo (Valleron y otros, 2010). La historiografía en general no ha prestado atención a su desarrollo; ha sido opacada por la gripe mortal de 1918 y, sin embargo, es parte de los eslabones epidémicos que deberíamos conocer mejor.

La llamada “Gripe Rusa” es considerada la primera pandemia en un mundo interconectado, de allí su importancia (Valleron y otros, 2010). Afectó con intensidades distintas y con momentos de aparición diferente: en Madrid fue en 1890, en ciudades como Berlín, París y Londres hubo brotes hasta el año 1894, y en Buenos Aires hasta 1899 (Maris, 2011).

Algunas tesis médicas, escritas y defendidas en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, a propósito del brote de 1889, sostenían que su aparición en la Argentina fue en 1890, para luego reaparecer en los años de 1892 a 1899, de manera que “la gripe no ha cesado de aparecer en forma casi endémica, alcanzando como epidémico su mayor intensidad en 1892, con la totalidad de 182 defunciones en la ciudad de Buenos Aires” (Facio, 1900: 14).⁵ En realidad, el ambiente médico porteño miraba atentamente a los galenos franceses. En esas tesis, se describían los tratamientos aplicados a los enfermos de gripe, señalaban posibles complicaciones (como el caso de las neumonías), destacaban el uso efectivo de la quinina en algunos pacientes, y desalentaban la antipirina, temas que estaban presentes en diversas publicaciones francesas que llegaban al Río de La Plata. Una caricatura aparecida en París en 1890 titulada “Todos tienen gripe” exponía en lenguaje popular cuestiones que en Buenos Aires y mediante el lenguaje médico se exponían frente a los tribunales examinadores.

⁵ Facio, Leónidas y Chaves (1904) *Contribución al estudio de la gripe [sic]: Tesis inaugural*. Buenos Aires: Establecimiento Tipográfico La Agricultura.



Fuente: Le Grelot: journal illustré, politique et satirique, Janvier 12, 1890.
Recuperado de <https://digi.uni-heidelberg.de/diglit/grelot1890>. Consultado: 15-03-2020.

Se trataba de tesis doctorales centradas en experiencias hospitalarias que no aportaban tratamientos diferentes a los ya aplicados en el viejo continente. Además, todas coincidían en señalar que la enfermedad atacaba a los grandes centros de población a través de las líneas de comunicación, y que su origen era asiático, “desde donde se ha propagado al oriente de Europa”.⁶ (Oneto, 1904:25).

Las recomendaciones para la prevención de la influenza eran la higiene y el aislamiento de los enfermos (Ibarra, 1902). Se consideraba que:

“la influenza es grave en los viejos, en los sujetos enfermos, en los enfermos del pulmón y especialmente en los tuberculosos cuya marcha activa [...] un aislamiento riguroso puede prevenir la influenza. Esto está demostrado, porque agrupaciones de individuos que se han aislado han podido escapar de las epidemias”.⁷

⁶ Oneto, Juan (1904). *La gripe. Sus localizaciones pulmonares. Tesis presentada para optar al grado de doctor en medicina*. Buenos Aires: Imprenta, Litografía y Encuadernación Guillermo Kraft, p. 25.

⁷ Sabelli, Humberto (1906). *Influenza Tesis presentada para optar al grado de doctor en medicina*. Buenos Aires: Las Ciencias. Librería y Casa Editora de Nicolás Marana, p. 10.

En realidad, para entonces las grandes ciudades habían vivido el embate de virulentos morbos como el cólera, la fiebre amarilla, el sarampión o viruela, por mencionar solo algunos. La aparición de la gripe por entonces no despertó mayores temores. Tampoco ocupaba una atención especial por parte de la prensa; el sistema público de salud era embrionario y en la tasa de mortalidad la influenza no estaba en los primeros lugares, aunque es posible que fuera más significativa que lo que las precarias estadísticas reflejaban. Lo cierto es que, ya sea por las experiencias sanitarias experimentadas, como por la escasa importancia que tanto autoridades como la prensa le daban, la pandemia de gripe rusa estuvo lejos de generar pánico, angustia o aislamiento social. Sin duda, se la percibía como benigna frente a otros males, entre otras cosas, porque las noticias del viejo continente donde había matado a casi un millón de personas no eran de acceso fácil a la mayoría de los habitantes, con lo cual lejos estuvo de ser visualizada por los porteños como un peligro.

Es decir, las representaciones sociales de la gripe al momento de la pandemia rusa se encontraban en proceso de construcción: los médicos la calificaban como peligrosa, pero la gente no la percibía como tal; además, la credibilidad de ese discurso de base científica entre la población era endeble. Por otro lado, para ciertos sectores, era una batalla perdida, pues si bien la Argentina tenía un crecimiento económico, entre los más altos del mundo, los bolsos de pobreza, en ciudades como Buenos Aires, eran muy importantes, y para esos sectores la prevención por medio de acciones higiénicas o aislamiento eran directamente imposible.

