

---

**UN BREVE RECORRIDO**  
por las  
**GRANDES PANDEMIAS Y**  
**EPIDEMIAS QUE**  
**AZOTARON AL MUNDO Y**  
**AL PARAGUAY**

---

**María Elena Ramírez de Rojas**

**2020**

**Ministro de Salud Pública y Bienestar Social**

**Dr. Julio Daniel Mazzoleni Insfrán**

**Vice Ministro de Salud**

**Dr. Julio Rolón Vicioso**

**Directora General de Planificación y Evaluación**

**Mg. Economista Elizabeth Barrios Kuck**

**Dirección de Documentación Histórica**

**Dra. María Elena Ramírez de Rojas**

*malenaderojas@hotmail.com*

**Edición:** Mónica Pistilli

**Diseño de tapa:** Mónica Pistilli

**Colaboración:** Jorge Roche y Julio Dos Santos

**UN BREVE RECORRIDO POR LAS  
GRANDES PANDEMIAS Y EPIDEMIAS  
QUE AZOTARON AL MUNDO Y AL  
PARAGUAY**

**2020**

## Contenido

Presentación.....	5
VIRUELA (1520) .....	6
SARAMPIÓN .....	13
PALUDISMO O MALARIA O ACANUNDÚ - ROY ARA.....	14
DENGUE.....	21
CÓLERA o CHA Í .....	24
FIEBRE AMARILLA.....	27
PESTE BUBÓNICA.....	31
VIH/SIDA (1981). .....	35
SÍNDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS (SPH).....	39
INFLUENZA .....	41
GRIPE ESPAÑOLA: 500 millones de fallecidos en el mundo (27% población global) .....	41
GRIPE ASIÁTICA (1957- 1958).....	48
GRIPE ASIÁTICA o GRIPE DE HONG KONG (1968) .....	48
SARS (2002-2003).....	48
INFLUENZA PORCINA o GRIPE H1NI (2009-2010) .....	49
COVID-19 (2020) .....	50

## Presentación

Desde tiempos inmemoriales hasta nuestros días, grandes pandemias como la viruela, la influenza, el cólera, la peste bubónica, la gripe española, la fiebre amarilla, el paludismo, dengue y enfermedades emergentes como el sida, hantavirus, SARS, H1N1, han azotado el mundo.

Como es de suponer el Paraguay también se vio afectado por estas enfermedades que generaron pánico en la población.

En este estudio se echa una mirada histórica a las grandes pandemias ya citadas hasta la actual, el COVIS 19.

Las enfermedades de la época demostraron la transmisión de un continente a otro y surge la preocupación del Estado por la salud de la población. La Sanidad e Higiene Pública alcanza un importante desarrollo pero no se aceptan las teorías sociales, porque no se consideran necesarias para la solución de los problemas de salud en la población, razón por la cual las enfermedades fueron difíciles de ser combatidas con éxito.

La cultura de una sociedad no puede ser desestimada por qué se va alimentando no sólo con lo que se le aporta desde instancias oficiales sino con lo que la propia sociedad adopta y considera como **válido**, y se convierte en parte de la tradición cultural de esa sociedad y contribuye al éxito para frenar y combatir las enfermedades y frenar las epidemias.

El objetivo de este trabajo responde a la necesidad que existe que todas las personas tengan derecho a conocer el pasado histórico de las enfermedades o epidemias que abatieron a nuestro país, la respuesta de las instituciones, las soluciones que se adoptaron para combatirlas, la población afectada, la mortalidad causada y, cuántas de ellas han podido ser erradicadas o controladas.

Mucho de los datos de este material se basan en la revisión de varios documentos como los registros de Morbilidad existentes en el Departamento de Bioestadística, el Boletín Epidemiológico editado por la Dirección de Vigilancia de la Salud. Además se recogieron informaciones sobre libros, artículos, publicaciones de referencia, y archivos, bibliografías especiales, estudios históricos y otras informaciones extraídas de la red Internet.

## **VIRUELA (1520): 56 millones de muertes en el mundo - PARAGUAY 165.000 fallecidos**

Es considerada la segunda mayor pandemia de la historia, y hay estimaciones que indican que mató hasta al 90% de la población nativa americana.

La viruela es una de las enfermedades más mortales que conocen los humanos, y también es la única enfermedad que ha sido erradicada con la vacunación.

Para algunos investigadores la viruela fue traída por los conquistadores españoles a México, en 1493 y fue determinante en la caída del Imperio Azteca.

La viruela fue uno de los más duros castigos que recibía prácticamente en forma periódica la población paraguaya, cobrándose vidas o dejando su huella para siempre.

En los años 1558-1560 el Padre Nicolás del Techo relata la manera que la epidemia azotó la ciudad de Asunción... *“la peste hacia horrible estragos en los habitantes de dicha ciudad y tanto, que morían al día más de cientos y cientos de personas”*. Las reducciones jesuitas ven descender sus efectivos de unos 121.000 indígenas a poco más de 105.000.<sup>1</sup>

En 1729-1735<sup>2</sup> según los relatos del Padre Guevara... *“luego que se hubo cebado la epidemia en la ciudad, se extendió rápidamente por los campos, y allí el daño fue mayor, por la escasez de las cosas necesarias. La peste tomó a niños y ancianos, mujeres y varones. Empezó el contagio en la parte más meridional de esas Provincias...”* se extendió rápido, mató a muchísima gente y duró tres años. Dobrizhoffer relata que fue horrible la epidemia de viruela que en 1734-1737 mató a 30.000 indígenas de 140.000 almas.

Documentos del siglo XIX que obran en el Archivo Nacional relacionados a las gestiones llevadas a cabo por las autoridades sanitarias, dan cuenta la preocupación que había entonces para prevenir la viruela.

La expedición de la vacuna comandada por Balmis y enviada por el Rey Carlos IV de España al Río de la Plata, llevando la vacuna transmitida de brazo en brazo entre jóvenes no inmunes, llegó al Virreinato del Río de la Plata de manos del Dr. Miguel Gorman alrededor de 1770.



Franc. Xav. de Balmis

Muy resistida en sus inicios, fue utilizada con éxito en la epidemia de 1792 - 1793 en Buenos Aires, en donde murieron solo tres de los 854 inoculados, mientras que el 10 por ciento de los casos naturales espiraron.<sup>3</sup>

En tiempo de la colonia, el 7 de julio de 1797 se publicó en Asunción unas instrucciones para la inoculación de las viruelas, por el **Dr. Jorge Buchan**, que debían seguirse en los pueblos de indios de esta provincia del Paraguay”. Indicaba que la enfermedad podía ser prevenida con la variolización que consistía en la inoculación de pus de una persona afectada a otra sana a través de una aguja o lanceta que pinchaba la piel del inoculado. El nuevo inoculado con viruelas, aunque se enfermara, lo hacía en forma leve, muy pocos morían, al contrario de lo que pasa con las viruelas naturales. La mejor edad para hacer la inoculación es entre 3 y 5 años.

<sup>1</sup> León, L. (1985). Enfermedad y muerte de Huayna-Cápac. Rev. Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas. Quito. 21 (2): 99-123

<sup>2</sup> Caravaglia, J. C. (1984)

<sup>3</sup> Coney, J. (2009). Tratamiento de la viruela en el Paraguay. Revista Paraguay de Sociología

### Los “inoculitas”

Este método fue utilizado en las sucesivas oleadas de epidemia de viruela que afectó al país. Las personas llamadas “inoculitas” eran las que realizaban esta operación.

Los médicos enfatizaban la purga y el ayuno como preparativos para la inoculación, seguida por una dieta liviana de caldos de carne y frutas y aislamiento.

La formación de pústulas supurantes señalaba la etapa crítica de la enfermedad que generalmente sobrevenía una semana después de la infección. En esa etapa, el paciente no recibía alimento sólido. La fiebre y la diarrea eran controladas con dosis leves de nitrato (salitre). En pacientes afebrados se recomendaba el baño para absorber los humores malignos que expele el cuerpo. Sus pústulas eran limpiadas con trapos limpios para evitar que penetren a la sangre.<sup>4</sup>

En 1799 la epidemia de Viruela azotó el Río de la Plata y también el Paraguay, razón por la cual el Gobernador Lázaro de Rivera envió al Teniente Protomédico de la Gobernación Intendencia del Paraguay, el español Antonio Cruz Fernández a Buenos Aires, en 1801 a traer de aquella ciudad el virus vacunal, en lo que se llamó “la expedición de los niños”.

Sobre Antonio de la Cruz Fernández se sabe muy poco. No se conoce que haya cursado alguna facultad. Radicado en el Paraguay, adquirió un extenso terreno en las calles Asunción (Coronel Bogado), Loreto (México) y Libertad (Eligio Ayala) donde además de instalar su vivienda, instaló su consultorio, uno de los pocos que había entonces en el Paraguay y tenía también su propia botica. Según expresaba, no daba abasto a la atención de tantos enfermos. La falta de competencia le reportaba una muy buena ganancia que iba invirtiendo en la compra de tierras en *Paraguari*. Para el cobro de sus honorarios seguía las pautas establecidas por el Protomedicato de Buenos Aires.

En la epidemia de viruela que azotó San Ignacio Guazú, Misiones, Antonio de la Cruz Fernández, aconsejó la inoculación inmediata en contra de la opinión del doctor Don Francisco Gill, cirujano del Real Monasterio de San Lorenzo que se oponía a esta práctica considerada peligrosa, dañina para la salud pública y contraria a la caridad<sup>5</sup>.

Desde el 28 de julio de 1797 hasta el 16 de setiembre del mismo año se inoculó a unas 63 personas, de los cuales solo uno sucumbió.

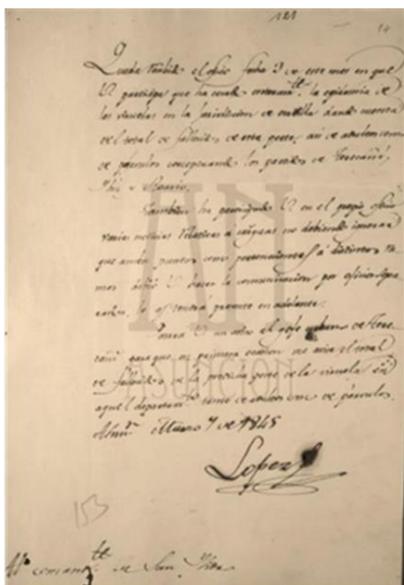
Todo comenzó cuando Edward Jenner observó que los granjeros que ordeñaban vacas con pústulas de viruela en las ubres se contagiaban las manos y no contraían la viruela, es decir que adquiría inmunidad. La Imprenta Nacional Pública una hoja de Instrucción para los empleados de campaña sobre las cosas a tener en cuenta durante la epidemia de viruela. Se recomienda que al ordeñar las vacas observen si en el pezón o en la ubre aparece el grano conocido como viruela, lo recojan con prolijidad y lo pongan en vidriecitos, para que llegado el momento se aplique a los que quieran preservarse de ese mal.

---

<sup>4</sup> ibid

<sup>5</sup> Gill, F. (1786). *Disertación físico-medica, en la cual se prescribe un método seguro de preservar a los pueblos de viruela hasta lograr la completa extinción de ellas en todo el reino*. 2ª ed, Madrid. También véase Cooper, p. 97.

La necesidad de proteger a la población hace obligatoria la vacunación razón por la cual el diario El Semanario notifica que los Jueces de Paz han procedido al enrolamiento de todos los párvulos y demás personas que no hayan tenido viruela para ser vacunadas y cumplir con esta disposición.



Informe de C. A. López sobre caso de viruela

Hacia 1806 se produjo la primera y última vacunación masiva del período colonial en el Paraguay.

### Incidente con el médico inglés Gordon

Durante la dictadura del Dr. Francia el aislamiento que sufrió el país benefició a la salud pública ya que no se reportaron epidemias en ese periodo, y la infraestructura sanitaria heredada de los tiempos coloniales era la que aún persistía y de algún modo daba respuesta a los problemas de salud. A su muerte el consulado integrado por Mariano Roque Alonso y Carlos Antonio López logra restablecer el orden en el país. Se produce la apertura de las fronteras y el camino de reingreso de la viruela al Paraguay.

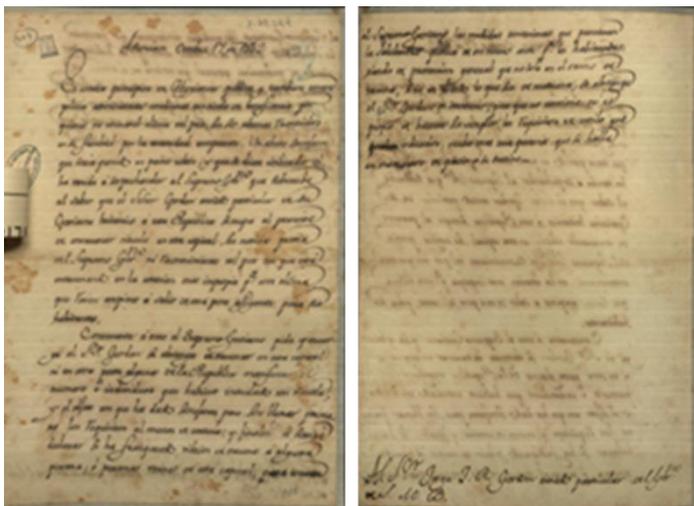
En 1842 surgió un incidente con un médico inglés llamado Georges John Robert Gordon quien llegó al país para prestar sus servicios. Como profilaxis procede a la vacunación de sus pacientes. Este hecho molestó a los cónsules de Paraguay Carlos A. López y Mariano R. Alonso quienes le enviaron un oficio de protesta contra la vacunación anti- viruelica que realizó en varios ciudadanos paraguayos, prohibiéndole continuar la vacunación porque “le falta competencia profesional y autorización del supremo gobierno.”

La nota dice así: *“Es contra principios de higiene pública y también contra la policía suministrar medicinas con viruela en beneficencia por quienes no conocen el clima en el país, sin ser además reconocidos en su facultad por la autoridad competente.*

*Un abuso semejante que sería prohibido en países cultos, y que se dicen civilizados, ha venido a sorprender al S. G. que subscribe al saber que el señor Gordon (sobrino del influyente Lord Aberdeen) se ocupa al presente en vacunar viruela en esta capital, sin noticia previa del S. G., ni reconocimiento del que con que estaba vacunando en la estación más impropia para este clima, que recién empieza a salir de una peste afligente para los habitantes. Además se le intima al señor Gordon a no intervenir en todo lo que sea medicina.<sup>6</sup>*

<sup>6</sup> ANA-AHRP-PY-309-1-2

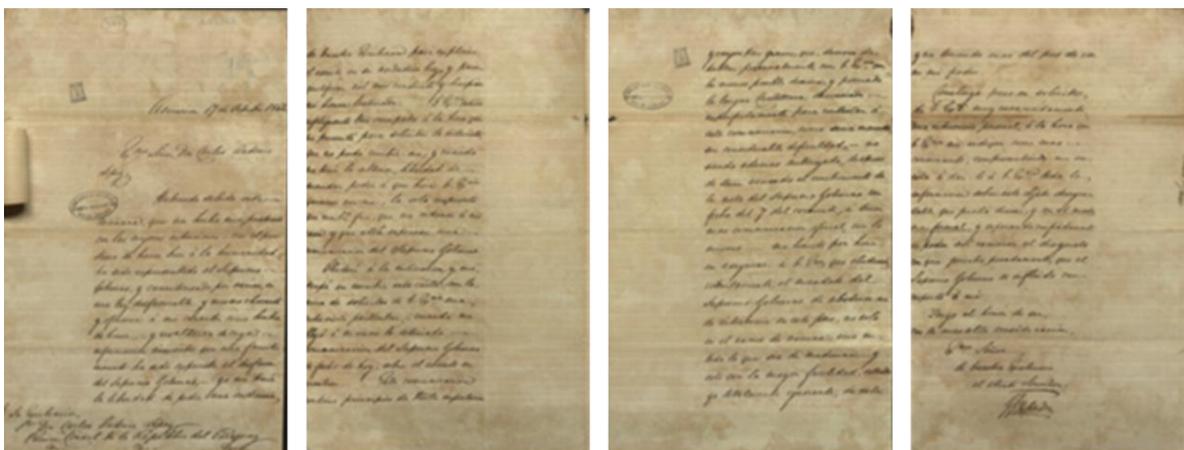
La respuesta de Gordon no se hizo esperar y envió un oficio a Carlos A. López explicando el incidente en que se envolvió con el gobierno paraguayo, en estos términos: “Un hecho mío, practicado con



Oficio de Carlos A. López y Mariano R. Alonso a Georges John Robert Gordon, protestando contra la vacunación anti - viruelica

las mejores intenciones, con el puro deseo de hacer bien a la humanidad, ha sido representado al S. G. y caracterizado por varios, una luz desfavorable y mismo chocante y ofensiva a mi carácter como hombre de honor, y resultando de cuya información inexacta que una familia inocente ha sido expuesto al desfavor del S.G., yo me tome la libertad de pedir una audiencia a V.E. para explicar el asunto en su verdadera luz y para justificar así mi conducta y limpiar mi honra lastimada.”

El oficio en otra parte dice...” me limito por ahora en asegurar a V.E. que obedeceré estrictamente, el mandato del S.G. de abstenerme de intervenir en este país, y no solo en el caso de la vacuna, sino en todo lo que sea de medicina, y esto con la mayor facilidad, estando yo totalmente ignorante de esta y no teniendo más el pus de esa en mi poder...”



