

La cuestión palúdica en la Argentina a lo largo del Siglo XX*

Adriana Alvarez*

Palabras-clave:

Resumo

El paludismo conoce un reinado muy antiguo en nuestro suelo. Sin embargo, entre las décadas del cuarenta y del cincuenta (S. XX), durante la gestión como Ministro de Salud del sanitarista Ramón Carrillo (1946-1954), fue prácticamente eliminado, volviendo a recrudecer a partir de los años sesenta. En tal sentido, en esta comunicación nos proponemos analizar el desarrollo histórico del paludismo en la Argentina, tratando de visualizar los problemas que se han planteado en la lucha contra esa enfermedad, vinculándola con las condiciones de vida material de una población cuya principal ocupación era la caña de azúcar. Este enfoque, se basa, en que el estudio de cualquier epidemia y/o endemia, pone en evidencia las bases ecológicas de la enfermedad colectiva y revela dimensiones del tejido social que no aparecen claras en la vida cotidiana, lo que se debe a que una epidemia magnifica la relación entre los sistemas económicos y las condiciones de existencia. Por ende, se observará como el paludismo norteco en gran parte se desarrolló por la pobreza existente en esas regiones, pero también por la carencia de una infraestructura sanitaria adecuada, por las condiciones naturales del medio ambiente como por las alteraciones que en éste produjo la intervención humana. La suma de éstos últimos sirven para dilucidar ciertos condicionamientos que actuaron y prefiguraron condiciones materiales de vida, específicas en la mencionada región.

* Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.

* UNMdP-CONICET, acalvarmdp@gmail.com.

La cuestión palúdica en la Argentina a lo largo del Siglo XX*

Adriana Alvarez[†]

En América Latina en general y en la República Argentina en particular, desde hace unas décadas asistimos a la reaparición de las enfermedades infectocontagiosas como el paludismo, también conocido como chuco o malaria. Según los datos aportados por el Ministerio de Salud de Argentina, la malaria, hoy, es endémica en la región Norte del país (Salta, Jujuy, Misiones y Tucumán): sólo en el año 2001 se notificaron 195 casos. Su reemergencia es un problema que excede las fronteras nacionales, por lo cual, junto a otras enfermedades -como el VIH/SIDA, la tuberculosis y el Chagas-, se aspira a que sean combatidos en forma colectiva por los países que suscribieron la Declaración del Milenio.¹

El paludismo conoce un reinado muy antiguo en nuestro suelo. Sin embargo, entre las décadas del cuarenta y del cincuenta (S. XX), durante la gestión como Ministro de Salud del sanitarista Ramón Carrillo (1946-1954), fue prácticamente eliminado, volviendo a recrudecer a partir de los años sesenta.

En tal sentido, en esta comunicación nos proponemos analizar el desarrollo histórico del paludismo en la Argentina, tratando de visualizar los problemas que se han planteado en la lucha contra esa enfermedad, vinculándola con las condiciones de vida material de una población cuya principal ocupación era la caña de azúcar. Este enfoque, se basa, en que el estudio de cualquier epidemia y/o endemia, pone en evidencia las bases ecológicas de la enfermedad colectiva y revela dimensiones del tejido social que no aparecen claras en la vida cotidiana, lo que se debe a que una epidemia magnifica la relación entre los sistemas económicos y las condiciones de existencia.

Por ende, se observará como el paludismo norteno en gran parte se desarrolló por la pobreza existente en esas regiones, pero también por la carencia de una infraestructura sanitaria adecuada, por las condiciones naturales del medio ambiente como por las alteraciones que en éste produjo la intervención humana. La suma de éstos últimos

* Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.

[†] UNMdP-CONICET, acalvarmdp@gmail.com.

1.- En septiembre del año 2000, las autoridades de la Argentina, junto a Jefes de Estado de 189 países integrantes de las Naciones Unidas, aprobaron la llamada Declaración del Milenio. En esa Declaración se identificaron las preocupaciones, valores, y principios relacionados con el desarrollo. Sobre la base de esta Declaración se definieron un conjunto de metas cuantificables a través de indicadores numéricos internacionalmente convenidos, para evaluar el progreso, lo que fue dado a conocer como “Objetivos de Desarrollo del Milenio”. Se plantearon 18 objetivos específicos y 48 indicadores para medir el progreso. El n° 6 se centra en “*Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades*”. (www.un.org/millennium.goals).

sirven para dilucidar ciertos condicionamientos que actuaron y prefiguraron condiciones materiales de vida, específicas en la mencionada región.

Así mismo, esta investigación muestra como el modo y estilo de vida de la población y su relación con el proceso salud-enfermedad, se encuentra en gran medida condicionado por el sistema socioeconómico imperante, pero no totalmente, puesto que hay hábitos populares, costumbres etc que también juegan un papel importante a la hora de detallar los modos y formas de vida material que asumió la comunidad cañera.