Eduardo Wilde, médico higienista señalaba las condiciones de vida de quienes habitaban casas colectivas en la ciudad de Buenos Aires: “los cuartos eran comedor, cocina, y despensa”.⁸ El distanciamiento y aislamiento en caso de enfermedad eran impensados. Pero, donde además había un:

“patio para que jueguen los niños y sitio donde se depositan los excrementos [...] depósito de basuras, almacén de ropa sucia [...] morada del perro y del gato [...] es un pandemónium donde respiran contra todas las prescripciones higiénicas, contra las

⁸ Wilde, Eduardo (1885). *Curso de Higiene Pública Buenos Aires*: Ed. Casavalle, p. 39. Recuperado <https://archive.org/details/101292610.nlm.nih.gov/page/n43/mode/2up>. Consultado 02-04-2020.

leyes del sentido común y del buen gusto y hasta contra las exigencias del organismo mismo”.⁹

Prevenir la influenza por medio de la higiene para estos sectores era casi imposible. La última aparición de la gripe rusa, en nuestro país y en Buenos Aires, fue en 1899; luego las gripes continuaron apareciendo en épocas invernales, pero con características no pandémicas ni epidémicas hasta 1918.

Cuando hizo su aparición la llamada Gripe Española (1918), el escenario demográfico había cambiado: las tasas de mortalidad tendían a descender en forma constante (Carbonetti y Celton, 2007), el desarrollo de la higiene urbana estaba en proceso de consolidación y la cobertura hospitalaria se multiplicó, incluso en localidades del interior de la provincia de Buenos Aires alejadas de la gran ciudad (Alvarez, 2014).

A diferencia del período anterior, la conciencia social sobre el valor de la salud y de la higiene ya estaba mejor configurada momento en el cual apareció la primera pandemia del siglo XX, conocida como Gripe Española (Influenza AH1N1) que afectó a cerca de 40 millones de personas.

Adrián Carbonetti quien ha estudiado ampliamente la gripe del 1918 en la Argentina¹⁰ señala en un uno de sus trabajos “La Pandemia Olvidada”:

“en mayo y junio de 1918, los periódicos argentinos comenzaron a dar noticias sobre una extraña enfermedad que estaba haciendo estragos en España. Sin embargo, nada decían sobre el peligro que significaba para la salud 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.” (Carbonetti, 2010: 160)

⁹ Wilde, Eduardo (1885). *Curso de Higiene Pública Buenos Aires*: Ed. Casavalle, p. 39. Recuperado de <https://archive.org/details/101292610.nlm.nih.gov/page/n43/mode/2up>. Consultado: 02-04-2020.

¹⁰ Posee más de 10 artículos dedicados a la gripe española, que se pueden encontrar en: https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=21326&articulos=yes

Lo concreto es que la gripe llegó y, según los cálculos estimados por Carbonetti, la primera oleada generó una mortalidad relativamente baja: ocasionó 2.237 muertes. Pero este número no era habitual, ya que en 1917 la mortalidad por gripe había sido sólo de 319 casos. La segunda oleada, en el invierno de 1919 provocó 12.760 muertes. Es decir que entre 1917 y 1918 la mortalidad por gripe se multiplicó por siete, y entre 1918 y 1919 se multiplicó por cinco. Esta epidemia dejó un saldo en las provincias argentinas de 14.997 muertes en 1919 y se constituyó, junto a otras afecciones de carácter respiratorio, en una de las principales causas de muerte. 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, de la confusión con otras enfermedades, o por la asociación con algunas de éstas (Carbonetti, 2013).

En principio fue considerada como una gripe benigna; esa visión provocó que se tomaran medidas tardías, cuando la epidemia ya 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, el cierre de los lugares donde pudiese reunirse un conjunto de población (Carbonetti, 2016).

En Buenos Aires, las medidas estuvieron focalizadas en evitar las reuniones masivas y cortar la cadena de contagios mediante el cese de espectáculos públicos, cierre a ciertas horas de bares y restaurantes, de escuelas, iglesias, prohibición de las procesiones y desinfección de los transportes públicos (Carbonetti y Álvarez, 2017).

Esta gripe se vivió de forma diferente; si bien era una dolencia presente de todos los inviernos, la presencia de la cepa H1N1 le dio una centralidad absoluta, debido a la virulencia constatada en los incrementos de mortalidad, la cual ya no solo se centró en las grandes ciudades exclusivamente. En la provincia de Buenos Aires en 1917 habían fallecido por influenza 60 personas, en 1918 fueron 447 los decesos y en 1919, 1466. Es decir, atacó en focos urbanos, en semi urbanos y rurales (Álvarez, 2014: 28).

La gripe inspiró tangos como “El resfriao”, “Nene no te resfríes” y “La gripe”, lo que muestra que, a diferencia de la influenza rusa, la gripe del 18 había permeado los capilares populares.

Siguiendo a Priscilla Wald (2008), podemos decir que con la gripe del ‘18 se construyó una narrativa del brote, en la que se observan la repetición de frases, imágenes e historias particulares que dieron forma a las actitudes hacia la enfermedad,

donde el temor al contagio estaba presente y por ello las relaciones sociales se vieron afectadas por el distanciamiento social.

Casi cuatro décadas transcurrieron sin pandemias ni epidemias de gripe, los catarros pasaron a ser un mal invernal, con algunas neumonías, pero siempre de características locales. Pero a fines de los años cincuenta, los termómetros primero, y los microscopios después, marcaron que había algo distinto: un nuevo virus estaba circulando, para el cual nuevamente se carecía de inmunidad.