Oficio de Georges John Robert Gordon a Carlos A. López, explicando el incidente en que se envolvió con el gobierno paraguayo

7

Muy molesto por esta situación Georges John Robert Gordon envió de nuevo un oficio a los cónsules del Paraguay, Carlos A. López y Mariano R. Alonso, en contestación a los términos de la nota que le fuera enviada por los referidos cónsules concernientes a la vacunación anti-viruelica, informándole que, dejaría el país a pesar de no haber cumplido en su totalidad, la misión de que fuera encargado por el gobierno británico, ya habiendo contratado una embarcación que partiría el 27 de octubre de 1842.<sup>8</sup>

En una nueva nota le solicita una declaración, del gobierno de Paraguay, sobre las razones porque fue intimado a salir de ese país, a fin de defenderse junto a su gobierno de los ataques que fueron abiertos sobre su persona, por el diario “El Nacional” de Montevideo.<sup>9</sup>

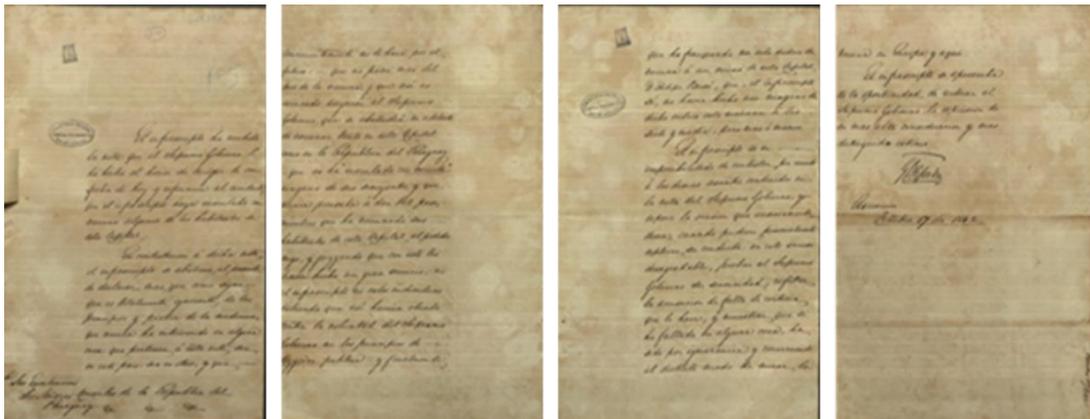
<sup>7</sup> <http://www.archivonacional.gov.py>.Unidad documental simple ANA-AHRP-PY-307-1-4 -

<sup>8</sup> <http://www.archivonacional.gov.py>

<sup>9</sup> ANA-AHRP-PY-316-1-3

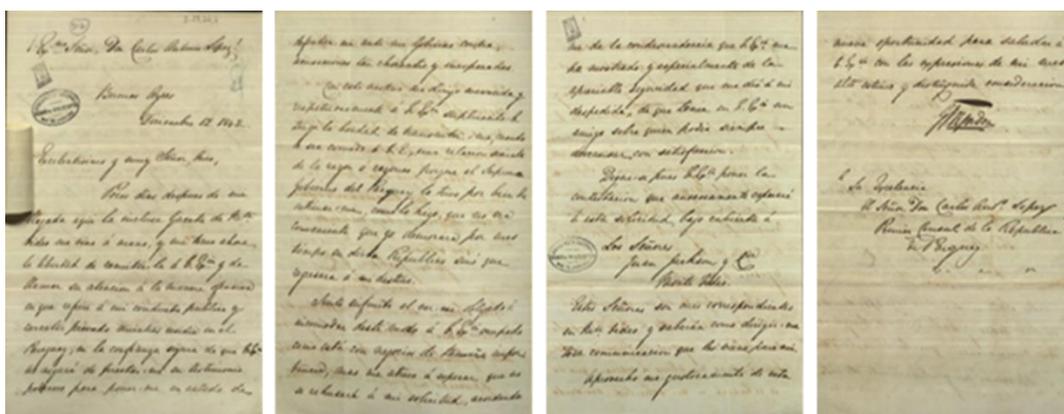
El enojo de Gordon se plasmó en un informe ante el *Foreign Office*, reproducido por E. N. Tate, en el que califica al Paraguay de país que era “nada, valía nada, y era capaz de nada en su situación actual y bajo su actual sistema de gobierno”.<sup>10</sup>

Entre 1843 y 1845 la viruela produjo 9.286 muertos. La virulencia de esta epidemia hizo que se adoptaran medidas drásticas como la prohibición de las concentraciones masivas ya sea en las fiestas, iglesias, procesiones y en los velorios de quienes habían fallecido de viruela. Se construyeron nuevos cementerios y se reformaron los antiguos para albergar los numerosos cadáveres que cada día aumentaba más y más.<sup>11</sup>



Respuesta de Georges John Robert Gordon a los cónsules de Paraguay, Mariano R. Alonso y Carlos A. López, concerniente a la vacunación anti-viruelica

Nueve años después en 1853 una nueva epidemia motiva la instalación de una Administración de Vacuna a cargo del Profesor de medicina y cirugía, el paraguayo Don Luis Cálcena Echeverría.<sup>12</sup> En él se cita que la viruela aparecida en la Villa del Pilar pasó al Campamento de Paso de Patria, pero que dicha epidemia no ha dado mayor cuidado y declinó prontamente. “*Ha cesado casi enteramente, según los últimos informes de las autoridades de las fronteras, y del interior.*”



Carta de Georges John Robert Gordon a Carlos A. López, solicitando una declaración del Gobierno del Paraguay, sobre las razones porque fue intimado a salir de este país

*Mucho se debe a la administración de vacuna establecida en la Capital, y que se ha extendido a todo el país, propagándose de brazo en brazo”.*<sup>13</sup>

<sup>10</sup> Velázquez Seiferheld, D. La gran epidemia de Viruela en el Paraguay. Diario La Nación, 2020

<sup>11</sup> La gran epidemia de la viruela en el Paraguay. Recuperado de: <https://www.la-nacion.com.py/gran-diario-domingo/2020/04/05/la-gran-epidemia-de-viruela-en-paraguay/>

<sup>12</sup> Gonzáles Torres, D. Temas Médicos

<sup>13</sup> Mensaje del Presidente de la República del 14 de marzo de 1854

En el Paraguay Independiente del 1 de julio de 1854 se lee que la Administración de Vacuna de la Capital envía el virus vacuno a los Departamentos y Partidos de la campaña. La viruela ha cesado en las fronteras del Paraná y apareció en la Capital pero felizmente ocasionó pocas víctimas.<sup>14</sup>

Los difíciles años que mediaron entre 1865-1870, guerra de la Triple Alianza, la devastación que produjo el conflicto armado, la viruela recrudesció con toda su virulencia causando muchas muertes en el campo de batalla como en los hospitales, que mermó gran parte de los efectivos. Durante la epidemia los pacientes eran tratados con vacunas hechas por el Dr. Velilla, a partir de unos granos molidos recolectados de las ubres de las vacas.<sup>15</sup>

En 1879 la enfermedad hizo horribles estragos en toda la población y costó la vida a 60.000 personas.

Ante esta circunstancia se crea la Oficina Administradora General de Vacunas a cargo del Dr. Luis Cálceña Echeverría y se establece la vacunación gratuita a toda la población.

Este hecho determinó la necesidad de establecer una nueva organización del sistema sanitario ante



la aparición de nuevos brotes epidémicos en algunos puntos de la campaña. El resultado fue la creación en 1880 de una Oficina Administradora General de Vacunas a cargo del médico inglés doctor Guillermo Stewart. Se hicieron reuniones y reuniones para acordar como llevar a cabo una masiva campaña de vacunación gratuita tanto en la capital como en los pueblos del interior. Se establece que las Juntas Económica - Administrativas, los “jefes políticos” y jueces de paz, cuidarán de recomendar a los padres de familia la necesidad urgente de vacunación como único y seguro preservativo contra la viruela.

Tiempo después se promulga la ley de Vacunas del 22 de junio de 1880 que declara la obligatoriedad de la aplicación de las vacunas en todo el territorio de la República, sancionando con multas o arrestos a los padres o encargados que se nieguen al cumplimiento de ésta ley: *“la primera vez, los transgresores serán multados con un peso fuerte o en su defecto seis días de arresto en la guardia del pueblo a que pertenezca; por segunda vez, con una multa de tres pesos fuertes o doce días de arresto”*(sic) sin perjuicio de que la autoridad respectiva mande hacer efectiva la vacunación a los reincidentes.

Esta ley estipulaba que lo producido de las multas será destinada al Hospital de Caridad de ésta Capital y a la escuelas públicas de la campaña.

Se inicia luego una intensa campaña de vacunación masiva contra la viruela, que según el informe del médico forense del Ministerio del interior, duró 4 meses, desde el mes de julio de 1880 hasta el mes de noviembre de 1881, en la que han sido vacunados 17.875 personas.<sup>16</sup>

<sup>14</sup> Mensaje del Presidente Don Carlo Antonio López 1854

<sup>15</sup> Franco V.I. Ob, *cit. pags.* 39/41. Citado por *abc* color. La Guerra de la Triple Alianza. Fascículo 44.

<sup>16</sup> Diario La Reforma 1881

La prensa se hace eco e incentiva a la población a que se vacunara. En un aviso publicado en el diario la Reforma en 1880, cita al Dr. Diez con estas palabras: *"Hoy desde la mañana hasta las doce tendrá lugar la inoculación de la vacuna que el aventajado médico Dr. Diez aplicará gratuitamente a todas las persona que con tal objeto se presentaran a su domicilio en la calle Independencia Nacional núm.19.Recomendamos a los padres de familia aprovechen esta oportunidad que la humanidad y galantería de dicho señor proporciona al público, pues el virus que se aplicará es del brazo y de lo mejor. Felicitamos al Dr. Diez por tan desinteresado y caritativo proceder."*

La epidemia de viruela se desata en Pilar en 1886 acaba con la vida de la hija que tuvo el Mariscal López con Juana Pesoa, llamada Avelina Constanza, de 8 años.

Ante esta nueva epidemia que se cierne sobre el país, la Sanidad del Ejército dispuso que el Dr. John Fox fabricase vacuna antivariólica en gran cantidad. Se pusieron a disposición para actuar como vacunadores los practicantes del Hospital de Asunción a las vacas lecheras en las estancias de Ybycuí, Potreo y Surubí.

En 1890 con motivo que la alta mortalidad causada por la viruela en el país y últimamente en San Lorenzo, las autoridades locales decidieron trasladar el cementerio a un lugar apartado del pueblo y no tuvieron otra alternativa que rehabilitar el cementerio de "Capilla Cue", abandonado desde 1855.

Para el efecto solicitaron la aprobación del obispo diocesano Pedro Juan Aponte a fin de volver a bendecir aquel sitio para inhumar allí los "cadáveres virulentos".

En 1926 un brote de viruela produjo dos defunciones lo que motivó rápidamente que el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, como una medida profiláctica la vacunación intensiva de la población. Se vacunaron 21.687 personas.

Con respecto a los casos de viruela aparecidos se tomaron algunas medidas tales como la creación de una estación sanitaria en Villa Hayes a cargo del Dr. Weis con la misión de tratar a los enfermos, aislarlos y proceder a la revacunación intensiva en el pueblo y poblaciones vecinas.

Una comisión sanitaria a cargo del Dr. José V. Insfrán tenía la misión de controlar y vacunar los habitantes de ambas riberas del Río Paraguay, desde Asunción hasta Olivares. Se procede a la vacunación de Piquete Cué, Limpio y Remanso. También los pueblos de Trinidad, Zeballos, Loma Pytá y Escuela Agrícola. Desde Blanco hasta Paso Barreiro y desde la calle Estados Unidos hasta Varadero.

Como medida preventiva se ordena el aislamiento de los enfermos y tratamiento de la población afectada, así como de los casos sospechosos, la desinfección de los artículos contaminados por los pacientes y la vacunación de las personas. El cordón sanitario es reforzado y se tomaron las más enérgicas medidas a fin de evitar la salida de personas, animales, mercaderías y todo aquello que podía constituir un medio de contaminación para el resto del país. El Dr. Luis Migone se traslada a la zona afectada fin de intensificar los trabajos.

La epidemia presenta una curva descendente. Desde 1920 hasta 1926 no se registraron casos de viruela. En 1927 se registraron 2 casos en Asunción y 2 defunciones.

En la Guerra del Chaco, la epidemia se desata en el mes de junio de 1932 en Villa Hayes, entre las tropas de la Escuela de Sub Oficiales, traída presuntamente por los indios de la costa del Pilcomayo.

El Dr. Migone informa sobre numerosos casos de viruela en Asunción: (6 casos), Barrero Grande (9 casos) y *Piribebuy* 10 casos, dos casos fatales; Costa *Jhu*, 17 casos; Pozo Azul, en Paso del Tigre, vía férrea hubo 8 casos fatales y en la Compañía *Caundy*, distante a una legua y media, hay un foco de viruela.

Desde 1930 a 1959 se produjeron 6.770 casos de viruela. El último caso en el país se dio en 1966.

En 1959 se organizaron campañas de vacunación masivas contra la viruela recomendada por la Asamblea Mundial de la Salud, hecho que marcó el inicio del famoso Programa Intensificado de Erradicación de la Viruela y así se consiguió en 1980 declarar públicamente, la extinción oficial de la viruela, la primera enfermedad vencida totalmente por el ser humano.

### **SARAMPIÓN**

El sarampión tuvo efectos devastadores en 1635-1636<sup>17</sup> y se repite desde 1690 a 1702. La epidemia de 1735-1736 se cobró miles de víctimas y la hambruna y la fuga de las misiones de muchos guaraníes que iban en busca de comida, junto con el movimiento de tropas y el tráfico fluvial, facilitó la propagación del contagio.<sup>18</sup> Seis años después se repite una devastadora epidemia.<sup>19</sup>

Hay indicios que entre 1863 y 1865 se habría desatado una nueva epidemia en Asunción. El Dr. Fox, Cirujano del Hospital Militar hizo retirar a los enfermos a las poblaciones del Pilcomayo para ser atendidos allí. Se creía entonces que las continuas variaciones de temperatura favorecían la aparición de la enfermedad.<sup>20</sup> En ese mismo periódico se lee sobre una “receta fácil” para combatir el sarampión, de Juan Vicente Estigarribia. La receta se manda imprimir y se reparte gratuitamente.

La terapéutica empleada eran los baños de piernas en agua caliente: si el enfermo era propenso al vómito, promoverlos; si había peligro de sofocación y de inflamación de los pulmones, sangría y vejigatorios. En todos casos, abrigo, promover la transpiración y si incomoda mucho la tos con sequedad de garganta y dificultad de respirar, se pondrá la cabeza a recibir el vapor caliente y le servirá para refrescar los pulmones. También puede tomarse un poco de esperma de ballena y azúcar piedra en polvo, todo mezclado en una cucharada de aceite de almendra dulce con azúcar disuelta en él, para humedecer y aliviar la estilación de la tos.

En caso de que el sarampión se retire repentinamente, conviene sostener al enfermo con vino y cordiales, poniéndole vejigatorio y fregar todo el cuerpo con pedazo de bayeta caliente o panes calientes por las piernas y las plantas de los pies. Después de la enfermedad es útil la gárgara y sobre todo observar un régimen arreglado y cuidar de la clase y la cantidad de medicamento que usa.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> Bustamante, M. (1982). La fiebre amarilla en México y su origen en América. Ensayos sobre la historia de las epidemias en México. Inst. Mexicano de Seguro Social. 1: 19-36

<sup>18</sup> Op.cit

<sup>19</sup> Furlong, G. (1953). José Cardiel y su Carta-Relación (1747). Buenos Aires: Librería del Plata.

<sup>20</sup> El Semanario. Asunción, 2-IX-65.

<sup>21</sup> ECOS DEL PARAGUAY. Periódico Político, Industrial, Comercial y Literario. Asunción, jueves 07 de junio de 1855. Año 1. Nº 8

En 1886 murieron de sarampión 16 personas en Asunción, según el Anuario Estadístico de ese año.

Durante la guerra del Chaco (1932) el sarampión hace su aparición aunque en forma más leve, en 27 reservistas que se encontraban a bordo del buque Hospital “Cuyabá”. Al desembarcar inmediatamente fueron enviados a la Casa de Aislamiento del Hospital de Clínicas.

La epidemia desatada en varias compañías de *Capiatá* impone la necesidad de proteger a la población mediante el aislamiento de la población como el cierre de la Escuela del Pueblo de *Yuty* por el término de diez días y, se ordena al Departamento de Salubridad Rural el envío de las instrucciones relativas a las medidas profilácticas a adoptarse en esta emergencia por el Puesto Sanitario de la referida localidad.

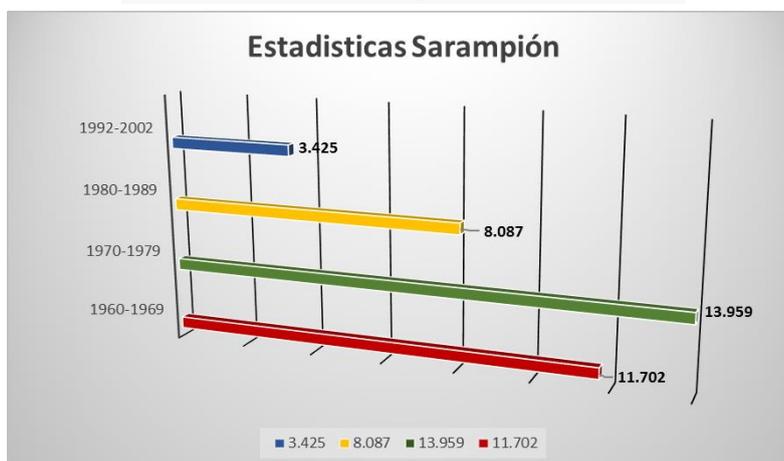
El sarampión es una enfermedad infecciosa aguda, causada por un virus extremadamente contagioso, razón por la cual es necesario obtener coberturas altas, porque siempre existe el riesgo de aparecer brotes en los bolsones susceptibles. En el Paraguay en 1993 se presentó la última epidemia en el que hubo 2.066 casos con 60 defunciones.<sup>22</sup>

En 1994 los países de América se comprometieron a eliminar el sarampión de esa Región. La estrategia presentada por la OPS consistía en aplicar la vacuna antisarampionosa a todos los menores de 15 años (una sola vez); mantener coberturas por encima del 95 % en el cohorte de niños de un año de edad y realizar campañas de mantenimiento cada 4 años o cuando se acumule un número de susceptibles igual a un cohorte de recién nacido.

En 1997 se sistematizó la investigación de casos por laboratorio. Se confirmaron 141 casos que corresponden a menores de un año hasta 40 años.<sup>23</sup>

**Paraguay libre de Sarampión.** Paraguay no registra casos de Sarampión desde el año 1998.

**Gráfico. Casos de Sarampión desde 1960-2002**



Fuente: MSPBS. Indicadores Básicos de Salud

### **PALUDISMO O MALARIA O ACANUNDÚ - ROY ARA**

La palabra malaria procede del italiano malaria, mal (que, a su vez, procede del latín malus – malo, falso, equivocado) y 3 aira (o aire, que deriva del latín aer – elevar, suspender).

<sup>22</sup> Manual del Barrido Nacional Contra el Sarampión en Menores de 15 años. Paraguay, 1998

<sup>23</sup> Páez, M. et al, (1999)

A partir de la conquista muchas enfermedades transmisibles de origen africano, llegaron a América siendo las principales la malaria y la fiebre amarilla. En relación a la **malaria**, su existencia anterior a 1492 es discutida. Ni el hombre ni el mono albergaban esos parásitos antes del descubrimiento de América.<sup>3</sup> La teoría más aceptada es que fue transportada desde Europa o más precisamente desde África, a partir del tercer viaje de Colón a éstas tierras cuando llegó a las islas del Cabo Verde, en 1498.

Su presencia en el Paraguay fue detectada a raíz de una epidemia ocurrida en 1629 descrita de la siguiente manera en las cartas anuas que los jesuitas enviaban a sus superiores: *“Los muchos niños que bautizados se morían embiando esquadrones de angeles ala glia [gloria] de niños con la gra [gracia] bautismal q passarian de 70 y aunq se arraygo mucho la enfermedad pero con el cuydado en curarlos escaparon más ardía con gran furia la peste en este rilo arriba adonde decian q eran tantos los muertos q se los comían los perros de q no eran pequeños indicios las muchas canoas q desamparadas de sus dueños venían rodando este Paraná abajo.*

*Tanto de más lastima y compassion quanto la muerte de sus cuerpos redundava en la eterna de sus almas lo qual atravesava el corazon de los Pes con muy intenso dolor por no poderlo remediar por q el Pe Franco dcl Valle (como dije) estaba muy enfermo el Fe Tomas no sabía la lengua y un muchacho q le podía servir de lengua estaba enfermo fuera de q andava enterrando los muertos y ayudando al Pc Roq González el qual tenía tanto q hacer aque q no podía acudir a otra parte ante a bs q tenía más obligacion como son los de Yaguapoha y Maracanay a los quales acudi yo tres veces bautizando muchos parvulos y adultos de los quales llevo nro Sr los que tenía escogidos pa si (Algos falgunos] de estos con admirable providencia vinieron el Rio abajo porque los tenía Dios predestinados)y deste rrio arriba con su eterna providencia entre saco los q tenían predestinados para la vida eterna porq trajo su divina mgd [Majestad] muchos xpranos q estaban quarenta años havia huydos entre infiles en este YAafia y vinieron enfermos e hicieron confesiones.(sic)*

Se conocían como tercianas y cuartanas a las fiebres intermitentes que en Europa eran tratadas con la quinina. Los indígenas llamaban **Araá**, al tiempo de caer enfermos y era el periodo que empezaba la endemia palúdica que suele acaecer de enero a abril, durante la mayor creciente del Rio Paraná. El **Araá** era tan temido que raramente los indios salían a la costa y nunca durante aquella estación. La planta llamada **Taperyvá**, del género *Cassia*, era la empleada para su cura. Algunos médicos indígenas recetaban el **Kaá-hái**, que es una begonia muy común. También usaban dos o más hojas del **Aguape pururua** que se colocaba sobre la parte hinchada. El agrial, **aguape puru'ã**, **yaguarundi**, **tapekue**, **taperyva** eran también usados.

Los guaraníes se untaban el cuerpo con aceite de palma con el arilo de la semilla de **Urukú** (*Bixa orella*) para protegerse de los mosquitos y esto hacía que su cuerpo fuese intocable.

En el periodo independiente la única alusión que se hace a la malaria la encontramos en el libro de Moisés Bertoni en 1885.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Bertoni, M. (1928). La civilización Guaraní. Parte III. Etnografía: Conocimientos. Puerto Bertoni, Alto Paraná, Paraguay

Siendo que paludismo es una de las enfermedades que mayores estragos hace en el país el según el informe presentado por el Dr. Insfrán, jefe de la Campaña Sanitaria del Paraguay en 1931, recién en la década de los 30, los casos de epidemias son notificados. Han ocurrido violentas epidemias que abarcaron grandes extensiones del país, en las zonas yerbáceas y forestales del Alto Paraná y entre las cuencas del *Jejuí e Ypané*, habiéndose constituido en un importante problema sanitario, por las pérdidas en vidas humanas y su alta morbilidad que ocasiona daños a la economía del país y repercusiones en su desarrollo y en el aspecto social.