El trabajo desde el punto vista teórico transita dos niveles: el de la enfermedad y el de la historia de la salud pública; ellas están íntimamente vinculadas entre sí, puesto que esta última, se preocupa tanto por las relaciones como por las asimetrías existentes entre las instituciones de salud y las estructuras económicas, sociales y políticas. Dicho enfoque permite incursionar en dimensiones aún poco estudiadas en nuestro medio, tales como: las interacciones entre los procesos sanitarios y los contextos sociales, culturales, económicos y políticos; la continuidad y el cambio en las condiciones de vida de las poblaciones urbanas y rurales; las relaciones entre el Estado y los diferentes grupos sociales y étnicos; las percepciones populares de la ciencia y de la naturaleza; la construcción social de la enfermedad y del conocimiento biomédico. (Hochman, Gilberto y otros (ed.) 2002, 11).

El estudio del paludismo a lo largo del siglo XX, es un lente que permite observar la serie de factores que permitieron la reemergencia de la enfermedad, los cuales, no sólo fueron de orden biológico, sino también económico, político y cultural.

En la primera parte del siglo XX, la lucha contra el mal palúdico no sólo conoció el tratamiento por quinina, sino, también, que mediante la llamada bonífica hidráulica la ingeniería sanitaria se hizo presente en zonas de la Argentina interior, provocando indirectamente condiciones favorables para el desarrollo agrícola e incorporando de esa manera a muchas áreas que habían estado desplazadas, a la estructura productiva. Esta etapa se cerró con llegada del DDT y la erradicación del paludismo. En un período donde las condiciones económicas fueron favorables más allá de las fluctuaciones que en esta economía abierta se produjeron por las crisis internacionales de 1914 y 1930.

En esta etapa dominó la inmigración de ultramar, cuyas últimas oleadas se produjeron finalizada la Segunda Guerra Mundial, las que por otro lado, por sus lugares de procedencia, no eran portadoras del virus.

En la década del cincuenta se inició el primer programa de cooperación internacional vinculado a la lucha palúdica, en un contexto social diferente a la etapa precedente.

Desde fines de la década del 60 se produjo en Argentina un importante cambio en cuanto a sus movimientos migratorios. En ese momento se incrementó la llegada de grupos latinoamericanos a nuestro país, produciéndose un cambio profundo en la composición étnica del mismo.

La principal causa de migración fue la económica y la búsqueda de mejores condiciones de trabajo. La mayor parte provenía de regiones rurales. En este sentido, la migración internacional pasó de ser esencialmente no limítrofe (y sobre todo ultramarina hasta 1947) a proceder de países limítrofes. (Bertoncello, R. y Lattes, A., 1987).

**ARGENTINA. Población extranjera según origen,
fechas censales 1914-1991 (en porcentaje)**

Año	Limítrofes	No límitrofes
1914	8,6	91,4
1947	12,9	87,1
1960	17,0	83,0
1970	25,9	74,1

Fuentes: INDEC,1997

Entre estos migrantes se encontraban básicamente paraguayos y bolivianos. Durante las décadas del 40 y del 50 pequeños grupos migraron por etapas. En la década del 60 estas migraciones se hicieron más frecuentes y ya en los 70 se hicieron más numerosas. En un principio la mayor parte de las personas que llegaron a nuestro país desde Paraguay y Bolivia se asentaron en la región del Noroeste argentino, países donde el índice palúdico en relación a la Argentina era mayor.

En Bolivia esta enfermedad, hasta finales del siglo XX, fue endémica en un 75% del territorio nacional y en esa área de riesgo habitaban más de 3,5 millones de personas. Ello se debía a que desde la década de 1950 hubo un aumento anual del índice palúdico, cuyo pico fue en 1998. Estas variables nos enfrentan a diversas cuestiones complejas de abordar, pero que aún reclaman respuesta. Esta presentación, se cierra con un interrogante que resume el objetivo final de la misma: ¿la vigencia de la malaria a finales del Siglo XX solo puede ser explicada por la movilidad migratoria con las fronteras paraguay – boliviana?, consideramos que en las postrimerías del siglo XX el empobrecimiento estructural que éstas zonas vivieron sumado a la retirada del Estado, jugaron un papel importante que aún necesita ser analizado en forma integral. Por ello la larga duración es una vía prometedora para responder interrogantes como los antes planteados.

También, es una alusión directa a la retroalimentación que existe entre la pobreza y la enfermedad. Cada cierto tiempo, zonas no tan prósperas como la pampeana se enfrentan a las amenazas de brotes epidémicos (cólera, malaria, fiebre amarilla) y a políticas de estado que resultan controlistas e insuficientes. Por ello, no está demás, retomar los textos de los higienistas del siglo XIX a los efectos de subrayar que la pobreza produce enfermedad, pero que la enfermedad también produce pobreza, reflejada en el desempleo, en la incapacidad para afrontar la vida y la muerte por parte de las poblaciones afectadas.