Gripe Asiática y el Covid 19

La OMS sostiene que una pandemia de gripe ocurre cuando aparece un virus nuevo, al que ninguna persona de la población tiene inmunidad. Esto da lugar a varias epidemias simultáneas en todo el mundo y un número considerable de casos y defunciones. El desarrollo del transporte y las comunicaciones a escala mundial, así como la urbanización y las condiciones de superpoblación, hacen posible que las epidemias se establezcan rápidamente en todo el mundo.¹¹

En febrero de 1957, se detectó un virus (H2N2) hasta entonces desconocido. El foco inicial de contagio se reportó por primera vez en la provincia de Yunán, en el sureste de China, alcanzó Hong Kong en abril y se expandió rápidamente hacia Singapur, Taiwán y Japón en cuestión de dos meses. El intenso tráfico de viajeros facilitado por la aviación comercial hizo que la enfermedad llegara rápidamente a las principales capitales europeas y de ahí a las ciudades costeras de los Estados Unidos.¹² La morbilidad de la gripe asiática fue muy elevada pero su letalidad muy baja, inferior al 0,1% (Barricarte, 2006). Atacaba a niños y adultos; su incidencia disminuía progresivamente con la edad. Fue catalogada como “benigna” por los organismos internacionales.¹³

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Reunión de consulta sobre los preparativos para una pandemia de influenza en países con recursos limitados. Alerta epidémica y respuesta*. Kuala Lumpur, Malasia, 23-25 de junio.

¹² OMS (1963). *Segundo informe sobre la situación sanitaria mundial, 1957-1960*. Actas Oficiales N° 122. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

¹³ OMS (1963). *Segundo informe sobre la situación sanitaria mundial, 1957-1960*. Actas Oficiales N° 122. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Para entonces, la OMS sostenía la imposibilidad de evitar la “propagación de la influenza con medidas de cuarentena, porque estas medidas son tan costosas como ineficaces”.¹⁴

La principal prevención fue la vacuna. Varios países la producían con virus recogidos por la OMS y distribuidos a sus 57 centros de estudio de la influenza, ubicados en 46 países distintos, coordinados por el Centro de Influenza de la OMS de Londres y el Centro Internacional de Influenza de las Américas, de Montgomery, Alabama, Estados Unidos.¹⁵

Pero las partidas de vacuna eran limitadas, no alcanzaron a llegar a varios países, y al año siguiente hubo otra oleada de la enfermedad en los ancianos. Aunque la pandemia de gripe asiática no fue tan devastadora como la de gripe española, se registraron más de un millón de defunciones en el mundo.

Nombre de la Pandemia	Años	Muertes
Gripe Rusa	1889-1890	1 millón (aprox.)
Gripe Española	1918-1920	20 a 40 millones
Gripe Asiática	1957-1958	1 a 1,5 millones

Fuente: OMS <https://www.who.int/es/influenza/spotlight>

La pregunta obligada es ¿cómo fue la experiencia argentina frente a la gripe de 1957? Desde el plano socio demográfico, experimentaba profundos cambios, si lo comparamos con el período de la Gripe de 1918.¹⁶ Pero, además, el “Singapur 1/57” (así también se lo nombró al virus que ocasionaba esta gripe), comenzó a circular en este país en pleno desarrollo de la Revolución Libertadora, dictadura cívico militar que había derrocado a Juan Domingo Perón (1955). No eran épocas fáciles, la dureza política fue acompañada por la resistencia peronista, creando un clima tenso en la sociedad. Además, las epidemias de poliomielitis, especialmente la de 1956 había afectado a más de 6.500 niños/as y provocado parálisis infantil en muchos de ellos.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud (1958). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 44 N° 4, p. 177.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud (1958). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 44, N° 4, p. 178.

¹⁶ Sobre el tema recomendamos Hudson (2012).

Cuando los temores por la polio aún latían y el país se dividía en dos bloques: peronismo y antiperonismo, en un mundo que miraba expectante las acciones rusas y norteamericanas que amenazaban con una Tercera Guerra Mundial, los diarios extranjeros anunciaban que “El Singapur 1/57 ese endemoniado virus de la gripe asiática ha llegado a la Argentina”.¹⁷

Las autoridades sanitarias nacionales estuvieron lejos de emprender campañas de prevención; esas acciones las dejaron en manos de los gobiernos provinciales. Por entonces, se iniciaba una reforma sanitaria basada en la transferencia de establecimientos asistenciales dependientes de la órbita nacional a los estados provinciales, lo que era una descentralización jurisdiccional pero también política.¹⁸

La máxima autoridad, el Ministro de Asistencia Social y Salud Pública, Doctor Francisco Martínez, en declaraciones a la prensa sobre la epidemia de gripe sostenía que los casos registrados en diversos puntos del país eran de evolución benigna, y no apostaba a una solución inmediata.

Respecto de la enfermedad, F. Martínez decía que “...probablemente producida por el virus A/ASIA 57, a pesar de que recién cuando se logre el aislamiento y la tipificación definitiva podrá comprobarse la exactitud de esa presunción...”.¹⁹ Sin certezas sobre la etiología, tampoco ofrecía un discurso esperanzador respecto a una solución inmediata “... la única medida específica es la vacuna elaborada sobre la base del virus agente causal de la infección, pero no habiendo sido posible aún determinarlo resulta inaplicable...”.²⁰ A pesar de la incertidumbre médico-científica respecto a la etiología de la Gripe Asiática, y de una vacuna que no llegaba, se construyó una percepción de mal menor, “poco peligrosa”, y regionalmente ubicada en las provincias andinas.

