

Similitudes y diferencias entre las epidemias del pasado y la pandemia actual de covid-19 en Uruguay

Pollero, Raquel

Raquel Pollero

Universidad de la República, Uruguay

Claves. Revista de Historia

Universidad de la República, Uruguay

ISSN-e: 2393-6584

Periodicidad: Semestral

vol. 6, núm. 10, 2020

revistaclaves@fhuce.edu.uy

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/241/2411355016/index.html>

DOI: <https://doi.org/10.25032/crh.v6i10.17>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

1. A manera de presentación: ¿Qué tema/s ha investigado en relación con el impacto de epidemias y pandemias en nuestra región? ¿Qué la impulsó a abordar esta temática?

El tema se inserta en una línea de investigación que se centra en el estudio de los cambios y continuidades de los comportamientos demográficos vinculados al proceso temprano de la transición demográfica uruguaya.

Una parte sustantiva de esta línea tiene que ver con el estudio de la mortalidad. Las poblaciones del pasado estaban expuestas a una mortalidad alta que, lejos de tener un comportamiento estable, sufrían de forma brusca, incrementos importantes de defunciones. Estas *crisis de mortalidad* sucedían en un período relativamente corto, que podía ser de algunos meses o como máximo un par de años, y eran producidas por una causa que no se encontraba habitualmente en la población.

En realidad, mi aproximación al estudio de las epidemias del pasado deriva de la identificación de las crisis de mortalidad que padeció Montevideo a partir de la segunda mitad del siglo XVIII. Por lo tanto, es necesario hacer la siguiente aclaración. La metodología específica para detectar estos años de mortalidad extraordinaria utiliza como insumo al total de las defunciones anuales, independientemente de las causas de muerte. Además, hay que esperar

a fines del siglo XIX para encontrar datos de defunciones clasificadas por causa de muerte. De hecho, para intentar aproximarme a una explicación sobre estos aumentos, recurrí a distintas fuentes cualitativas, como las actas del Cabildo de Montevideo, o la documentación de la Junta de Higiene Pública, de la Jefatura Política y de Policía, así como crónicas y bibliografía médica de la época. Estas fuentes también me permitieron observar las medidas que se implementaron para enfrentar las crisis.

Entonces, no me siento del todo cómoda respondiendo a una pregunta respecto a las epidemias. Un aumento de las defunciones podía estar asociado a la aparición de uno o más brotes epidémicos en un mismo año, o incluso muertes por enfrentamientos bélicos, como en las invasiones inglesas, por ejemplo. De todos modos, hay casos claros, como la epidemia de escarlatina de 1836, la de fiebre amarilla de 1857 o las del cólera de 1868 y 1886-1887.

Específicamente, he trabajado sobre el impacto de la pandemia de gripe de 1918-1919 en el Uruguay, desde una perspectiva demográfica (Cristina, Pollero y Pellegrino 2018).

2. A la luz de su experiencia de investigación ¿qué semejanzas y qué diferencias podría señalar entre las epidemias que afectaron la región en el pasado, con la actual pandemia de covid-19?

Podría señalar las siguientes diferencias:

La pandemia como una experiencia nueva. El factor sorpresa: lo inesperado o impensado que resultó esta pandemia para nuestra sociedad y que llevó a preguntarse cómo es posible que, cursando el siglo XXI, aparezcan fantasmas de otras épocas.

Es cierto que hubo otras epidemias transmisibles recientes como la de sars en 2009, la del ébola, o la de zika, pero como a los uruguayos no nos afectó directamente, fue percibido como algo lejano. Incluso la actual epidemia del dengue, tan importante en muchos países de América Latina, no se advierte con peligrosidad.

Hasta ahora nuestras preocupaciones en materia de salud pasaban por otro lado; básicamente por las enfermedades no transmisibles: las causas crónicas y degenerativas, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, el EPOC o la diabetes.

