

# Meningitis

¿una enfermedad  
bajo censura?



**Rita  
Barradas  
Barata**

## SERIE SALUD COLECTIVA

*El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*  
Lilia Blima Schraiber, 2019

*Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*  
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

*Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*  
Eduardo L. Menéndez, 2020

*Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*  
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

*Pensar en salud*  
Matio Testa, 2020

*Adiós, señor presidente*  
Carlos Matus, 2020

*Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*  
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

*Gestión en salud: en defensa de la vida*  
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

*Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*  
Jairnilson Silva Paim, 2021

*Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina*  
Sonia Fleury, 2021

*Teoría del juego social*  
Carlos Matus, 2021

*La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*  
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

*Salud: cartografía del trabajo vivo*  
Emerson Elias Merhy, 2021

*Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud*  
Hugo Spinelli, 2022

*Saber en salud: La construcción del conocimiento*  
Mario Testa, 2022

*El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante*  
Carlos Matus, 2022

*La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)*  
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

*Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva*  
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

*Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*  
Patricia Aguirre, 2023

*La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*  
Rosana Onocko Campos, 2023

*El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo*  
Eduardo Bustelo, 2023

*De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera*  
María Cecília de Souza Minayo, 2023

*Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*  
Gregorio Kaminsky, 2023

*Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud*  
Mario Testa, 2023

*Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente*  
Naomar de Almeida Filho, 2023

*Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*  
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

*Teoría social y salud*  
Roberto Castro, 2023

*Participación social, ¿para qué?*  
Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli, 2024

*Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes*  
Eduardo L. Menéndez, 2024

*Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología*  
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

*Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*  
Sandra Caponi, 2024

*Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica*  
Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia, 2024

## SERIE CLÁSICOS

*Política sanitaria argentina*  
Ramón Carrillo, 2018

*Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*  
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

*Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo*  
Josué de Castro, 2019

*La salud mental en China*  
Gregorio Bermann, 2020

*La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*  
Giovanni Berlinguer, 2022

*Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*  
Madel T. Luz, 2022

*Hospitalismo*  
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

*Historia y sociología de la medicina: selecciones*  
Henry E. Sigerist, 2024

*Teoría social y salud*  
Floreale Antonio Ferrara, 2024

## SERIE TRAYECTORIAS

*Vida de sanitarista*  
Mario Hamilton, 2021

## SERIE DIDÁCTICA

*Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*  
Marcelo Luis Urquía, 2019

*Método Altadir de planificación popular*  
Carlos Matus, 2021

*Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita*  
Viviana Martinovich, 2022

*pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica*  
Martín Domecq, 2022

*Investigación social: Teoría, método y creatividad*  
María Cecília de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

*Introducción a la epidemiología*  
Naomar de Almeida Filho, María Zélia Rouquayrol, 2023

## SERIE INFORMES TÉCNICOS

*Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*  
Instituto de Salud Colectiva, 2020

# Meningitis: ¿una enfermedad bajo censura?

*Rita Barradas Barata*



**EDUNLA**  
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Barata, Rita Barradas

Meningitis : ¿una enfermedad bajo censura? / Rita Barradas Barata. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo, ; 50)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-74-2

1. Epidemiología. 2. Salud Pública. 3. Medios de Comunicación. I. Título.  
CDD 612.82045

Colección *Cuadernos del ISCo*

Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Carina Pérez, Jorge Arakaki, Mariano Vigo Deandreis*

Coordinación editorial de esta obra: *Serena Perner*

Ilustración de tapa e interiores: *Vladimir Mélnik*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Diseño de ilustraciones: *Guillermo Eisenacht, Marcela El Adem*

Corrección de estilo: *Florencia Brunelli*

Diagramación: *Juan Pablo Vittori, Ivana Leiva Baldis*

Título original: *Meningite: uma doença sob censura?*

Primera edición en portugués: *Cortex Editora, 1988*

Agradecemos a Cortex Editora, por la autorización para la publicación de este texto en español.

© 2024, Rita Barradas Barata

© 2024, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-74-2

DOI [10.18294/CI.9789878926742](https://doi.org/10.18294/CI.9789878926742)

La edición de este libro fue financiada por la Universidad Nacional de Lanús a partir de la Resolución SPU 329/23 y su rectificatoria SPU 394/23 que aprueban y asignan los fondos otorgados por el Programa de Doctorados, de la Dirección Nacional de Programas de Ciencia y Vinculación Tecnológica (DNPCyVT), de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) del Ministerio de Educación de la Nación, 2023.

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. [edunla@unla.edu.ar](mailto:edunla@unla.edu.ar)

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Werthein"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

*A María Augusta, Pedro Paulo y  
Luiz Roberto, mi clack particular*



## Rita Barradas Barata

Nací en São Paulo, en 1952, en la década considerada en Brasil como los “Años dorados” debido a las perspectivas de desarrollo que el país parecía presentar. Estudié Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo entre 1970 y 1975, durante la etapa más dura de la dictadura militar, período en el cual, como estudiante, inicié la investigación epidemiológica que originó el trabajo que se presenta aquí. Terminada la graduación,

entre 1976 y 1977, realicé la residencia en Medicina Social en la Santa Casa y la especialización en la Facultad de Salud Pública de la Universidade de São Paulo (USP). En 1978 ingresé al curso de maestría en Medicina Preventiva en la USP, donde desarrollé la disertación que resultó en este libro. Ese mismo año ingresé como médica sanitarista a la Secretaría de Estado de Salud de São Paulo, como encargada de poner en funcionamiento la Sección de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Emilio Ribas, referencia en enfermedades infecciosas en el estado, y fui contratada como profesora instructora en el Departamento de Medicina Social de la facultad donde me había formado.

A partir de 1980, participé activamente en la creación de la Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva (ABRASCO), inicialmente en el consejo fiscal y posteriormente en la Comisión de Epidemiología, en la presidencia entre 1997 y 2000 y en la Comisión de Ciencia y Tecnología. Al finalizar la maestría pasé a ser profesora asistente y en 1993 ingresé en el doctorado en Medicina Preventiva de la USP. Tras obtener el título de doctora, fui promovida a profesora adjunta, cargo que sigo ocupando actualmente. Con el cierre de la carrera de sanitarista en la Secretaría de Estado de Salud, a finales de la década de 1980, pasé a dedicarme exclusivamente a la docencia y a la investigación, manteniendo actividades de asesoría y cooperación con el Ministerio de Salud a lo largo de los años. Participé activamente en el desarrollo de la política de ciencia y tecnología en salud, tanto en el Ministerio de Salud como en la Sociedad Brasileña para el Progreso de la Ciencia (SBPC) y en el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Durante el período de la presidencia de ABRASCO fui miembro del Consejo Nacional de Salud, representando a la comunidad científica, y presidí la 11ª Conferencia Nacional de Salud en el año 2000.

En los últimos 16 años he participado activamente en el área de evaluación de programas de posgrado en el país, como miembro de comisiones de evaluación, coordinadora del área de Salud Colectiva, miembro del Consejo Superior, Directora de Evaluación y consultora. Durante muchos años fui editora científica de la *Revista de Saúde Pública*. Por mis contribuciones a la Salud Pública brasileña recibí la medalla Oswaldo Cruz, categoría oro, otorgada por el presidente Lula en 2009. Mi producción científica está distribuida en las siguientes temáticas: epidemiología de enfermedades infecciosas, desigualdades sociales en salud, política editorial y política científica, y evaluación de programas de posgrado *stricto sensu*.

Soy autora de numerosos libros, capítulos de libros y artículos científicos, entre ellos: *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde* (2009); en coautoría con Nunez, Santos y Vianna, *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil* (2001); y, en la revista científica *Salud Colectiva*, “*Auto-percepción del estado de salud, las desigualdades en salud y la crisis económica: el caso de España*” (2018).

# Índice

Por qué reeditar este libro <i>Hugo Spinelli</i>	IX
Presentación de la edición digital	XIII
Prólogo de la edición original	XV
Capítulo 1. Epidemias	1
<i>Enfermedad meningocócica en el municipio de San Pablo</i>	7
Capítulo 2. Milagro económico - miseria social: Los caminos de la epidemia	13
Capítulo 3. La ciudad asustada, población atemorizada	51
<i>El sector de la salud</i>	52
<i>El sector de la educación</i>	64
<i>La prensa</i>	68
<i>El cotidiano</i>	73
<i>Repercusiones internacionales</i>	81
<i>El Poder Legislativo</i>	83
Capítulo 4. “Hoy tú eres quien manda...”: El discurso oficial, la acción del Estado	89
Capítulo 5. Cinco años de epidemia: ¡Llegó la vacuna!	113
Conclusiones	135
Bibliografía	139



# Por qué reeditar este libro

*Hugo Spinelli*<sup>1</sup>

La traducción al español y reedición de *Meningitis: una enfermedad censurada*, de autoría de la prestigiosa investigadora y epidemióloga brasileña Rita Barradas Barata coincide con la publicación del libro número 50 de la colección Cuadernos del ISCo, lo que nos provoca una doble alegría: por un lado, el haber llegado a editar medio centenar de libros en Cuadernos del ISCo es cumplir una meta editorial, por otro lado, la alegría es mayor al hacer coincidir esa meta con la publicación de este libro producto de una investigación con compromiso social, que interpela desde la epidemiología a la sociedad ante un evento que afectó la salud de los colectivos sociales de la gran urbe de San Pablo, en la década de 1970, en el marco de la dictadura militar en Brasil (1964 -1984).

La mayor epidemia de enfermedad meningocócica registrada en Brasil ocurrió entre los años de 1969 y 1974. Se inició durante el gobierno de Emilio Garrastazu Medici (1969-1974), y se prolongó hasta 1977, en el gobierno de Ernesto Geisel (1974-1979).

Antes de la epidemia, la tasa de incidencia de la enfermedad en la ciudad de San Pablo era de 1,90 casos por 100.000 habitantes y en el primer año de la epidemia la tasa fue de 2,30 casos, llegando a 169,10 por 100.000 habitantes durante el pico de la epidemia en 1974. Ese aumento de casos se debió a que las autoridades militares de la época no aceptaron la situación, ante los primeros indicios de que se estaba pasando de un estado endémico a un estado epidémico. Como esa situación epidémica afectaba a los barrios empobrecidos no solo no se jerarquizó, sino que no dudaron en censurar la información epidemiológica y cualquier referencia en la prensa de la situación que se vivía.

Los reportes epidemiológicos que seguían la evolución de la epidemia estuvieron sujetos a censura previa por parte del gobierno militar, que determinó que el tema era un asunto de “seguridad nacional”, prohibiendo el uso de la palabra epidemia en los medios de comunicación social. Las notas que los periódicos se proponían publicar eran evaluadas y editadas por la censura (Barata, 2022). Todo ello provocó la reacción de parte de la prensa que tomó diferentes conductas como dejar en blanco el lugar de la nota censurada u ocuparlo con textos de *Os Lusíadas*, obra de referencia de la literatura portuguesa, publicada en 1572, que era una manera de señalar que ese espacio se correspondía con una nota sobre la pandemia que había sido censurada.

---

<sup>1</sup> Director de Cuadernos del ISCo, Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.

La epidemia solo fue noticia cuando alcanzó los barrios de la alta burguesía, pero ya era muy tarde, la epidemia había tomado todos los barrios de la ciudad. La vacunación comenzó recién en 1975, bajo la presidencia de Ernesto Geisel (1974-1979).

La situación anterior nos habla de la dimensión política presente en toda epidemia. Según sea el interés que se persiga, el juego puede consistir en negar o exagerar situaciones sociosanitarias.

La autora realizó el trabajo de campo que dio origen a este libro con 20 años de edad, siendo estudiante de Medicina de cuarto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo, entre los años 1970 y 1975. Años más tarde, entre 1978 y 1985, utilizó esos datos para realizar la tesis de maestría en Medicina Preventiva, a la cual ingresó luego de haber realizado la residencia en Medicina Social, también en la Santa Casa de São Paulo. La tesis fue dirigida por el profesor José da Silva Guedes, el jurado estuvo integrado por Moisés Goldbam y Amelia Cohn, y fue publicada como libro en 1988 (Barata, 1988).

Maria Cecília Donnangelo (Nunes, 2008; Schraiber & Mota, 2015), impulsora de la salud colectiva en Brasil, con formación de grado en Pedagogía y con doctorado en Sociología, fue quien motivó a Rita Barradas Barata a realizar la tesis con el tema de la epidemia, incluyendo componentes sociales como el lugar de residencia de los enfermos, y la acción de los medios de comunicación ante la inacción de las autoridades políticas.

El trabajo de campo implicó revisar certificados de defunción desde 1960 para poder establecer las tasas de mortalidad de meningitis meningocócica. El problema que tuvieron fue el volumen de datos que, para la época, solo podían ser procesados por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), que accedió a procesar la información y le demandó a la institución un mes de trabajo.

Este libro destaca la importancia de una mirada social desde la epidemiología (Barata, 1999) y la utilidad de problematizar situaciones concretas del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, que los trabajadores de los equipos de salud enfrentan a diario y muy pocas veces se proponen publicar, al imaginar que solo puede ser científico un texto si está acompañado de complejas fórmulas y la utilización de sofisticadas técnicas de análisis. Este texto constituye un buen ejemplo que debe ser tomado como desafío para que esos colectivos de trabajadores cambien esas ideas colonizadoras y se propongan publicar las situaciones que a diario enfrentan y señalan las grandes desigualdades sociales que atraviesan las sociedades que integramos y que permanecen silenciadas. Llevar adelante ese trabajo es también una acción científica, entendida como ciencia contextualizada y no como cientificismo, al decir de Oscar Varsavsky (1974).

## *Bibliografía*

- Barata, R. B. (2022). Vigilância epidemiológica: breve histórico e a experiência dos Estados Unidos e do estado de São Paulo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. 2, p. e2021115.
- Barradas, R. C. B. (1999). O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Informe Epidemiológico do Sus*, v. 8, n. 1, p. 7-15.

- Barata, R. C. B. (1988). *Meningite: uma doença sob censura?* São Paulo: Cortez Editora.
- Nunes, E. D. (2008). Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 909-916.
- Schraiber, L. B.; Mota, A. (2015). The social in health: trajectory and contributions of Maria Cecília Ferro Donnangelo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 5, p. 1467-1473.
- Varsavsky, O. (1974). *Ciencia, política y cientificismo*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.



# Presentación de la edición digital

Cuando este texto fue publicado por primera vez en Brasil, habían pasado tres años desde su presentación como disertación de maestría en el Programa de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidade de São Paulo y 11 años desde el final de la epidemia de enfermedad meningocócica, que tuvo lugar en la ciudad de San Pablo entre 1970 y 1977, y que es el objeto de estudio de este trabajo. En ese momento, era relativamente raro que una disertación de maestría fuera publicada por una editorial comercial, aunque esta estuviera bastante vinculada a la Pontificia Universidade Católica de São Paulo.

Cuando Hugo Spinelli se puso en contacto conmigo, sugiriendo la publicación del texto tantos años después, me sentí muy agradecida por el interés, pero al mismo tiempo, un poco preocupada por el hecho de que el texto retratara una situación ocurrida hace tanto tiempo.

Al releer todo el texto, me di cuenta de que, a pesar de tratarse de un evento único –tal como Foucault clasifica a las epidemias– las dimensiones epidemiológicas, sociales y políticas de un acontecimiento como este pueden proporcionar pistas y conocimientos útiles, incluso después de haber concluido.

La pandemia de covid-19, con una magnitud y repercusiones inimaginables, aunque en cierta medida previsible, parece habernos tomado a todos desprevenidos y sin saber muy bien cómo actuar. En estas circunstancias, volver a examinar eventos cruciales ocurridos anteriormente puede guiarnos en el enfrentamiento de nuevos problemas. No es casual que, en muchos países, los epidemiólogos y sanitarios recurrieran a los relatos de la gripe española en busca de elementos para comprender la nueva crisis y, en Brasil, muchos miraran hacia la epidemia de enfermedad meningocócica, de un pasado más reciente.