En la provincia de Mendoza, la gripe asiática tuvo una incidencia mayor. Como dijimos se inició en China, pasando por varios países, hasta que un barco procedente de

¹⁷ *Diario de Zamora de Falange Española de los J.O.N.S.* Año XXII, Agosto 15 de 1957. Recuperado de https://prensahistorica.mcu.es/es/consulta/resultados_ocr.do?general_ocr=on&id=375538&tipoResultado=s=PAG&posicion=151_5_de_Mayo_del_2020. Consultado: 20-03-2020.

¹⁸ Entre 1955-1970, se produce un cambio en cuanto al modelo de salud, cobra fuerza lo que algunos autores llaman “pluralista de planificación descentralizada” (Katz, Arce y Muñoz, 1993). Esto va en consonancia con los discursos de la época de organismos sanitarios internacionales. Organización Panamericana de la Salud (1957). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 43, N° 1.

¹⁹ *Diario Clarín*, 7 de agosto de 1957, Buenos Aires. Biblioteca del Congreso.

²⁰ *Diario Clarín*, 7 de agosto de 1957, Buenos Aires. Biblioteca del Congreso.

Japón, "...la desembarcó en Chile. De ahí la epidemia se extiende velozmente por Argentina, Brasil, Colombia y Venezuela...".²¹

Chile, fue el primer foco de gripe asiática en América del Sur y el más atacado, se enfermaron 1.400.000 de los cuales 800.000 correspondieron a su capital, Santiago. En ambos lados de Los Andes, la proporción de personas que murieron por esta gripe fue considerada como muy baja, se produjeron 1,3 defunciones por cada 1.000 enfermos.²²

El total de muertes en la ciudad de Santiago, atribuidas a la influenza, neumonía y bronconeumonía, fue de 1.149. El mayor número de estos fallecimientos se produjo entre personas mayores de 65 años y entre las que padecían de enfermedades crónicas.²³ Esta situación provocó que se intensificaran los controles a los pasajeros que provenían de Chile utilizando el paso fronterizo de las Cuevas.

A pesar de los controles, la gripe atacó al 40% de la población mendocina, debieron cerrar las escuelas y los cines, el ausentismo en casas de comercio y reparticiones públicas excedió el 40 %.²⁴

En 1958 y con Arturo Frondizi en el poder, se produjo una segunda oleada, pero al igual que lo ocurrió el año anterior, otros acontecimientos políticos y sanitarios le quitaron estelaridad. En esta ocasión una enfermedad desatada en el interior de la Provincia de Buenos Aires, la fiebre Hemorrágica Argentina (conocida como mal de los rastros) fue el centro de atención (Agnese, 2011). La gripe siguió su desarrollo normal, desapareció apenas terminó el invierno, dejó un número impreciso de fallecidos y de infectados en su paso por este país.

En la Argentina, la mortalidad fue menor al promedio mundial (1,3 defunciones cada 1000 enfermos) y no superó el 0,9%. En la ciudad de Córdoba se registraron mayores picos de mortalidad general en agosto de 1957 (117/cien mil habitantes), superando el umbral de mortalidad esperado para el periodo 1958-1968 (PEN).²⁵

²¹ Diario *Hoja del Lunes*, 16 de septiembre de 1957, Granada. Recuperado de https://prensahistorica.mcu.es/es/consulta/resultados_ocr.do?general_ocr=on&id=375538&tipoResultado=s=PAG&posicion=151_5_de_Mayo_del_2020. Consultado: 20-03-2020.

²² Ristori, Conrado, Boccardo Horacio y Borgoño José Manuel, (1960). La epidemia de influenza asiática en Chile y su repercusión en la mortalidad. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 49, Nº 2.

²³ Ristori, Conrado, Boccardo Horacio y Borgoño José Manuel, (1960). La epidemia de influenza asiática en Chile y su repercusión en la mortalidad. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 49, Nº 2.

²⁴ *Diario de Zamora de Falange Española de los J.O.N.S.* Año XXII, Agosto 15 de 1957. Recuperado de https://prensahistorica.mcu.es/es/consulta/resultados_ocr.do?general_ocr=on&id=375538&tipoResultado=s=PAG&posicion=151_5_de_Mayo_del_2020 Consultado: 20-03-2020.

²⁵ Poder Ejecutivo Nacional, *Plan de Contingencia Integrada para la Pandemia de Influenza y SARS*, p. 9 Buenos Aires: Presidencia de la Nación. Recuperado de

Fue una pandemia que no concentró una atención importante por parte de los poderes públicos nacionales, su presencia estaba desdibujada en la agenda sanitaria nacional de la época, sólo fue visible y un problema sanitario en algunos espacios provinciales.

En el mundo contemporáneo azotado por la pandemia del Coronavirus, pensar que otras pandemias pasaron sin dejar huella ni muchos recuerdos en quienes por entonces tenían entre 15 o 20 años,²⁶ suena extraño a la luz de los cambios acaecidos en el mundo a partir del COVID-19.

Una primera respuesta podría ser que se debió a que el índice de letalidad (es decir, la cantidad de personas que murieron por la Gripe Asiática), fue considerado por los contemporáneos como bajo, sin embargo, sucumbieron más de un millón de personas. Comparado con la actual pandemia de COVID-19 que suma 300.000 defunciones (al 15/5/2020), salta a la vista que el índice de letalidad es similar.