La campaña sanitaria realizada hasta el 31 de julio de 1930 trató 9.244 casos de malaria sobre una población de 179.911 habitantes.

Las maneras de combatir la malaria empleadas entonces consistían en tomar preventivamente una cantidad pequeña de quinina, 0,25 gramos de quinina diariamente en una de las comidas principales y las casas debían estar protegida con tela metálica y usar mosquitero.

Combatir el mosquito haciendo humo, quemando azufre, tabaco y bosta de vaca. En las grandes superficies de agua se usaba verde parís, un polvo muy venenoso a base de cobre, era utilizado como insecticida. Se aconsejaba secar los pantanos, rellenar zanjas, sanitas los tanques y tajamares y quemar los yuyales. Los funcionarios de salud recorrían las casas y echaban en los aljibes peces larvófagos que se encargaban de acabar con las larvas de los mosquitos.

Los enfermos mal curados eran considerados los más peligrosos porque ellos diseminan la enfermedad al ser picados por el mosquito, los que luego infectaran a nuevas personas. Todas las que hayan tenido paludismo tenían la obligación de efectuar tratamiento completo por 2 o 3 meses después de haber contraído el mal.

El paludismo afectó grandemente la obra más grande de aquella época, el canal de Panamá, donde fracasaron todas las empresas de distintas nacionalidades que no contemplaron el problema de la malaria. Allí morían miles de obreros semanalmente. Los trabajos no podían avanzar hasta que los higienistas comenzaron a exterminar los mosquitos usando los procedimientos ya descriptos.

En la guerra del Chaco las tropas fueron atacadas sin treguas por la malaria. Comenzó con el II Cuerpo después se extendió al I y III Cuerpo. Se reportaron 4.200 casos en dos meses después de las grandes lluvias que hacen estragos en el Chaco.<sup>25</sup>

En los años posteriores el paludismo siempre estuvo presente durante la contienda.<sup>26</sup>

En los años 40 la malaria llegó a convertirse en una verdadera catástrofe nacional y según documentos de la época fueron atendidos un total de 29.811 enfermos. Aunque afecta a cualquier edad, la mayoría de los casos diagnosticados fueron en el grupo de 15 a 49 años de edad, en la población masculina, lo que quiere decir que se encuentran en las etapas de mayor productividad económica de la vida.

---

<sup>25</sup> Nota No. 292 del 9/06/32 dirigida al Ministerio de Guerra y Marina

<sup>26</sup> Bejarano. R. (1982). Síntesis de la Guerra del Chaco. Asunción

Los índices de morbilidad y mortalidad alcanzaban altas cifras como las del año 1941 con 79.413 casos positivos y 2.234 defunciones, alcanzando una letalidad de 28,1 x 1000 habitante<sup>27</sup>. Cabe señalar que, entre 1946 y 1956 los datos fueron tomados con reserva pues las estadísticas provenían solamente de los servicios de salud, muy escasos en las zonas más afectadas por la enfermedad. Recién desde el año 1946 empezó a funcionar un servicio de estadísticas vitales<sup>6</sup>.

En septiembre de 1957 se creó el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA), con el objeto de erradicar el paludismo en toda la República, que en ese momento afectaba al 90% del territorio nacional con excepción de la capital del país mediante la aplicación intradomiciliaria de insecticida de acción residual. La acción es llevada a cabo por los llamados seneperos son como soldados, trabajando en todo el país en contacto con la comunidad para salvar miles de vidas. El espíritu inquebrantable del senepero se pone de manifiesto en la lucha contra enfermedades arriesgando su vida sumado a las dificultades que tiene que vencer para hacer frente a los desafíos, con valentía, coraje, determinación, compromiso y solidaridad, valores que caracterizan a todo héroe que dedica su vida a salvar otras. Para cumplir su misión se desplazan por lugares de difícil acceso, donde no hay caminos, montados a caballo, carretas, a pie, en canoa. Muchas veces almuerzan en pleno monte, con riesgo de ser atacados por cualquier insecto, reptil u otros tipos de animales.

Para combatir la malaria el SENEPA elaboró el plan de su erradicación de acuerdo con los organismos internacionales. El plan consistía en tres periodos:

1) Periodo preparatorio, con recopilación y análisis de toda la documentación existente; 2) Periodo de erradicación propiamente dicho, con rociado de todas las casas del área palúdica; 3) Periodo de vigilancia, donde se verificaba la desaparición de la enfermedad y se tomaban medidas para evitar el restablecimiento de la transmisión.

#### **Intoxicación y muerte producida por el DDT**

En el rociado de las casas se usaba el DDT, recomendado por la OPS/OMS. Este producto ocasionó la muerte de dos menores, según el expediente no. 13.650 en el que Pablo Ortiz solicita de este Ministerio, indemnización por la muerte de sus hijos Alfredo y Celia Ortiz, de 2 y 4 años respectivamente, acaecida el 11 de mayo/58 por supuesta intoxicación producida en ocasión del rociado de su domicilio sito en Viñas Cué, por una Brigada del SENEPA, realizada el 9/05.

Considerando que el diagnóstico de la causa de muerte expresa "*síncope cardiaco debido a estado de colapso algido, debido a un síndrome agudo tóxico de causa no determinada*", puede admitirse que el hecho se produjo presumiblemente por intoxicación debido al contacto de los menores fallecidos con el insecticida utilizado por el SENEPA en el rociado de las casas. Se resuelve pagar al señor Pablo Ortiz Gs. 50.000 (Cincuenta mil guaraníes), por cada hijo fallecido en concepto de indemnización a cambio de que renuncie a toda acción civil o criminal o reclamos de cualquier otra naturaleza emergente o relacionada con el accidente arriba expresado.

---

<sup>27</sup> Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA), Dirección Técnica. Asunción

En la trasmisión de malaria se tornó evidente la estrecha relación que existe entre el comienzo del periodo de lluvias y el de mayor transmisión, especialmente en la Región Oriental, donde las lluvias comienzan a mediados de febrero, para seguir hasta abril o mayo.

Los primeros fríos comienzan en mayo y el invierno se acentúa en junio, julio y agosto. En septiembre aumenta la temperatura y en octubre se reinicia la transmisión y los casos nuevos se mezclan con las recaídas. En diciembre y enero, la temperatura es alta y las lluvias escasas, manteniéndose una baja transmisión, que va en progresivo aumento a medida que se llega al mes de febrero y marzo. Puede decirse que el periodo de transmisión va desde octubre hasta mayo y a veces hasta junio.

En el año 1967 se dio inicio al nuevo Programa de Erradicación del Paludismo. A comienzos de 1969 se desató una epidemia que afectó por completo esta región. UNICEF proporcionó DDT para rociamientos de emergencia, un órgano clorado cuyo uso actualmente está prohibido por sus efectos tóxicos en el ser humano.

En áreas donde la malaria es endémica, es imposible lograr un desarrollo económico porque su impacto requiere medirse no solo en términos de mortalidad, sino también de morbilidad que se da con mayor frecuencia en personas de edad productiva, por ser éstas quienes ofrecen el sustento familiar.

Desde los años 80, después de un marcado descenso de casos con brotes epidémicos esporádicos en distintas localidades, se han notificado alrededor de 3.000 casos anuales.<sup>28</sup> La última gran epidemia fue en el año 1999, con 9.946 casos confirmados, que involucró a 9 departamentos, de la zona centro-este y noreste del país.

Desde el año 2000 se logró disminuir significativamente el número de casos y fue considerado el último año epidémico. Del 2003 al 2010 la situación epidemiológica de la malaria muestra una tendencia descendente, manteniéndose los casos en la franja de éxito. El área históricamente de riesgo, corresponde a las zonas rurales de *Caaguazú* y *Canindeyú*. Esta área conforma la Eco Región Selva del Alto Paraná y parte importante de la Eco Región para Latinoamérica denominada Bosque Atlántico del Alto Paraná.

Para el año 2011 se ha reducido la carga de esta enfermedad en un 99,9%, año en que se notica el último caso autóctono.



Certificado de país libre de malaria

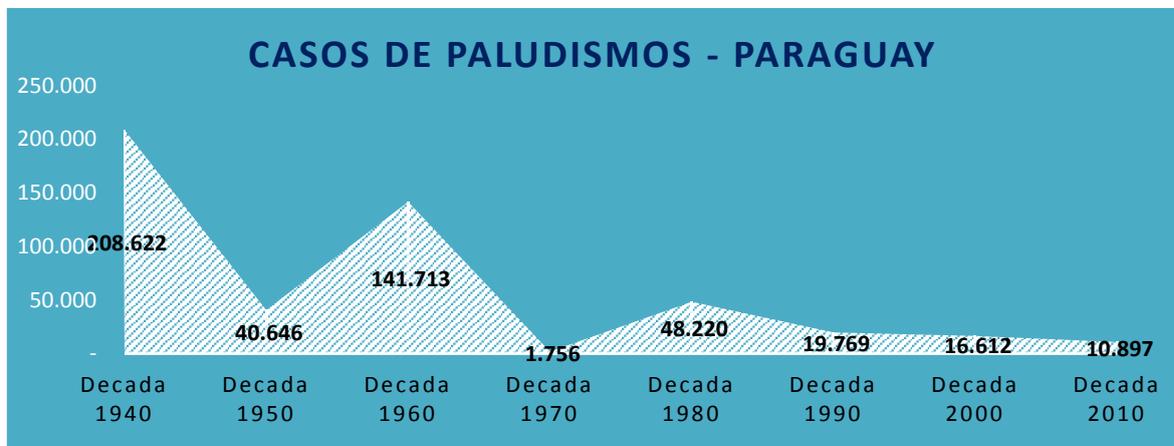


Ceremonia de certificación de país libre de malaria en Paraguay

<sup>28</sup> Boletín Epidemiológico. MSPBS

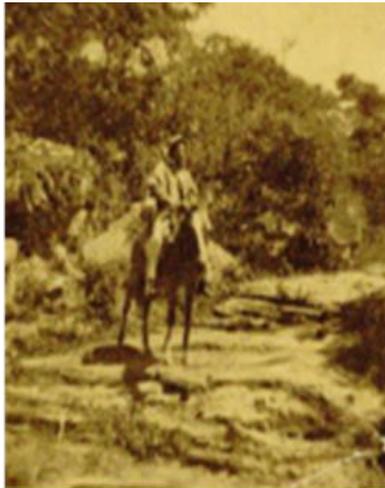
Paraguay se encuentra en la fase de eliminación de la malaria. No se registran casos desde hace diez años. La OMS certificó en Junio de 2018 que Paraguay es un país libre de malaria.

Gráfico



REF. MSPBS.DIRECCIÓN NAC. VIGILANCIA DE LA SALUD

**Imágenes antiguas del SENEPA**



**Senepa 1960**



**Año 1965 – Lanzamiento del Programa de Paludismo**



**1968**



**Brigada Fluvial - 1970**



**Torocúa - 1970**



**Seneperos en precarias carpas de campaña en pleno monte**



**Desplazamiento de seneperos en carretas**



**Almorzando en plena picada**



**Trampas captura de mosquitos  
1994**



**Ypety - 2002**

## **DENGUE**

Una de las guerras más antiguas que registra la historia de la humanidad es la lucha contra unos seres microscópicos que se reproducen y evolucionan a una velocidad impresionante, provocando enfermedades infecciosas que causan la muerte de millones de personas.

Antes de comenzar el siglo XX la mitad de las muertes se debía a epidemias de tuberculosis, meningitis, neumonías, peste bubónica y malaria, pero sin embargo, el vertiginoso desarrollo científico ha permitido frenar un número importante de estos males. La introducción de vacunas y toxinas produjo una violenta caída en las tasas de incidencia y letalidad de dichas enfermedades, logrando ser controlada e incluso eliminada por décadas en algunos países, aunque muchas continúan siendo endémicas en muchas partes del mundo, tal es el caso del dengue.

Descripciones de cuadros clínicos semejantes al dengue existen en una enciclopedia china de la Dinastía Chin (265-420 d. C.). Un hecho interesante es que los antiguos chinos ya pensaban que la enfermedad estaba relacionada a insectos voladores asociados al agua.<sup>29</sup>

Bertoni en su libro sobre Higiene y Medicina de los Guaraníes, hace referencia al dengue aseverando que probablemente ésta enfermedad haya estado instalada en la región pero confundida con la fiebre palúdica, por coincidir frecuentemente en tiempo y lugar, a pesar de sus síntomas claramente identificados como los dolores reumáticos, la fiebre, la erupción y el prolongado abatimiento sucesivo de las fuerzas físicas. Este mal era tratado por los médicos indígenas.

El Dengue es una enfermedad endemo epidémica producida por los cuatro serotipos de los virus DEN1; DEN2; DEN3 Y DEN4, transmitida por mosquitos del género *aedes aegypti* principal y hasta ahora único vector en las Américas. El Programa Mundial de Medicina Tropical (TDR) ha clasificado el dengue como una enfermedad emergente y sin control (marzo 2003).<sup>30</sup>

La primera gran epidemia de esta enfermedad fue descrita entre 1779 y 1780 por Benjamín Rush, en Filadelfia. Nuevos surtos de esta epidemia se dieron en Australia (1897), Grecia (1928) y China (1931).

Como un hecho anecdótico se cuenta que durante la Segunda Guerra Mundial, entre 1943 y 1946, el doctor Albert Sabin estuvo trabajando para el Comité de Investigación de Enfermedades Epidémicas, con misiones especiales en Oriente Medio, África, Sicilia, Okinawa y Filipinas y pudo aislar el virus que causa el dengue que en esos momentos azotaba gravemente a la zona tropical de África, y a la zona tropical del Pacífico Sur.<sup>31</sup>

La alteración del equilibrio ambiental, el aumento de los movimientos migratorios de la población, el crecimiento del comercio internacional y el transporte de animales vivos, han contribuido a propagar las enfermedades a zonas donde nunca antes habían existido y que ciertas enfermedades que se consideraban en retirada, hayan realizado un mortal regreso. Se sabe que más del 66% de las enfermedades emergentes han procedido de animales, tanto de especies silvestres como domésticas.<sup>32</sup>

---

<sup>29</sup> Halstead, 1982, Bull. WHO 58(1): 1-21).

<sup>30</sup> *op.cit*

<sup>31</sup> López Tricas ,Dr. J.M.Dengue. Fiebre Quebrantahuesos. Zaragoza, 2103.

<sup>32</sup> Becker, 1997

En las décadas de 1980 y 1990 ocurrieron epidemias de dengue en la costa este de África, Oceanía, Asia, América Latina y el Caribe con circulación de los 4 serotipos 3.



Pte. Franco. Control dengue 1987

En el Paraguay esta infección es endémica en algunas regiones. Su transmisión fue detectada en los años 1988-1989 en los cuales se dio una gran epidemia del serotipo DEN1, con más de 42.000 casos reportados, afectando principalmente a la ciudad de Asunción y el área metropolitana.

Después de 10 años que no se registraron casos empezó a reaparecer nuevamente en 1998, en el cual se produjo una epidemia en Foz de Yguazú (Brasil), ciudad fronteriza con Paraguay y con mucho tránsito comercial. La transmisión no tardó de llegar al país, el 4 de febrero de 1999 el Laboratorio Central confirma el primer caso de dengue del serotipo DEN 1 en el Barrio Seminario de Asunción. Posteriormente, durante el primer semestre de ese año, se confirmó la presencia del mosquito transmisor *Aedes Aegypti*, en Ciudad del Este, Pedro Juan Caballero y algunas ciudades del Dpto. Central. Desde ese año al 2002 se registraron 5.817 casos confirmados.



Mcal Estigarribia, rociado Dengue 1990



Rociado espacial Dengue



2011

Posteriormente en los años siguientes 2003 al 2006 se reporta 3.425 casos, se elabora un plan de contingencia con para el control de vectorial del dengue, en los barrios de Asunción y distritos de todo el país. El trabajo se hizo con las autoridades sanitarias departamentales, municipales, fuerzas armadas y se puso énfasis en el rociado aéreo, en el ordenamiento del medio ambiente y en la creación de una conciencia de autocuidado hogareño y comunitario.<sup>33</sup>

Como parte de las acciones para hacer frente a este desafío, y en base a un nuevo modelo de trabajo integrado que incluye la promoción de salud y la búsqueda de nuevas asociaciones, se implementó la Estrategia de Gestión Integrada para Prevenir y Controlar el Dengue (EGI) recomendada por la OMS/OPS, que tiene un enfoque multisectorial y hace énfasis en buscar intervenciones que logren cambios conductuales en la población, con lo cual se remplazan los programas tradicionales que fueron esencialmente verticales.

Las medidas empleadas hasta ahora para combatir la epidemia han tenido efectos limitados. El éxito contra el mal depende de la coordinación intersectorial y la intervención activa de los organismos que no son salud pública: educativos, religiosos sociales y políticos. Una respuesta sería enfatizar en el control. La fumigación baja la epidemia al matar el mosquito adulto, pero si no se eliminan los criaderos, en diez o menos días habrá de nuevo otra gran población de mosquitos adultos. Tal vez se cree que fumigar es la solución; pero no es la forma de controlar el Aedes.<sup>34</sup>

<sup>33</sup> Programa Nacional del Control del Dengue

<sup>34</sup> Kouri, G. Prof. Situación del Dengue en las Américas, Julio 2003

De nuevo el dengue reapareció en los años 2007 al 2010 en los que se notifican 35.346 casos confirmados.

En el 2011, 2012 y el 2013 el país es azotado por una de las peores epidemias que se registra, en la que circulan los cuatro serotipos del virus. Las razones de este resurgimiento son complejas y se relaciona como siempre a la difícil tarea de controlar el mosquito, urbanización, la práctica de almacenamiento de agua en los hogares, la limpieza urbana y el crecimiento exponencial de materiales no biodegradables capaces de contener agua como los envases descartables, los neumáticos. Estos elementos contribuyen mucho al aumento de las densidades del vector favoreciendo la transmisión viral. En esos tres años se contabilizan 210.677 casos.

Las epidemias producen un fuerte impacto económico, por los gastos hospitalarios por los requerimientos terapéuticos, y de infraestructuras, el ausentismo laboral, el gasto municipal para control del vector y disminución del turismo.<sup>35</sup>

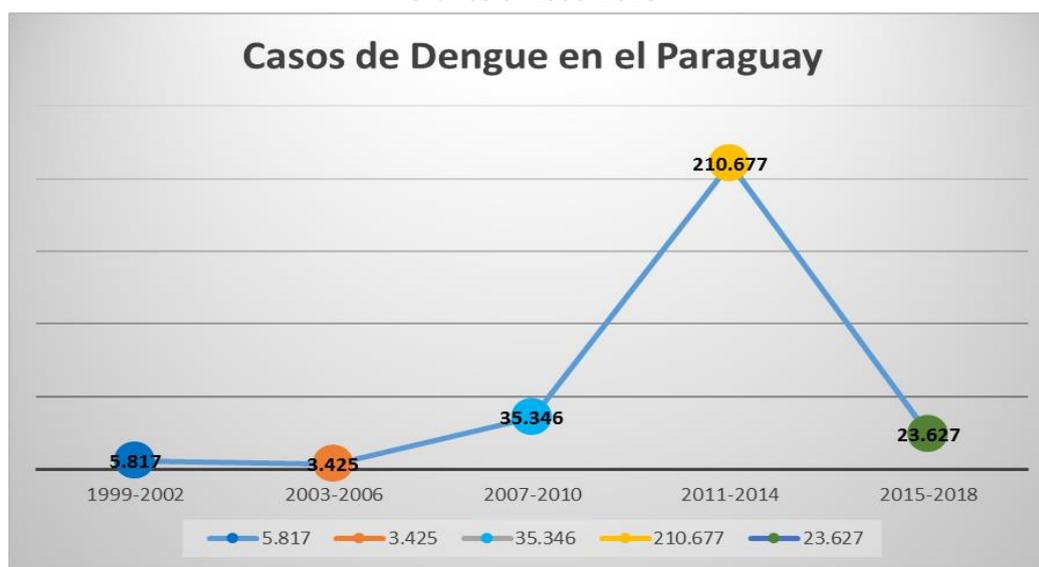
En la epidemia ocurrida entre los años 2015-2018 se confirmaron 23.627 casos.