Tener este texto ahora publicado en español, facilitando su conocimiento a profesionales y trabajadores de la salud colectiva en los países latinoamericanos, es un gran orgullo para mí. Hace años que trabajo en la enseñanza de la epidemiología en Argentina y participo en iniciativas de la OPS y la Asociación Internacional de Epidemiología en América Latina y el Caribe, lo que me ha acercado mucho a los compañeros y las compañeras de habla hispana.

Aunque los hechos relatados ya sean historia, en el sentido de que ya están en el pasado, habiendo ocurrido hace más de cincuenta años, espero que el enfoque adoptado en este estudio y algunas de las reflexiones aquí registradas aún sirvan para ampliar la comprensión de fenómenos colectivos como las epidemias, recordando que, además de ser eventos epidemiológicos, son acontecimientos sociales y políticos, y que para enfrentarlos es necesario considerar toda esa complejidad.

Espero que hoy puedan aprovechar estas reflexiones y, eventualmente, encontrar paralelismos entre lo que aquí se relata y otras tantas circunstancias que hemos vivido a lo largo del tiempo en nuestros países que, a pesar de ser diferentes, comparten mucho de una herencia cultural, social y política común.



# Prólogo de la edición original

En los últimos meses, hemos visto diariamente en los periódicos titulares relacionados con la epidemia de meningitis en San Pablo. Entonces, ¿cómo considerar la meningitis como una enfermedad bajo censura? Muchos lectores deben estar preguntándose sobre todo de qué tipo de censura se trata.

Bueno, el título se refiere a la censura ejercida por el gobierno militar durante la epidemia de meningitis meningocócica que azotó a San Pablo en la década de 1970.

La enfermedad fue considerada una “cuestión de seguridad nacional” y los medios de comunicación estaban sujetos a censura. La radio y la televisión tenían prohibido hacer cualquier mención a la epidemia, mientras que los periódicos y las revistas tenían que someter sus artículos a revisión previa.

Así que convivimos con la paradoja de que las imágenes de la epidemia se difundían en varios países europeos, mientras que aquí el Servicio Nacional de Informaciones las prohibía. Esta actitud solo cambió cuando se necesitó convocar a la población para una vacunación masiva en abril de 1975, en el sexto año de evolución de la epidemia.

Estas y otras historias forman parte de este libro. El objeto de estudio es la epidemia de meningitis meningocócica que ocurrió en la década de 1970. Curiosamente, vemos que muchos de esos eventos se repiten hoy, aproximadamente 17 años después. Una vez más, diferentes sectores sociales parecen estar mal preparados y desinformados para enfrentar el problema. De esta manera, un trabajo que inicialmente se pretendía solo un registro histórico se vuelve repentinamente actual.

Aunque hoy en día se presentan varios aspectos diferentes, comenzando por el propio agente etiológico (un meningococo menos agresivo), diversos factores permanecen sin cambios o son muy similares a los que estuvieron relacionados con la epidemia anterior. Entre ellos, la creciente miseria de la población marginada en las afueras de las grandes ciudades y la estructura autoritaria e ineficiente del Estado brasileño, dos ingredientes de suma importancia en el proceso de producción de enfermedades y en las posibles soluciones.

Este libro, además de contar la historia de una de las mayores epidemias de meningitis de las que se tiene conocimiento, pretende contribuir al debate que actualmente se desarrolla en el campo de la salud colectiva: por un lado, las propuestas hegemónicas de conocimiento de la realidad que se basan en el enfoque ecológico de los problemas de salud; y por otro lado, aquellos que asumen el materialismo dialéctico como marco teórico de explicación y buscan demostrar la determinación social del proceso salud-enfermedad.

Para que los lectores puedan comprender mejor el contenido del libro, a continuación describimos brevemente las diferentes líneas de enfoque correspondientes a los diferentes capítulos y los métodos empleados en cada uno de ellos.

El estudio de la epidemia se llevó a cabo desde tres enfoques de análisis. En primer lugar, buscamos “contextualizar” la aparición de la epidemia. Es decir, determinar

el trasfondo socioeconómico y político en el que surge la epidemia y describir su progresión, demostrando que los diferentes segmentos sociales no son afectados de manera uniforme: la epidemia comenzó en la periferia, propagándose en ondas concéntricas, y después de cuatro años llegó al área central.

La segunda línea de análisis busca demostrar que la epidemia es más que simplemente un número excesivo de casos similares, es un acontecimiento social que va más allá de esa caracterización. Intentamos describir las alteraciones producidas por la epidemia en la vida cotidiana de las personas e instituciones involucradas en ella.

La tercera línea de análisis busca retratar las repercusiones políticas del fenómeno epidémico, mirando las actitudes asumidas por las autoridades sanitarias en relación con el reconocimiento y control de la epidemia.

A fin de realizar el estudio en estos diferentes niveles, para comprender la naturaleza histórica del fenómeno epidémico, fue necesario utilizar distintas técnicas de aproximación a la realidad.

Para caracterizar el surgimiento y progresión de la epidemia, usamos técnicas de la epidemiología descriptiva. Se estudiaron todos los casos sospechosos de meningitis ingresados en hospitales de la ciudad de San Pablo entre 1960 y 1977. Se trabajó con los casos confirmados de enfermedad meningocócica, distribuyéndolos según el lugar de residencia de los pacientes. Construimos diagramas de control por distritos y subdistritos con el fin de caracterizar el inicio de la epidemia en cada uno de ellos y así identificar el avance del proceso.

Para analizar las repercusiones sociales y políticas optamos por la técnica de análisis de contenido utilizando como fuente de información noticias publicadas en la prensa y en documentos oficiales. Pretendemos utilizar las noticias como registro de los acontecimientos de la época. Consultamos los archivos de tres publicaciones periódicas y la colección de una revista. De los 1.361 artículos publicados seleccionamos 504 para el análisis, excluyendo aquellos que solo presentaban tablas numéricas, aspectos clínicos de la enfermedad, hacían referencia a otras localidades o resumían artículos más extensos ya publicados.

También fue posible, a través de la comparación entre materiales publicados y censurados, evaluar los criterios adoptados por la censura a la que estaban sujetos todos los medios de comunicación en ese momento. En general, eran censuradas las informaciones sobre la magnitud de la epidemia, los artículos que pretendían relacionar la ocurrencia de la epidemia con la situación socioeconómica y política del país y los que mencionaban las repercusiones de la epidemia en el exterior.

La necesidad de construir una metodología combinando técnicas cualitativas y cuantitativas deriva de las características del objeto de estudio y del deseo de superar los estrechos marcos de la ciencia positiva, que comúnmente reduce el estudio de las cuestiones de salud a sus aspectos exclusivamente biológicos, borrando su historicidad.

A pesar de ser un estudio de un hecho único, creemos que puede servir para comprender algo sobre los procesos epidémicos en general y, principalmente, para esclarecer las formas en que operan algunas instancias del poder estatal em circunstancias similares.

Excelencia, la epidemia avanza con una rapidez que supera todos los socorros. Los barrios están más contaminados de lo que se puede imaginar, lo que me lleva a pensar que es necesario ocultar la situación y no revelar la verdad al pueblo a cualquier precio. Además, en este momento, la enfermedad está afectando principalmente a los barrios periféricos, que son pobres y están superpoblados. Al menos hay algo satisfactorio en nuestra desgracia.

(Albert Camus, *Estado de sitio*).

...la epidemia tiene una especie de individualidad histórica. De ahí la necesidad de utilizar un método de observación complejo con ella. Siendo un fenómeno colectivo, exige una mirada múltiple; siendo un proceso único, es necesario describirlo en su singularidad, accidentalidad e imprevisibilidad.

(Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica*).



# Capítulo 1

## Epidemias

La característica distintiva de las epidemias radica en su manifestación colectiva y singular; colectiva en tanto que es un fenómeno que afecta a grupos de individuos y provoca cambios en su forma de vivir, y singular en tanto que es un evento único en la unidad de tiempo y espacio en la que ocurre.

Las prácticas de intervención utilizadas para combatir las epidemias reflejan, por un lado, el conocimiento que se tiene del fenómeno y, por otro lado, las formas en que el Estado actúa en cada período histórico.

Las epidemias siempre han estado presentes en la historia de la humanidad, intensificándose en períodos de transición entre modos de producción y en momentos de crisis social.

Existen numerosos relatos de epidemias durante la Antigüedad y la Edad Media. Sin embargo, es en el período de transición entre el modo de producción feudal y el modo de producción capitalista (mercantilismo) que las “pestes” adquieren proporciones devastadoras.

Las palabras latinas *pestes* y *pestilencia* se utilizan para indicar cualquier enfermedad con una alta mortalidad que afecta a un gran número de personas al mismo tiempo, sin necesariamente referirse a una enfermedad en particular.

La peste negra, una pandemia de peste bubónica en el siglo XIV, tuvo un gran impacto en la población de los países europeos. Las citas siguientes muestran las concepciones sobre esta epidemia y las prácticas preventivas y terapéuticas de la época.

“Debido a una infección en el aliento que se esparció a su alrededor mientras hablaban, se infectaron mutuamente [...] y no solo moría cualquiera que hablara con ellos, sino también cualquiera que comprara, tocara o tomara algo que les perteneciera” (Michele Piazza, monje franciscano).

Como autodefensa, no había nada mejor que huir de la región antes de que se infectara y tomar purgantes de píldoras de áloe, reducir la sangre a través de la flebotomía y purificar el aire con fuego, reconfortar el corazón con sen y sustancias perfumadas, y suavizar los humores con tierra de Armenia y resistir la putrefacción con sustancias ácidas. (Guy de Chauliac, médico)

En medio de tanta aflicción y miseria en nuestra ciudad (Florencia), la reverenda autoridad de las leyes, tanto divinas como humanas, caía y se disolvía. Los ministros y ejecutores de las leyes, al igual que los demás hombres, estaban todos muertos, enfermos o habían perdido a sus familiares, de modo

que no podían desempeñar ninguna función. Como resultado de esta situación, era lícito para todos hacer lo que quisieran. (Boccaccio)

En 1348, la Facultad de París recomendó medidas profilácticas que incluían la fumigación de hogares y lugares públicos con incienso de manzanilla, abstenerse de comer pollo o carnes grasas y aceite, evitar dormir después del amanecer, considerar peligrosos los baños y letales las relaciones sexuales, y lavar las habitaciones de los enfermos con vinagre y agua de rosas.

A pesar de que se tenía un conocimiento relativamente bueno sobre el contagio derivado de observaciones empíricas, la falta de conocimiento sobre los mecanismos de la enfermedad y las medidas terapéuticas llevó a la adopción de prácticas completamente ineficaces, revestidas solo de valor ritual.

En el siglo XIV, se instituyó la cuarentena en algunos puertos italianos, que consistía en el aislamiento de marineros procedentes de áreas endémicas o epidémicas durante 40 días antes de poder ingresar a las ciudades.

En el siglo XVII, la teoría miasmática fue presentada de manera más elaborada por Boyle y Sydenham para explicar el surgimiento de las epidemias, utilizando el concepto de *constitución epidémica*:

Existen diferentes constituciones en diferentes años. No provienen ni del calor ni del frío, ni de la humedad ni de la sequedad, sino que dependen de ciertas alteraciones misteriosas e inexplicables en las profundidades de la Tierra. A través de sus emanaciones, la atmósfera se contamina y los organismos humanos se predisponen y se ven afectados. [...] Si las profundidades de la Tierra, a través de varias alteraciones, emiten vapores que contaminan el aire o si la atmósfera se ve modificada por cambios inducidos por conjunciones peculiares de algún cuerpo celeste, la verdad es que en cierto momento el aire se convierte en un material lleno de partículas hostiles para la economía del cuerpo humano, al igual que en otras ocasiones se impregna de partículas provenientes de la descomposición de cuerpos de diferentes especies de animales salvajes. Cada vez que inhalamos estos miasmas dañinos y naturales con nuestra respiración, mezclándolos con nuestra sangre, caemos enfermos de enfermedades epidémicas que son capaces de generar. La naturaleza utiliza la fiebre como su instrumento habitual para eliminar del cuerpo cualquier material hostil que pueda acecharlo. Estas enfermedades suelen ser llamadas epidémicas. (Keele, 1974, pp. 240-248)

Las enfermedades epidémicas se consideran entidades cualitativamente diferentes de las enfermedades no epidémicas. Un cierto estado de la atmósfera es la causa de estas enfermedades. La noción de contagio está presente a través de la idea de partículas que se inhalan. Aunque la comprensión de las causas de los miasmas no es del todo clara, la idea del miasma y su mecanismo de acción en el individuo es lo suficientemente lógica como para ser aceptada. Las medidas profilácticas se centrarán en la higiene y el saneamiento ambiental. Por ejemplo, la obligatoriedad del entierro

evitaría la contaminación del aire con partículas procedentes de la descomposición de los cuerpos.

Foucault, al comentar la concepción de epidemia de la medicina de especies en el siglo XVIII, afirma:

No toda constitución es una epidemia, pero la epidemia es una constitución de fenómenos más constantes y homogéneos [...] la epidemia es más que una forma particular de enfermedad, es en el siglo XVIII un modo autónomo, coherente y suficiente de ver la enfermedad [...] No hay diferencias de naturaleza o especie entre una enfermedad individual y un fenómeno epidémico; basta con que una afección esporádica se reproduzca algunas veces y simultáneamente para que haya epidemia. Es un problema puramente aritmético de umbral, lo esporádico es simplemente una epidemia infraliminar. Se trata de una percepción no esencial y ordinal como la de la medicina de especies, sino cuantitativa y cardinal. (Foucault, 1977)

Así, la esencia de la epidemia ya no reside en esta o aquella enfermedad, sino que su base radica en una serie de circunstancias presentes en un lugar y en un momento determinado. La enfermedad siempre se repite, mientras que la epidemia, en este sentido, es única. Lo que hace que la epidemia sea un hecho único es la especificidad del contexto en el que ocurre, no la esencia de la enfermedad en cuestión.

Paralelamente, en el siglo XVIII se desarrolla un conjunto de acciones estatales en relación con la salud pública, que se conoce como policía médica. La intervención del Estado en cuestiones de salud se amplía para incluir la supervisión de lugares de trabajo, la obligación de incinerar o enterrar cadáveres, el control sobre el comercio de alimentos, el saneamiento de viviendas y otras medidas destinadas a mejorar las condiciones de vida en la ciudad (Rosen, 1979).

En el siglo XIX, como resultado de las ideas desarrolladas durante la Revolución francesa sobre las relaciones entre las condiciones socioeconómicas y la salud, se consolida la concepción de la medicina social, especialmente en Francia y Alemania, influenciada por el desarrollo de las ciencias humanas en estos países.

Virchow, uno de los principales exponentes de esta corriente, desarrolló una teoría de las enfermedades epidémicas a partir del estudio de la epidemia de tifus en Silesia en 1847. Su investigación lo llevó a concluir que las causas eran principalmente sociales, políticas y económicas en lugar de biológicas y físicas. La epidemia se veía como una manifestación del desajuste social y cultural (Rosen, 1979).