Por último, y en relación a las fuentes documentales utilizadas podemos mencionar Boletines, Memorias y Expedientes del Ministerio del Interior. Igualmente se requiere reconstruir el andamiaje en el cual comenzaron a tener sentido los problemas epistemológicos de la dinámica producción-reproducción del saber, es decir, la circulación del discurso científico entre los sectores populares. Para ello, las fuentes utilizadas son los manuales que se escribieron para maestros y alumnos de las escuelas norteafricanas, los almanaques, las conferencias y los juegos que se implementaron para difundir las características y profilaxis de la enfermedad.

Un problema concreto son los datos estadísticos para la primera mitad del Siglo XX, puesto que para esta etapa carecemos de series homogéneas, las cifras encontradas en algunos trabajos tienen un valor muy relativo. Dado que la anotación diagnóstica de las causas de muerte no fue uniforme, por no haber una nomenclatura común adoptada en todas las ciudades, no es posible hacer una clasificación exacta. Este problema intenta ser superado utilizando los datos estadísticos del Ejército, básicamente del 5to Regimiento que estaba apostado en la zona palúdica, puesto que esos índices epidemiológicos son un buen termómetro que pueden indicar las condiciones epidemiológicas de la región, en cuanto a que el seguimiento se hacía anualmente sobre el número de individuos convocados a realizar su servicio militar. Por ende, de la cantidad de estos individuos que padecían paludismo, se puede medir también el curso de la epidemia en la población civil, ya que la difusión de esta enfermedad depende de las condiciones de la localidad y no del contacto directo, como sucede con otras infecciones. Este problema se supera a mediados de los años cincuenta cuando las cifras son más homogéneas y confiables, para ello los datos aportados por la OPS resultan fundamentales.

6.2 Población y salud

Coordinador: Alejandro Giusti (Argentina)

Si bien en los últimos cincuenta años la salud de la región de las Américas ha mejorado mucho

más que en los siglos anteriores (gracias a los avances en relación al conocimiento, tecnología,

recursos, etc.), las diferencias y desigualdades en salud se han mantenido y muchas veces se

han incrementado (ya se mire tanto los diferenciales entre los países, como hacia el interior de

ellos, entre clases sociales, etnias, así como también se observan importantes diferencias de

género).

Teniendo en cuenta la definición de salud, entendida como producto de múltiples causas y

dimensiones, y admitiendo la existencia de dichas desigualdades, ha surgido hace unos años la

idea de que las mismas se basan en una serie de “factores sociales determinantes en salud”. De

una manera sintética, se entiende por éstos a todas aquellas condiciones sociales, políticas,

económicas, culturales y ambientales que impactan sobre la salud de las personas.

En el modelo de determinantes sociales, se considera que los factores sociales determinantes

en la salud se configuran alrededor de los individuos como “estratos o capas de influencia”:

1. En el centro, se encuentran los factores individuales como la edad, el sexo y los factores hereditarios, no modificables.
2. En un segundo nivel, se hallan aquellos factores relacionados con los estilos o hábitos de vida (fumar, beber, realizar ejercicio físico), factores sobre los que sí se puede actuar (tanto desde el nivel de las personas como desde las políticas).
3. Un tercer nivel, donde se localizan las influencias sociales y comunitarias, como por ejemplo, el conocimiento que se tiene de los recursos, las ayudas interpersonales, el apoyo social, factores que se relacionan también con la salud.
4. En cuarto nivel, se encuentran las condiciones de vida y de trabajo, que incluyen factores relacionados con la vivienda, la agricultura y la producción de alimentos, la educación, el empleo y el desempleo, el agua potable y saneamiento y los servicios sanitarios.
5. En un quinto nivel, están representadas las condiciones más generales de carácter socioeconómico y medioambiental, que influyen según cada sociedad (según sus normas, políticas, cultura, etc.), los demás niveles, a excepción del primero.

La Sesión propone la presentación de ponencias que considere la relación entre determinantes

sociales y los procesos de salud-enfermedad en las últimas décadas. Se aceptarán preferentemente estudios empíricos de países de la región, enfocados tanto en las enfermedades transmisibles como no transmisibles

Congreso versará sobre la temática general de la desigualdad y la diversidad

en la población. ¿Porqué reconocer la trascendencia de estos retos para la investigación y las

políticas públicas

La Sesión propone la presentación de ponencias que considere la relación entre determinantes

sociales y los procesos de salud-enfermedad en las últimas décadas. Se aceptarán preferentemente estudios empíricos de países de la región, enfocados tanto en las enfermedades transmisibles como no transmisibles

Los trabajos (y resúmenes) deben contemplar al menos uno de los temas específicos

de las sesiones de trabajo descritos en el Programa Académico.

_ Cada ponencia (y resumen) debe explicitar la sesión de trabajo en la cual se desea ser presentado, así como una segunda opción, para facilitar la asignación y distribución de los trabajos en las diferentes sesiones de trabajo. Asimismo, se debe indicar, si dado el caso, se aceptaría la opción de incluir el trabajo en alguna de las sesiones de pósteres