Sin epidemia de dengue en 7 años hasta que de nuevo en el 2020 ha dejado 27.597 casos confirmados, 177.104 notificados y 53 fallecidos.

El ministro de Salud Pública y Bienestar Social, Julio Mazzoleni, anunció el 27 de marzo del 2020 que la epidemia de dengue que afectaba al país llegó a su fin, luego de confirmar un continuo descenso en el reporte de casos durante el último mes.

El fracaso de los programas de control del dengue en la última década se debió a la falta de sostenibilidad de las costosas estrategias centralizadas que se habían implementado. En la actualidad se tiende a la descentralización con un mayor trabajo intersectorial y participación comunitaria en los programas de prevención.

**Gráfico 3. 1999-2018**



<sup>35</sup> Taboada, A., et al, Vol 3(1)21-28 .Rev. Inst. Med. Trop

### **CÓLERA o CHA Í (1817-1923): 1 millón de muertes**

La enfermedad tomó el nombre de *Cha í* (arrugado) por la diarrea y los calambres que obligaba al enfermo a encogerse

Es originada en Asia y se considera su cuna la región del delta del Ganges. Desde esa zona se ha difundido a todos los continentes del mundo.

El cólera es una enfermedad infecto-contagiosa, causada por la presencia del *Vibrio cholerae* en el intestino delgado, y con tendencia a ser epidémica. Es una de las enfermedades más graves, capaz de provocar gran cantidad de mortalidad en una población que no esté preparada para enfrentarla, ya sea previniéndola o tratando la enfermedad per se.

Entre 1817 y 1923 se produjeron las primeras seis pandemias de esta enfermedad en distintos puntos del mundo.

Durante el brote de 1854 en Londres, un anestesiólogo – John Snow - demostró que la mayoría de las personas infectadas habían adquirido la enfermedad a partir del agua contaminada, de una fuente en Broad Street. La falta de tratamiento de los excrementos humanos y la ausencia de agua potable son los principales responsables de la propagación del cólera.

Si bien a Paraguay le afectó la cuarta pandemia, (1863- 1879), en el año 1856 ya se recomendaban acciones a ser tenidas en cuenta para evitar el cólera como: Conservar el interior de la casa con el mayor aseo posible, removiendo toda la basura, enjugando con presteza los lugares donde se derrama agua; teniendo limpio y seco el patio y los terrados; no permitiendo acumulación de ropa sucia, muy especialmente en el cuarto de dormir; además estar



desesterilizada la percha en que haya ropa usada, y de un montón de cajas, baúles, y mil objetos cuya aglomeración, amenazan la ventilación y contamina el aire, abriendo de par en par las puertas y ventanas para que el interior de la casa sea aireado; lavando todo el pavimento, o piso con agua de cal o refregándolo con cal virgen en polvo, blanquear las paredes interiores y exteriores cuando fuere posible.

Como no había desinfectante en polvo o líquido en las tiendas, los mismos se preparaban en la casa de la siguiente manera: Desinfectante líquido: en una botella de agua poner 2 onzas de

capa rosa (pronto sulfato de hierro), dos onzas de chilureto de cal, una onza de aceite de trementina, o aceite de alquitrán. Desinfectante en polvo: 2 onzas de capa rosa, 2 onzas de chilureto de cal, 1,2 libra de carbón en polvo sutil, 1 libra de cal en polvo. <sup>36</sup>

Cólera, durante la Guerra de la Triple Alianza.<sup>37</sup>

Durante la guerra contra la triple Alianza, en 1865, irrumpe el "*cólera morbus*" entre los aliados cuando Caxias se hallaba preparando el ejército para nuevas operaciones<sup>38</sup>

En marzo de 1866, el cólera se inicia en el campamento brasileño, se extiende luego al resto de los campamentos del frente, inclusive al paraguayo. "*...de golpe, cayeron enfermos 4000 hombres en el campamento aliado de los cuales murieron 2.400, entre ellos 46 oficiales.*"

<sup>36</sup> Ecos del Paraguay - periódico político, industrial, comercial y literario. Jueves 21 de febrero de 1856 .Asunción -Año II. Nº 50, su único redactor D. I. A. Bermejo

<sup>37</sup> Imagen del periódico británico The Lancet 1858

<sup>38</sup> Frago Tasso, A. (1959) Historia da Guerra entre a Triplice Alianza e o Paraguai. III Volume. 2ª. Edición. Biblioteca do Exército. p.166.

Camisao, bajo su entera responsabilidad, determinó abandonar a los coléricos, que para entonces ya eran más de un centenar. Pero tres días después, moría infestado por la epidemia el propio Camisao y su segundo, el coronel Juvencio Manuel Cabral de Meneses.

El primer caso de cólera se produjo en Paso Gómez y la peste se extendió en todo el ejército y después por todo el país.

*Itapirú* también fue presa del cólera que atacaba sin piedad. En ese lugar estaban ubicados los hospitales de las fuerzas aliadas. El mal se propagó rápidamente infectando a los que se hallaban hospitalizados y a los convalecientes de otras enfermedades. Luego ataca Paso de Patria el 26 de marzo de 1867.<sup>39</sup> Caxias informa que tiene 22.000 enfermos en los hospitales. Es imposible dar sepultura individual a los muertos. Las frecuentes lluvias inundan los campos y contribuyen al aumento de la epidemia.



El cólera en el Paraguay

El ejército aliado estaba acampando en *Tuyutí* hasta que el día 4 de abril, el cólera *morbis* marcó su presencia en Corrientes, haciendo estragos en la población civil.

El cólera se reinició en el teatro de operaciones a causa de un buque brasileiro proveniente de Río de Janeiro que al llegar al puerto de Goya, uno de sus capitanes había fallecido a consecuencia de ese mal. El buque siguió viaje a Corrientes adonde llegó el vibrión colérico que se transmitió rápidamente al ejército. Corrientes era el centro de la logística de los aliados.

#### **Guerra biológica: La contaminación del río Paraná con cadáveres coléricos**

Los brasileros transgrediendo todas las normas internacionales, contaminaron con cadáveres coléricos las aguas del Río Paraná, según una nota del 18 de agosto de 1867 enviada por el Duque de Caxias a Pedro II, en donde le manifestaba:

*"El General Mitre está resignado plenamente y sin reservas a mis órdenes; él hace cuanto yo le indico, como ha estado muy de acuerdo conmigo, en todo, aún en cuanto a que los cadáveres coléricos se arrojen en las aguas del Paraná, ya sea de la escuadra como de Itapirú, para llevar el contagio a las poblaciones ribereñas, principalmente las de Corrientes, Entre Ríos y Santa Fe que le son opuestas (...) El General Mitre también está convencido que deben exterminarse los restos de fuerzas argentinas que aún quedan, pues de ellas no divisa sino de peligros para su persona".*<sup>40</sup>

El Mariscal López fue atacado por este mal, pero sobrevivió siendo asistido por el Dr. Cirilo Solalinde. Desesperado por la sed, no pudo contenerse más, y en un momento de descuido del doctor Cirilo Solalinde, agarró una cantarilla de agua que había sobre la mesa, llevándola rápidamente a la boca, pero el médico la vio y se la arrebató de las manos con violencia. El Mariscal furioso, le increpó duramente. El Obispo, que se encontraba en la pieza contigua, al sentir la voz airada del Mariscal entró precipitadamente en la que ocupaba este y regañó al médico por la crueldad de privar a S. E de un trago de agua, sin parar en mientes en que si hubiese bebido, en seguida hubiera quedado cadáver".

En 1868 muere víctima del cólera un hijo del Mariscal López

En un momento dado el cuartel general de Paso *Pucú* en pleno está postrado por la enfermedad. Para combatirla se prohibió tomar agua cruda y se hacían fumigación con hojas de laurel y pasto. Con Instrucciones Prácticas para prevenir y tratar el cólera se expiden en Paso *Pucú* hojas impresas en la Imprenta Nacional. Se menciona que la yerba mate nuestra y la coca de Bolivia han sido usadas con éxito tanto como profiláctico como terapéutico.<sup>41</sup> Otra medidas tomadas a modo de prevención fueron la abstención de licores, por lo que se prohibió el libre comercio del licor y de las frutas.

<sup>39</sup> Fragoso, A. (1934). *História da Guerra entre a Tríplice Alianza e o Paraguai*. Rio de Janeiro: Imprensa do Estado Maior do Exército. 5 vol

<sup>40</sup> Chiavenatto, J. (1975). *Genocídio Americano. A Guerra do Paraguai 2ª Edicao*. São Paulo: Editora Brasiliense.

<sup>41</sup> González Torres, D. *Temas médicos*. Pp 232. Capitulo IX

Los lugares donde apareció el cólera fueron en Paso de Patria, *Tuyuty*, Cerrito pero fue en *Curuzú* donde provocó más víctimas.

El Dr. Guillermo Stewart indicó el aislamiento de la unidad donde se detectó el caso y extremar las medidas de limpieza e higiene. Los barcos que suben de Humaitá a Asunción son puestos en cuarentena. Se prohíbe con rigurosidad toda comunicación entre las unidades militares, hubieran o no aparecido en ellas casos de cólera. Se considera un delito punible dejar restos de comida o cualquier basura en los lugares ocupados por el ejército. Hubo orden de hacer fumigaciones con hojas de laurel y pasto. El campamento estaba completamente envuelto en humo.

El cólera *morbus* hace estragos terribles en ambos campos, pero los muertos paraguayos no tienen reemplazo. Esta epidemia costó la vida de Natalicio Talavera.

Como siempre el cólera constituía una amenaza, Paraguay no bajó la guardia y así asistió a una reunión en Río de Janeiro en 1887 ante la aparición del cólera en Argentina y Chile que culminó en una convención firmada y ratificada por el Brasil, la Argentina y el Uruguay y Paraguay, definiendo las medidas de cuarentena, y limitando la duración de esta al período máximo de incubación de la enfermedad dada.

### **El cólera en la Guerra contra Bolivia**

La derrota de Boquerón significó un duro golpe para Bolivia, razón por la cual el Comando Superior propuso la guerra bacteriológica para frenar a los paraguayos. Fue idea del Dr. Ibáñez, Director de Sanidad, quien indicó la posibilidad de sembrar el Vibrión Colérico en las lagunas abandonadas e indicó que se disponía del elemento bacteriológico en cultivo, en el laboratorio "Prado Barrientos" y que contaría con la cooperación del Laboratorio Blastos", argentino, mediante su Director, el Dr. Néstor Morales Villazón.

El Comando aceptó la propuesta en forma inmediata y por unanimidad, disponiéndose el envío inmediato.<sup>42</sup>

El cultivo conteniendo el vibrión colérico fue dispuesto en dos frascos de vidrio que contenían una carga de *whisky* y, transportado hasta Villa Montes. En el camino se extraviaron lo que produjo un gran susto entre los jefes militares ya que habían bebido copiosamente y no sabían si habían ingerido aquellas que portaban el mortal cultivo.

Finalmente encontraron los frascos y fue el propio General Enrique Peñaranda, Comandante del Ejército Boliviano, quien llamó al Dr. Arce para ordenarle que cumpliera con su misión.

*"Me planté aceptando los dos frascos pero con la convicción de incumplir la orden por qué consideré que sería un verdadero crimen biológico, deshonra para la patria y siendo una guerra de posiciones finalmente podría contagiar también al ejército boliviano. Cavé con mi bayoneta una cierta profundidad y luego se presentó un soldado cruceño enfermo de viruela y pensé que vino a cobrar venganza por el día anterior, porque reunida la jefatura del Comando para disponer la retirada, se discutió el destino del enfermo. Se votó por darle muerte piadosa o dejarlo vivo a merced de los paraguayos: ganaron quienes votaron por la segunda opción.<sup>43</sup> Yo voté por la primera y asustado escapé rápidamente y me alejé del enfermo, no sin antes cerciorarme que los frascos estaban bien cerrados. Cumplí con el incendio del fortín y me alejé a caballo".*

<sup>42</sup> Benavente Ibáñez, Dr. Extraído de "Instantáneas de ayer". La Paz, Bolivia.

<sup>43</sup> De Sanctis, Carlos Dr. Crónicas de la Guerra del Chaco del. Museo Histórico Provincial de Rosario "Dr. Julio arc". <http://histarmar.com.ar>

En fecha 7 de abril de 2009, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social recibió la confirmación laboratorial de un caso de cólera por *Vibrio cholerae* O:1 Ogawa, biotipo El Tor, productor de toxina, en un paciente de una comunidad indígena en el Chaco paraguayo. Desde entonces, se detectaron tres brotes de enfermedad diarreica aguda, con 15 casos reportados (sin determinación del número total) y tres defunciones.

Las autoridades sanitarias regionales han implementado medidas exitosas de potabilización de las fuentes de agua en las áreas afectadas (cloración, hervor, compra de agua mineral) y han logrado contener la situación, lo que hace suponer que existió transmisión por agua.

Desde entonces ya no se detectaron casos de cólera en el país.

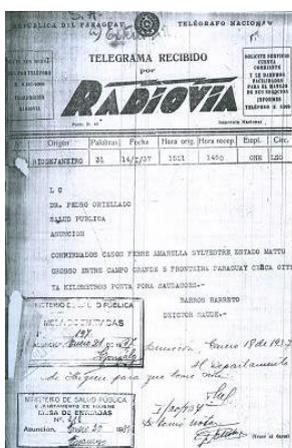
### **FIEBRE AMARILLA (fines de 1800): 100.000-150.000 muertes**

Los científicos consideran que la fiebre amarilla se originó en África, Occidental y que fue llevada a las Antillas y al Golfo de México en barcos que transportaban esclavos negros, lo cual confirma que no era una enfermedad de origen americano. El agente etiológico de la Fiebre Amarilla es un arbovirus del género *Flavivirus*. El virus y el vector, el *Aedes Aegypti*, una especie de mosquito, fueron llevados al continente americano por barcos de comercio de esclavos.

No hay referencias sobre la existencia de casos de fiebre amarilla en los pobladores del Paraguay precolombino, pero según las *Cartas Anuas* enviadas por los sacerdotes jesuitas a sus superiores, devastadoras epidemias de viruela, sarampión, fiebres tercianas, que bien podría ser confundida con la fiebre amarilla y otras infecciones, azotaron a la población indígena que menos inmunizadas que la europea, perecía a millares por falta de asistencia médica. No existen datos ciertos sobre el número de fallecidos.

Datos del registro civil, desde el 21 de noviembre de 1869 al 30 de noviembre de 1871, muestran que en los certificados de defunciones, la fiebre amarilla era causa de gran número de víctimas tanto de extranjeros como de nacionales. Sobre una población de 100.000 personas, se registraron 2.620 defunciones.

Dos años más tarde se declaró una epidemia de fiebre amarilla traída por los prisioneros paraguayos liberados que volvieron en junio, en un transporte que trajo la fiebre amarilla. A consecuencia de esa enfermedad el 18 de junio, muere Rufino Taboada, Ministro del Interior.



Hasta el año 1932 la lucha contra la Fiebre Amarilla estaba encaminada a la destrucción del *Aedes Aegypti* (*Stegomyia*), a raíz del descubrimiento del Dr. Soper, en el Valle de Canan, Espírito Santo, Brasil (marzo de 1937). El enfoque se orientó al combate de la Fiebre Amarilla Silvestre, para distinguirla de la forma rural transmitida por la *stegomyia*, mediante la eliminación de criaderos en las ciudades.<sup>44</sup>

<sup>44</sup> Nota del 15 de marzo de 1933 del Dr. Cayetano Masi, Director General del Dpto. de Higiene, al Dr. Narciso Méndez, Ministro del Interior.

En 1932 se descubre la vacuna contra la fiebre amarilla. Fue probada por primera vez en seres humanos por Sellards (Universidad de Medicina de Harvard) y Jean Laigret (Instituto Pasteur, Senegal). En 1934, Mathis, Laigret y Durieux realizaron las primeras pruebas de campo con la vacuna. La cepa de la vacuna salvó muchas vidas.

Cuando comenzó la guerra contra Bolivia se tuvo información que en una toldería de indios lenguas situada en Nanawa (Chaco) había una epidemia de fiebre amarilla y que tendría una alta tasa de letalidad. Para verificar la noticia referida se comisionó al Dr. Raúl Peña a dicho lugar. Se extrajo la sangre de los enfermos y se extrajo material para la viscerotomía, conforme a instrucciones recibidas de la Misión Rockefeller. Los análisis efectuados dieron negativo para ese mal.<sup>45</sup>



Rancho de Partera Ortiz en donde se produjo el primer y último caso de Fiebre Amarilla en la Población Civil



Tipo de indios atacados de Fiebre Amarilla en las selvas de TAPU PIRE

A fin de organizar un servicio cooperativo de prevención contra la Fiebre Amarilla, se tomó contacto con el Dr. Fred Soper, Representante de la División Sanitaria Internacional de la Fundación Rockefeller y fue así que se creó el Servicio de Profilaxis contra la Fiebre Amarilla por Decreto Nº 44.868 y 45.4213 del 3 de diciembre de 1932, apoyada técnica y pecuniariamente por la referida institución.

En 1937 la epidemia originada en el Brasil llega al Paraguay, según el informe presentado el 15 de Marzo de ese año por el Dr. Fred. L. Soper quién ha podido constatar que la epidemia ha penetrado por el Sur de Matto Grosso a Pedro Juan Caballero.



Soldados de la guarnición de P.J.C. convaleciente Fiebre Amarilla

En ese tiempo se encontraba trabajando en el lugar militares de ingeniería llamados entonces zapadores, abriendo camino en la picada y reparando algunos trechos que estaban en pésimas condiciones.

El Jefe de la Guarnición Militar de ese lugar, Coronel Eduardo García ordenó en fecha 22 de febrero de 1937, que 40 hombres de la Guarnición y 20 indígenas sacados de *Naranja –Jahi* y Cerro *Corá*, al mando del teniente Maidana Arias, fueran a la Picada del Chiriguelo, Dpto. *Amambay*, a fin de cumplir con ese menester.

De este grupo militar fueron atacados el 51% de las 40 personas, falleciendo el 11,9%. Se realizó la viscerotomía de los afectados y sus piezas fueron enviadas al laboratorio de Río de Janeiro para su análisis, dando positivo para la fiebre amarilla del tipo silvestre.<sup>16</sup>

Las medidas tomadas entonces consistieron en retirar la tropa de la picada y colocarla en un campo de concentración, a una legua y media de la población civil, como medida de cuarentena.

<sup>45</sup> Informe del año 1933 presentado por el Dr. Cayetano Masi, Director General del Dpto. de Higiene, al Dr. Narciso Méndez, Ministro del Interior.

### Fiebre Amarilla urbanizada: Asunción el 14 de Noviembre de 1937

Si bien no podemos aseverar que la fiebre amarilla se urbanizó, un caso se reportó en Asunción. Se



Mapa del barrio afectado

trata de la niña Noemí Barnatan, de 6 años de edad, fallecida por dicho motivo. La misma fue atendida por el Dr. Teodoro Decoud, quien el domingo 14 a las 15 hs telefoneó al domicilio del Dr. José V. Ynsfrán para comunicarle, en forma confidencial, de que acababa de morírsele un paciente, una niña, de una enfermedad que no pudo diagnosticar y que duró 7 días.

Sin pérdida de tiempo éste le comunicó al Dr. Murdock, encargado del Servicio de la Fiebre Amarilla, quién concurrió minutos después a dicho lugar y tras una inspección del cadáver, se resolvió efectuar la viscerotomía.

Una vez obtenida la pieza, fueron a la casa del Dr. Juan Boggino, quién preparó la muestra que luego fuera estudiada por el Dr. Murdock. La conclusión fue que se trataba de un caso atípico de fiebre amarilla.

La historia clínica de la paciente estaba redactada en unos formularios escritos en portugués, traídos del Ministerio de Salud Pública del Servicio de Fiebre Amarilla del Brasil.