Si la enfermedad es una expresión de la vida individual en condiciones desfavorables, entonces la epidemia debe indicar trastornos a mayor escala en la vida de las masas. [...] ¿No apuntarán siempre las epidemias hacia las deficiencias de la sociedad? Se pueden señalar como causas las condiciones atmosféricas, los cambios cósmicos generales y cosas similares, pero por sí solos estos problemas nunca causan epidemias. Solo pueden producirlas

donde, debido a condiciones sociales de pobreza, la gente ha vivido durante mucho tiempo en una situación anormal. (Rosen, 1979)

Virchow clasificaba las epidemias en naturales y artificiales, dependiendo de si eran causadas por cambios en las condiciones de vida que ocurrieron espontánea o artificialmente debido al modo de vida. Las epidemias artificiales eran, según él, el resultado de una cultura falsa. Es decir, una cultura inaccesible para todas las clases sociales. Por lo tanto, la existencia de tales epidemias indicaba deficiencias en la organización política y social, afectando principalmente a las clases dominadas, y también podían tomarse como una manifestación del proceso histórico en transformación.

La historia ha demostrado más de una vez cómo los destinos de los imperios más grandes fueron decididos por la salud de su pueblo y su ejército; no hay duda de que la historia de las enfermedades epidémicas debe ser una parte inseparable de la historia cultural de la humanidad. Las epidemias son grandes señales de alerta que muestran al verdadero estadista que ha ocurrido una perturbación en el desarrollo de su pueblo, que ni siquiera una política caracterizada por la indiferencia puede negar. (Rosen, 1979)

Frente a esta concepción, la práctica de intervención ya no podía seguir siendo la de la policía médica. Los defensores de la medicina social atribuían al Estado el cuidado de la salud, pero proponían cambios profundos en la organización política y social. “La primera tarea del médico es política; la lucha contra la enfermedad debe comenzar con una guerra contra los malos gobiernos; el hombre solo será totalmente y definitivamente saludable si primero es liberado” (Foucault, 1977).

Al mismo tiempo que se desarrollaba la medicina social en Francia y Alemania, en Inglaterra comenzaba a tomar forma la reforma sanitaria, que, sin negar las relaciones entre las condiciones de vida y la presencia de enfermedades, se proponía intervenir en ciertos aspectos de la vida urbana sin modificar la organización social.

Con la derrota de los movimientos políticos a los que estaban vinculados los defensores de la medicina social y con los descubrimientos bacteriológicos, la corriente reformista se consolidó. Los problemas se trasladaron de la esfera de la producción a los “hábitos morales” de la población trabajadora, y la práctica política propuesta por la medicina social se transformó en una práctica educativa basada en la transmisión de principios higiénicos adecuados.

En sus famosos estudios sobre las epidemias de cólera en Londres publicados en *Sobre la manera de transmisión de la cólera*, Snow afirma:

Nada favorece más la propagación del cólera que la ausencia de higiene personal, ya sea por hábito o escasez de agua [...] a menos que estas personas (las que cuidan de los enfermos) sean extremadamente limpias en sus hábitos y se laven las manos antes de comer, es inevitable que accidentalmente ingieran un poco de excreción y la depositen en los alimentos que tocan o

preparan, alimentos que luego son consumidos por el resto de la familia, que, en el caso de la clase trabajadora, a menudo se ve obligada a comer en la habitación del enfermo. (Snow, 1967)

Entre las medidas propuestas por Snow durante las epidemias de cólera se incluyen: mantener una higiene escrupulosa, especialmente las personas que cuidan de los enfermos; lavar inmediatamente la ropa de los enfermos; hervir y filtrar el agua para beber; consumir solo alimentos cocidos o fritos; aislar al enfermo; informar al público sobre la transmisión de la enfermedad.

Para prevenir la ocurrencia de epidemias, el autor propone un sistema eficiente de drenaje, suministro de agua de buena calidad, la creación de albergues para indigentes y pobres en general, hábitos de higiene personal para todos, vigilancia de las personas y barcos procedentes de áreas infectadas.

El carácter de la reforma sanitaria está presente en estas medidas, al igual que la reducción de la determinación social a los hábitos y modos de vida de las poblaciones pobres es evidente en la discusión sobre el modo de transmisión de la enfermedad.

La crítica que se está haciendo aquí al trabajo de Snow no pretende invalidar su gran contribución al conocimiento del cólera y su mecanismo de transmisión, así como al desarrollo del método de investigación epidemiológica; simplemente pretende resaltar la reformulación que sufrió la concepción de la causalidad social de las epidemias en Inglaterra.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, las epidemias aparecen inicialmente relacionadas con la expansión imperialista de las potencias europeas y EEUU, y posteriormente se expanden en los países del tercer mundo.

En relación con este período, Breilh comenta:

En lugar de incorporar hallazgos como los microbiológicos al enfoque integrador de los anticontagionistas (defensores de la medicina social), situando a los gérmenes como una condición necesaria pero insuficiente, se distorsionó el proceso, convirtiendo a los gérmenes y las alteraciones funcionales en la única causa de las enfermedades. El capitalismo logró así mistificar la salud-enfermedad, ocultando bajo la alfombra de la unicausalidad la epidemiología más amplia de Virchow. (Breilh, 1980)

Las dificultades encontradas por los conquistadores en la colonización de las colonias hicieron que los estudios de las “enfermedades tropicales” fueran prioritarios. El enfoque de estas investigaciones buscaba dejar claro que las agresiones sufridas por los seres humanos provenían de causas naturales y estaban completamente desvinculadas de la forma de organización social dominante.

En los primeros 20 años de este siglo, se llevaron a cabo varios proyectos financiados por fundaciones estadounidenses o patrocinados por instituciones internacionales con el objetivo de erradicar enfermedades como la malaria, la fiebre amarilla y la oncocercosis.

Las palabras del vicepresidente de la *United Fruit Company* citadas por Breilh son bastante ilustrativas en cuanto a los objetivos de estos proyectos:

En las áreas subdesarrolladas en las que las compañías estadounidenses han tenido éxito en la creación de grandes empresas, y donde aún hoy continúan, uno de los factores principales fue el establecimiento de condiciones de salud en las que las personas no solo pudieran existir, sino también trabajar [...] no habría sido posible extraer minerales, cultivar plátanos ni extraer petróleo si este aspecto fundamental no hubiera sido considerado. (citado en Breilh, 1980)

La adopción del modelo unicausal llevó a que los programas de intervención de la época se centraran en la erradicación de las enfermedades. Se imaginaba que el desarrollo científico y tecnológico proporcionaría los instrumentos necesarios para lograr este objetivo.

En la década de 1930, Soper ratificó la imposibilidad de tales medidas y sugirió la adopción de metas como el “control razonable de estas enfermedades” en lugar de la erradicación.

Después de la Segunda Guerra Mundial, surgieron conceptos de contención y vigilancia claramente inspirados en lo militar. La salud pública adoptó la visión del “enemigo” y su “contención”. Para ilustrar este fenómeno, García cita un pasaje de un informe sobre el control del *Anopheles gambiae*: “La estrategia de la campaña fue similar a la estrategia de la batalla de Bulge. El enemigo tuvo que ser inicialmente contenido dentro del área en la que había establecido su dominio para luego ser rodeado y eliminado” (citado en Breilh, 1980).

El mismo informe concluye afirmando: “el precio de la libertad es la vigilancia eterna, ya sea que los mosquitos sean la amenaza o las malas intenciones del hombre” (citado en Breilh, 1980).

A finales de la década de 1960 y principios de la década de 1970, la noción de contención fue reemplazada por la de “vigilancia epidemiológica”, que presupone una alerta constante y la implementación de acciones de control inmediato para circunscribir el problema en su fase inicial.

Estas son las concepciones que aparecerán cuando analicemos el comportamiento de las autoridades sanitarias frente a la epidemia de enfermedad meningocócica en San Pablo.

Antes de entrar en la discusión de estos aspectos, consideramos relevante presentar algunos datos sobre el desarrollo histórico de la enfermedad en el municipio de San Pablo.

## Enfermedad meningocócica en el municipio de San Pablo

En un artículo publicado en 1914, el Dr. Melquíades Junqueira, médico del Hospital de Aislamiento, informa sobre todos los casos conocidos de la enfermedad en el período de 1906 a 1913. Durante este tiempo, se atendieron 53 casos en el Hospital de Aislamiento (Junqueira, 1914).

Los primeros casos conocidos ocurrieron entre inmigrantes extranjeros recién llegados al país que ya presentaban síntomas uno o dos días antes de llegar al albergue de Inmigración en el barrio de Brás.

De los 53 casos en este período, 24 (45,3%) afectaron a extranjeros y 13 de ellos fueron removidos directamente del albergue de Inmigración.

La distribución de casos y muertes en este período se puede observar en la Tabla 1. La gran variación en la tasa de letalidad, así como el aparente aumento en la incidencia a partir de 1912, parece reflejar el problema de subnotificación que probablemente existía en esa época, además de las dificultades en el diagnóstico y el acceso de la población a los servicios de salud.

El Dr. Lucas Assumpção, en un artículo publicado en 1929, presenta los coeficientes de morbilidad, mortalidad y letalidad por meningitis meningocócica en San Pablo, en el período de 1920 a 1928. Junto con el comportamiento epidemiológico, se discuten hallazgos bacteriológicos, incluyendo la identificación de los serogrupos.

El autor afirma que encontró correspondencia entre la aglutinación de cepas con el suero A francés y el suero I americano, y que estas fueron las más comúnmente encontradas. Los datos de morbilidad, mortalidad y letalidad se presentan en la Tabla 2.

Tabla 1. Casos, muertes y letalidad por meningitis meningocócica. San Pablo, Brasil, 1906-1913.

Año	Casos	Muertes	Tasa de letalidad (%)
1906	8	7	87,5
1907	1	1	100,0
1910	1	1	100,0
1911	5	4	80,0
1912	15	4	26,7
1913	23	10	43,5
Total	53	29	54,7

Fuente: Junqueira (1914). Meningitis cérebro espinal por meningococos. *Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia*. San Pablo, n. 2, pp. 42-63.

Tabla 2. Coeficiente de morbilidad, mortalidad y letalidad por meningitis cerebroespinal epidémica. San Pablo, Brasil, 1920-1928.

Año	Morbilidad (por 100.000 habitantes)	Mortalidad	Letalidad
1920	-	4,28	-
1921	10,6	3,54	31,7
1922	15,2	4,54	29,8
1923	12,4	4,45	35,8
1924	8,2	2,15	26,1
1925	6,6	3,54	53,5
1926	4,4	2,53	60,5
1927	3,1	1,16	36,6
1928	3,6	1,89	51,3

Fuente: Assumpção (1929). Estudio epidemiológico y bacteriológico de la meningitis cerebroespinal epidémica en la ciudad de San Pablo, Brasil. Separata de la *Revista de Biología e Higiene*, San Pablo, n. 2.

En el período de 1928 a 1931, se examinaron 474 muestras de LCR de casos sospechosos de meningitis, según la información contenida en el artículo del Dr. Carvalho Lima. De estas muestras, 230 (48,5%) resultaron positivas en el examen bacteriológico, y en 84 de ellas (34,7%) se aisló el meningococo como el germen causante.

En el período de 1955 a 1959, según el informe de los profesores Ary W. Schmid y Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão sobre las meningitis bacterianas, el 33,4% fue causado por la *Neisseria meningitidis*, lo que muestra una proporción similar a la del período 1928-1931.

En ese mismo artículo, Ayrosa Galvão y Schmid presentan los coeficientes de morbilidad de la meningitis meningocócica en San Pablo durante el período de 1935 a 1958, con datos del Servicio de Epidemiología de la Secretaría de Salud (Tabla 3).

Observando esta serie histórica, es fácil detectar una alta incidencia en el período de 1945 a 1951, lo que caracteriza probablemente el primer brote epidémico conocido de la enfermedad en San Pablo.

Los autores, a través de la construcción de un diagrama de control, detectaron el inicio de la epidemia en julio de 1945. Informan sobre la ocurrencia de epidemias, aproximadamente en la misma época, en varios países, incluyendo países europeos, africanos y asiáticos. En 1934 hubo una epidemia en Israel; en 1937, en Chipre; en 1939, en Alemania, Austria y Marruecos; en 1940, en Francia, Inglaterra, Suiza y Australia; en 1941, los brotes aparecieron en Bélgica, Canadá, Chile, Dinamarca,

Tabla 3. Coeficiente de morbilidad (por 100.000 habitantes) de la meningitis meningocócica. San Pablo, Brasil, 1935-1958.

Año	Morbilidad	Año	Morbilidad
1935	3,65	1947	25,00
1936	3,41	1948	18,00
1937	3,79	1949	8,76
1938	2,64	1950	6,01
1939	3,49	1951	4,80
1940	3,35	1952	2,75
1941	2,09	1953	2,14
1942	3,91	1954	2,93
1943	2,28	1955	2,92
1944	2,35	1956	2,56
1945	9,41	1957	2,50
1946	20,17	1958	1,73

Fuente: Schmid & Ayrosa-Galvão (1961). Alguns aspectos da meningite meningocócica no município de San Pablo. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, n. 26, pp. 15-39.

Noruega, Nueva Zelanda y Suecia; en 1942, en Tanganica (hoy Tanzania); en 1943, en EEUU; en 1944, en Siria y Sudáfrica; en 1945, en Angola y Japón; y en 1950, en Sudán.

Estas epidemias ocurrieron durante la Segunda Guerra Mundial y en la posguerra, por lo que probablemente reflejaron los graves y profundos cambios sociales que experimentaron las poblaciones de estos países durante el conflicto.

La epidemia ocurrida en Chile en 1941-1942 se considera excepcional debido a la intensidad con la que se presentó. El coeficiente de morbilidad fue de aproximadamente 117,70 casos por 100.000 habitantes y el coeficiente de mortalidad fue de 18,56 muertes por 100.000 habitantes, con una tasa de letalidad del 15,9%. En las áreas más afectadas, había una gran aglomeración de personas en los hogares, con alrededor de siete personas por dormitorio y 2,9 personas por cama (Pizzi, 1944).

Durante el período de 1952 a 1970, la incidencia de la enfermedad meningocócica volvió a ser endémica en San Pablo.

En la década de 1970, ocurrió la gran epidemia que aborda este trabajo. Al igual que el brote de 1945, el de 1970 no fue un evento aislado. Varios países de todo el mundo experimentaron epidemias de enfermedad meningocócica en ese momento, incluyendo Finlandia, Islandia, Noruega, países africanos del llamado “cinturón de la meningitis” (Chad, Dahomey, Malí, Níger, Nigeria, Senegal, Sudán y Alto Volta),

países asiáticos como Mongolia y Vietnam, y países europeos como Francia, España, Italia, Polonia, Yugoslavia, Rusia y el Reino Unido (Farries, 1975; Salmi et al., 1976; Lsnin, 1979; Peltola, 1982; Oberti, 1981).

La epidemia que ocurrió en el municipio de San Pablo fue importante en este contexto por varias razones. En primer lugar, la incidencia de la enfermedad fue muy alta, alcanzando una tasa de 169,13 casos por 100.000 habitantes en 1974, superando así la tasa de incidencia observada en Chile en 1941. En segundo lugar, la epidemia fue inicialmente causada por meningococos del serogrupo C, que hasta entonces no se habían encontrado como los más frecuentes en otras epidemias. En tercer lugar, la superposición de epidemias por los serogrupos A y C a partir de 1974 también parece haber sido inédita. Finalmente, la epidemia proporcionó la primera gran prueba a gran escala de las vacunas antimeningocócicas y la adopción de un esquema de vacunación sin precedentes, en el que alrededor de nueve millones de habitantes de la región metropolitana fueron vacunados en solo cuatro días.