Y esto tiene un fundamento cierto, que se vincula con el descenso de las defunciones por enfermedades infecciosas a lo largo del siglo xx. Es decir, por la etapa de la transición epidemiológica en que se encuentra el país. Este proceso consiste en el pasaje de un predominio de la morbimortalidad por causas transmisibles, principalmente de la primera infancia, a una prevalencia de causas crónicas y degenerativas, propias de las personas de edades avanzadas, de una población más envejecida.

Es cierto también que en el Uruguay se pasó de tener una esperanza de vida al nacer que no llegaba a los 42 años en 1883, o del entorno de los 36 años en Montevideo en la primera mitad del siglo XIX, a tener una esperanza de vida superior a los 77 años.

Y este logro, propio de los países de baja mortalidad, le dio a nuestra sociedad una confianza que la hizo olvidar el fenómeno de la dinámica epidemiológica, que incluye la aparición de enfermedades emergentes, nuevas.

En el pasado, una población con una alta mortalidad estaba acostumbrada a convivir con la muerte. José Pedro Barrán lo trabajó maravillosamente en su *Historia de la sensibilidad* (1989-1990).

A lo largo del siglo XIX, en Montevideo se dieron 14 crisis de mortalidad. En promedio, más de una por década. Y además de estas crisis, hubo muchos otros brotes epidémicos importantes de menor magnitud.

Por lo tanto, el esquema mental de aquella sociedad, estaba más preparado para vivir una epidemia. No quiero decir que no se la viviera con miedo (de hecho, esta es la primera semejanza a plantear). Pero una epidemia era una situación a la que se estaba expuesto muchas veces a lo largo de la vida.

La dimensión de la epidemia. Esta diferencia tiene mucho de incertidumbre todavía, porque estamos en el transcurso de la epidemia. No obstante, de acuerdo a la evolución de los casos hasta ahora, la mortalidad en Uruguay es mínima. Si los resultados siguen así, en el total de defunciones del año, las causadas por covid-19 se van a compensar con una probable disminución de muertes por accidentes de tránsito —que no ocurrirían, debido al confinamiento de la población en sus casas—, y por infecciones respiratorias estacionales, dado que la vacunación contra la gripe de este año debe ser muy superior a la de los años anteriores.

En el pasado, nuestras crisis de mortalidad fueron de una magnitud intermedia. En ningún caso tuvieron la letalidad de algunas de las que se conocieron en Europa. De todos modos, hubo casi 2000 muertes por cólera en el Montevideo de 1868. O unos 1500 fallecidos en la epidemia de fiebre amarilla de 1857, cuando la población era del orden de los 55.000 habitantes.

Por su parte, la epidemia de gripe de 1918-1919 en Uruguay tuvo una baja carga de mortalidad (un indicador de impacto que usan los virólogos) y una alta transmisibilidad (Cristina, Pollero y Pellegrino 2018). A nivel mundial, la gripe se manifestó en cuatro oleadas: la primera, más leve (salvo excepciones) entre marzo y julio de 1918; la segunda, la más mortal, de agosto de 1918 a principios de 1919; una tercera, intermedia, entre febrero y abril de 1919; y algunas olas pospandémicas a fines de 1919 y 1920.

A nuestro país llegaron dos olas, ambas de igual severidad. Una en la primavera de 1918 —que se corresponde con la segunda mundial—, con los meses pico en octubre y noviembre; y la segunda en julio y agosto de 1919 (que se correspondería con la tercera mundial), esta vez sí en invierno, en la típica temporada de gripe. La mortalidad por gripe pasó de una tasa promedio de 2,7 cada 100.000 habitantes a 67 o 78 por 100.000 para 1918 y 1919 respectivamente. En cada año, las defunciones fueron del orden de los 1.000 fallecidos, con una población que no llegaba a los 1.400.000 habitantes.