Entonces, ¿fue la gripe asiática benigna? O ¿se construyó una imagen tranquilizadora, en un mundo y un país, donde había otros temas candentes que atender? Tales preguntas que carecen de ingenuidad se vinculan a tres cuestiones, cuyas palabras claves serían: construcción, incertidumbre y vacuna.

Construcción, pues las formas en que se vive una enfermedad pandémica y/o epidémica, por parte de las poblaciones, en tanto experiencia de tipo colectivo, que se vivifica aun sin padecer estrictamente la dolencia, forma parte de un proceso cognitivo,²⁷ que a su vez se alimenta de diversos factores que van desde lo cultural, económico, religioso, hasta lo político e ideológico. En esa construcción juega un papel clave la información brindada sobre la epidemia, por los organismos de salud a nivel internacional y nacional, por referentes científicos o políticos.

Para los años cincuenta existía una entidad de carácter internacional, creada en 1948, centrada en la mejora y el mantenimiento de la salud en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Cueto, Brown y Fee, 2011), que resultó ser el principal canal de información sobre el derrotero del virus del '57.

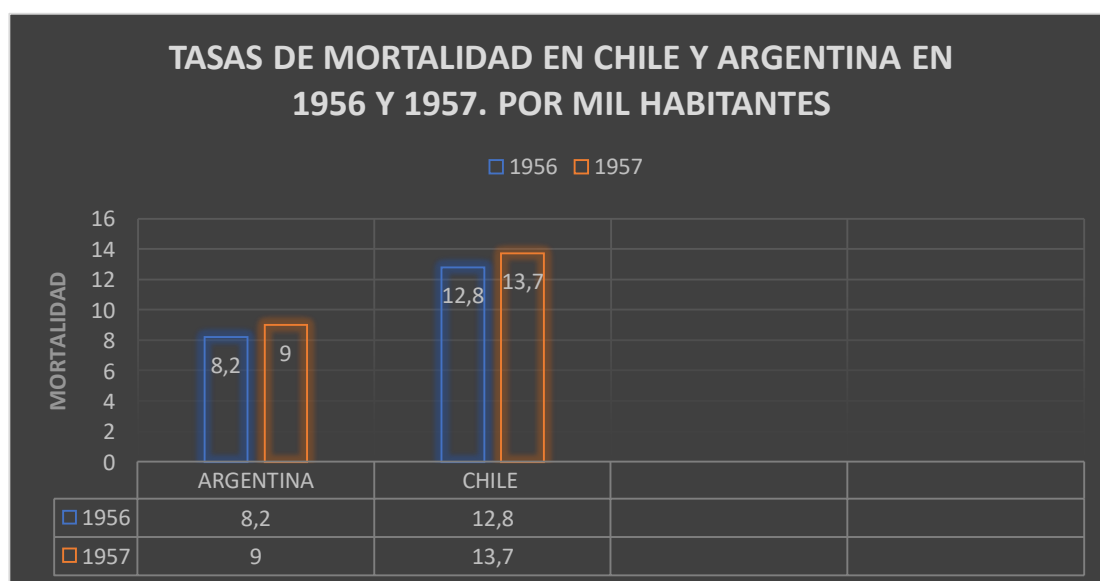
https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2D9D76B5B7E1A2C6052575E00069C5D3-Informe_completo.pdf. Consultado: 20-03-2020.

²⁶ Entrevista a O. M. realizada por la autora, abril del 2020.

²⁷ Hago la distinción porque tiene diferencias respecto de la experiencia individual frente a la enfermedad. Sobre el tema recomendamos Fitzpatrick R. (1990).

Fue desde ese espacio que se acuñó el concepto de gripe benigna. Noción que se multiplicó al mismo ritmo que lo hacía el virus por todas las naciones; de ahí también surgió que las cuarentenas como mecanismo de prevención no fueran útiles, 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”.²⁸

La percepción de benigna, aunque los niveles de mortalidad crecieran, fue alimentada por la seguridad que brindaban desde el mundo de la ciencia y con una prensa que no interpelaba esos dichos, cuestión que excedía ampliamente al caso argentino. Ahora bien, esa sensación de “pandemia controlada”, que la condenó al olvido, no implicó la ausencia de contagios en la región, por el contrario, durante, su desplazamiento por los países del Hemisferio Sur, afectó alrededor del 30% de su población, comprometiendo particularmente las áreas urbanas (OPS, 1958).²⁹ ¿Y muertos?, también, el cuadro siguiente grafica cómo particularmente en 1957 la tasa de mortalidad se incrementó.³⁰



²⁸ Organización Panamericana de la Salud (1958). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 44, N° 4, p. 177.

²⁹ Organización Panamericana de la Salud (1958). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 44, N° 4.

³⁰ El estudio de la mortalidad según causas se ve dificultado por la insuficiencia de la información disponible, como así también su calidad, lo cual limita su comparabilidad e interpretación. No obstante, las limitaciones, la tasa bruta proporciona una descripción adecuada, a los fines de este análisis, por lo cual se decidió tomar esta medida para conocer la evolución de la mortalidad.