“Que se garantice a la familia brasileña, en las ciudades y en el campo, una mayor seguridad contra ese miedo desmoralizante a la propia condición humana, que es el miedo a la enfermedad, el miedo a la invalidez, el miedo al desempleo, el miedo a la miseria”. (Presidente Ernesto Geisel al tomar juramento al ministro de Seguridad Social Nascimento e Silva en julio de 1974)



## Capítulo 2

# Milagro económico - miseria social: Los caminos de la epidemia

El contexto en el que florece la epidemia de la enfermedad meningocócica en la ciudad de San Pablo es el de la década de 1970, cuando el país experimentaba el llamado “milagro” económico. La ruptura del modelo desarrollista populista en abril de 1964 fue seguida por la implementación de un nuevo modelo económico y político caracterizado por la centralización; la ampliación de la participación del capital extranjero en la economía con la desnacionalización de las empresas; una política antiinflacionaria basada en la restricción salarial, la reducción del déficit presupuestario, la reforma tributaria y la restricción del crédito; y la creación de un nuevo pacto de poder que fortaleció y amplió los lazos de dependencia a nivel internacional, excluyendo a la mayoría de la sociedad de la participación política (Luz, 1979; Singer, 1976).

A pesar del crecimiento económico vertiginoso, la política de restricción salarial, la represión política, los movimientos migratorios del campo a la ciudad y del norte/noreste al sureste, y el rápido crecimiento de la periferia de las grandes ciudades urbanas conformaron el telón de fondo de las condiciones sociopolíticas y socioeconómicas propicias para la aparición y propagación de la epidemia.

Por sí solas, estas condiciones no explican el surgimiento de la epidemia. Sin embargo, creemos que sin ellas la epidemia no habría alcanzado la magnitud que alcanzó. Las condiciones de vida miserables a las que estaban sometidos aproximadamente dos tercios de la población del municipio de San Pablo, residentes en la periferia, favorecieron en gran medida la aparición y posterior propagación de los casos.

Las condiciones de vida y trabajo a las que estaban sometidos grandes segmentos de la población se pueden inferir a partir de algunos datos disponibles para el período previo a la aparición de la epidemia y para los primeros años del proceso epidémico. En 1970, aproximadamente el 72% de la fuerza laboral en San Pablo estaba compuesta por trabajadores asalariados. De ellos, el 88% trabajaba 40 horas o más a la semana en 1972, y el 55% ganaba menos de dos salarios mínimos, mientras que el 30% ganaba entre dos y cinco salarios mínimos (Comissão Justiça e Paz da Arquidiocese de São Paulo, 1975; Singer, 1976).

En 1969, las familias de los trabajadores tenían en promedio cinco personas, de las cuales dos formaban parte de la fuerza laboral. El número de horas de trabajo necesarias para adquirir la ración mínima requerida por ley aumentó de 87 horas y 20 minutos en 1965 a 113 horas y 26 minutos en 1971, y a 176 horas y 54 minutos en 1974 (Luz, 1979; Comissão Justiça e Paz da Arquidiocese de São Paulo, 1975).

Por otro lado, el salario mínimo nominal aumentó de Cr\$ 5,90 en 1958 a Cr\$ 312,00 en 1973, mientras que su valor real, ajustado por el índice de costo de vida, varió de Cr\$ 5,90 en 1958 a Cr\$ 1,91 en 1973 (Luz, 1979).

Estos datos dan una idea del estrechamiento salarial y del aumento de la explotación a la que fueron sometidos los trabajadores, incluyendo la extensión de la jornada laboral. Se puede inferir que el proceso de desgaste de los trabajadores y, en última instancia, de sus familiares (debido a los bajos salarios y la incorporación de las mujeres a la fuerza laboral) aumentaría el riesgo de enfermedad, creando así un terreno propicio para el crecimiento de la epidemia.

Otro dato importante para analizar el contexto en el que se instala el proceso epidémico es el patrón de crecimiento poblacional del municipio de San Pablo. En el período de 1940 a 1950, la población creció aproximadamente un 5,2% al año, con un 79% de crecimiento migratorio. En la siguiente década, el crecimiento fue del 5,6% al año, con un 3,8% de crecimiento migratorio (el 68%), reflejando el intenso proceso de urbanización e industrialización que ocurrió en la región metropolitana en esas dos décadas. En la década de 1960, el crecimiento disminuyó ligeramente, siendo del 4,5% al año, con una tasa de crecimiento migratorio del 2,9% (el 64%) al año (Comissão Justiça e Paz da Arquidiocese de São Paulo, 1975).

El intenso proceso de absorción de migrantes procedentes del interior del estado y de otros estados del país es extremadamente importante en la configuración de los perfiles epidemiológicos, ya que los migrantes representan un grupo particular de riesgo, ya sea por sus condiciones generalmente precarias de inserción social o por la falta de inmunidad ante las enfermedades existentes en las grandes áreas urbanas, incluida la enfermedad meningocócica (Carvalho, 1983).

A pesar de que los mecanismos exactos que llevaron al surgimiento de la epidemia siguen siendo desconocidos, ciertamente están relacionados con este panorama, en el que se combinan un crecimiento desordenado, la pobreza y una intensa explotación de la fuerza laboral. Sin embargo, la población del municipio de San Pablo no es homogénea y las diferencias existentes entre las clases sociales se reflejarán de alguna manera en los datos disponibles para las diferentes áreas de la ciudad.

Los datos registrados, disponibles para la construcción de indicadores, no permiten recuperar la división de la sociedad en clases, pero sí pueden mostrar las disparidades existentes, y en ese sentido son útiles.

La heterogeneidad de las condiciones de vida de la población de San Pablo al comienzo de la epidemia se puede observar a través de algunos indicadores elaborados por la Fundación SEADE para la zona central, intermedia y periférica de la ciudad (Tabla 4)<sup>1</sup>.

Existen diferencias significativas, en particular en lo que respecta a la mortalidad infantil, la tasa de crecimiento poblacional anual, el porcentaje de edificios con acceso a agua y saneamiento, y el porcentaje de familias con ingresos superiores a 10,68 salarios mínimos (Tabla 5).

---

<sup>1</sup> En el presente libro se usa de manera indistinta la denominación de tasa de incidencia y de coeficiente de incidencia.

Tabla 4. Coeficiente de incidencia (por 100.000 habitantes) de la enfermedad meningocócica según el área central, intermedia y periférica del municipio de San Pablo, en el período endémico (1960-1969) y en los años epidémicos (1970-1975), y el aumento relativo en comparación con el período endémico.

Años	Municipio de San Pablo	Área central		Área intermedia		Área periférica	
		Coeficiente de incidencia	Aumento relativo*	Coeficiente de incidencia	Aumento relativo	Coeficiente de incidencia	Aumento relativo
1960-1969	1,90	1,11	1,0	1,31	1,0	2,70	1,0
1970	2,30	1,06	0,9	1,58	1,2	2,46	0,9
1971	7,40	5,07	4,6	7,42	5,7	7,13	2,6
1972	16,70	10,05	9,0	12,74	9,7	18,02	6,7
1973	28,70	18,30	16,5	25,33	19,3	31,17	11,5
1974	169,10	103,71	93,4	133,82	102,1	192,67	71,3
1975	48,30	25,53	23,0	43,19	33,0	53,00	19,6

\*El aumento relativo se expresa como la razón entre cada año epidémico y el período endémico.

Tabla 5. Indicadores de salud, demografía, saneamiento y renta para la zona central, intermedia, periférica y Municipio de San Pablo, 1970.

Indicadores	Municipio de San Pablo	Central	Intermedia	Periférica
Mortalidad infantil	85,4	62,4	75,9	118,9
Mortalidad prop < 1 año	26,1	13,6	24,9	40,4
Mortalidad proporcional 50 o más	52,3	64,3	48,8	30,6
Natalidad	25,6	22,5	25,0	29,3
Tasa de crecimiento	4,8	0,4	4,4	11,2
Edificios con agua corriente	66,8	98,5	73,3	31,8
Edificios con alcantarillado	40,2	91,7	40,0	10,0
Ingresos familiares (salarios mínimos)				
0 a 1,07	10,9	5,5	10,6	16,4
1,08 a 2,14	19,5	9,3	19,6	28,4
2,15 a 5,34	38,0	30,2	40,7	37,6
5,35 a 10,68	16,2	24,9	16,1	8,7
10,69 o más	10,3	24,5	8,5	2,7

Fuente: SEADE, 1971, citado en *Jornal da Tarde*, 1974.

Detrás de la distribución geográfica adoptada se esconden las diferencias de clase social. Como menciona Cecilia Donnangelo en su obra *Saúde e sociedade*:

El cuerpo socialmente investido no es homogéneo, ya que, en determinadas sociedades, los diversos cuerpos no tienen igual significado, sino que, por el contrario, se dimensionan y adquieren significados particulares, ya sea en el plano de las representaciones o en la forma en que se incorporan a la estructura de la producción social. (Donnangelo, 1976)

Esta diversidad de formas de inserción social da lugar a diferentes perfiles epidemiológicos de clase que, en última instancia, se traducirán en diferentes riesgos de adquirir enfermedades, resultando en ciertos patrones de distribución (Breilh, 1980; Laurell, 1983; Polack, 1971).

Con las reservas ya mencionadas, la distribución de la enfermedad meningocócica en el área central, intermedia y periférica refleja, en términos generales, los patrones heterogéneos de su ocurrencia en San Pablo (Tabla 4).

Los datos muestran que, a pesar de que la epidemia afecta fuertemente a todas las áreas de la ciudad, las áreas más pobres, representadas por los distritos y subdistritos de la periferia, siempre presentan riesgos más altos en comparación con el área central e intermedia.

Sin embargo, es interesante notar que los aumentos relativos en la incidencia son menores en el área periférica que en el área central e intermedia. Este hecho, quizás, esté relacionado con el fenómeno de la inmunidad de masas. Es decir que las poblaciones del área periférica, al tener contactos más frecuentes con el meningococo (con una incidencia mucho mayor en el período endémico), sufren relativamente menos el impacto de la epidemia, mientras que el área central y el área intermedia son más vulnerables precisamente debido a su menor experiencia con la enfermedad. De todas formas, las mayores incidencias se encuentran en los barrios periféricos.

Es importante destacar el fuerte aumento de la incidencia observado en todas las áreas desde el año 1973 hasta 1974, correspondiente a la superposición de dos oleadas epidémicas: una causada por el meningococo C, que venía creciendo desde 1970, y otra provocada por el meningococo A desde 1974, asumiendo un carácter explosivo. El meningococo A, que es más infeccioso y patógeno que el meningococo C, provocó una verdadera explosión de casos en todas las áreas de la ciudad.

La falsa suposición, a menudo difundida, de que la enfermedad meningocócica afecta de manera “democrática” a ricos y pobres necesita ser revisada. Si bien es cierto que tanto ricos como pobres pueden verse afectados por ella, también es cierto que no son afectados con la misma intensidad ni velocidad.

La Tabla 6 muestra los coeficientes de incidencia por distritos y subdistritos en el período endémico y en los años epidémicos. Además de mostrar la magnitud del fenómeno, los datos revelan la extrema diversidad en la distribución. Los valores más altos corresponden siempre a subdistritos donde la mayoría de la población vive en condiciones de vida precarias.

Tabla 6. Coeficiente de incidencia (por 100.000 habitantes) de enfermedad meningocócica por subdistritos y distritos del Municipio de San Pablo en los años endémicos y epidémicos.

Subdistritos	1960-1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Aclimação	1,0	2,0	2,0	7,8	5,7	57,6	20,0
Alto da Mooca	1,4	1,5	3,6	7,7	9,6	56,3	17,8
Bela Vista	0,8	3,2	4,8	12,6	23,0	187,9	34,0
Cambuci	1,4	-	14,3	4,0	27,6	109,1	32,8
Cerqueira César	-	-	6,7	12,8	16,4	98,9	21,0
Consolação	1,1	-	6,3	13,6	14,6	95,0	18,0
Indianópolis	1,0	-	4,1	9,2	19,1	63,8	15,4
Jardim América	0,6	2,1	6,2	12,1	15,7	101,0	20,5
Jardim Paulista	1,1	1,1	8,5	4,2	23,2	90,5	24,0
Liberdade	0,8	-	3,3	12,8	26,5	131,2	38,8
Perdizes	1,5	2,0	3,9	5,7	17,7	111,4	21,5
Pinheiros	-	-	4,4	17,1	14,5	147,3	45,2
Santa Cecília	1,4	2,9	-	4,2	17,8	126,7	24,8
Vila Madalena	3,7		2,9	16,9	24,8	75,3	23,7
Barra Funda	1,2	3,4	10,0	13,2	23,0	111,0	55,4
Belenzinho	0,5	-	3,9	5,8	25,0	81,4	33,3
Bom Retiro	2,6	-	-	7,6	37,6	141,4	81,2
Brás	1,8	-	27,6	38,4	31,0	209,9	87,9
Ibirapuera	1,7	6,4	3,5	18,2	15,0	93,4	31,7
Ipiranga	1,2	2,4	4,6	13,2	21,3	134,2	35,7
Lapa	2,0	1,6	4,0	12,4	19,6	184,0	15,8
Mooca	1,0	-	17,1	8,5	31,4	235,4	63,8
Parí	0,9	-	3,3	3,2	25,7	86,5	61,0
Santana	1,5	3,6	6,3	13,4	24,2	141,6	44,2
Saúde	1,2	0,4	4,9	15,8	20,0	86,6	22,3
Sé	-	-	12,3	12,1	47,9	154,1	70,6
Tatua pé	1,6	2,4	2,7	12,4	18,5	110,0	31,4
Vila Mariana	1,8	1,2	8,5	14,3	14,0	121,0	16,8
Santa Ifigênia	0,6	2,3	2,6	2,6	25,8	116,8	36,7

Tabla 6. Continuación.

Subdistritos	1960-1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Brasilândia	3,2	2,0	10,4	20,5	42,0	242,3	49,4
Butantã	3,4	-	12,9	18,2	32,2	195,8	56,4
Cangaíba	2,7	5,1	4,8	15,4	17,8	117,8	21,9
Casa Verde	2,2	2,0	9,8	12,4	18,4	119,0	49,5
Jabaquara	2,6	2,6	9,7	22,9	27,6	146,9	42,1
Limão	2,8	2,9	6,9	14,7	14,1	147,4	37,1
Nossa Sra. do Ó	3,0	2,8	6,7	14,6	26,3	217,6	51,8
Penha	2,2	3,7	1,4	13,0	23,1	128,0	47,2
Pirituba	4,6	3,5	9,9	14,6	39,3	304,5	65,1
Santo Amaro	3,1	7,5	22,1	45,9	75,9	419,7	119,4
Socorro	1,6	1,2	7,3	16,6	29,8	77,7	22,1
Tucuruvi	2,3	3,4	6,7	12,5	21,7	123,8	42,5
Vila Formosa	2,6	3,1	4,0	18,5	16,9	147,1	42,2
Vila Guilherme	3,3	-	2,6	6,1	11,7	89,9	22,2
Vila Jaguara	2,4	-	1,9	19,5	18,7	103,0	14,2
Vila Maria	1,5	0,9	2,5	13,0	26,7	153,3	43,0
Vila Matilde	1,5	0,7	5,7	9,0	26,7	108,7	28,3
V. Nova Cachoeirinha	4,0	6,5	12,6	21,3	70,6	433,0	179,7
Vila Prudente	2,3	1,7	4,8	14,9	20,7	153,4	41,6
Ermelino Matarazzo	1,7	2,7	6,9	14,7	26,7	134,9	44,3
Guaianazes	3,8	2,7	5,0	21,0	38,2	306,5	84,3
Itaquera	3,3	2,7	11,3	24,9	48,9	243,1	73,4
Jaraguá	0,7	-	9,1	12,8	36,3	274,1	36,1
Parelheiros	2,0	-	-	29,7	28,5	61,4	13,1
Perus	4,9	3,6	-	22,1	26,5	278,6	62,1
São Miguel Paulista	2,5	2,6	10,3	19,6	45,0	282,0	89,0
Município de São Paulo	1,9	2,3	7,4	16,7	28,7	169,1	48,3

En 1970, el área central tenía una tasa anual de crecimiento poblacional del 1,31% anual, un ingreso mensual promedio de Cr\$ 1.900,00 (equivalente a diez o 12 salarios mínimos) y 3,6 habitantes por hogar. El área intermedia, que incluía algunos barrios antiguos en proceso de deterioro, tenía un crecimiento del 0,67% anual (con varios subdistritos con crecimiento negativo), un ingreso mensual promedio de Cr\$ 1.225,00 (equivalente a 6,8 u ocho salarios mínimos) y 4,1 habitantes por hogar. Finalmente, la periferia tenía un crecimiento anual del 7,65%, un ingreso mensual promedio de Cr\$ 614,00 (equivalente a tres o cuatro salarios mínimos) y 4,4 habitantes por hogar (Carvalho, 1983).