La casa estaba ubicada en pleno centro de Asunción, en la calle México No. 223, frente a la Plaza Uruguaya.<sup>46</sup>

Otro caso de Fiebre Amarilla fue denunciado en una nota del 2/12/37. La enferma es Celia Mancías, domiciliada en las calles México esquina Cerro Corá, vecina de la anterior.<sup>47</sup>

Las primeras medidas tomadas ante la aparición del brote, fue las de levantar un plano del barrio afectado. Fueron identificadas 30 manzanas y luego se procedió al levantamiento de focos de stegomia encontrados por los guardas del Servicio de Fiebre Amarilla. Los valores encontrados ascendían de 0 a 5, lo que indicaba que no tenían valores altos.<sup>48</sup>

Así mismo se impartieron recomendaciones a la población sobre las medidas a tener en cuenta para luchar contra la enfermedad. Las mismas fueron remitidas a los diarios de la Capital para ser difundidas. Entre los aspectos dignos de resaltar decía que todas las personas podían tener fiebre amarilla y, que podían contagiar su enfermedad durante los primeros días. El contagio se efectúa por intermedio de un mosquito que pica al sano después de haber picado al enfermo. Se recomendaba a la familia que cuando hubiere un enfermo en la casa con fiebre, se lo cubriera inmediatamente con mosquitero.

También se recomendaba que todos los aljibes y tanques debían ser provistos inmediatamente con peces larvófagos, que serán proveídos por el Servicio de Fiebre Amarilla. Los envases vacíos, restos de cántaros, cáscaras de huevos, neumáticos, pezuñas de animales y otros desechos, debían ser enterrados por que constituían fuentes de reservorios. Todos los árboles y plantas cuyos troncos o ramas forman cavidades que pudieran almacenar agua, también debían ser inmediatamente eliminados, entre otras cosas.

Todas estas recomendaciones deberán ser rigurosamente acatadas y ejecutas sin excepción.<sup>49</sup>

La epidemia había concluido. Prácticamente se circunscribió a un área bien específica. Salvo los 2 casos que aparecieron en Asunción, no se tienen otros datos solo la pregunta ¿Cómo llega la epidemia a Asunción y solo se producen unos pocos casos? No se tienen respuestas para estas preguntas.

<sup>46</sup> Ministerio de Salud Pública. Legajo de Fiebre Amarilla. Año 1937.

<sup>47</sup> Nota enviada por el Dr. José V. Ynsfrán, Director del Dpto. de Higiene al Sr. Ministro, el 14/XII/37.

<sup>48</sup> Op cit

<sup>49</sup> Ministerio de Salud Pública. Legajo de Fiebre Amarilla. Año 1937.

En 1948 comenzó la campaña de erradicación del *Aedes Aegypti*. Un año después, que el Consejo Directivo de la OPS reunido en Buenos Aires acordase la erradicación de esta especie vectora a nivel continental. En julio de 1957 tras haberse cumplido los requisitos técnicos establecidos, se consideró erradicado del Paraguay el transmisor urbano de la Fiebre Amarilla.<sup>50</sup>

Más tarde, en 1950, la introducción del DDT aceleró la reducción de las áreas endémicas de malaria y fiebre amarilla. Estas acciones disminuyeron la mortalidad de los adultos pero las tasas de mortalidad infantil permanecieron elevadas.

### **Erradicación del *Aedes Aegypti* en el país certificada el 3 de junio de 1962**

La erradicación del *Aedes Aegypti* en el Paraguay fue certificada el 3 de junio de 1962 según un informe presentado sobre el Estado de Erradicación del *Aedes Aegypti* en la Américas, en donde los Cuerpos Directivos de la Organización declararon erradicado el *Aedes Aegypti* en varios países de América, entre ellos Paraguay. En la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana y XIV Reunión del Comando Regional.

### **Brote de Fiebre Amarilla en el Año 1974**

A pesar de la certificación que el país obtuvo la erradicación del *Aedes Aegypti* en 1974, después de 12 años, se reportó su reinfestación en un brote de Fiebre Amarilla aparecido en Pedro Juan Caballero, afectando a 9 personas y causando la muerte de 2 de ellas, en los meses de Febrero y Marzo. Probablemente el brote se haya originado en el Brasil.

Después de un largo silencio la fiebre amarilla reaparece en el país. En el año 2008 se confirmó 16 casos autóctonos de fiebre amarilla en humanos, luego de más de 100 años de que no se registrara un hecho similar, en dos grupos; 7 son de fiebre amarilla selvática en el departamento de San Pedro y 9 casos (con tres fallecidos) en la zona de *Laurelty*, municipio de San Lorenzo, a 20 km de Asunción. El suceso motivó una alerta epidemiológica a nivel país y una campaña intensa de vacunación. El Dr. Antonio Arbo encabezó el Comité Internacional Intersectorial para la lucha contra la Fiebre Amarilla.

#### **Caso: fiebre amarilla Paraguay**

*"Entre los pobladores del barrio Laurelty de San Lorenzo se desató la desesperación tras la muerte de dos de sus vecinos en un solo día, ambos aparentemente por sospecha de fiebre amarilla. (Ultima Hora| 13 Feb.)"*



Organización  
Panamericana  
de la Salud

*"Pobladores de Laurelty bloquean la ruta que une San Lorenzo y Luque. Unas 500 personas exigen que sean vacunados todos los vecinos de la zona. Los manifestantes reclaman la presencia del ministro de Salud. Funcionarios de la cartera iniciaron esta mañana una jornada de inmunización. El operativo se vio desbordado ante la presencia masiva de ciudadanos que buscan desesperadamente ser vacunados". (ABC Color| 13 Feb.)"*

La Presidencia de la República declaró el 15 de febrero de 2008, estado de Emergencia Nacional en todo el territorio de la República por el término de 90 días.

El suceso motivó una alerta epidemiológica a nivel país y una campaña intensa de vacunación.

Como se ha podido apreciar, las medidas preventivas tomadas en las distintas épocas no difieren mucho de las que hoy en día se recomiendan. Se inmunizó a 1.800.000 personas de una meta de aproximadamente

4 millones de personas con vacunas obtenidas de Brasil, Argentina, Francia, Venezuela, algunas por donación y otras adquiridas con fondos rotatorios del MERCOSUR, a través de la OPS.

La fiebre amarilla es una enfermedad prevenible, aunque de difícil manejo dado el número de variables que influyen en la intensidad de su transmisión. Los infectólogos consideran que la fiebre amarilla hasta hoy día sigue siendo una amenaza.<sup>51</sup>

<sup>50</sup>Informe leído en la 1ª Reunión Plenaria de la XX Asamblea Mundial de la Salud por el Delegado del Paraguay.

<sup>51</sup> MSP. Legajo sobre la epidemia de Fiebre Amarilla. Año 1937

## **PESTE BUBÓNICA: 200 millones de muertes en el mundo**

Fueron distintos brotes de peste bubónica en diferentes lugares a lo largo del siglo. Uno de los más significativos fue la gran peste de Londres, que duró de 1665 a 1666, y fue la última gran epidemia de peste bubónica que se registró en ese lugar.

La peste es una enfermedad causada por la bacteria *Yersinia pestis* y es propia de las ratas infectadas que transmite al ser humano por medio de la pulga infectada.

En julio del año 1899 se desató en Asunción una epidemia de peste bubónica que atacó a 500 personas donde murieron 298 personas.

La peste se introdujo por medio del velero holandés Zeir, proveniente de Rotterdam, con una carga de arroz. Al arribar a las Canarias notaron la presencia de numerosas ratas muertas en la bodega. Dos marineros enfermaron, muriendo uno de ellos sin conocerse la causas.



Mujer atacada por el bubón de la peste



Caserío donde está focalizado el principal foco de la peste

En Montevideo el Zeir, trasbordó su carga de arroz al navío argentino Centauro con destino al puerto de Asunción, con cuatro enfermos contagiados por el cargamento arroz contaminado que trasportaba el navío. Cuando desembarcaron fueron llevados al Hospital Militar donde quedaron internados, de los cuales tres murieron sucesivamente a los dos, cinco y ocho días de la llegada, curándose el cuarto.



Dr. Carlos G. Malbrán  
Jefe de la comisión argentina de médicos enviada a la Asunción



Dr. Otto Voges  
Miembro de la comisión argentina de médicos encargada de estudiar la peste



Dr. Juan Carlos Delfino  
Miembro de la comisión argentina de médicos

El diagnóstico de peste bubónica se estableció meses después mediante la cooperación de una Misión Médica Argentina, enviada por el Departamento de Higiene de Buenos Aires, integrada por los doctores C. Malbrán S. Álvarez, A. Greslevín, A. Medina y L. Uriarte, que se sumaron a Vogues y Delfino.<sup>52</sup> El Dr. C. Malbrán enfermó gravemente de peste en Asunción pero pudieron salvarlo.

<sup>52</sup>. La peste bubónica en Argentina y Paraguay. 1901

Sin embargo este diagnóstico no fue compartido por los doctores Morra, Olano, Rubio y Fernández, quienes manifestaron sus dudas acerca de la opinión del Dr. Delfino.

A los quince días de la llegada del Centauro, las ratas seguían muriéndose en la Aduana enfermaron



Diario La Tribuna 1890

37 soldados que habitaban con sus familias en el rancherío de la Encarnación.

Ante el avance de la epidemia se tomaron medidas extremas tratando de controlar el mal.

El rancherío de la Encarnación donde se había detectado la epidemia, fue quemado y la población mudada a Loma Clavel y a la Chacarita.

Desde 1899 hasta el 28 de agosto de 1928 en que se produjo el último caso fatal en el país, ha causado la mortalidad del 50% de los casos registrados, habiéndose presentado en todas las formas clínicas conocidas, desde la bubónica hasta la septicémica, habiendo

prevalecido las formas pulmonares.<sup>53</sup>

La peste prevaleció en forma endémica en Asunción durante 29 años y en el interior, a lo largo de la vía férrea, afectando solo a los pueblos de Luque, *Areguá*, *Ypacaray*, *Paraguarí*, *Carapeguá* y *Villarica*, esto es, a lo largo de la línea férrea, no habiéndose registrado un solo caso en el litoral de los ríos Paraguay y Paraná, ni sobre sus afluentes navegables.

La población entró en pánico ante los numerosos casos de muertes que se producen día a día.

Como un mecanismo para hacer frente a esta situación, se crea un Consejo de Higiene a cargo del Dr. Facundo Insfrán cuya presidencia asume y pone bajo sus órdenes a la totalidad de los médicos y estudiantes de Este medicina.<sup>54</sup>

El Consejo creó una Sección de Desinfección y Desratización<sup>55</sup> al mando del Dr. Enrique Marengo. Todos los enfermos son aislados en una residencia instalada en Perú y Sebastián Gaboto, en una casona que fuera residencia del Ministro Bergés, a cargo del doctor Antonio Gasparini.



Diario La Tribuna 1890



Instituto Bacteriológico

Por intermedio del Ministerio de Relaciones Exteriores se pidió al Dr. Pedro P. Peña, ministro acreditado en Francia, para investigar la probabilidad de contratar un bacteriólogo para organizar y poner al frente del Instituto que se piensa fundar en esta capital como así también el material necesario para montar la sección de acuerdo a los modernos conceptos de profilaxis.

<sup>53</sup> Dr. Cayetano Masi. Director General de Higiene; Delegado de la República del Paraguay.

<sup>54</sup> Ley del 16 de agosto de 1899

<sup>55</sup> Resolución N° 16 del 28 de septiembre de 1899

El Instituto Pasteur de París manda al Paraguay un gran sabio, el Dr. Elmasiam, con los instrumentos más modernos de ese tiempo para crear un Instituto Bacteriológico.<sup>56</sup>



Caserío del bajo de la barranca  
(La casa señalada con el N° 1 es en la que se produjeron los primeros casos fuera del cuartel)

En esta epidemia se adoptaron varias medidas preventivas, inspiradas por el Dr. Facundo Insfrán como el cierre de los institutos de enseñanza, la descentralización de la Aduana y de los predios circunvecinos, la quema de rancheríos, desinfección de casas con cal y el piso con creolina, aislamiento de enfermos, vacunación.

Las casas son desinfectadas y desratizadas por equipos sanitarios dirigidos por la nueva generación de médicos paraguayos tales como Odriosola, Migone, Urizar, Romero, Barbero, Urbieta, Acosta, López Moreira.

A fin de facilitar la tarea el Departamento de Higiene realizó un censo de las viviendas de Asunción y sus alrededores, con especificación del número de las casas que debían ser desratizadas. Los métodos empleados para destruir las ratas fueron los universalmente usados: El atrape, la fumigación y el envenenamiento. Además la población coopera con la cría de gatos y perros ratoneros, manteniendo la mayoría de los propietarios uno o más ejemplares de estos animales para este fin.

La Intendencia Municipal pide a la Policía que no permita la realización de bailes públicos como así también que se bañen en la laguna, desde el paraje llamado Pocitos hasta el Puerto de la Capital. Se prohíbe la inhumación de cadáveres en los panteones, los mismos debían ser colocados bajo tierra.

Se insiste en evitar el amontonamiento de personas. Se suspenden los cultos religiosos. La prensa dice que la religión no es incompatible con la salud pública y que el fervor religioso puede entonar himnos a Dios desde su propia pieza como de una iglesia, máximo cuando el interés general así lo exige.<sup>57</sup>

La peste hizo numerosas víctimas y causó serios perjuicios al país agravados por las medidas de aislamiento y de cierre de puertos para embarcaciones procedentes de Paraguay dictadas por la Argentina. Se afirmaba en Buenos Aires que la peste había sido introducida desde el Paraguay.

Si bien la epidemia de la peste finalizó en 1900, seis años después se reportó un brote importante de peste bubónica en Asunción, que se repitió en 1913 y en cinco oportunidades más.<sup>58</sup>

<sup>56</sup> Diario La Tribuna 1890

<sup>57</sup> Diario La Tribuna 1890

<sup>58</sup> Insfrán J- V. (1935). La peste en el Paraguay. Vol. Ofic. Saint Panamericana



**La peste reinante**

Hubo un caso comprobado que al mal reinante en la peste bubónica. Tal es la opinión de los médicos que se ocupan de la enfermedad en que nos encontramos.

En los cuarteles, ocupados del mal, el señor Cobarrubias, en la mañana de ayer, y en la tarde de ayer, se ocupó de las lavabos de las habitaciones por ellas practicadas, resultando que en la peste bubónica la enfermedad que sigue de ser elido en la ciudad y que hoy se da cuenta de su misión en el estado de la peste.

Conviene advertir, aunque se ve del descubrimiento por la peste, que en la peste que tenemos en la bubónica, en la forma más benigna.

Conviene advertir, aunque se ve del descubrimiento por la peste, que en la peste que tenemos en la bubónica, en la forma más benigna.

Es indudable que los factores que nos produce la peste son muy pocos, pero el desenvolvimiento de la enfermedad, puede ser así, abundando como son en orden a la higiene, sabe Dios lo que sería de nosotros con una de esas cosas terribles de la peste bubónica.

Pero sea de todo lo que fuere, en casos como estos, no debe haber ningún inconveniente para que se cumplan las últimas precauciones y disposiciones de la autoridad sanitaria, a cuyas órdenes por el bien común debe obedecer el público con toda espontaneidad.

La peste, aunque como quiera, felizmente, no tiene propensión al remate; pero eso no obsta a que se cumplan las últimas precauciones en las bebidas y alimentos que se consumen por todo el vecindario.

El Consejo de Higiene recomienda que en las instituciones particulares no se aglomeren muchas gentes; luego los templos deben cerrarse por el tiempo necesario. La religión no es incompatible con la salud pública.

El fervor religioso no mismo puede estar hincado a Dios desde una humilde habitación, como desde una iglesia o templo, máxime cuando el interés general así lo exige.

El fervor religioso, que no se lleva a cabo la manifestación de monjes, debe ser en un recinto de la casa. Tal medida es justa y es digna de ser cumplida, al bien que priva al pueblo de la satisfacción de hacer demostraciones públicas de su fe y de su amor a Dios.

En algunas casas del centro se ven ropas y bio no está bien de prohibidas.

El Mercado Central necesita otra institución. Los casos de peste en los almacenes establecidos en él de ser ir a casa para.

Las calles no se limpian y hay albanos en los lugares más concurridos que visitan, desde el día a los transeúntes.

Para el año entrante por la peste bubónica entre el 20 de Diciembre y 14 de Mayo y verá cada cierto tiempo que ocurre.

El Consejo de Higiene debe haber que se cumplan todas sus órdenes.

**Otras informaciones**

**Noticias sanitarias**

**Durante las últimas 24 horas, no ha ocurrido en la capital ninguna novedad sanitaria digna de mención.**

**Durante el día de ayer y parte de la noche se continuó desvalijando el rancharía del barranco, hallando si do quemados muchos de ellos.**

**El consejo nacional de higiene de acuerdo con la municipalidad continúa adoptando activamente las medidas más eficaces tendientes al saneamiento de la ciudad.**

**La intendencia municipal se ha dirigido a la policía pidiendo se prohiba la celebración de bullas públicas, como también que se bañen en la laguna desde el paraje llamado "Pachito" hasta el puerto.**

**Al efecto, esta mañana se envió a la playa un destacamento de guardias civiles con la orden expresa de impedir la circulación de menores por esos parajes.**

**Se han impartido órdenes a las comisarías seccionales de policía para que den cuenta inmediata de aquellos puntos de la ciudad, cuyo estado higiénico no se encuentre en buenas condiciones.**

**Hasta nueva disposición se ha resuelto no permitir la inhumación de cadáveres en los panteones y nichos, pudiendo hacerse solamente por ahora bajo tierra.**

En octubre de 1926 apareció un foco de peste bubónica en Puerto Pinasco.

En 1928 la peste se introdujo en el Regimiento Nº 2 de Infantería, situado en Campo Grande, barrio cuya condiciones higiénicas eran precarias y era albergue de todas las alimañas, especialmente las ratas, causantes de la muerte de numerosas personas. Las casas de paja, los ranchos y la falta de comodidades favorecían la falta de higiene.

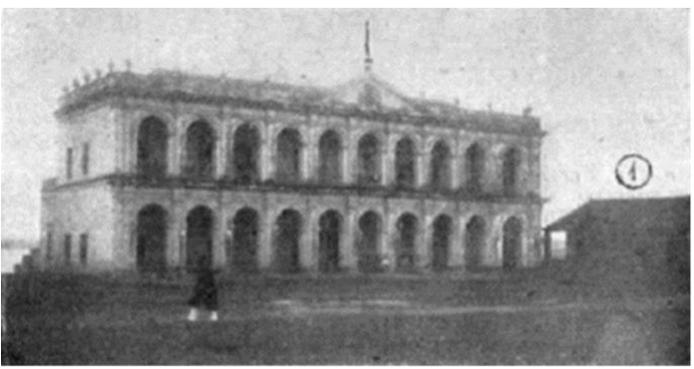
En ese estado, el 17 de junio de ese año se detectó el primer foco de infección cuando cayó enfermo un soldado, que pertenecía al personal de la Intendencia del Regimiento.



El segundo caso de peste bubónica registrado en Formosa

un soldado, que pertenecía al personal de la Intendencia del Regimiento del Regimiento, donde estaban apiñadas bolsas de harina provenientes de la Argentina, una verdadera cueva de roedores. Trasladado de urgencia al hospital, a 9 km de distancia, murió en el camino. Una vez en el hospital se procedió a la autopsia del paciente dando positivo para la peste.

Cerca del depósito se encontraba el Casino de Oficiales, pero a 10 m de distancia existía la cuadra de ametralladoras, de techo de paja, piso de arena y antihigiénico. No fue extraño que el 20 de junio del mismo año se produjera el segundo caso de peste en la unidad adyacente, y el 5 de julio el tercero en la misma unidad, y el 17 el cuarto caso.



Cuartel de Infantería, inmediato al edificio del Congreso, donde se produjo el primer caso de peste bubónica

Otro caso apareció en la artillería del Regimiento a una distancia de 200 metros del foco, sin encontrarse allí rastros de ratas, en un conscripto que frecuentaba también el depósito de víveres.

El sexto caso se dio en el sargento de sanidad que atendió al primer conscripto infectado, el cual murió en sus brazos, ensuciándolo con sus vómitos, y después siguió atendiendo al segundo y tercer casos.