Grupos de edad más afectados. A medida que se fue desarrollando la pandemia en el mundo, dado que las poblaciones de edades más avanzadas son más vulnerables a los cuadros de infecciones respiratorias, se consideró que los países con poblaciones más envejecidas serían los que tendrían más probabilidades de ser los más afectados por la pandemia de covid-19. Como Uruguay tiene una estructura de edades envejecida (14 % de la población mayor de 65 años según el censo de 2011), estaría en condiciones de estar expuesto a este riesgo.

Si bien estamos en medio del proceso, de acuerdo a los informes del Sistema Nacional de Emergencias (sinae), de las 23 defunciones ocurridas hasta la fecha (8/6/2020), la edad media de los fallecidos sería de 72,9 años.

La diferencia que quiero destacar es respecto a la gripe 1918-1919. En este caso, las tasas de mortalidad más altas se dieron entre los adultos de 20 a 49 años. Especialmente entre los hombres de 20 a 39 años.

El conocimiento científico. Esto es muy evidente. Rápidamente se identificó el patógeno que causaba esta nueva enfermedad, cómo era su vía de transmisión y forma de contagio. Esto no sucedía en las epidemias del pasado. El paradigma explicativo sobre la causa y contagio de enfermedades era la teoría miasmática. Los miasmas eran gases que provenían de la descomposición de materia orgánica, de aguas estancadas, de alimentos en mal estado. Eran transportados por el aire, inhalados o ingeridos por el hombre a través de la respiración o los alimentos, transmitiendo las enfermedades.

Hubo que esperar a los avances del laboratorio y la bacteriología de fines del siglo xix para el cambio de paradigma a la teoría microbiana de la enfermedad. Para la epidemia de cólera de 1886-1887 ya hay un trabajo de dos profesores de la Facultad de Medicina, Arechavaleta y Susviela Guarch, sobre muestras de agua de aljibes de varios puntos de Montevideo, donde encontraron la bacteria del cólera.

El modelo de atención médica. Actualmente está basado en hospitales y uso de tecnologías complejas. De allí la gran preocupación por evitar saturar el sistema de salud con casos graves que requieran hospitalización y cuidados intensivos al mismo tiempo.

Anteriormente, el enfermo se quedaba en su casa durante todo el proceso, la atención médica era domiciliaria. El Hospital de Caridad estaba destinado al cuidado de la salud de los pobres y desamparados.

En cuanto a las semejanzas se podrían considerar:

El miedo y la búsqueda de culpables. Tiene que ver con como la naturaleza humana funciona bajo el estrés de enfrentarse a una epidemia. El miedo, que lo lleva a la búsqueda de culpables, la desconfianza del otro.

En la pandemia actual, la interconectividad de todo el mundo a través del transporte aéreo es una vulnerabilidad. Entonces el miedo parecería que se focalizó en los que viajaron a países infectados, a los que viajaron a Europa.

En algunos ejemplos de las epidemias pasadas estuvo asociado a los migrantes. A principios del siglo XIX, la viruela era una enfermedad epidémica. Las autoridades culparon a los esclavos (migración forzada) de llegar enfermos de viruela y otros males y provocar las epidemias de Montevideo. Con el paso del tiempo, la viruela se transformó en una enfermedad endémica con brotes epidémicos. En 1843, el presidente de la Junta de Higiene Pública señalaba que los brotes se sostenían por más tiempo del esperado debido a la migración hacia la ciudad de personas no vacunadas, tanto a los provenientes de Europa como de la campaña.[1]

Primero, los esclavos eran vistos como grupo de riesgo por traer las enfermedades que (según ellos) no estaban en la ciudad. Después, se convierten en grupo de riesgo por poseer bajas defensas en un medio donde la viruela es endémica.

No hay una terapéutica que cure la enfermedad. Sucedió en todas las epidemias. La única que contaba con una profilaxis era la viruela, pero dependía de la expansión de la vacuna.