Por lo tanto, hay una correspondencia directa entre la incidencia de la enfermedad meningocócica y el número de habitantes por hogar, según las áreas consideradas, y una correspondencia inversa entre la incidencia y el ingreso mensual promedio en esas mismas áreas. Dado que la aglomeración intradomiciliaria es un factor importante en la facilitación del mecanismo de transmisión de enfermedades respiratorias por contacto directo, en general, la diferencia de aproximadamente un habitante por hogar entre el área central y la periférica podría considerarse relevante en la explicación del mayor riesgo observado en esta última. Además, es importante recordar que las dimensiones de las viviendas en la periferia y en el área central son bastante diversas, lo que implica una aglomeración aún mayor si se tiene en cuenta el número de personas por dormitorio o área construida.

La tasa de crecimiento en las diferentes áreas puede proporcionarnos pistas para comprender por qué los aumentos relativos pueden ser mayores en el área central e intermedia, a pesar de que las tasas de incidencia más altas se encuentren en la periferia. Para ello, es necesario combinar la comprensión teórica del fenómeno de la inmunidad de masas, por un lado, con el mayor o menor crecimiento de la población expuesta. Así, si por un lado los habitantes de la periferia tienen una mayor experiencia previa de enfermedad, también experimentan un crecimiento extremadamente alto, resultado del intenso flujo migratorio que proporciona grandes cantidades de personas expuestas, lo que se refleja en altos coeficientes de incidencia. Las áreas centrales, con un crecimiento mucho menor y poca experiencia previa de enfermedad, presentan coeficientes de incidencia más bajos y aumentos relativos más altos. Las áreas intermedias, que tienen las tasas de crecimiento más bajas y una experiencia previa similar a la de las áreas centrales, muestran coeficientes de incidencia y aumentos relativos más altos que los del área central, probablemente debido a la existencia de un gran número de viviendas colectivas en subdistritos más antiguos.

Los informes publicados en los periódicos ya en 1974 informan sobre la situación precaria de vida que prevalece en los barrios de la periferia, de donde proviene la mayoría de los enfermos. *O Estado de S. Paulo*, en un artículo del 1 de agosto de 1974, titulado “Desnutrición y falta de higiene: los aliados de todas las enfermedades”, presenta la siguiente información:

Los empleados del Hospital Infantil de la Zona Norte ahora se enfrentan a un nuevo problema: niños enfermos de meningitis que han recibido el alta y no tienen adónde ir. Sus padres no vienen a recogerlos [...] por una razón muy

simple: saben que en el hospital son mejor atendidos que en casa; al menos allí tienen algo que comer. (*O Estado de S. Paulo*, 10 de agosto de 1974)

En el artículo “En los centros de salud, los consejos no siempre resuelven”, publicado por el diario *O Estado de S. Paulo* el 26/7/1974, se critica la brecha que existe entre las recomendaciones dadas por las educadoras sanitarias a los usuarios de los centros de salud y las condiciones de vida de estos clientes:

*Para evitar la meningitis, es importante que las personas estén bien alimentadas, coman carne, leche, huevos, pescado y queso.* (educadora del municipio).

*En casa comemos arroz, frijoles, harina, verduras. Carne de vez en cuando. Huevos, una vez por semana.* (usuario).

*Cualquier síntoma de la enfermedad [...] la familia debe llevar al paciente al médico e inmediatamente aislarlo de los demás, especialmente de los niños.* (educadora).

*Vivo en una casa de habitaciones [...] Hay 50 familias que viven allí, con diez o doce personas en cada habitación. Hay un baño para cinco familias.* (usuario)

*También se recomiendan espacios ventilados.* (educadora)

(*O Estado de S. Paulo*, 26 de julio de 1974).

Este diálogo creado por el periodista obviamente no ocurrió en ninguno de los servicios de salud, que debido a su estructura autoritaria no permiten la expresión del “discurso” de sus usuarios. De esta manera, las recomendaciones divulgadas por las autoridades no sirvieron de nada para aquellos que presentaban un mayor riesgo de enfermarse.

También se publicó un artículo en *O Estado de S. Paulo* el 20/4/1975 que informaba sobre una investigación realizada por trabajadores sociales del Departamento Regional de Salud del Gran San Pablo acerca de las familias de 500 enfermos internados con meningitis. Aproximadamente el 60% de las familias vivía en casas con solo un dormitorio, mientras que el 25% tenía dos habitaciones y el 15%, tres o más. La aglomeración intradomiciliaria era tal que el 22% de las familias tenía de siete a 15 personas por dormitorio (*O Estado de S. Paulo*, 25 de abril de 1975).

La aparición de la epidemia no se produjo de manera simultánea en todo el municipio. Su aparición y posterior propagación obedecen a una lógica que debe reflejar el modo social de producción del proceso epidémico. Nuestra hipótesis es que las poblaciones sometidas a condiciones de vida más precarias deben presentar una incidencia epidémica más temprana que aquellas con mejores condiciones de vida.

Para verificar si este hecho realmente ocurrió en la epidemia de enfermedad meningocócica en San Pablo, determinamos el inicio del proceso en cada distrito y subdistrito de la capital mediante la construcción de diagramas de control. Algunos subdistritos con poblaciones pequeñas presentan una gran variación en el coeficiente de incidencia debido a pequeñas fluctuaciones en el número de casos. Por ejemplo, en 1972 la ocurrencia de cuatro casos en Aclimação produjo un coeficiente de 7,79 casos por 100.000 habitantes, mientras que cinco casos en São Miguel Paulista significaron 1,85 casos por 100.000 habitantes. Para evitar este problema, adoptamos

como criterio para determinar el inicio de la epidemia el momento (mes) en que la incidencia se mantuvo epidémica sin volver al nivel endémico durante al menos dos o tres meses consecutivos.

La Figura 1 ilustra la progresión espacial y temporal de la epidemia. El proceso comenzó en Santo Amaro en mayo de 1971. Para facilitar la observación de los movimientos que la epidemia describió en su propagación, consideramos la progresión dentro de la misma zona de la ciudad en sentido vertical y la progresión entre las diferentes zonas de la ciudad en sentido horizontal.

En la zona sur, el proceso comenzó en mayo de 1971 en el subdistrito de Santo Amaro y se extendió hacia los subdistritos contiguos. El distrito de Parelheiros fue el último en ser afectado, después de unos 36 meses. Este distrito tiene una baja densidad de población (316 hab/km<sup>2</sup>), en comparación con los demás, y características rurales, lo que podría explicar por qué solo se vio afectado en octubre de 1974. Seis meses después del inicio, la epidemia se desencadenó en São Miguel Paulista, en la zona este. La progresión también se produjo hacia los subdistritos y distritos cercanos, y el último subdistrito, Penha, solo se vio afectado después de 21 meses.

La zona norte presentó incidencias epidémicas trece meses después del inicio en la zona sur y siete meses después del inicio en la zona este. Aquí la onda epidémica apareció simultáneamente en Santana y Tucuruvi, avanzando sobre los subdistritos vecinos y cubriéndolos a todos en 19 meses.

En la zona oeste la epidemia apareció 25 meses después de su inicio en la zona sur, a pesar de la proximidad geográfica entre ambas. Los primeros subdistritos afectados fueron Lapa y Pirituba. La progresión llevó diez meses, siendo el distrito de Perus el último en ser afectado. Relativamente, los distritos de Perus y Jaraguá tenían densidades de población más bajas, 487 y 581 hab/km<sup>2</sup>, respectivamente.

La última área en ser afectada fue el centro expandido. El primer subdistrito en presentar incidencia epidémica fue Liberdade en septiembre de 1973. Es decir, 28 meses después del inicio en la zona sur, 22 meses después del inicio en la zona este, 15 meses después del inicio en la zona norte y tres meses después del inicio en la zona oeste. La mayoría de los subdistritos se vieron afectados solo en 1974 durante el apogeo de la epidemia. La progresión en el centro tomó solo 11 meses.

Es interesante notar cómo, a medida que la “ola” epidémica se extendía, los intervalos de tiempo entre la afeción del primer distrito o subdistrito y el último en cada zona se acortaban. Dado que se trata de una enfermedad de transmisión respiratoria, podemos suponer que hubo un aumento progresivo del número de portadores a medida que el proceso se fue propagando, lo que hizo que los contactos entre portadores y susceptibles fueran cada vez más frecuentes.

Para facilitar la visualización de la progresión espacial, creamos mapas semestrales para el período de enero de 1971 a diciembre de 1974. En cada semestre se representan los subdistritos y distritos afectados, así como la dirección de la progresión de la onda epidémica (Figura 2 a Figura 9).

En el primer semestre considerado, solo el subdistrito de Santo Amaro presentó incidencia epidémica (Figura 2). En el segundo se observa la progresión de la epidemia en las zonas sur y este (Figura 3), y su inicio en la zona norte continúa en el

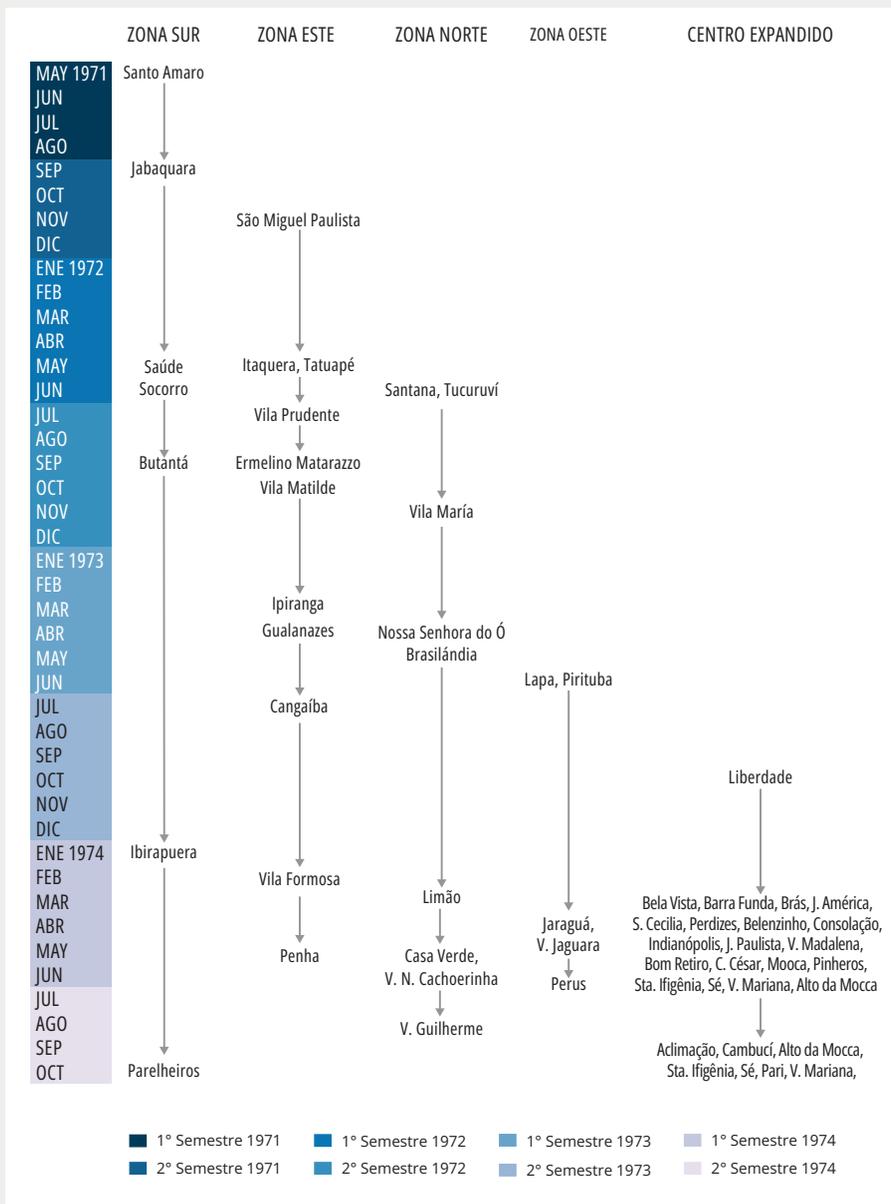


Figura 1. Progresión espacial y temporal de la epidemia instalada por enfermedad meningocócica. San Pablo, Brasil. Mayo 1971 - octubre 1974.

Nota: Los colores de la leyenda se corresponden con los semestres de las Figuras 2 a 9.

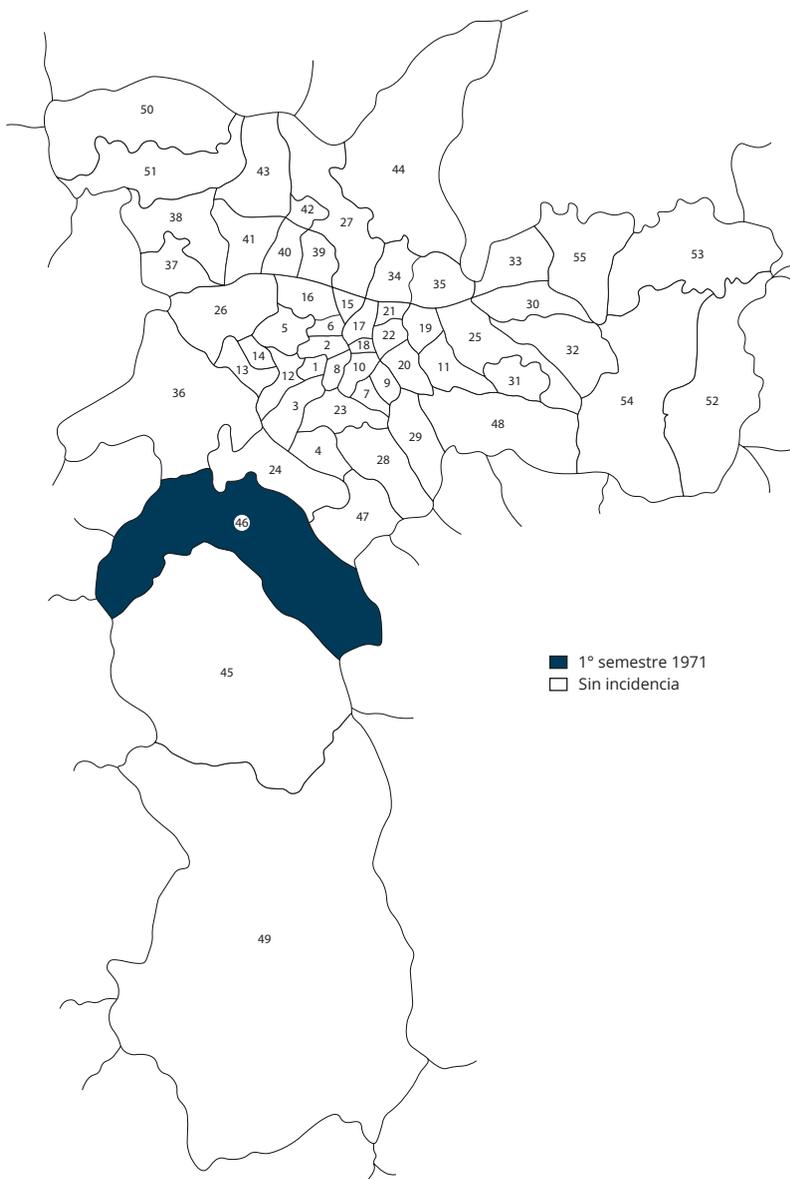


Figura 2. Distritos y subdistritos con epidemia instalada por enfermedad meningocócica (incidencia persistente por encima del umbral epidémico). San Pablo, Brasil. 1º semestre 1971.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