Fuente: Elaboración propia: OMS Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud. Primer Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial número 94 OMS Ginebra nov de 1959, p. 157. OMS Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Tomo XLIV Enero Junio 1958 p. 328

Los testimonios orales son fundamentales a la hora de reconstruir el pasado; el problema es el olvido. En las consultas realizadas a personas entre 70 y 80 años, la búsqueda fue infructuosa, pues nada recordaban de la gripe asiática.³¹ Este olvido, sumado a las estadísticas arriba expuestas, y a una narrativa del brote de tipo benigna, sirven para pensar la actual pandemia del COVID 19.

COVID -19 ¿un virus desconocido?

Casi a fines de 2019, las autoridades del gobierno chino informaban sobre un virus respiratorio nuevo. Hasta ese momento -asegura el infectólogo Alexis Manzo- “no imaginábamos que éste desatara tal crisis global, ya que previamente brotes de virus similares SARS (2002) y MERS (2012) habían sido contenidos eficazmente.”³²

Esa idea de “virus controlado” se desvanecería muy pronto, aunque demasiado tarde para frenar su propagación por diversos países. El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (China) notificaba sobre varios casos de neumonía atípica. Casi de inmediato comenzaron las acciones por parte de la OMS y las investigaciones para conocer el virus. El 25 de enero del 2020 el Director General de la OMS convocó a un Comité de Emergencias, para evaluar si el brote constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional. En ese momento no se llegó a un consenso, pero cinco días después sobrevino el cambio de opinión y concluyeron que “el brote constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional”. Para entonces, 18 países ya habían reportado casos de COVID 19.³³

³¹ Se entrevistó a hombres y mujeres de la provincia de Buenos Aires que hoy tienen entre 80 y 85 años, y la pregunta era como habían vivido la gripe de 1957.

³² Manzo, Alexis (2020) “Estamos aprendiendo cada día, con pocas certezas y muchas dudas». Recuperado de <https://www.pressenza.com/es/2020/04/estamos-aprendiendo-cada-dia-con-pocas-certezas-y-muchas-dudas/>. Consultado: 24-04-2020.

³³ OMS (2020) *COVID-19 Cronología de actuación de la OMS*, 27 de abril 2020. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>. Consultado: 10-05-2020.

Más allá del accionar de la OMS en el momento del brote, también hay que señalar los desacuerdos existentes en relación a lo anticipado por un grupo de científicos en el 2007.

El origen del virus fue advertido por científicos del laboratorio de enfermedades emergentes de Hong Kong en un artículo publicado en la Revista Científica *Clinical Microbiology Review* (Vicent y otros 2007). Ese trabajo ponía en evidencia la presencia de un gran reservorio de virus del tipo SARS-CoV en murciélagos herradura, lo que le hacía afirmar que el virus podía regresar, si encontraba condiciones para mutar, amplificarse y por ende transmitirse, situación que lo convertía en un virus muy peligroso. En ese *paper*, que pasa revista a la mayoría de los estudios científicos sobre SARS-CoV (los cuales, según los propios autores, superaban los 4000), examinan la biología del virus en relación con la epidemiología, presentación clínica, patogénesis, diagnóstico de laboratorio, modelos animales o huéspedes y opciones de tratamiento, inmunización y control de infecciones. Concluían llamando la atención sobre el hecho de que los coronavirus se someten a recombinación genética lo que puede conducir a nuevos genotipos y brotes. Sumado a la cultura de consumir animales exóticos en el sur de China, entendían era un problema latente de estallar en cualquier momento. Resulta más complejo aún entender esta desatención cuando desde el año 2005, existe el Reglamento Sanitario Internacional. Se trata de un instrumento jurídico concebido para optimizar la seguridad frente a la propagación mundial de las enfermedades, donde se impulsa el cierre de los aeropuertos y los puertos marítimos, “como una estrategia de gestión de riesgos proactiva, una estrategia que tiene por objeto detectar los eventos con prontitud y yugularlos en su origen, antes de que puedan convertirse en una amenaza internacional”.³⁴

Es decir si tomamos el estudio del 2007, y lo que dice el Reglamento Internacional, nos preguntamos: ¿por qué no se cerraron las fronteras de inmediato de los países donde circulaba el virus, empezando por China? ¿Puede que le hayan restado importancia? A juzgar por lo publicado por la OMS en sus redes oficiales, resulta claro que, en las primeras horas del 2020, el COVID-19 no era prioridad. Entre el 31 de diciembre de 2019 y el 2 de enero de 2020, en Twitter, publicó los doce objetivos que tenía para el nuevo año: “Lavarse las manos con regularidad” estaba en séptimo lugar.

³⁴ OMS (2016). *Reglamento Sanitario Internacional 2005*. Tercera edición, Ginebra: OMS. P.7. Recuperado de <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es/>. Consultado: 10-03-2020.

Los interrogantes planteados nos muestran que la ruta y la cronología del COVID-19 dejan como saldo algunas cuestiones interesantes a la hora de explicar la historia de las enfermedades en general, y lo serán en un tiempo cercano para seguir explicando el Coronavirus. La primera tiene que ver con el rol del mundo científico y sus poderes hegemónicos que está representado no por todos los componentes de la comunidad científica, sino por una parte de ellos. Una Comunidad, que debe ser analizada no desde una perspectiva inocua o impoluta sino desde una perspectiva de encastre “en redes institucionales y empresariales de conocimiento [...] que la lanzan también a un campo de luchas “científicas” para detentar los no muy simbólicos capitales económicos y de financiamiento” (Mayorga, 2007:7). Un encastre institucional donde los laboratorios juegan un rol importantísimo y junto con las Organizaciones estatales de Ciencia y Tecnología son los principales entes de financiamiento.