El primer enfermo no vacunado murió el primer día de enfermedad. El otro caso fatal recayó en un concripto dotado de poca resistencia orgánica, que recibió la primera vacunación. Los otros cuatro casos se salvaron, uno con la primera inyección de vacuna, y los otros con las dos dosis, a pesar de presentar los dos últimos la forma más grave.<sup>59</sup>

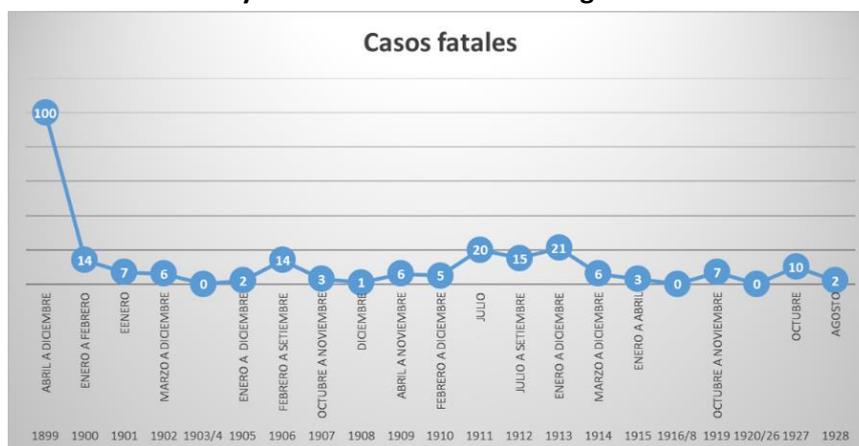
Allí fueron atacados sucesivamente los 23 soldados de los que 12 fallecieron. El desenlace, según Decoud, se produjo a las 30, 36 y 48 horas, lo que demuestra la letalidad de la infección y su manera ejecutiva y brutal de liquidar al enfermo predestinado.

El doctor Rogelio Urizar consiguió aislar cepas de cinco enfermos atacados de la misma forma bubónica pero de gravedad diferente y preparar con ellas vacuna antipestosa en el Instituto Nacional de Parasitología.<sup>60</sup>



La epidemia fue muy bien descrita por el Dr. Guillermo Stewart, en un estudio que realizó sobre “La Peste” que publicó el 21 de octubre de 1899.<sup>61</sup> El Diario La Tribuna de 1900 se hace eco de ello. El material abarca los siguientes puntos: Paraguay. Las primeras defunciones- Se redescubre la Peste-Desarrollo-La anatomía patológica- Diagnósis-Morbilidad-Variedades- La sintomatología –Biología- La prueba bacteriológica-El tratamiento – La profilaxis- Apéndice.

**Gráfico. Brotes Epidémicos de Peste en el Paraguay  
1º de mayo de 1889- hasta el 28 de agosto de 1928**



Fuente: Dr. Cayetano Masi. Director General de Higiene; Delegado de la República del Paraguay

**VIH/SIDA (1981) - Causó 25 a 30 millones de muertes. En el Paraguay 12.552 infectados.**

Una de las últimas investigaciones situó el origen de esta pandemia a principios de 1920 en Kinshasa, actual capital de la República Democrática del Congo (antes Leopoldville), ciudad que por esa época experimentaba un rápido crecimiento demográfico.

<sup>59</sup>Rodriguez, M.Rev. San. Mil. 2: 2153 bayo) 1929. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/Peste>. La reciente Peste en el Paraguay, 1929.

<sup>60</sup> Anales del Instituto Nacional de Parasitología. Asunción. Año 1, Nº 1. 1928

<sup>61</sup> Moll A. A., O’Leary S. B. Plague in the Americas: An historical and Quasi Epidemiological Survey. Bol. Ofic. Saint Panamer. 1940, mayo Plague in the Americas: Paraguay, 1941, noviembre.

El epicentro de la pandemia se encontró en esa ciudad y empezó a extenderse en las regiones ecuatoriales de África central, tras un contagio inicial entre monos y seres humanos. Lo más probable es que una subespecie de chimpancé conocida como *Pan troglodytes* transmitió el virus a la población humana, posiblemente como consecuencia de la caza y el consumo de estos animales.

Con la llegada de una gran cantidad de obreros la población masculina llegó a duplicar a la femenina, lo que implicó el incremento del comercio sexual. Ello, añadido al uso de agujas sin esterilizar en hospitales, provocó que el virus comenzara a contagiar a más personas.

De acuerdo a la revista "Science", los tres principales factores externos que confluyeron para propagar al virus del SIDA fueron el aumento poblacional, la prostitución y la gran red de transporte hizo que expandiera sus dominios, ya que los portadores podían desplazarse por todo el territorio del país, a lo que se sumó el uso de agujas sin esterilizar en hospitales.

Estas condiciones, según los investigadores, duró apenas un par de décadas, tiempo suficiente para que el virus llegara a otras partes del mundo, comenzara a focalizarse en la población homosexual a principios de la década de los 80' y se convirtiera con el paso del tiempo en una pandemia de alcance global.

En sus inicios se creyó que el canadiense Gaetan Dugas fue el responsable de la propagación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en Estados Unidos, se hizo conocido como "**Paciente Cero**" pero tiempo después la ciencia demostró que no lo fue.

Un estudio en la revista *Nature* demostró que Dugas, que era homosexual y trabajaba como auxiliar de vuelo en la aerolínea *Air Canada*, era sólo uno entre los miles infectados en la década de 1970.

El sida empezó a ser reconocido en 1981 cuando los síntomas inusuales comenzaron a aparecer en los hombres homosexuales. Los investigadores analizaron muestras de sangre almacenadas de pruebas de hepatitis en la década de 1970 y, algunos de ellos contenían VIH. "Podemos colocar las fechas más precisas sobre el origen de la epidemia en Estados Unidos alrededor de 1970 o 1971".

Dugas murió en 1984, pero fue identificado como "Paciente Cero" en el libro "*And the Band Played on*" para luego expandirse por el resto del mundo a partir de los años 60.

En 1984, dos científicos franceses, Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur, aislaron el virus de **sida**. El **descubrimiento** del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual **se** comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados.

28 LA SINGULARIDAD SOCIEDAD JUEVES 1 FEBRERO 2006

Los expertos hallan el origen del sida en un chimpancé de África occidental

El estudio muestra que el virus del sida se originó en África occidental, concretamente en el país de Guinea, donde se encuentran los chimpancés más cercanos a los humanos.



Los científicos creen que el virus del sida se originó en África occidental, concretamente en el país de Guinea, donde se encuentran los chimpancés más cercanos a los humanos.

Un grupo de prostitutas resistentes a la enfermedad probarán una vacuna en Kenia

Un grupo de prostitutas resistentes a la enfermedad probarán una vacuna en Kenia. El estudio se llevará a cabo en un grupo de prostitutas que ya han sido infectadas por el virus del sida.

El primer caso de sida en Paraguay fue detectado en 1985 en un hombre llegado de Alemania, y desde entonces ha tenido un crecimiento sostenido y constante en número de casos detectados de VIH y sida.

Un año después se creó una comisión interministerial para elaborar un programa de acción a fin de prevenir, detectar y controlar los nuevos casos de SIDA.

El paciente con VIH y sida son víctimas del rechazo social, que se manifiesta a diario en diversos ámbitos, en la familia, en el trabajo, en las instituciones educativas, en los espacios de recreación e incluso en los establecimientos de salud. A veces el propio personal de salud se muestra poco dispuesto a prestar sus servicios por el temor a ser contagiados.

En 1988 se creó el Consejo Nacional del SIDA organismo coordinador y consultivo. En 1990 se creó el Programa Nacional de Control del SIDA, órgano oficial del Ministerio de Salud para el Control de VIH/Sida/ITS (PRONASIDA)<sup>62</sup> ampliado en sus funciones como responsable de intervenir y controlar las Infecciones de Transmisión Sexual.

Nuestro país cuenta con una Ley N° 3940/09, que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el VIH y el Sida.

En la epidemiología del SIDA en el país se observa que existe un predominio de las conductas homo/bisexual, con un aumento lento pero progresivo en la población heterosexual.

La vía de contagio más frecuente es la sexual, 72% (1999) a través de relaciones heterosexuales, con mayor proporción entre hombres homosexuales. La mitad de los hombres que tienen sexo con hombres tienen múltiples parejas, de los cuales 15% son trabajadores sexuales. No obstante la homosexualidad y el uso de drogas inyectables son muy frecuentes entre la población masculina infectada, sobre todo entre los 18 y 35 años de edad.

La heterosexualidad es el factor más frecuente en mujeres (60%) de los cuales 43% tienen múltiples parejas; 12% son usuarias de drogas inyectables.

La segunda vía de contagio más importante, es la vía sanguínea (14%) de los cuales el 10% son usuarios de drogas inyectables, y 80% son hombres.

El 70% de hombres y mujeres revela tener parejas múltiples. El 14% refiere tener pareja VIH+ y el 16% declara que su pareja es usuaria de drogas inyectables.

La transmisión vertical constituye el 4% de los casos. Los primeros niños afectados datan de 1993, dos años después de la primera mujer notificada. La mayoría entre los 0 y 4 años (80%) de los cuales la gran mayoría tiene menos de 1 año.<sup>63</sup>

En los comienzos, era el mito de que el VIH solo afectaba a hombres que tenían relaciones homosexuales o a quienes tenían sexo casual antes o por fuera del matrimonio, con todo el estigma que eso conllevaba. En esas circunstancias, la discriminación, el prejuicio y la marginación se volvieron los principales potenciadores del VIH.

Los tiempos cambiaron, el VIH es el virus más estudiado por la ciencia médica, logrando avances extraordinarios en materia de tratamiento. Hoy las personas que viven con el VIH, si conocen su diagnóstico y acceden a los tratamientos, son tan longevas como quienes no viven con el virus y se comprobó que si una persona bajo tratamiento mantiene el virus a niveles indetectables la transmisión del virus es cero probabilidades.

Actualmente el tratamiento antirretroviral está garantizado y su distribución se realiza de manera gratuita, uno de los desafíos es aumentar el número de personas diagnosticadas que se vinculen al servicio de salud y la consecuente adherencia al tratamiento.

---

<sup>62</sup> Resolución Ministerial N° 38 del año 1988

<sup>63</sup> Informe de Consultoría; Programa Nacional de Lucha Contra el SIDA", por el Consultor Vial Saavedra, 1999.

### Un desafío vigente

Pero aun después de tantos años de trabajo, investigación, difusión y lucha, la desinformación persiste, amenaza y nos obliga a seguir desmitificando al VIH como no ocurre con ningún otro virus.

El VIH sigue desafiando aún se busca la vacuna y la cura del virus y se necesita la erradicación del estigma. La discriminación y marginación atacan otras defensas que no se resuelven con tratamientos farmacológicos. Contra eso, se trabaja para ampliar derechos y generar políticas públicas y compromisos que vayan de la mano de los avances científicos.

Desde el Programa Nacional de Control de VIH/Sida – ITS (PRONASIDA), se dio a conocer que alrededor de 18.000 personas conviven actualmente con el VIH en nuestro país. El porcentaje mayor de diagnosticados es en Asunción y el Área Central.

En Paraguay en el 2019, en tanto que los casos confirmados de la enfermedad desde enero a octubre de 2019 son 1.148 que dan un promedio de 115 casos mensuales confirmados de VIH, de acuerdo a los datos del Programa Nacional de Control del Sida/ITS (PRONASIDA), mientras que los confirmados con SIDA llegan a 227.

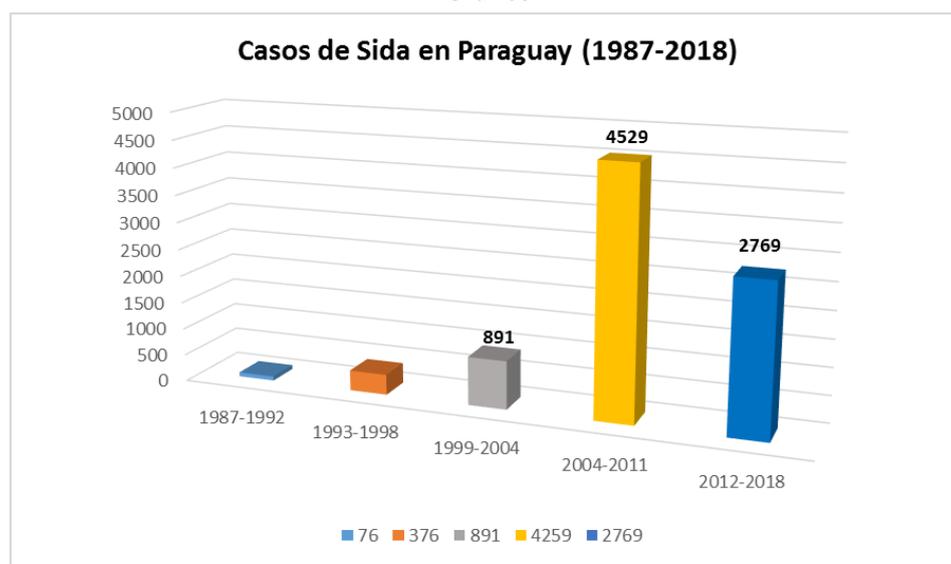
Actualmente hay 12.552 personas diagnosticadas con el virus. El 53% de los diagnosticados con el VIH son personas de entre 15 a 24 años

Están categorizadas como sida 5.586 personas.

De las 21.000 personas que se estiman son portadoras de la enfermedad en el país solo el 70% saben que la padecen, el 40% sigue el tratamiento y el 32% llega con el tratamiento a contar con la carga retroviral indetectable que le permite no transmitir la enfermedad a otras personas. Más hombres que mujeres.

En el año 2020 aproximadamente 3.000 personas no saben que tienen VIH en Paraguay.<sup>64</sup>

Gráfico



Fuente: Programa Nacional de Control del Sida/ITS (PRONASIDA)

<sup>64</sup> Fuente: Programa Nacional de Control del Sida/ITS (PRONASIDA)

## **SÍNDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS (SPH).**

El Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH), constituye un claro ejemplo de enfermedad emergente que fue reconocida por vez primera en la zona de Hantan – Corea, lugar de donde proviene su nombre.

Es una enfermedad pulmonar transmitida por el virus que se encuentra en ambientes contaminados por la presencia de su agente transmisor, un ratón conocido como “*Calomys Laucha*”, conocido como Laucha, de pelaje gris amarronado, que se halla preferentemente donde se almacenan productos de cosecha, también en casas abandonadas o no higienizadas, ambientes cerrados y otros.

Este mal es adquirido por exposición de la persona sana a un área contaminada por el virus. Se disemina en el ambiente por el polvo, a través de la orina, la defecación o la propia muerte del ratón transmisor. Si en estos ambientes se inhala el polvo que contiene el virus Hanta, en pocos días se puede iniciar el proceso de la enfermedad.

En Paraguay, la enfermedad inicialmente fue detectada como una neumonía atípica grave; atípica,



Filadelfia. Clase práctica de hantavirus con biólogo brasileño

porque se desconocía la causa, y grave por incurría en desenlaces fatales. En 1995, se sospechó y se diagnosticó por primera vez el Hantavirus en Loma Plata (Boquerón) y se confirmó el diagnóstico mediante materiales biológicos enviados por el Hospital Bautista, de Asunción al Centro de Control.

Los pobladores locales dicen que una forma de prevenir que los ratones se aniden en el techo de sus casas era el de colocar chapas de zinc que con el calor del sol se calentaban e impedían que por el

calor se anidaran en ella.

Posteriormente, otros casos fueron confirmados serológicamente ese mismo año en la misma zona totalizando unos 15 casos y 2 defunciones. Con el tiempo se han descubierto en zonas de Pte. Hayes; y últimamente han aparecido casos en algunas áreas de la región Oriental, entre ellos se encuentran: *Caaguazú, San Pedro, Itapúa*; hasta el momento, en zonas urbanas no se han detectado casos.

En la revisión de registros médicos el Hospital de Filadelfia se identificaron 16 casos de Síndrome de **Distres Respiratorios del Adulto**. Son ellos: (1987:1); (1988:1); (1989:6); (1990:2); (1991:2); (1992:1); Los fallecidos fueron 10. <sup>65</sup>

Durante las primeras investigaciones se pudo determinar que 23 de 34 probables casos tenían anticuerpos positivos para antígenos de Hantavirus variedad Sin Nombre (SNV), 17 de los cuales se presentaron entre 1995 y 1996.

<sup>65</sup> Boletín Epidemiológico. MSPYBS. Año I, No. 2. Diciembre, 1995

Investigaciones realizadas posteriormente por el Centro para el Control de Enfermedades (C.D.C.) de Atlanta USA, la Universidad de Santiago de Chile, los Hospitales de Loma Plata y el Centro Médico Bautista, OPS/OMS de Asunción, permitió identificar el virus Laguna Negra como agente etiológico del SPH. El roedor *Calomys laucha* es el único reservorio de Hantavirus. Es un roedor de campo y de peridomicilio que se encuentra ampliamente distribuido en la región occidental y en dos zonas de la región oriental del país. Fueron capturados roedores en diferentes lugares del Chaco Central, de los cuales el 12 % estaba infectado.<sup>66</sup>

Desde la identificación de esta patología, el país soportó 3 brotes epidémicos, el primero en el año 1995 con 15 casos con una letalidad del 13%, luego en el 2000 con 15 casos y una letalidad de 6,6% y en el 2001 con 27 casos y una letalidad de 18,5%. Luego muestra una curva descendente en el 2003 con 3 casos.

En el año 2002 se actualizó el Manual Técnico sobre Hantavirus para el Paraguay.

En los últimos cuatro años, en el país se han detectado un total de 57 casos de Hantavirus positivos; en el año 2005, se registraron un total de 19 portadores, de los cuales 5 fallecieron; en el 2006, se notificaron unos 20 casos, donde 3 resultaron fatales; en el 2007, hubo 17 pacientes y 4 murieron.

En el año 2011, hasta la semana epidemiológica (SE)3, se notificaron al sistema de vigilancia de Hantavirus (SV-SPH), 27 casos confirmados, la tasa de letalidad observada fue de 37%.

El 89% de los casos se registró en la Región Occidental o Chaco, de los cuales el 71% correspondió al Departamento Boquerón, con una tasa de letalidad del 41%; el 25% al Departamento Presidente Hayes, con una letalidad del 50% y el 4% al Departamento Alto Paraguay (6).

Un estudio realizado mediante revisión de los registros hospitalarios, egresos entre el 01/01 al 22/09/2011 demostró que ser varón, adulto joven y vivir en zona rural y en lugares desmontados son características predominantes entre los casos.<sup>67</sup>

En Paraguay se reporta un promedio de 20 casos al año, en los últimos ocho años. En el año 2019 han dado positivo al test rápido de hantavirus, 3 niños en Capiatá.<sup>68</sup>



<sup>66</sup> Boletín Epidemiológico. MSPYBS. Año I, No. 2. Diciembre, 1995

<sup>67</sup> Revista Paraguaya de EPIDEMIOLOGÍA. Vol. 3, núm. 1 (2012).Junio 2012

<sup>68</sup> Johns Hopkins University. Coronavirus COVID-19 Global Cases. (2020). Recuperado de: «Coronavirus Update (Live): Cases and Deaths from COVID-19 Virus Outbreak—Worldometer». [www.worldometers.info](http://www.worldometers.info).

## **INFLUENZA**

Es la primera enfermedad epidémica que llegó a América y también al Paraguay, según lo describe Fray Bartolomé de las Casas encontró a los médicos indígenas desorientados porque no la conocían pero sin embargo, pronto le encontraron remedio para combatirla. Tomaban baños calientes con hierbas olorosas y se friccionaban con plantas aromáticas. Para calmar los dolores usaban el *murucuyá* y una especie de quina para todas las fiebres o realizaban la sangría con el punzón de la raya, para curar cefaleas y fiebres.

Existen menciones sobre la aparición de una epidemia catarral en 1405 que pudiera tratarse de influenza o gripe.

Según el historiador Guerra, la importancia de la influenza se vislumbra en su impacto sobre la población indígena de Santo Domingo calculada en 1493 en 1.100.000 habitantes. De éstos, en 1506 quedaban 350.000, en 1510 se calculaban 16.000 y en 1517 no llegaban a 10.000.