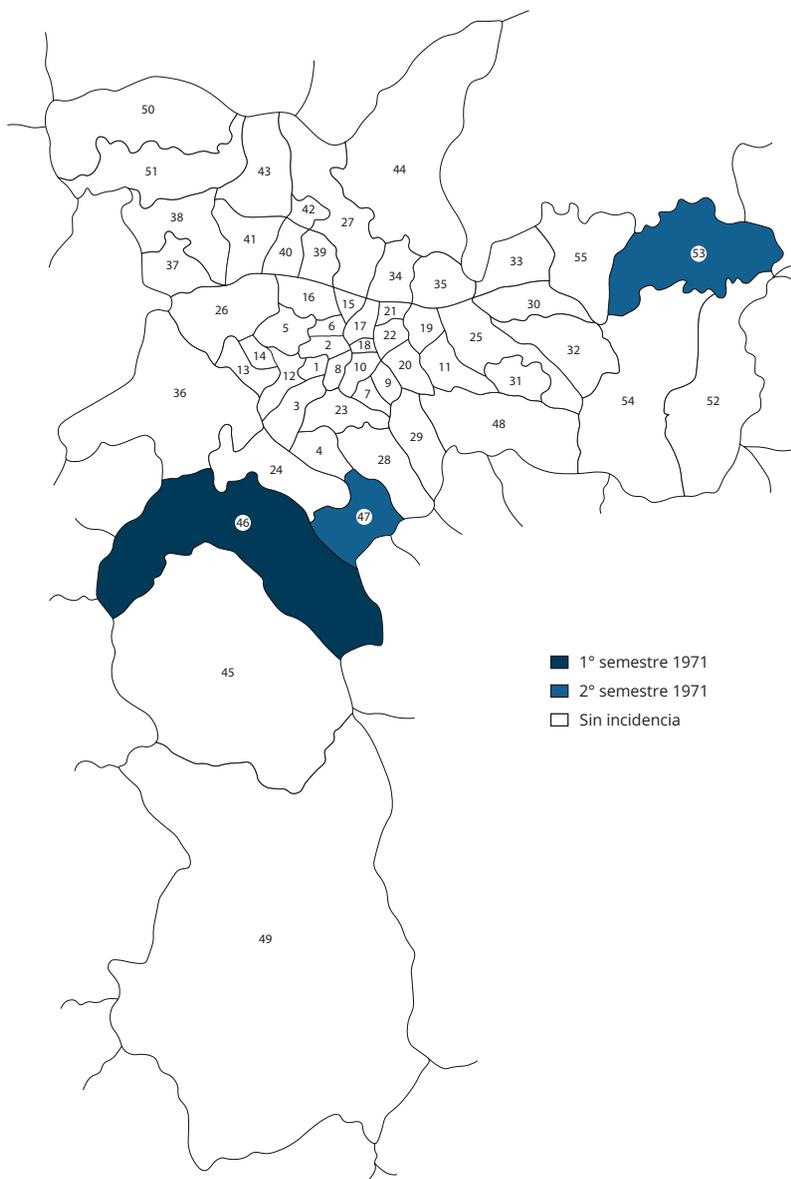


Figura 3. Distritos y subdistritos con epidemia instalada por enfermedad meningocócica (incidencia persistente por encima del umbral epidémico). San Pablo, Brasil. 1° semestre 1971 - 2° semestre 1971.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brasilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

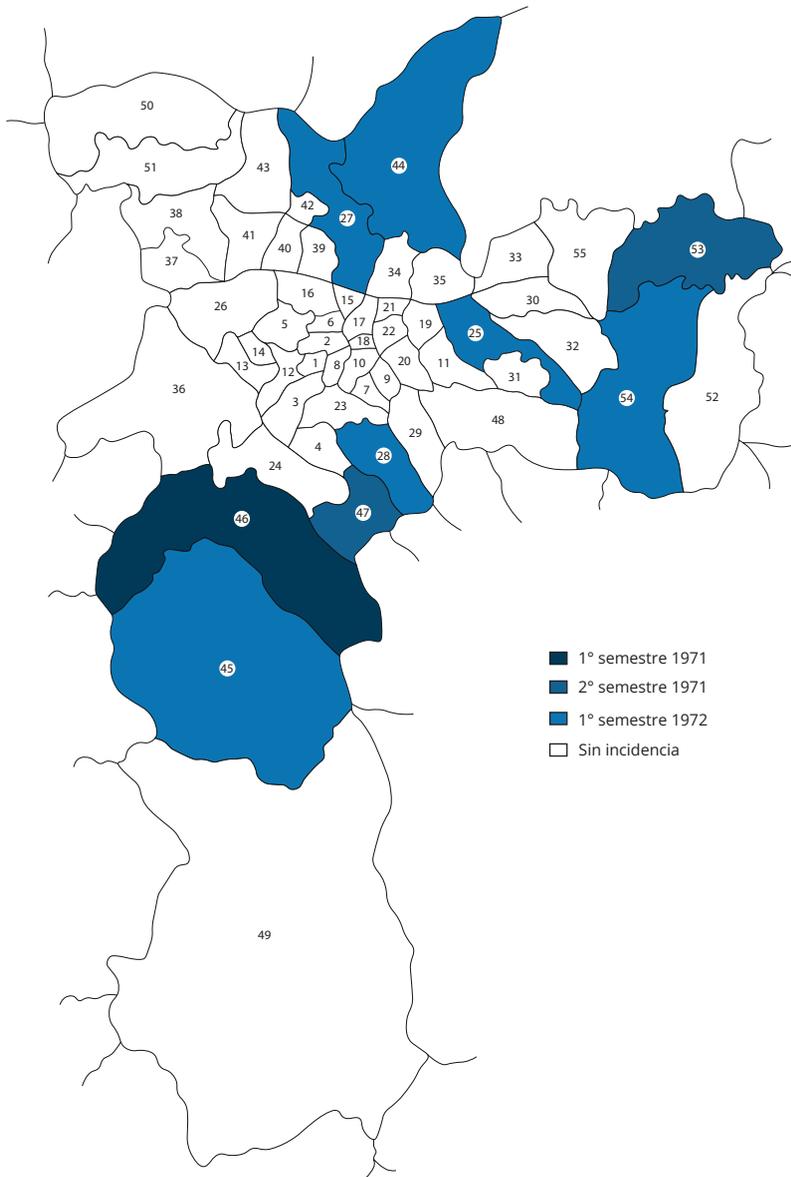


Figura 4. Distritos y subdistritos con epidemia instalada por enfermedad meningocócica (incidencia persistente por encima del umbral epidémico). San Pablo, Brasil. 1° semestre 1971 - 1° semestre 1972.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brasilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

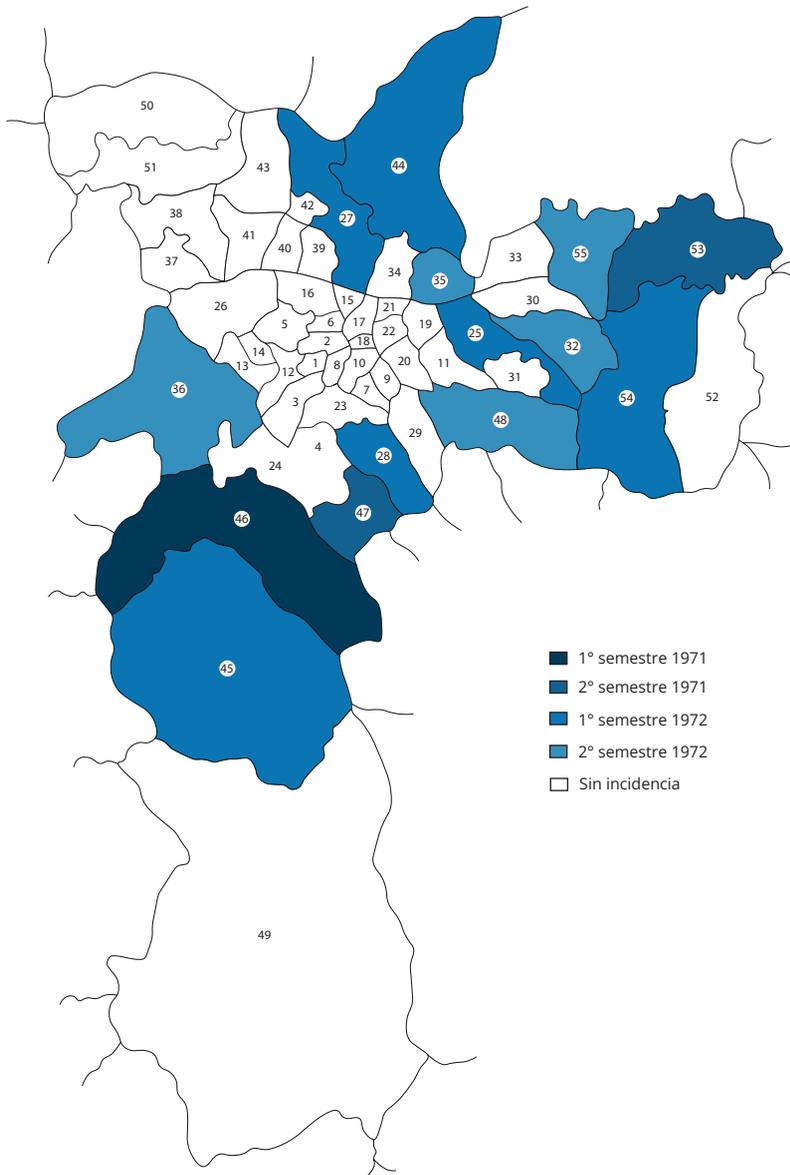


Figura 5. Distritos y subdistritos con epidemia instalada por enfermedad meningocócica (incidencia persistente por encima del umbral epidémico). San Pablo, Brasil. 1º semestre 1971 - 2º semestre 1972.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

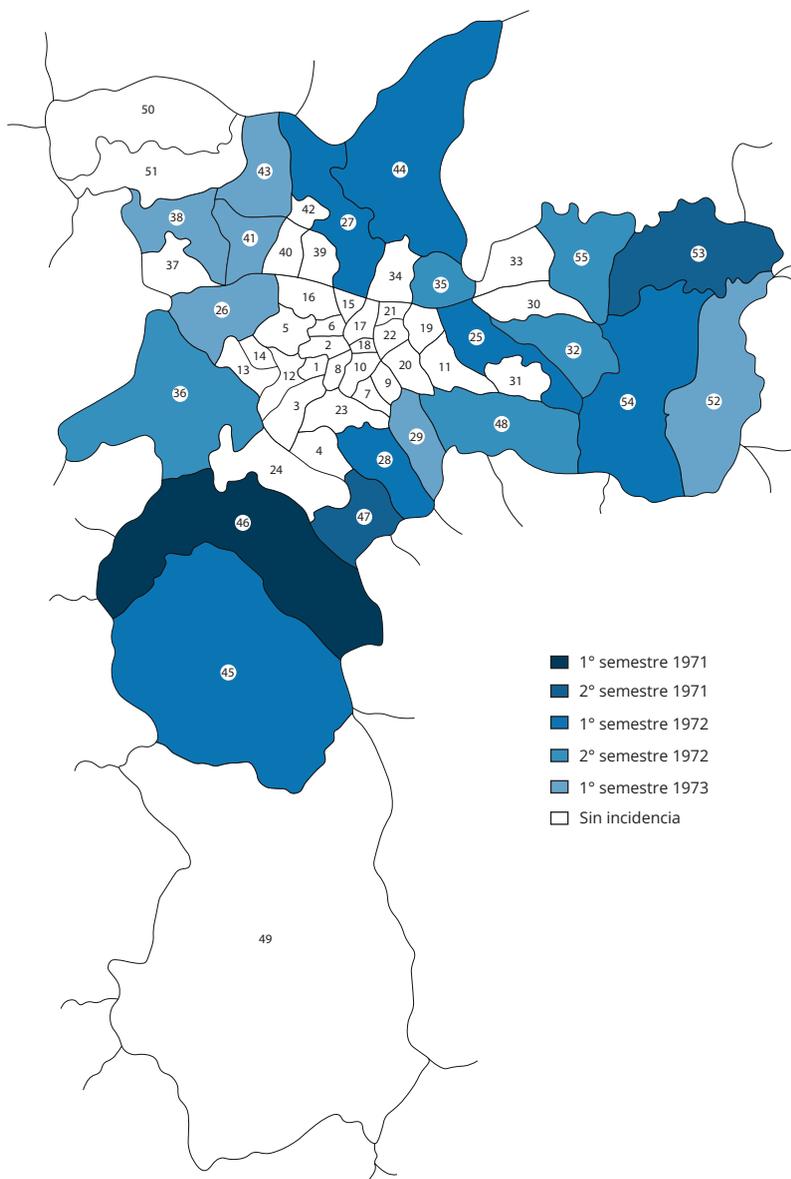


Figura 6. Distritos y subdistritos con epidemia instalada por enfermedad meningocócica (incidencia persistente por encima del umbral epidémico). San Pablo, Brasil. 1° semestre 1971 - 1° semestre 1973.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

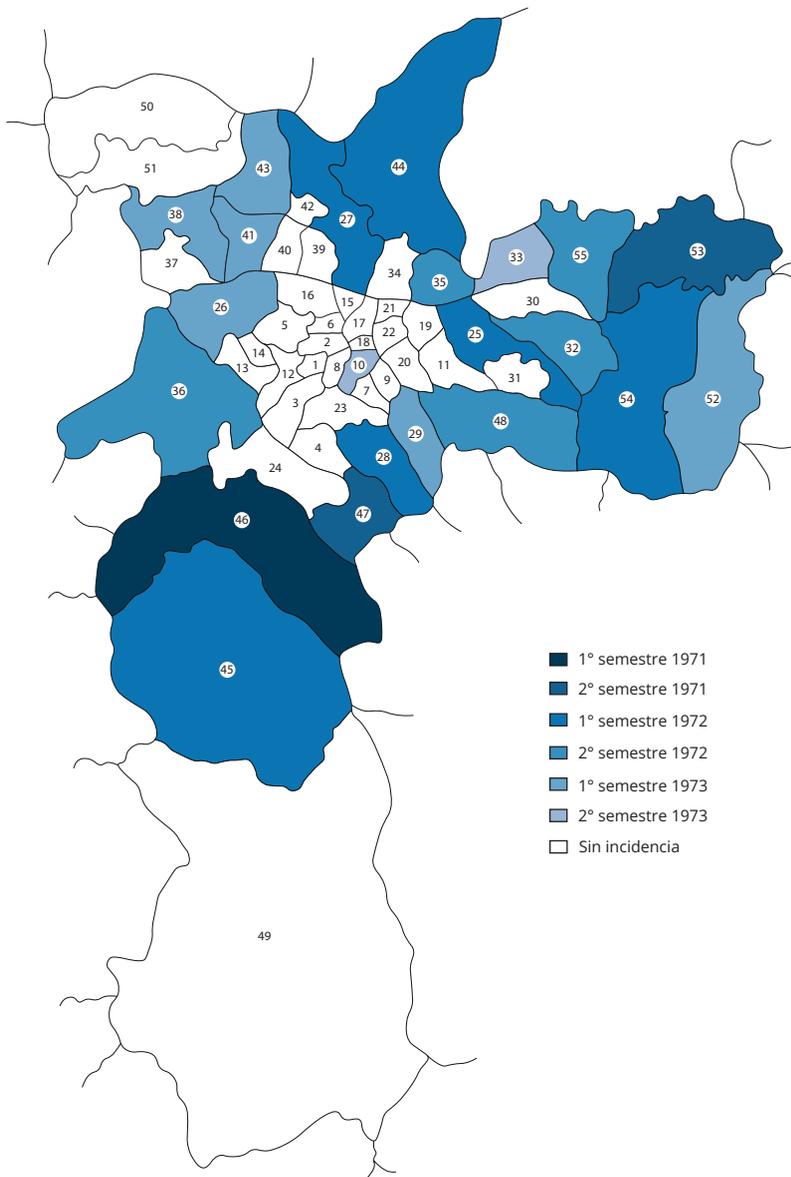


Figura 7. Distritos y subdistritos con epidemia instalada por enfermedad meningocócica (incidencia persistente por encima del umbral epidémico). San Pablo, Brasil. 1º semestre 1971 - 2º semestre 1973.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