En el marco de esa tensión, podría (posiblemente) a futuro ser explicado el silenciamiento o bajo impacto que tuvo el artículo elaborado en 2007, en la Universidad de Hong Kong, y publicado en una Revista editada por una Universidad de Estados Unidos. También, y a modo de hipótesis, podrían ser explicadas las imprecisiones que la OMS dio a conocer a través de su cuenta oficial de Twitter, como por ejemplo: “Las investigaciones preliminares llevadas a cabo por las autoridades chinas no han encontrado pruebas concluyentes de que el nuevo coronavirus se transmita de humano a humano”, realizadas el 14 de enero y contradichas dos días después: “no hay aún información suficiente para sacar conclusiones definitivas sobre cómo se transmite”.³⁵

El conjunto de factores expuestos, sumados a otros, influyen directa e indirectamente a la hora de construir la percepción social de la enfermedad. El temor no solo se alimenta de la alta tasa de contagio que presenta el virus, sino también de la inseguridad que despierta la incertidumbre científica y de una visualización (gracias al rol activo de las redes sociales) de acciones erráticas del principal organismo de salud a nivel mundial.

Sin conclusiones, pero con algunas ideas

³⁵ Cuenta Oficial: World Health Organization (WHO) @WHO

El COVID 19 se vive en un mundo diferente al de la gripe asiática de 1957, de la española de 1918 y de la Rusa de 1890. Repasar cada una de ellas nos ha servido para mostrar que, además de ser hechos biológicos, las enfermedades se construyen. Los conceptos o cómo las sociedades las perciben están cruzadas por factores sociales, políticos e ideológicos en cada una de las épocas.

A pesar de lo expresado, hoy el COVID 19 se mira, se entiende y se combate en clave biológica, bajo un paradigma donde lo social se desdibuja. Lo paradójico es que a pesar de lo tradicional que puede ser el principal recurso aplicado para combatir el contagio, aun así ese poder científico se fortalece, a punto tal que epidemiólogos e infectólogos no sólo monitorean el virus, sino que influyen a la hora de tomar decisiones que alimentan las políticas económicas y sociales.

El COVID 19 está marcado por su contemporaneidad con las redes sociales, internet, y la multiplicación de espacios informativos, que juegan un partido singular. La pandemia se vive en “vivo y en directo”. Esta modalidad contribuyó a conocer casi de inmediato los casos que se propagaban en China y luego el inicio de la circulación del virus por países europeos. En pocas “horas de vuelo”, ya estaba en el continente americano. La rapidez del virus no es muy diferente a la de 1957, lo que cambió fue la velocidad de la información y una democratización de esta. En 1957, la OMS, centralizaba diversos tipos de datos, que luego compartía con los gobiernos. Era lenta, y fragmentada.

Hay otra cuestión importante a la hora de comprender como se percibe a nivel social el COVID 19, es la incertidumbre generalizada. Vacilación, indecisión, contradicciones, son algunos de los factores que están presentes a la hora de describir la etiología de la enfermedad, las características y el comportamiento del virus, los tratamientos y hasta la tan ansiada vacuna.

Si bien no existe un tratamiento específico, algunos sectores médicos y políticos defienden la cloroquina y la hidroxicloroquina, otros por el contrario no solo no lo reconocen, sino que entienden que aumentan el riesgo de morir.

Marchas y contramarchas con el uso de barbijo, fue generando cierta incredibilidad en el discurso de base científica, y aun cuando desde los organismos internacionales no se lo recomendaba, y por los medios de comunicación distintos especialistas brindaban múltiples explicaciones y hasta describían lo contraproducente

que podía resultar su uso masivo, es decir no sanitario, la gente comenzó a utilizarlo, hasta que se impuso con carácter obligatorio, y se dictaron leyes y decretos al respecto.

Otro tanto, pasó con las vías de contagio, en mayo del 2020 la OMS afirmaba (al contrario de lo que venía sosteniendo) que el contagio no era por contacto con superficies, sin embargo, las prácticas cotidianas y hasta los protocolos emanados de los poderes públicos para la apertura de comercios vigentes hasta el mes de junio, ponía énfasis en la higiene de las superficies.

Es innegable que la incertidumbre juega un rol central en esta pandemia, y define en gran medida las acciones emprendidas para combatirla.

Al cierre de este artículo, por COVID 19 han fallecido en el mundo 365.437 y se han infectado por el virus 5.952.145, personas. En Argentina, suman 520 muertos y 15.406 enfermos.³⁶ Sin embargo es un final abierto, es una historia que está transcurriendo, cuyo principal capítulo en la Argentina aún está por escribirse: el pico máximo del brote y el grado de respuesta del sistema sanitario argentino.

Bibliografía

Adhanom Ghebreyesus, Tedros (2019). Director General de la Organización Mundial de la Salud. Comunicado de Prensa, Ginebra 11 de marzo del 2019. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/11-03-2019-wholaunches-new-global-influenza-strategy>. Consultado: 01-05- 2020.

Agnese, Graciela (2011). *Historia de la fiebre hemorrágica argentina. Imaginario y espacio rural (1963-1990)*. Rosario: Prohistoria Ediciones.