Para nuestra sociedad, para las generaciones que nacieron después de la invención de los antibióticos, de la vacuna de la polio y de otras vacunas contra las enfermedades infecto-contagiosas, hay mucha confianza en la ciencia. Y se espera una respuesta científica rápida para la cura de las enfermedades infecciosas. Sin embargo, hace 30 años que apareció el sida y todavía no se desarrolló la vacuna.

Las medidas que se toman están de acuerdo al paradigma científico de la época. Cuando el paradigma científico era la teoría miasmática y se creía que las enfermedades se contagiaban por los gases que se transportaban por el aire, las acciones recomendadas por la autoridad sanitaria (los médicos que eran llamados al Cabildo, la Junta de Higiene Pública) tenían que ver con inspecciones de la calidad de los alimentos, mejorar las condiciones higiénicas de la ciudad (empedrado de las calles, organizar un sistema de recolección de residuos, hacer un cementerio fuera de la ciudad). También el aislamiento, incluyendo la creación de lazaretos y del *Caserío de los negros* —galpones construidos en un paraje alejado de la ciudad para alojar a los esclavos a su llegada al puerto— A partir de la década de 1830 se incluyen el lavado público de las ropas de los enfermos en pozos separados, la denuncia de casos y la divulgación en la prensa de una serie de consejos de higiene racional para disminuir las causas ocasionales capaces de favorecer el desarrollo de una epidemia.

Con respecto a la epidemia de 1857, la Junta de Higiene Pública nunca admitió que se tratara de fiebre amarilla. Consideró que se trataba de una fiebre gástrica grave, debido a causas ambientales locales y proponía medidas tendientes a evitar que la atmósfera se malignizara. Por eso, consideró excesivo que Maldonado y Florida implementaran un cordón sanitario para los que llegaban de Montevideo.

A partir de la década de 1870 comienzan a realizarse acuerdos internacionales con Argentina y Brasil, intentado implementar medidas de cuarentenas a los barcos procedentes de estos países por la epidemia de fiebre amarilla primero y luego el cólera en la década de 1880.

Ya con el paradigma microbiano, la profilaxis contra las enfermedades infectocontagiosas fue el aislamiento y desinfección del domicilio de las personas contagiadas, así como la vacunación o revacunación (en el caso de la viruela). Para fines del siglo XIX y principios del XX, el Consejo Nacional de Higiene se ocupaba de la vigilancia epidemiológica. El Inspector de Sanidad Territorial se trasladaba a la localidad en la que aparecían los casos (muchas veces fronterizas con Brasil, donde la viruela era endémica,) a informarse sobre el foco de contagio y obtener datos del desarrollo de la enfermedad. Se llegó a poner guardias sanitarios en la línea de ferrocarril, se avisaba a los jefes políticos y autoridades sanitarias de los departamentos que atravesaba el recorrido, y la Dirección de Salubridad de Montevideo tenía algún tipo de vigilancia sobre los pasajeros que provinieran de la localidad contagiada.

Durante la pandemia de gripe también las principales estrategias preventivas tuvieron que ver con la higiene y desinfección de la ciudad y las viviendas. Las calles y veredas se regaban con creolina por carros conducidos por soldados. Las personas enfermas fueron aisladas y vigiladas con un guardia en la puerta de sus domicilios. Se ordenó el traslado inmediato al cementerio de los fallecidos por

gripe, suspendiéndose todo ritual mortuario. E incluso en 1918 las autoridades municipales prohibieron la clásica visita al cementerio del 2 de noviembre.

Actualmente, todos somos protagonistas de las medidas de distanciamiento físico o social, con la diferencia de que también a los sanos se les recomienda quedarse voluntariamente en casa.

3. ¿Qué similitudes y qué disonancias podría señalar en relación con la forma en que los estados de la región y sus respectivas sociedades enfrentaron en el pasado sus crisis epidemiológicas y las reacciones provocadas por la actual emergencia sanitaria?