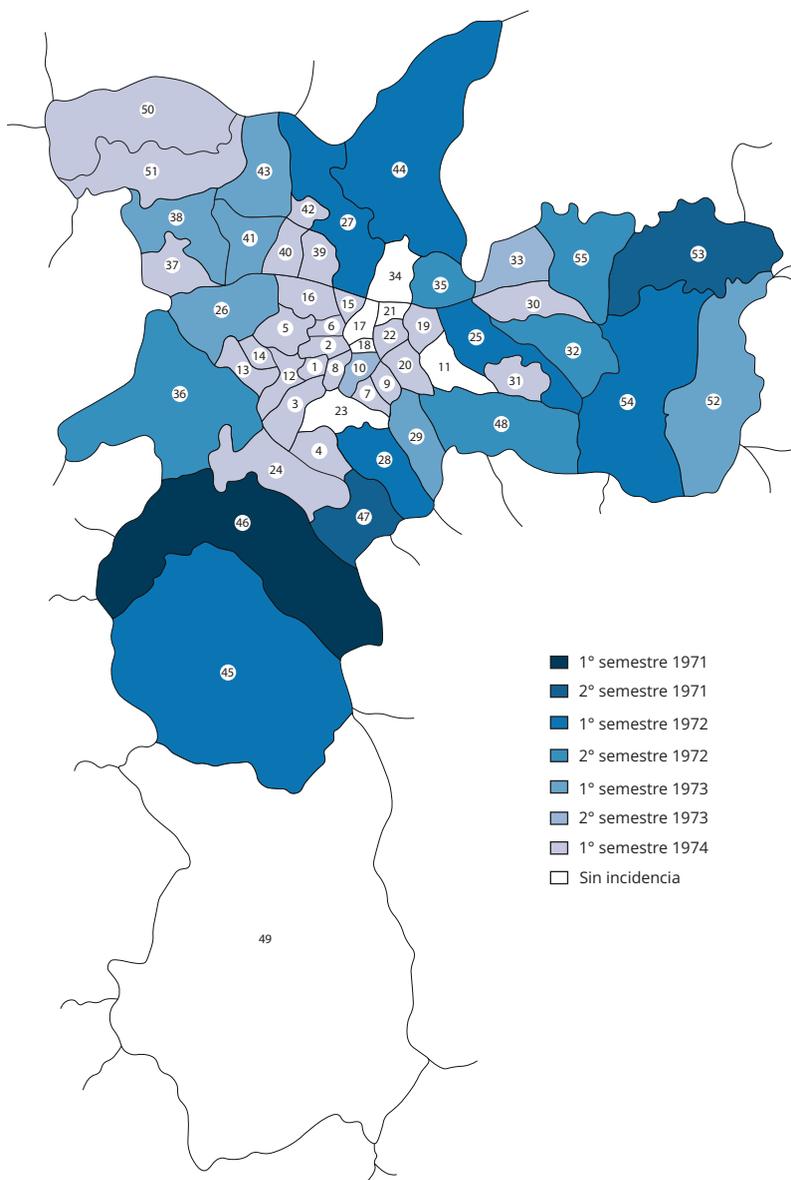


Figura 8. Distritos y subdistritos con epidemia instalada por enfermedad meningocócica (incidencia persistente por encima del umbral epidémico). San Pablo, Brasil. 1° semestre 1971 - 1° semestre 1974.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

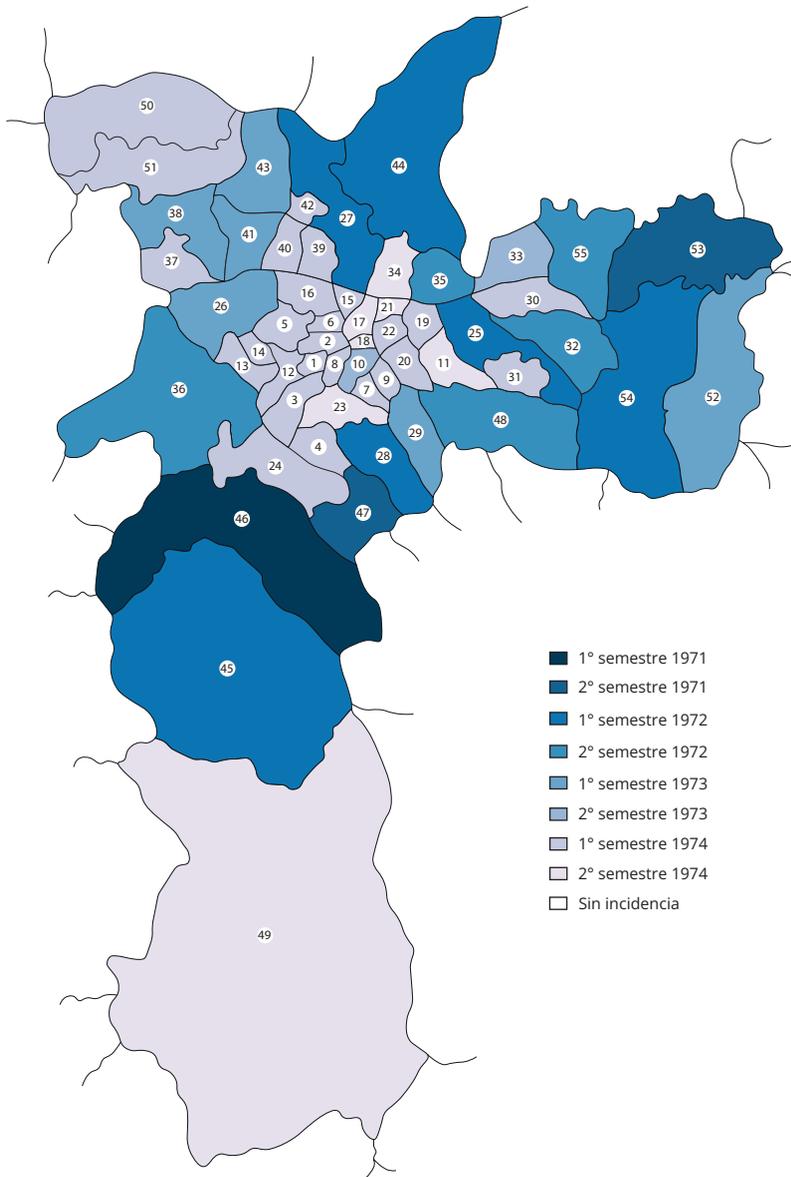


Figura 9. Distritos y subdistritos con epidemia instalada por enfermedad meningocócica (incidencia persistente por encima del umbral epidémico). San Pablo, Brasil. 1° semestre 1971 - 2° semestre 1974.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo;

tercer semestre (Figura 4). El cuarto semestre (Figura 5) muestra el inicio de la epidemia en la zona oeste y en el quinto semestre (Figura 6) se ve el inicio en la zona central. Al final del período, de julio a octubre de 1974 (Figura 9), toda la ciudad de San Pablo está tomada por la epidemia.

Desde la observación, aunque estática, de estos mapas, se puede inferir que desde los puntos extremos en la periferia (excluyendo los distritos predominantemente rurales) la epidemia se propagó generalmente en ondas concéntricas.

Los primeros artículos sobre la epidemia aparecieron en los periódicos de julio de 1972, cuando la ola epidémica se acercaba al centro de la ciudad, y en ese momento el número de casos (*O Estado de S. Paulo*, 2 de agosto de 1974c) ya era lo suficientemente grande como para llamar la atención de los medios de comunicación.

El patrón de distribución temporal y espacial que la epidemia presentó claramente demuestra la relación actual entre las condiciones sociales de existencia y la determinación de los patrones epidemiológicos de aparición de enfermedades. Inicialmente afectando a las áreas con mayor concentración de pobreza (tanto cuantitativa como cualitativamente) y finalmente a las áreas donde las condiciones de vida son en promedio mejores o donde la baja concentración de habitantes —por ejemplo, en Sé— constituye un obstáculo para su propagación, la epidemia de la enfermedad meningocócica sigue un curso no casual.

En este análisis no podemos pasar por alto un hecho que puede oscurecer la relación entre las condiciones de vida y la producción de enfermedades. Este hecho es la distribución heterogénea de las clases y fracciones de clases, así como de las enfermedades dentro de cada subdistrito. Aunque hay subdistritos y distritos relativamente homogéneos en cuanto a las fracciones de clase que los habitan, muchos presentan una composición bastante heterogénea.

A pesar de que no disponemos de información sobre el tamaño de la población por barrios, ya que los límites de los barrios son bastante arbitrarios, decidimos distribuir los casos de enfermedad meningocócica ocurridos en el subdistrito de Santo Amaro durante el período endémico y los años epidémicos según los sectores (conjuntos de barrios) delimitados en base al mapa del municipio de San Pablo de Geomapas para 1983. Elegimos el subdistrito de Santo Amaro por varias razones. Primero, porque tenía un gran número de casos, suficientes para distribuirlos por barrios. En segundo lugar, porque es un subdistrito que abarca desde barrios de alta burguesía, como Granja Julieta, hasta áreas extremadamente pobres con alta concentración de favelas, como Campo Limpo y Capão Redondo. Finalmente, porque es el subdistrito donde comenzó el proceso epidémico.

La Tabla 7 muestra la distribución de casos por barrio durante el período endémico y epidémico. En el período endémico, las diferencias observadas son pequeñas y pueden reflejar solo la distribución de la población. Sin embargo, el aumento observado durante la epidemia no puede atribuirse al crecimiento poblacional, y, en términos relativos, fue mucho más pronunciado en los barrios pobres que en los ricos. Por ejemplo, en Granja Julieta hubo 20 casos en los seis años epidémicos frente a un caso en los diez años del período endémico, mientras que en

Tabla 7. Casos de enfermedad meningocócica por barrios del subdistrito de Santo Amaro, durante el período endémico (1960-1969) y epidémico (1970-1975), San Pablo, Brasil.

Barrios	Endemia	Epidemia
Granja Julieta	1	20
Chácara Santo Antônio	2	23
Represa	-	5
Morumbi	-	5
Centro.	1	45
Cupecê	-	37
Cidade Ademar	9	366
Pedreira	6	128
Campo Grande	5	84
Campo Limpo	9	275
Pirajussara	-	258
Vilas das Belezas	7	249
Capão Redondo	5	464
Jurubatuba	3	21
Sin clasificación	13	1.392
Total	61	3.372

Cidade Ademar hubo nueve casos en el período endémico frente a 36,6 en el período epidémico, lo que representó un aumento de 40 veces.

Para todo el municipio de San Pablo, la incidencia fue epidémica a partir de abril de 1971. Si consideramos la primera incidencia epidémica en cada distrito y subdistrito —aunque luego volvió temporalmente a niveles endémicos—, observamos que en abril de 1971 aproximadamente 31 distritos y subdistritos ya habían experimentado un número excesivo de casos durante al menos un mes.

La Figura 10 muestra los subdistritos y distritos por zonas geográficas según el primer mes en que la incidencia de enfermedad meningocócica superó los límites del diagrama de control.

En la Tabla 8 y las Figuras 11 a 20, podemos notar que ya en enero de 1970 cuatro subdistritos presentaron una incidencia epidémica de la enfermedad meningocócica. Hasta junio de 1972, antes de que los medios de comunicación informaran

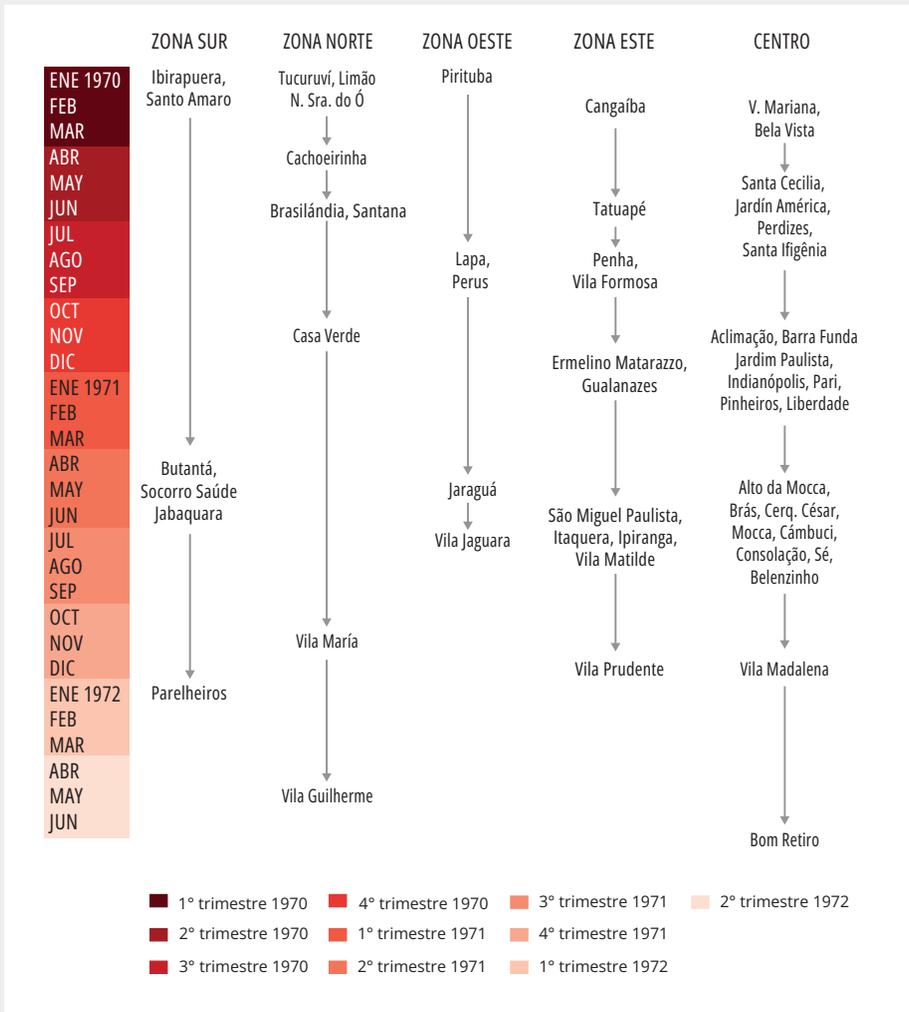


Figura 10. Progresión espacial y temporal de la primera incidencia epidémica por enfermedad meningocócica. San Pablo, Brasil. Enero 1970 - junio 1972.

Nota: Los colores de la leyenda se corresponden con los trimestres de las Figuras 11 a 20.

sobre el aumento de los casos de meningitis, todos los distritos y subdistritos habían tenido al menos un mes con incidencia anormal.

En la zona sur, los primeros subdistritos en presentar un exceso de casos fueron Santo Amaro y Ibirapuera. En 25 meses todos los distritos y subdistritos presentaron

Tabla 8. Primer mes epidémico, mes de instalación definitiva de la epidemia y diferencia entre ellos. San Pablo, Brasil, enero 1970 - octubre 1974.