Álvarez Adriana (2014). Las distintas asimetrías de enfermar, morir y sanar en el interior de la provincia de Buenos Aires entre los siglos XIX y XX. En Carbonetti, Adrian y Álvarez, Adriana. *Fragmentos de la Historia de la Salud en la Argentina rural* (pp. 13-34). Villa María: Eduvim.

Arce, Hugo, Katz, Jorge y Muñoz, Alberto (1993). Morfología y comportamiento del sector salud de la República Argentina. En Katz, Jorge. *El Sector Salud en la República Argentina* (pp. 331-362). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Armus, Diego (2020). ¿Cómo se narra el Corona Virus? Incertidumbres e historias globales. En *Revista Ñ*, 22/04/2020 Recuperado de https://www.clarin.com/revista-enie/ideas/-narra-coronavirus-incertidumbres-historias-globales_0_ot977nECw.html. Consultado: 22-04-2020.

³⁶ OMS <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019> Recuperado 30 de Mayo del 2020

- Aróstegui, Julio (2004). *La historia vivida. Sobre la historia del presente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barricarte, Aurelio (2006). Gripe aviar: ¿La pandemia que viene? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 29, pp. 7-11. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000100001&lng=es&tlng=es Consultado: 24-04-2020.
- Carbonetti, Adrián (2010). Historia de una epidemia olvidada: La pandemia de gripe española en la argentina, 1918-1919. *Desacatos*, N° 32, pp. 159-174. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2010000100012&lng=es&tlng=es. Consultado: 28-4-2020.
- Carbonetti, Adrián (2016). Sociedad y gripe española. La mortalidad por sectores sociales en la ciudad de Córdoba. *Revista de Salud Pública*, Vol. 20, N° 2, pp. 48-52.
- Carbonetti, Adrián y Álvarez, Adriana (2017). La gripe española en el interior de la Argentina (1918-1919). *Americanía: Revista de Estudios Latinoamericanos*, Vol. 6, pp. 207-229.
- Carbonetti, Adrián y Celton, Dora (2007). La transición epidemiológica. En Torrado Susana (Comp.). *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX* (pp. 369-398). Buenos Aires: Editorial EDHASA.
- Carbonetti, Adrián, Gómez, Javier y Torres, Eduardo (2013). La gripe española y crisis de mortalidad en Salta, Argentina, a principios del siglo XX. *Revista Historelo*, Vol. 5, pp. 269-300.
- Casas, Inmaculada y Pozo, Francisco (2005). Síndrome respiratorio agudo grave, gripe aviar e infección por metapneumovirus humano. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005 Vol. 7 N° 23, 438-448. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-sindrome-respiratorio-agudo-grave-gripe-13078803>. Consultado: 26-04-2020.
- Cuenya Mateos, Miguel Ángel y Estrada Urroz, Rosalinda (2013). *Enfermedad, epidemias, higiene y control social. Nuevas miradas desde América Latina y México*. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Fazio, Hugo (2010). *La historia del tiempo presente: historiografía, problemas y métodos*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Fitzpatrick Roy (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Franco, Marina y Lvovich, Daniel (2017). Historia reciente: apuntes sobre un campo de investigación en expansión. *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana "Dr. Emilio Ravignani"*, Vol. 47, pp. 190-217.
- Franco, Marina y Levín, Florencia (Comps.) (2007). *Historia reciente. Perspectivas y desafíos para un campo en construcción*. Buenos Aires: Paidós.
- Garay, Graciela de (Coord.) (2007). *Para pensar el tiempo presente. Aproximaciones teórico-metodológicas y experiencias empíricas*. México: Instituto Mora.

García Ferrero (2017). *La gripe de 1889-1890 en Madrid*. Tesis doctoral defendida en el 2017 en la Universidad Complutense de Madrid. Recuperada de <https://eprints.ucm.es/49190/1/T40388.pdf>. Consultada: 01-04-2020.

Hudson, Carlos (2012). El Censo Nacional de 1960 en Argentina. *Diacronie* [Online], N° 12. Recuperado de <http://journals.openedition.org/diacronie/2569>. Consultado: 06-05-2020.

Urdaneta-Carruyo, Eliéxer (2005). Siglo XX. Cien años de miseria y esplendor. *Gaceta médica de México*, 141(1), pp. 75-84. Recuperado http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000100014&lng=pt&tlng=es. Consultado: 23-04-2020.

Valleron Alain-Jacques, Anne Cori, Sophie Valtat, Sofia Meurisse, Fabrice Carrat, Pierre (2010). Yves Transmissibility and geographic spread of the 1889 influenza pandemic. *Boëlle Proceedings of the National Academy of Sciences* May, n° 107 pp. 8778-8781. DOI: 10.1073/pnas.1000886107

Wald, Priscilla (2008). *Contagious: Cultures, Carriers, and the Outbreak narrative*. Durham: Duke University Press.



Adriana Álvarez. Es Profesora, Licenciada, Magister y Doctora en Historia. Investigadora Independiente del Conicet, docente e investigadora de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Desarrolla su trabajo en el INHUS y el CEHIS. Su línea de trabajo es la Historia de la Salud y la Enfermedad, posee 30 artículos en Revistas con referato y 10 libros. Sus trabajos de más alto impacto se centran en aquellos que abordan la Historia de la malaria, dengue, poliomiélitis, Cruz Roja y cólera. Ha recibido varios premios y a dirigido proyectos de carácter internacional.