Destacaría aquí una disonancia. Específicamente podría el acento en el sistema sanitario nacional. Las epidemias del siglo XIX sucedieron en medio de las marchas y contramarchas del desarrollo institucional sanitario, cuya organización no quedó al margen de las complejidades del proceso de construcción estatal decimonónico. Tanto su denominación -Comisión, Junta o Consejo de Higiene Pública- como su integración y atribuciones sufrieron modificaciones a lo largo del siglo.

Una de las situaciones más complejas se dio a los pocos años de su creación. La primera Comisión de Higiene se desintegró por desavenencias entre los propios médicos. Dos años después, en 1836, se desató la epidemia de escarlatina, mientras el país se encontraba sin autoridad sanitaria. En esa época, en algunos países europeos se estaba desarrollando una epidemia de cólera morbo. Bastó que el diagnóstico de una defunción fuera confundido con cólera para generar gran alarma en la población. Frente a esta situación, el presidente de la República nombró una nueva Junta de Higiene Pública, pero esta vez, debido a los problemas de la experiencia vivida con la Comisión anterior, con una integración diferente, donde los médicos (tres de los siete miembros) tendrían voz pero no voto.

Las distintas versiones de las Juntas de Higiene que se sucedieron dieron cuenta de la debilidad de su desempeño con respecto a los cometidos esperados. Los escasos recursos financieros y humanos con que se contaba para poner a andar un sistema sanitario, contribuían a su baja operatividad. Se suma a esto el carácter gratuito con que desempeñaban su función los miembros de la Junta, quienes debían considerarse recompensados por la «gratitud pública». Recién con la formación del Consejo Nacional de Higiene, en 1895, los miembros titulares pasarían a ser médicos rentados.

Más de un siglo después, la epidemia de covid-19 encuentra a instituciones sanitarias sólidas y maduras, actuando en total armonía con el gobierno nacional, en permanente consulta con la comunidad científica, y validadas por la población. El asesoramiento de la Comisión de Expertos en la epidemia, como entonces, también tendrá su compensación en la gratitud pública.

4. ¿Cuáles son, en su opinión, los aportes más significativos que la investigación histórica sobre el impacto de epidemias y pandemias puede ofrecer en la presente coyuntura a nuestras sociedades?

En primer lugar, contribuye a internalizar, a tomar conciencia del proceso dinámico de las enfermedades infecciosas. De alguna manera, nos lleva a un plano de humildad frente a la naturaleza. Nos ayuda a comprender cómo incluso aquellos países que han logrado resultados realmente exitosos en lo que refiere a la disminución de la mortalidad y la prolongación de la vida de su población, pueden verse golpeados por la aparición de una nueva enfermedad, prácticamente de un día para el otro.

Por otro lado, también es una lección de la historia que las epidemias fueron transitorias, acotadas en el tiempo. Muchas veces las crisis sociales y económicas que causaron duraron más que las mismas epidemias.

En la investigación histórica los momentos de crisis resultan una ventana interesante para observar las sociedades, y la conmoción social, económica y política generada por una epidemia es una oportunidad para arrojar luz sobre problemas que podrían encontrarse ocultos.

Referencias

- Barrán, José Pedro, *Historia de la sensibilidad en el Uruguay* (2 vols.), Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1989-1990.
- Cristina, J.; Pollero, R. y Pellegrino, A., «The 1918 influenza pandemic in Montevideo: The southernmost capital city in the Americas». *Influenza and Other Respiratory Viruses*, Vol. 13, 2018, pp. 219-225.
- Ministerio de Salud Pública, *Informe epidemiológico covid-19*. Actualización al 2 de junio de 2020.

Notas

- [1] Nota de Redacción: La entrevistada se refiere a la migración hacia Montevideo de europeos y habitantes de la campaña, ante la penetración en el territorio oriental del ejército de la Confederación Argentina comandado por Manuel Oribe y en el comienzo del sitio a la ciudad durante la llamada Guerra Grande o Guerra contra Rosas (1839-1852).