Luego de su trágica visita en ese tiempo, la influenza nunca dejó en paz a la población americana. Nuevas y devastadoras pandemias y epidemias se presentaron a partir del siglo XVI. Varios autores sugieren que entre 1558 y 1559 se desató una pandemia de influenza en la mayor parte de los territorios americanos conquistados.



Probablemente fue una extensión de la epidemia que en 1557 azotaba a varios países europeos, no siendo difícil pensar en su traslado al Nuevo Mundo dada la intensa comunicación establecida en esa época. En los siglos posteriores la influenza pudo haber sido confundida con tos y catarro, según se pueden desprender de las cartas anúas.

Durante la colonia las enfermedades infecciosas y sobre todo las respiratorias, causaron grandes estragos a la población. La única medida que se tomaba para impedir la transmisión de las enfermedades era el aislamiento del enfermo y el uso de la medicina casera.

Los periódicos del siglo XIX, tales como La Tribuna; La Unión; La República; La Reforma y otros más, hacen referencia a este mal.

En el siglo XX, el país fue presa de muchos casos relacionados a las vías respiratorias, que pudieran ser o no influenza, y que eran tratadas inicialmente con jarabes preparados por el médico Juan Vicente Estigarribia.

## **GRIPE ESPAÑOLA: 50 millones de muertes en el mundo**

La gripe española fue la primera pandemia causada por el virus de la gripe, el H1N1, y se convirtió en la tercera más letal de la historia de la humanidad, debido a que mostró una tasa de mortalidad muy superior a la habitual. Se estima que infectó a 500 millones de personas en todo el mundo, alrededor del 27% de la población global.

La pandemia de gripe de 1918-19 comienza en los países beligerantes de la primera guerra mundial devastándolos y causando numerosas víctimas. Fue una de las más mortíferas epidemias de gripe



conocidas. Alcanzó a todos los países de la tierra produciéndose tres oleadas, según los datos epidemiológicos y estadísticos conocidos en la OMS: la primera en junio-julio de 1918, caracterizada por elevada incidencia y escasa gravedad; la segunda en octubre-noviembre del mismo año, con caracteres graves y atacando más a los jóvenes que a personas de edad; la tercera en febrero de 1919, también grave y afectando más a personas adultas y ancianas.

En América Latina se trató de unificar tanto las reglas de cuarentenas y la desinfección a que eran sometidas las embarcaciones provenientes de puertos donde había epidemia.

En el Paraguay, la necesidad de proteger a la población de la epidemia por parte de los navíos que llegaban a la capital hizo que el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública notificara el 2 de octubre de 1918 a los médicos Regionales y Encargados de los puestos de la Sanidad Fluvial, la aparición de la gripe española aparecida en el Brasil, y dispone que se proceda a la observación



Trabajadores de la Cruz Roja en Boston haciendo barbijos

de barcos, el examen de los viajeros y que se aislara los casos sospechosos, informando inmediatamente a las autoridades de Asunción.

Los primeros casos de gripe española en el Paraguay tuvieron su origen en Posadas, República Argentina, en 1918. A pesar de las precauciones, la gripe brotó entre el personal de Correos y Telégrafos, siendo el primer foco detectado en la ciudad de Asunción, de allí se extendería a otras regiones del interior del país en cuestión de días.

Algunos sectores de la prensa denunciaron que las medidas adoptadas por el gobierno fueron insuficientes y por sobre todo tardías, para evitar la propagación de la enfermedad. Se dispuso el



aislamiento social. Se suspendieron la realización de espectáculos públicos y las fiestas populares del 7 de diciembre, día de la Virgen de *Caacupé*. Se dispuso a los feligreses de asistir a Misa y se ordenó el cierre de las Iglesias y se estableció que los bautismos y matrimonios se celebraran en privado con la presencia mínima posible de personas. Dichas medidas no fueron tomadas con agrado por parte de la población y hubieron algunas reacciones tales como la de un lector que escribió *“Que impía es la autoridad y que herejes los médicos.”*

Varias oficinas públicas no abrieron sus puertas por encontrarse todo su plantel enfermo.

La Municipalidad de Asunción dispuso la importación de medicamentos en forma urgente para su distribución entre la población más pobre de la ciudad, así mismo dispuso la provisión de cajones fúnebres y la exoneración de la tasas municipales para dicho acto.

En 1917 la situación del país en materia de salud estaba muy lejos de ser óptima. Según Milda Rivarola, citado por David Velázquez Seiferheld, solo existían 52 médicos: 50 en la Capital y 2 en



Miembros de la Cruz Blanca, ayudando en la gripe de 1918

Villarrica. Una 4/5 partes de la población vivía sin ningún tipo de atención médica profesional. Durante ese periodo, se adquirieron las primeras 2 ambulancias. Anteriormente la movilidad era a tracción animal.

La mortandad en el medio rural era elevada. La situación se había agravado debido a una mala cosecha por condiciones climáticas, se habían trasladado a la capital una gran cantidad de personas que vivían de la mendicidad en la ciudad.

El Departamento Nacional de Higiene, dispuso la apertura de las farmacias, incluso los días feriados durante la epidemia. En varias ocasiones los farmacéuticos fueron denunciados debido a la exagerada suba de los precios de los productos necesarios para combatir la enfermedad.

Se instó a la población a colocar pañuelos blancos en la puerta de sus casas como señal de que había enfermos de gripe.

En esta ocasión, la que fuera primera mujer médica en el Paraguay, Gabriela Valenzuela, prestó relevantes servicios en el combate a esta terrible enfermedad.

La asistencia a los enfermos fue organizada por el Dr. Andrés Barbero. Se dispuso de locales públicos como comisarías y escuelas para ser utilizados como centros sanitarios. Los presos de la Cárcel Pública fueron conducidos por orden del jefe de la policía al viejo Teatro Nacional, lugar espacioso en el cual pudiesen lograr una mejor recuperación y evitar que la enfermedad se extienda entre los demás reclusos.

La peste se extendió hacia el interior del país a donde se enviaron misiones sanitarias. El Dr. Ramón de los Ríos, partió hacia el norte en un barco de la Armada e informa que la epidemia había causado numerosas defunciones, sobre todo entre los indios, que cuando se enfermaban se internaban en el monte, siendo imposible socorrerlos. Hace referencia además que las grandes compañías que poseen obrajes y frigoríficos se preocupan poco de la peonada, la cual en el presente, ha sufrido bastante a causa del descuido de sus patrones.

La mayor mortalidad se dio en el área urbana, debido a la mayor aglomeración de las personas, y principalmente en los barrios periféricos y obreros de Asunción.

La epidemia de gripe demostró la paupérrima situación de la infraestructura sanitaria. El 20 de diciembre de 1919 el Dr. Andrés Barbero elevó su informe que dio en llamarse **“Informe Barbero”** sobre la situación sanitaria en la que se encontraba el país. El saldo fatal en Asunción y alrededores fue de 386 muertos, aproximadamente un 0.5% de la población de dicha ciudad, excluyéndose en ella las que no fueron registradas y las ocurridas en la población indígena. Se contabilizaron cerca de 50 fallecimientos en diversas poblaciones como Nueva Australia, San Juan Nepomuceno, Borja e Ybytymi.

Además del apoyo médico, la Asistencia Pública distribuyó dinero a los enfermos más pobres; para dicha actividad contó con la ayuda de diversas instituciones particulares. El Tesoro habilitó extraordinariamente \$ 30.000 monedas de oro sellado para combatir a la epidemia, que no fue utilizado en su totalidad. Toda la sociedad se movilizó. Los franciscanos distribuyeron fondos a las



familias que se encontraban afectadas por el mal. El centro de distribución de alimentos, medicamentos y ropas de la Cruz Blanca fue el templo masónico de la Calle Palma, al que acudían las personas de los barrios periféricos de la ciudad.

Las consecuencias de la epidemia fueron varias; desde el punto de vista económico afectó el normal desenvolvimiento de las actividades comerciales principalmente en Asunción y sus alrededores, afectó el funcionamiento de los frigoríficos de Zeballos Cué y San Antonio principales centros industriales de la época, en cuanto a la producción y número de obreros.

La vida cotidiana se vio afectada en todas sus facetas; en los centros sociales como bares, cafés y teatros. En el aspecto religioso fue muy duro para muchos fieles las restricciones para evitar los contagios, como la prohibición de realizar celebraciones religiosas, clausura temporal de templos. Caballero citó una información del periódico el Diario del 26 de noviembre de 1918: *“La ciudad presenta un aspecto desolador. Los pocos transeúntes que se ven en las calles no se sabe que presentimiento en las pupilas y un pancito de alcanfor pegado a las narices. La vida nacional se va paralizando; el tráfico disminuye considerablemente. Por las noches no se ven más que personas que van a las farmacias, en busca de alivio, a comprar a precios exorbitante un poco de salud. El pueblo ha perdido su admirable alegría. Las risas se retuercen como sollozos, las sonrisas parecen muecas de adoloridos. Es que el que no ha caído aún, tiene en cama a un ser querido por lo menos y no tiene por qué estar alegre.”*

Otra de las consecuencias fue la escasez de alimentos que afectó principalmente a los sectores más humildes de la sociedad, más teniendo en cuenta que una grave sequía del año anterior ya hacía que los mismos fueran escasos.

Desde el punto de vista del Estado se vio la necesidad de dotar a la salud pública de un mayor estatus, condición que recién se daría en 1937 con la creación del Ministerio de Salud Pública. Además se evidenció la intervención estatal frente a los abusos cometidos por los escasos farmacéuticos que elevaron los precios de aquellos productos medicinales necesarios para combatir la gripe, ante dicha actitud especulativa tanto el gobierno como el municipio decidieron proveer de dichos productos pero en forma tardía en muchos casos.

Desde 1960 a 1989 se reportaron 418.856 casos. Se estima un subregistro del 40 % lo que elevaría a 628.284.

### MÉDICOS QUE PRESTARON SERVICIOS DURANTE LA EPIDEMIA

Dr. Andrés Barbero	Dr. López Mosquera	Dr. Avelino de Prada
Dr. José V. Insfrán	Dr. Jacinto Riera	Dr. Luis Zanotti Cavazzoni
Dr. Jovino Vallovera Mernes	Ing. Quím. Gustavo Crovato	Dr. Arriola Moreno
Dr. José M. Ríos	Dr. Pedro P. Peña	Dr. Guillermo Stewart
Dr. Luis E. Migone	Dr. Vicente Álvarez	Dr. Perachi Varoli
Dr. Alberto Schenoni	Dr. Sebastián Pendola y Soto	Dr. Lorenzo Manzoni
Dr. Eduardo Alvarín Romero	Dr. Ramón de los Ríos	Dr. Carlos Díaz León
Dr. Héctor Velázquez	Dr. Cayetano Massi	Dr. Rogelio Urizar
Dr. Ricardo Odriosola	Dr. L. Almeida Huerta	Dr. Alejandro Arce
Dr. Eusebio Taboada	Dr. Justo P. Duarte	Dr. Juan Vallory
Dr. Víctor Calderera	Dr. Andrés Gubetich	Dr. Carlos Silva
Dr. Eliodoro Arbo	Dr. Martín Backhaus	Dr. Justo P. Vera
Dr. Juan F. Recalde	Dr. Eduardo López Moreira.	Dr. Esteban Semidei
Dr. Juan B. Benza	Dr. Quintín Casola	Dr. Juan Romero

### ALGUNAS DE LAS PLANTAS MEDICINALES MÁS USADAS DURANTE LA EPIDEMIA DE GRIPPE

Borraja, flores llantén; Borraginácea; tilo, brácteas: *Tilia platyphylla*, *T. europea* L; sanco, flores: *Sambucus australis* M., *S. nigra*. Caprifoliáceas.

Los expectorantes eran *Amba'y sa'yhú*, hojas, jaguarundy, mamón macho, flores, eucalipto, *Carica papaya* L. *kambará*, hojas: *Moquinia polimorfa*; malva blanca, hojas y flores, rala o *juasy'y*, corteza, Gárgaras.: *Sida cordiflora*; *Agrial* o *begonia*; aromita, flores y hojas: *Acacia farnesiana* Willd. var. *paraguayensis* Hassler; cardosanto, flores y hojas: *Argemone mexicana*; ceibo, corteza; ñangapiry; salvia; amapola, flores: *Pereskia amapola*. Cactácea.

Tabla

### Número de muertos y enfermos de Gripe o Influenza

Estos datos fueron informados por Jueces de Paz del Interior en respuesta a Circular del Departamento N. de Higiene y Asistencia Pública del 16.IV.1918. Reiterada el 12.VI.18.

Fecha	Lugar	Cantidad	Población
20.IV	San Miguel	7	Muchos
20.IV	Isla Ombú	0	1/2 de población de 3.000 hs.
21.IV	Capiatá	44	800
21.IV	Caacupé	15	150
21.IV	Carapegua	5	300
21.IV	San Bernardino	3	Pocos
21.IV	Areguá	31	185
21.IV	Yataity	4	307
22.IV	Itauguá	40	80% de la población
22.IV	Atyrá	3	30
22.IV	Itacurubí Rosario	5	Pocos
22.IV	Iturbe	5	243
22.IV	Laureles	9	2000
22.IV	Quyquyó	21	200
22.IV	Guarambare	27	1200
22.IV	Horqueta	5	5000
24.IV	San Cosme	10	1000
24.IV	Villa Florida	7	Más de 100
24.IV	Villa Franca	4	Pocos

24.IV	Valenzuela	4	25
24.IV	Itapé	11	200
24.IV	Mbuyayey	12	260
24.IV	Limpio	22	Muchos
24.IV	Paraguarí	15	3000
24.IV	Caballero	3	30
26.IV	Santiago	26	1/3 de la Población, unos 2500 hs
26.IV	San Antonio	11	400
26.IV	Pilar	35	450-500
26.IV	Piribebúy	23	400
28.IV	Quiindy	0	Pocas
28.IV	Yhú		No hubo epidemia
28.IV	Desmochados	11	100
28.IV	Concepción	34	3000
28.IV			Más muertos en parajes lejanos
30.IV	Lima	10	200
30.IV	Villa Rosario		No hubo epidemia
30.IV	Tabapy		No hubo epidemia
30.IV	Unión	0	70
30.IV	Ayolas	8	3/4 población
30.IV	Alto Paraná	9	3.500 (se calcula que murieron unos 100 en toda la zona de obrajes y yerbales)
1.V	Arroyos y Esteros	12	4000
1.V	Tacuara	3	57
1.V	Emboscada	10	60% de 3250 hs
1.V	P. J. Caballero	2	3/4 población, f. benigna
1.V	San Ignacio	24	Muchos
2.V	Bobí	15	4000
2.V	Itá	32	2200
5.V	Guazú Cuá	4	1/2 de la población
5.V	Caapucú	28	2000
5.V	Humaitá	9	Muchos
6.V	Lorenzo C.		
6.V	Grande	56	4000
8.V	S. Pedro Paraná	5	259
8.V	Pedro González	0	5
8.V	Yaguarón	62	800
5.V	Cnel. Bogado	20	214
5.V	Villa Igatimí	9	9 (1 niño, 8 indios)
5.V			20 enfermos
5.V	Santa Rosa	7	300
5.V	Yabebyry	8	150
5.V	Tacuatí	0	Muy pocos
5.V	Antequera	0	1/3 de población
5.V	Fuerte O. y Dep.	11	810

12.V	Yegros	19	la mayoría de la población
19.V	Cap. Bado	3	Mayoría de la población, benigno
21.V	Bella Vista	2	Pocos
23.V	Palma Chica	0	30
24.V	Puerto Sastre	5	De 500 hs enfermo 3/4
25.V	San Alberto	0	3/4 hs
30.V	Tobatí	10	150
31.V	Escobar	15	1200
2.VI	Ajos	26	Más de 1000
16.VI	Villa Oliva	4	30% de la población
16.VI	Hyaty	26	Muchos
17.VI	Villarrica y Dep.	562	Muchos
17.VI	San Estanislao		No hubo epidemia
17.VI	Caraguatay	21	Mitad de la población
18.VI	Yhacanguazú	17	300
18.VI	Encarnación	62	Muchos
19.VI	Pirayú	28	500
20.VI	Mbocayaty	0	500-600
21.VI	Trinidad	51	90% de población
25.VI	Sapucai	12	65
25.VI	Ajos	43	Más de 3000
28.VI	Achay	25	Más de 4000
29.VI	Yuty y Estación	7	355
30.VI	Cap. Bado	3	Mayoría de 400 casas
1.VII	Jesús y Trinidad	12	Casi toda la población
2.VII	Villa Rosario	18	1000
5.VII	Curuguaty		No hubo epidemia
7.VI1	Villa Hayes	1	78
15.VII	Caaguazú	0	Pocas
23.VII	Altos	30	900-1000
23.VII	San Juan B.		
23.VII	Misiones	7	460
28.VII	Loreto	18	1000
30.VII	Belén	5	Casi toda la población
1.VIII	Itacurubí Cord.	23	1260
5.VIII	Santa María	5	Pocos
5.VIII	San José	51	Muchos
12.VIII	San Juan		
12.VIII	Nepomuceno	41	Muchos
18.VIII	San Lorenzo		
18.VIII	Frontera	40	Muchos

### **GRYPE ASIÁTICA (1957- 1958) - Causó 1,1 millones de fallecidos**

Después de la pandemia de gripe de 1918, la gripe volvió a su patrón habitual de epidemias regionales de menor virulencia en los años treinta, cuarenta y principios de los cincuenta.

La Pandemia de 1957 (influenza de tipo A/H2N2) que se inició en febrero al norte de China, rápidamente se diseminó en el Mundo. Durante la epidemia se notificaron 1.081 millones defunciones (Letalidad de 0.8%).

La epidemia fue producto de la mutación de un virus común en patos silvestres que se cruzó con una cepa que afecta a los humanos, en febrero de 1957. La pandemia afectó especialmente a niños, escolares, adolescentes y adultos jóvenes.



Pandemia de 1957, Suecia

En el Paraguay personas afectadas por esta enfermedad cuentan que en el Colegio Militar, mucho de los cadetes, estando en formación, caían al suelo afectados por este mal, razón por la cual el Servicio de Sanidad de las FFAA de la Nación dispuso la cuarentena domiciliaria al cuerpo de cadetes.

No hemos podido tener más información sobre el impacto que tuvo en la población paraguaya esta

epidemia.

### **GRYPE ASIÁTICA o GRYPE DE HONG KONG (1968)-1.000.000 personas fallecidas**

En 1968 se produjo la última gran pandemia del siglo XX, aunque más suave que las anteriores.

La Pandemia de 1968 (influenza de tipo A/H3N2), conocida como la Gripe Asiática, se extendió a Hong Kong, donde en dos semanas causó medio millón de casos y, por ello, recibió el nombre de Gripe de Hong Kong. Se extendió rápidamente por todo el mundo, la morbilidad fue muy alta, sin embargo fue de menor letalidad que las anteriores.

Desde entonces la Influenza se comporta como una enfermedad estacional que afecta a la población durante los meses de invierno.

### **SARS (2002-2003) - 8.098 personas infectadas y 774 fallecidos**

El Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS, por sus siglas en inglés) es una enfermedad provocada por un coronavirus distinto del causante del COVID-19, el SARS-CoV.

Algunos estudiosos opinan que el virus surgió en murciélagos de herradura que habitan en cuevas de la provincia de Yunnan, y de allí pasó a los humanos. Otros sin embargo dicen que proviene del camello. Otro motivo de preocupación es el comportamiento histórico de las pandemias de gripe. Los brotes suelen producirse en oleadas, que siguen normalmente los cambios de estaciones, y no es raro que la segunda sea más insidiosa que la primera.

Entre noviembre de 2002 y julio de 2003, un brote registrado en el sur de China terminó con 8.098 personas infectadas en 17 países, aunque la mayoría de los casos se registraron en China y Hong Kong, un 80%. Su tasa de mortalidad fue de 9,5 %.

La historia del SARS se inicia con el primer paciente, un empresario de edad madura que viajó por el sudeste de Asia y que el 26 de febrero de 2003 fue internado en Hanoi con fiebre alta, tos seca, mialgia y dolor de garganta leve. Durante los 4 días siguientes, presentó dificultades respiratorias, tratadas con nebulizaciones, y trombocitopenia grave. El paciente murió el 13 de marzo, después de haber sido aislado en un hospital de Hong Kong. <sup>69</sup>

Respecto al SARS la OMS manifestó que un virus nunca visto causaba neumonía atípica. El virus de forma de corona con ramificaciones pedunculares se contagia por las vías respiratorias. Su periodo de incubación de 5 a 7 días y sus síntomas son fiebre, dolor de cabeza, tos y dificultad para respirar.<sup>70</sup>

Las organizaciones vinculadas a la salud tuvieron que actuar con rapidez. Se creó la Comisión Nacional de Preparación para una Pandemia por Influenza<sup>71</sup> y se elaboró el plan de acciones que tiene tres actores principales: el MSPBS, MAG y la SEN. El Plan Nacional de Respuesta a la eventual Pandemia de Influenza se encuentra en el campo del MAG.<sup>72</sup>

Otras de las medidas tomadas fueron las de rastrear las cadenas de transmisión, medida clave en el control de epidemias de esta naturaleza. Cortar la cadena de transmisión, rápida detección y aislamiento de los casos, cuarentenas y restricciones en los viajes, permitieron controlar la epidemia.

No se han reportado nuevos casos de SARS desde 2004.

### **INFLUENZA PORCINA o GRIPE H1N1 (2009-2010) -200.000 muertes**

Fue la segunda pandemia causada por el virus de la gripe H1N1, casi un siglo después de la gripe española. De todos modos, se trata de una nueva cepa de H1N1, que se originó cuando los virus de las gripes aviar, porcina y humana se combinaron con un virus de la gripe porcina euroasiática, razón por la que se la conoce como gripe porcina.

La Influenza porcina es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa en los cerdos, causada por uno de los muchos virus de Influenza A porcinos. Brotes son comunes en los cerdos de alrededor del año de vida, pero la infección en humanos históricamente resultó del contacto cercano con el animal infectado.

El actual virus es un nuevo subtipo de Influenza A, H1N1, que no fue anteriormente detectado en cerdos o humanos. Lo más resaltante es que este nuevo subtipo tiene la capacidad de la transmisión de humano a humano.



El brote apareció en cerdos de una región del centro de México, y a partir de allí se propagó. Se estima que entre el 11% y el 21% de la población mundial de entonces contrajo la enfermedad.

Llamada inicialmente influenza porcina, el 18 de abril de 2009, el Centro Nacional de Enlace de Estados Unidos notificó la confirmación laboratorial de 2 casos humanos de influenza porcina en dos niños de 9 y 10 años.

La OMS declaró pandemia pero tuvo muchas menos muertes de la esperada.

Por primera vez en cuatro décadas, que un nuevo virus de la gripe emergía y desataba una enfermedad a gran escala alrededor del mundo.

<sup>69</sup> Elsevier. Vol. 23. Núm. 1., 2004

<sup>70</sup> Clarín, del 7 de abril del 2003.

<sup>71</sup> Decreto N° 359 del 18 de Septiembre del 2003

<sup>72</sup> Resolución Ministerial N° 109 de fecha 3 de marzo de 2006

La pandemia de gripe A (H1N1) que surgió en 2009, arribó a Paraguay el 19 de mayo de ese año y fueron cinco las primeras personas infectadas.

De esta manera, Paraguay se convirtió en el 15º país en reportar casos de gripe A en el continente americano.

Hasta el 30 de diciembre de 2009 Paraguay informa que los casos confirmados de Influenza A (H1N1) ascienden a 1.025 y habían fallecido 52 personas por el virus.<sup>43</sup>

Ante este hecho, rápidamente el MSPBS prepara su plan de preparación y respuesta a la pandemia de influenza A/H1N1 apoyado legalmente por el a) Decreto No 359/03 que crea la Comisión Nacional de Preparación para la Pandemia por Influenza; b) Ley Nº 2615 de Creación de la Secretaría de Emergencia Nacional (SEN) y c) Código Sanitario vigente.

### **COVID-19 (2020) 6.300.300 casos y 380.000 fallecidos- Paraguay 1070 casos y 11 fallecidos**

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2 descubierto más recientemente, originada en la ciudad china de Wuhan.

La **OMS** la reconoció como una pandemia global el 11 de marzo de 2020, lo que desató una crisis global, como hacía tiempo no se veía. Todo el mundo apuntó a una sola dirección. La rápida propagación del virus ha confinado a millones de personas en todo el planeta y ha obligado a imponer el distanciamiento social. Se impuso la cuarentena con el fin de cortar la cadena de transmisión, en todos los países del mundo.

Las personas deben permanecer en su casa. La mayor parte de los internautas, así como medios de comunicación, popularizan el slogan **Quédate en casa**. *Epyta Nde Rógape*" (en guaraní).

El mundo se convierte en una aldea global.

Las fronteras fueron cerradas. Las aeronaves comerciales tuvieron que cancelar su vuelo, también los transportes por agua y tierra. Los desplazamientos en todo el mundo han sido cancelados mientras los negocios y la economía mundial han quedado paralizados, a excepción de las actividades consideradas esenciales.

En el Paraguay el Gobierno Nacional estableció medidas sanitarias (*cuarentena parcial*) por Resolución Nº90/2020.

Se controlaron y posteriormente se cerraron las fronteras, la restricción de desembarque de extranjeros, el toque de queda nocturno, el endurecimiento de los controles preventivos con el fin de verificar su cumplimiento, las calles fueron pobladas por militares y policías.

Las clases -tanto escuelas como universidades- están suspendidas desde el inicio de la cuarentena. De por momento se realizan clases y tareas por plataformas virtuales, a pesar de las dificultades que conlleva (especialmente en la dificultad del costo y acceso a Internet y, la enseñanza a niños de ciclos primarios sobre todo en países del tercer mundo).<sup>39</sup>

Las celebraciones religiosas quedaron suspendidas por la prohibición de aglomeración de personas en plena semana santa, cuya celebración encontró a la plaza del Vaticano por primera vez, vacía. Muchas de las celebraciones importantes y misas fueron retransmitidas por los distintos medios de comunicación e Internet. La mítica procesión conocida como *Tañarandy*, realizada en semana santa en el Departamento de Misiones, fue suspendida luego de 28 años.

Los partidos de las principales ligas del fútbol del mundo tuvieron que ser suspendidos. En el Paraguay La Asociación Paraguaya de Fútbol (APF), el 10 de marzo resolvió que el Torneo Apertura 2020 de la Primera División de Fútbol del Paraguay, así como deportes y eventos relacionados, se jueguen sin público. Tres días después, finalmente el torneo queda suspendido hasta el día de hoy.

Eventos masivos y conciertos previstos entre Marzo y Mayo, como Karol G, Chayanne, Soda Stereo, Kiss y el Asunciónico fueron postergados aún sin fecha determinada.

El tapabocas es de uso obligatorio a todas las personas que realizan actividades fuera de sus casas.

En el Paraguay el primer caso se dio el 7 de marzo en un joven de 33 años que llegó de Guayaquil, Ecuador, residente en el departamento Central. Tres días después se confirma el segundo caso, un hombre de 61 años proveniente de Argentina y, ese mismo día se confirman tres casos más, todos estos contagiados del segundo caso, por lo que el Gobierno Nacional toma medidas al respecto, iniciando una cuarentena que dura hasta el día de hoy. La medida tomada entonces fue muy acertada.

El 20 de marzo de 2020 se confirma el primer fallecido y el primer caso de transmisión comunitaria en el país. El 26 de marzo se registra el primer paciente recuperado.

El Gobierno endurece las medidas sanitarias decretando una cuarentena total, extendiéndose en principio hasta el 12 de abril. Así mismo la libre circulación queda restringida totalmente, a excepción de casos de necesidad o urgencia (adquirir alimentos, medicamentos, etc.), así como la de trabajadores exceptuados como los de servicios básicos y de salud.<sup>73</sup>

El 24 de abril el Presidente de la República anuncia que la cuarentena total se prorroga nuevamente hasta el 3 de mayo, para luego pasarse a una cuarentena 'inteligente' con la apertura de ciertos sectores económicos bajo estrictas medidas, divididas en varias fases.

La 'Cuarentena Inteligente' consiste en la liberación de ciertos sectores laborales (y por fases) para la activación paulatina y monitoreada de la economía, bajo estrictas medidas sanitarias que fue presentado el 24 de abril y que regirá desde el 4 de mayo. Está compuestas por cuatro fases, en el que cada 21 días se analizará la situación epidemiológica y la conducta cívica para ir liberando las demás fases gradualmente.<sup>22</sup> En la primera fase se tiene calculado reactivar hasta el 58 % del sector económico.

El Banco Central del Paraguay, en su última proyección, estimó una caída del PIB en -2,5% para 2020, la peor desde 1983.

Tras el análisis de 975 muestras, el ministro de salud, Julio Mazzoleni, informó que este 03 de junio, 57 dieron positivo, alcanzando así el total de confirmados a 1070.

Treinta nueve de ellos son del exterior y que se encuentra cumpliendo cuarentena obligatoria en albergues, y 10 de ellos son contactos y 8 sin nexos. Además, manifestó que 13 están internados, 2 en terapia y que la cantidad de recuperados es de 13, sumando así 511. Hasta la fecha, la cifra de fallecidos se mantiene en 11.

Es importante recordar que todos los casos confirmados hasta el momento se encuentran cumpliendo cuarentena en albergues dispuestos por el Gobierno Nacional en diferentes puntos del país.

---

<sup>73</sup> Decreto N°3478/2020

### **Salud trabaja en 3 ejes de acción principal:**

1. **Distanciamiento Social:** Con las medidas de distanciamiento social establecidas se gana tiempo para:
  - Asegurar el abastecimiento de medicamentos necesarios
  - Capacitar a los profesionales de blanco
  - Integrar servicios públicos y privados
2. **Preparación de Hospitales:** el sistema hospitalario está siendo preparado y mejorado logrando:
  - 2 Hospitales de contingencia con el apoyo del MOPC
  - Áreas exclusivas para pacientes respiratorios
  - Instalación de 941 camas con oxígeno
  - Incorporación de 510 profesionales
  - Dotación de equipos de protección individual a técnicos, enfermeros y médicos
  - 5.400.000 guantes
  - 560.000 mascarillas
  - trajes de protección UTI
  - 86.000 batas de protección
  - 110.000 gorros quirúrgicos
  - 3.500 gafas protectoras.
  - La meta es llegar a 300 camas convencionales y 100 desfibriladores
3. **Capacidad de diagnóstico y Vigilancia Epidemiológica:** se mejoró la capacidad de diagnóstico y vigilancia epidemiológica a nivel país:
  - Triplicando la del Laboratorio Central
  - Habilitando más laboratorios de diagnóstico: laboratorio del IICS, laboratorio de SENACSA, Laboratorios privados certificados
  - Primer centro de toma de muestra express
  - Web app para pacientes en aislamiento con el apoyo de MITIC
  - Plataforma de integración de la información de salud pública y sector privado
  - Ensayos clínicos e investigación de potenciales tratamientos con CONACYT

### **Decretos**

- Decreto N° 3442 - Acciones preventivas
- Decreto N° 3451 - Horario Excepcional de Trabajo
- Decreto N° 3456 - Emergencia Nacional
- Decreto N° 3458 - Cierre parcial y temporal de Puestos de Control Migratorio en Frontera
- Decreto N° 3465 -Control migratorio
- Decreto N° 3475 - MSP coordina planes y acciones de servicios
- Decreto N° 3478 - Medidas Sanitarias
- Decreto N° 3490 - Aislamiento preventivo hasta el 12/04/2020
- Decreto N° 3525 Ampliación de aislamiento preventivo
- Decreto N° 3526 Habilitación de albergues para personas con COVID19
- Decreto N° 3506 Reglamentación de la Ley 6524 Estado de Emergencia
- Decreto N° 3532 Modificación del Decreto N° 3525
- Decreto N° 3537 Extensión de aislamiento preventivo
- Decreto N° 3546 Reglamentación art. 46 de Ley 6524
- Decreto N° 3576 Cuarentena Inteligente FASE-1

## **Resoluciones**

- Resolución N° 76 – COE
- Resolución N° 90 - Medidas para mitigar propagación del COVID-19
- Resolución N° 91 - Se aprueba plan nacional de respuesta a virus respiratorios 2020
- Resolución N° 96 - Precios referenciales para productos
- Resolución N° 99 - Aislamiento preventivo
- Resolución N° 100 - Se aprueba ficha de declaración de salud de viajeros
- Resolución N° 107 - Hidroxicloroquina y Cloroquina
- Resolución N° 109 - Se crea Programa Nacional de Capacitaciones COVID-19
- Resolución N° 112 - Registro obligatorio de personas provenientes del extranjero en plataforma digital
- Resolución N° 113 - Se abroga Res. N° 96, precios referenciales para productos de consumo
- Resolución N° 114 - Notificación obligatoria de casos positivos de COVID-19
- Resolución N° 124 Niveles de coordinación para integración MSP IPS
- Resolución N° 125 - Control de principios activos de hidroxicloroquina y cloroquina
- Resolución N° 127 - COE Regional
- Resolución N° 136 - Mecanismos de coordinación de servicios MSP IPS
- Resolución N° 139 - Servicios de salud a distancia
- Resolución N° 147 - Notificación obligatoria de enfermedades respiratorias y COVID-19
- Resolución N° 166 - Aislamiento supervisado en albergues
- Resolución N° 173 - Medidas destinadas a personas provenientes de otros países
- Resolución N° 177 - Medidas sanitarias ante riesgo de expansión del COVID-19

## Bibliografía

- Anales del Instituto Nacional de Parasitología. (1928). Asunción. Año 1, Nº 1
- Archivo Nacional. Recuperado de: <http://www.archivonacional.gov.py> ANA-AHRP-PY-309-1-2
- Archivo Nacional. Recuperado de: <http://www.archivonacional.gov.py>.Unidad documental simple ANA-AHRP-PY-307-1-4 -
- Archivo Nacional. Recuperado de: <http://www.archivonacional.gov.py>ANA-AHRP-PY-316-1-3
- Becker, 1997
- Bejarano. R. (1982). Síntesis de la Guerra del Chaco. Asunción
- Benavente Ibáñez. "Instantáneas de ayer". La Paz, Bolivia.
- Bertoni, M. (1928). La civilización Guaraní. Parte III. Etnografía: Conocimientos. Puerto Bertoni, Alto Paraná, Paraguay
- Bertoni, Moisés (1928). La civilización guaraní. Parte I. Etnografía: Puerto Bertoni, Alto Paraná, Paraguay
- Biblioteca Surucúa. Gentileza de Luis Verón
- Boletín Epidemiológico. MSPYBS. Año I, No. 2. Diciembre, 1995
- Bustamante, M. (1982). La fiebre amarilla en México y su origen en América. Ensayos sobre la historia de las epidemias en México. Inst. Mexicano de Seguro Social. 1: 19-36
- Caravaglia, J. C. (1984)
- Chiavenatto, J. (1975). Genocídio Americano. A Guerra do Paraguai 2ª Edicao. São Paulo: Editora Brasilence.
- Clarín, 7 de abril del 2003.
- Coney, J. (2009). Tratamiento de la viruela en el Paraguay. Revista Paraguay de Sociología
- Coronavirus Update (Live): Cases and Deaths from COVID-19 Virus Outbreak— Worldometer». Recuperado de: [www.worldometers.info](http://www.worldometers.info).
- Decreto Nº 3478/2020
- Decreto Nº 359 del 18 de Septiembre del 2003
- Del Techo, N. (1897). Historia de la Provincia del Paraguay de la Compañía de Jesús, 5 tomos. Madrid: Editorial A. de Uribe y Cía.
- Diario La Reforma, 1881
- Ecos del Paraguay - Periódico Político, Industrial, Comercial y Literario. Jueves 21 de febrero de 1856 .Asunción -Año II. Nº 50, su único redactor D. I. A. Bermejo
- Ecos del Paraguay. Periódico Político, Industrial, Comercial y Literario. Asunción, jueves 07 de junio de 1855. Año 1. Nº 8
- El Semanario. Asunción, 2-IX-65.
- Elsevier. (2004). Vol. 23. Núm. 1.
- Frago Tasso, A. (1934). História da Guerra entre a Tríplice Alianza e o Paraguai. Rio de Janeiro: Imprensa do Estado Maior do Exército. 5 vol
- Frago Tasso, A. (1959) Historia da Guerra entre a Triplice Alianza e o Paraguai. III Volume. 2ª. Edición. Biblioteca do Exército.
- Franco V.I. Ob, *cit.pags.* 39/41. Citado por *abc* color. La Guerra de la Triple Alianza. Fascículo 44.
- Furlong, G. (1953). José Cardiel y su Carta-Relación (1747). Buenos Aires: Librería del Plata.

- Gill, F. (1786). Disertación físico-medica, en la cual se prescribe un método seguro de preservar a los pueblos de viruela hasta lograr la completa extinción de ellas en todo el reino. 2ª ed, Madrid. También véase Cooper, p. 97.
- González Torres, D. Temas médicos. Pp 232. Capítulo IX
- Halstead, 1982, Bull. WHO 58(1): 1-21).
- Imagen del periódico británico The Lancet 1858
- Informe de Consultoría. (1999). Programa Nacional de Lucha Contra el SIDA”, por el Consultor Vial Saavedra
- Informe del año 1933 presentado por el Dr. Cayetano Masi, Director General del Dpto. de Higiene, al Dr. Narciso Méndez, Ministro del Interior.
- Informe del año 1933 presentado por el Dr. Cayetano Masi, Director General del Dpto. de Higiene, al Dr. Narciso Méndez, Ministro del Interior.
- Informe leído en la 1ª Reunión Plenaria de la XX Asamblea Mundial de la Salud por el Delegado del Paraguay.
- Johns Hopkins University. Coronavirus COVID-19 Global Cases. (2020). Recuperado de: «Coronavirus Update (Live): Cases and Deaths from COVID-19 Virus Outbreak—Worldometer». [www.worldometers.info](http://www.worldometers.info).
- Kouri, G. (2003). Situación del Dengue en las Américas
- La gran epidemia de la viruela en el Paraguay. Recuperado de: <https://www.la-nacion.com.py/gran-diario-domingo/2020/04/05/la-gran-epidemia-de-viruela-en-paraguay/>
- La peste bubónica en Argentina y Paraguay. (1901)
- León, L. (1985). Enfermedad y muerte de Huayna-Cápac. Rev. Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas. Quito. 21 (2): 99-123
- Ley del 16 de agosto de 1899
- López, J. Dengue. Fiebre Quebrantahuesos. Zaragoza, 2103.
- Manual del Barrido Nacional Contra el Sarampión en Menores de 15 años. (1998). Paraguay
- Masi, C. Director General de Higiene; Delegado de la República del Paraguay.
- Mensaje del Presidente Don Carlos Antonio López 1854
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA), Dirección Técnica. Asunción
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa Nacional de Control del Sida/ITS (PRONASIDA)
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa Nacional del Control del Dengue
- Ministerio de Salud Pública. Legajo de Fiebre Amarilla. Año 1937
- Moll, A, O`Leary S. B. Plague in the Americas: An historical and Quasi Epidemiological Survey. Bol. Ofic. Saint Panamer. 1940, mayo Plague in the Américas: Paraguay, 1941, noviembre.
- Nota del 15 de marzo de 1933 del Dr. Cayetano Masi, Director General del Dpto. de Higiene, al Dr. Narciso Méndez, Ministro del Interior.
- Nota enviada por el Dr. José V. Insfrán, Director del Dpto. de Higiene al Sr. Ministro, el 14/XII/37.
- Nota Nº 292 del 9/06/32 dirigida al Ministerio de Guerra y Marina
- Páez, M. et al, (1999)
- Resolución Ministerial Nº 109, 3 de marzo de 2006
- Resolución Ministerial Nº 38, 1988

- Resolución N° 16, 28 de septiembre de 1899
- Revista Paraguaya de EPIDEMIOLOGÍA. Vol. 3, núm. 1 (2012).Junio 2012
- Rodríguez, M. (1929). Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/Peste>. La reciente Peste en el Paraguay, 1929.
- Taboada, A., et al, Vol 3(1)21-28 .Rev. Inst. Med. Trop
- Velázquez Seiferheld, D. (2020). La gran epidemia de Viruela en el Paraguay. Diario La Nación
- [www.revisionistas.com.ar](http://www.revisionistas.com.ar)