Subdistrito	Mes/año	Inicio efectivo	diferencia (meses)
Santo Amaro	01/1970	05/1971	16
Jabaquara	06/1971	09/1971	4
São Miguel	06/1971	11/1971	6
Saúde	05/1971	05/1972	12
Itaquera	07/1971	05/1972	10
Tatuapé	06/1970	05/1972	23
Socorro	04/1971	06/1972	14
Santana	06/1970	06/1972	24
Tucuruvi	01/1970	06/1972	29
Vila Prudente	12/1971	07/1972	8
Butantã	04/1971	09/1972	17
Ermelino Matarazzo	12/1970	09/1972	21
Vila Matilde	08/1971	10/1972	14
Vila Maria	11/1971	11/1972	12
Ipiranga	07/1971	03/1973	20
Guaiánazes	12/1970	04/1973	28
Nossa Sra. do ó	02/1970	04/1973	38
Brasilândia	06/1970	05/1973	3
Lapa	08/1970	06/1973	34
Pirituba	01/1970	06/1973	41
Cangaíba	02/1970	07/1973	41
Liberdade	03/1971	09/1973	30
Ibirapuera	01/1970	01/1974	48
Vila Formosa	09/1970	02/1974	41
Limão	02/1970	03/1974	49
Cambuci	07/1971	03/1974	33
Jardim Paulista	12/1970	03/1974	39
Jaraguá	05/1971	04/1974	35

Tabla 8. Continuación.

Subdistrito	Mes/año	Inicio efectivo	diferencia (meses)
Vila Jaguará	07/1971	04/1974	33
Bela Vista	03/1970	04/1974	49
Barra Funda	11/1970	04/1974	41
Brás	06/1971	04/1974	34
Jardim América	06/1970	04/1974	46
Perdizes	07/1970	04/1974	44
Santa Cecília	05/1970	04/1974	47
Penha	08/1970	05/1974	44
Casa Verde	11/1970	05/1974	42
Cachoeirinha	04/1970	05/1974	49
Belenzinho	08/1971	05/1974	32
Consolação	07/1971	05/1974	34
Indianópolis	01/1971	05/1974	40
Perus	09/1970	06/1974	45
Vila Madalena	12/1971	06/1974	30
Aclimação	11/1970	06/1974	43
Bom Retiro	06/1972	06/1974	24
Cerqueira César	06/1971	06/1974	36
Mooca	06/1971	06/1974	36
Pinheiros	02/1971	06/1974	40
Vila Guilherme	05/1972	07/1974	26
Pari	02/1971	07/1974	41
Santa Ifigênia	07/1970	07/1974	48
Sé	08/1971	07/1974	35
Vila Mariana	02/1970	07/1974	53
Alto da Mooca	05/1971	08/1974	39
Parelheiros	01/1972	10/1974	34

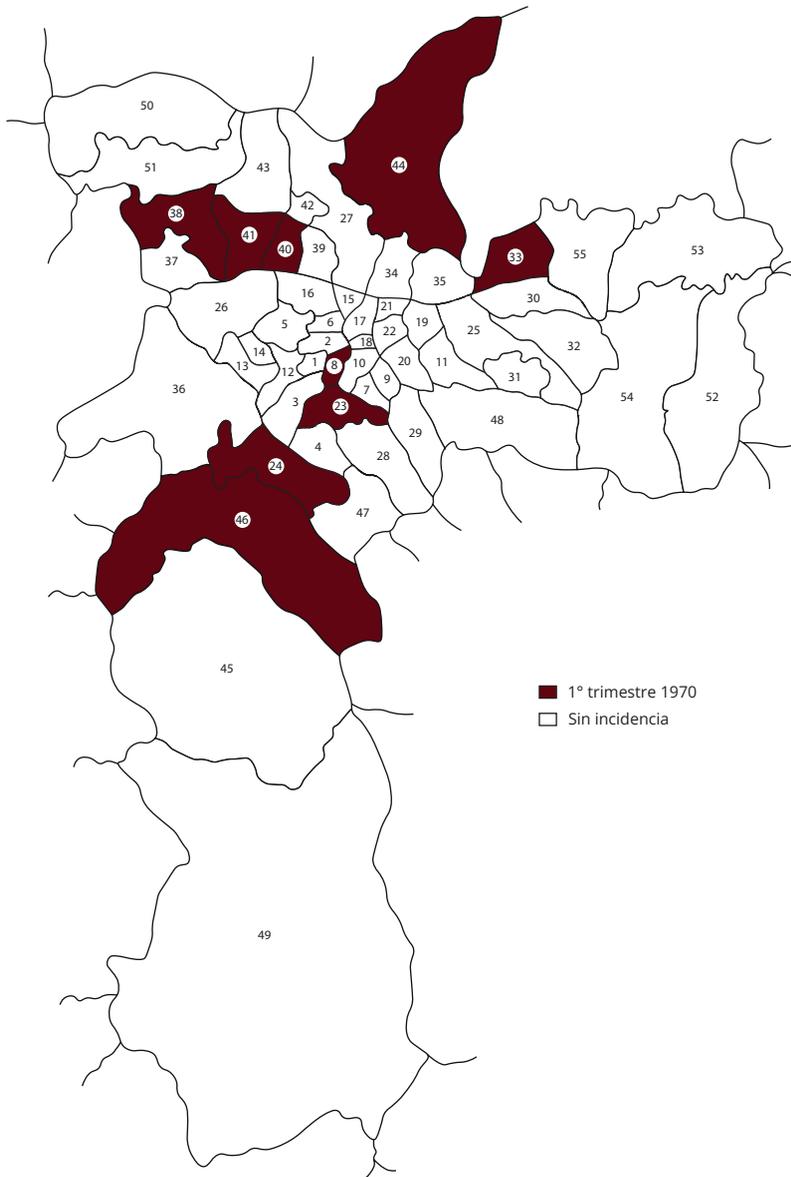


Figura 11. Distritos y subdistritos con primera incidencia epidémica por enfermedad meningocócica. San Pablo, Brasil. 1º trimestre 1970.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brasilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

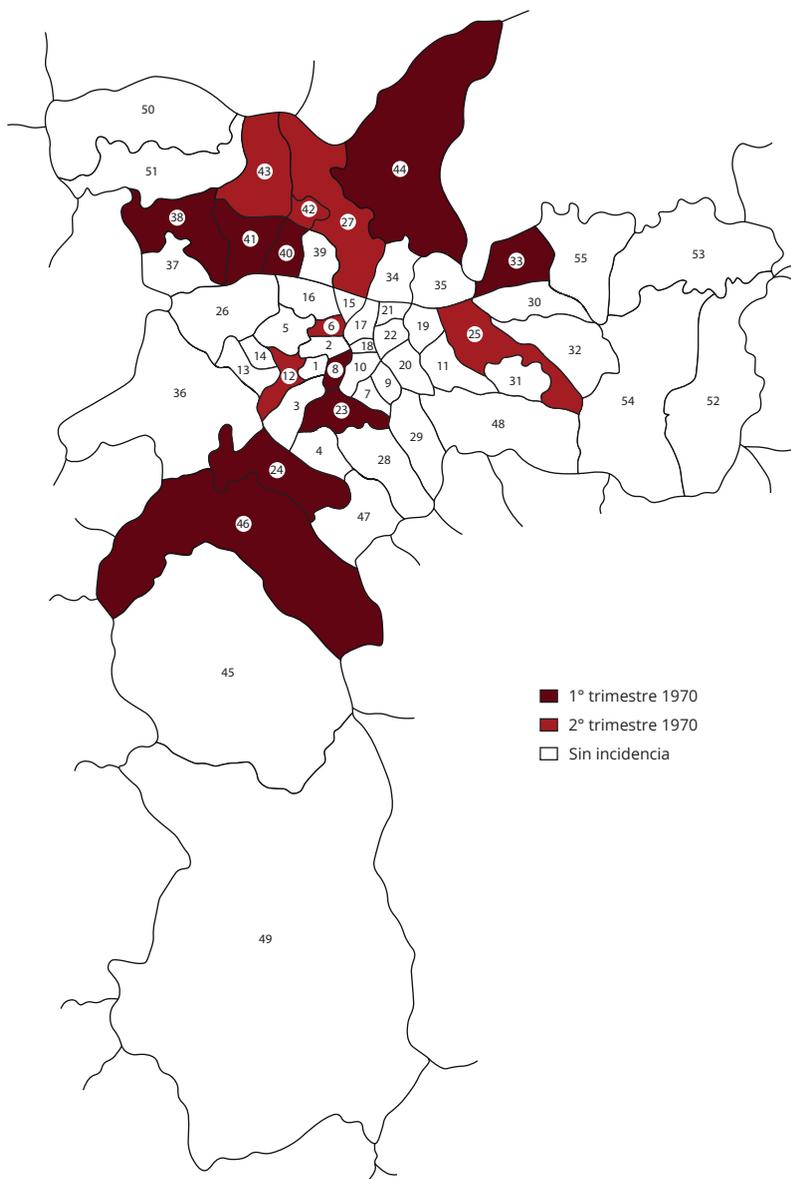


Figura 12. Distritos y subdistritos con primera incidencia epidémica por enfermedad meningocócica. San Pablo, Brasil. 1° trimestre 1970 - 2° trimestre 1970.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

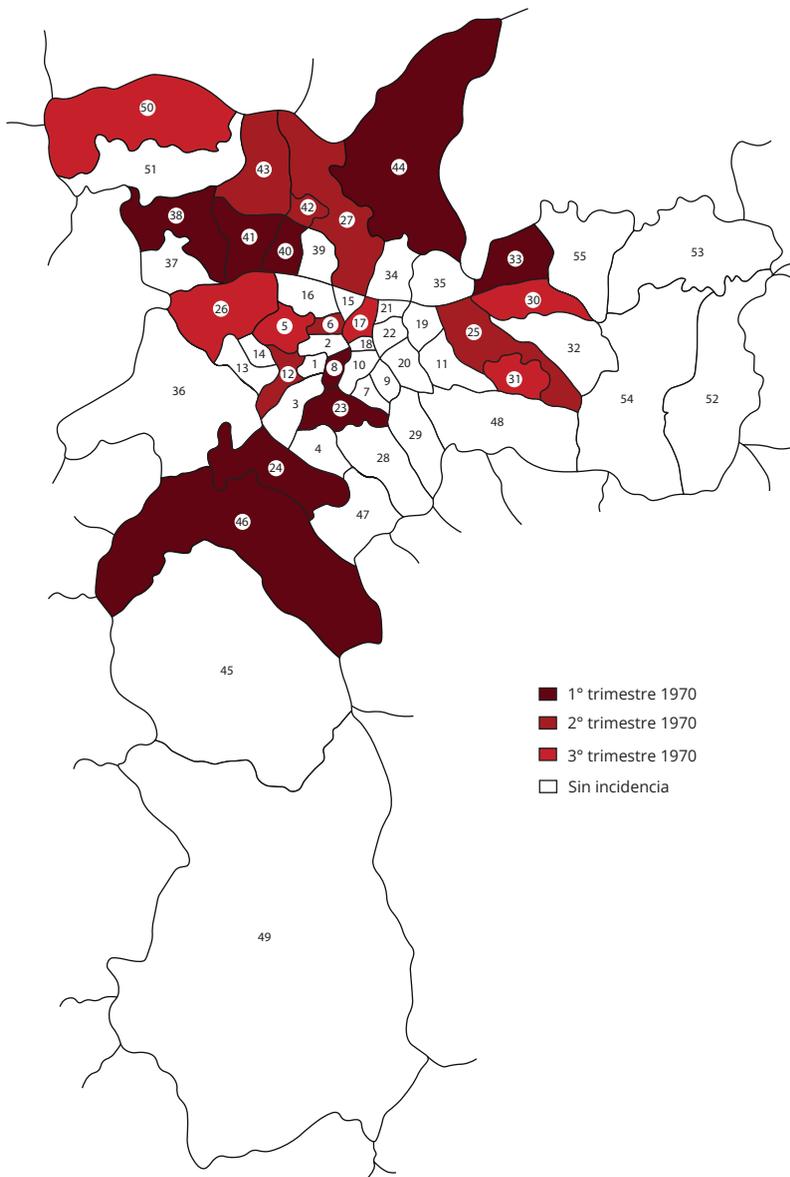


Figura 13. Distritos y subdistritos con primera incidencia epidémica por enfermedad meningocócica. San Pablo, Brasil. 1° trimestre 1970 - 3° trimestre 1970.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

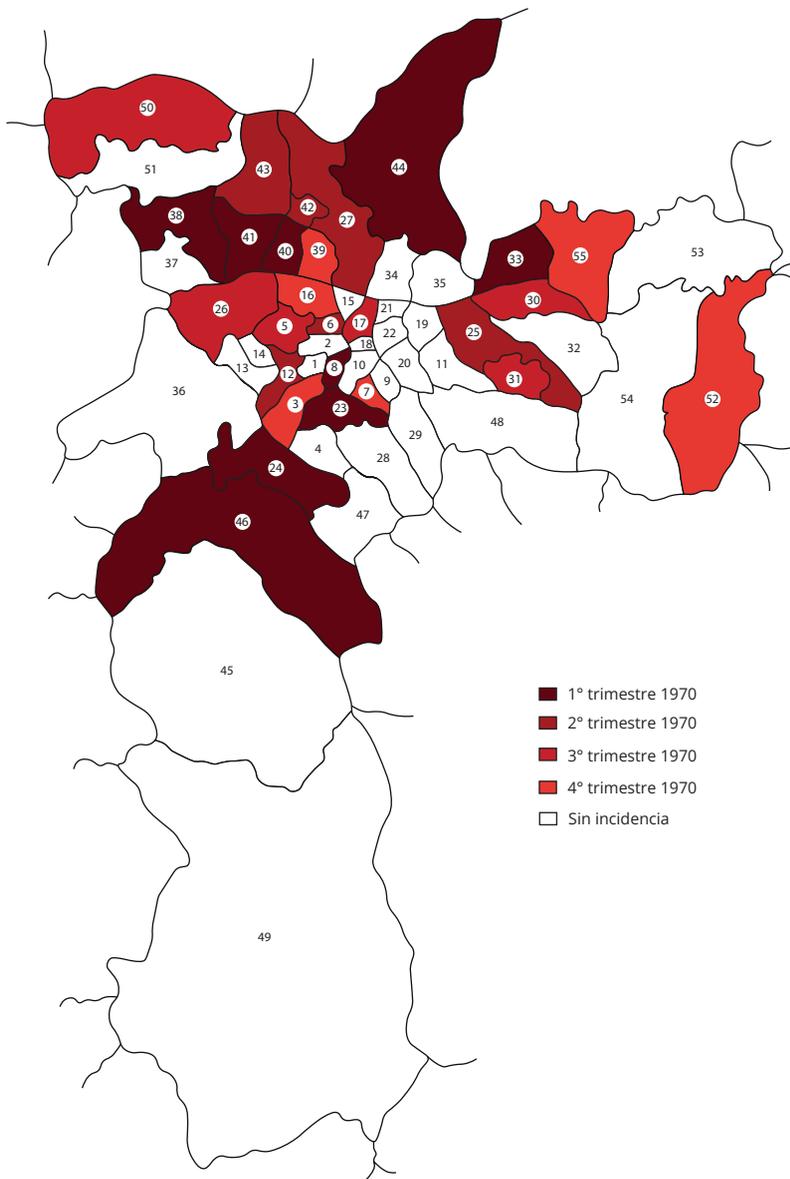


Figura 14. Distritos y subdistritos con primera incidencia epidémica por enfermedad meningocócica. San Pablo, Brasil. 1° trimestre 1970 - 4° trimestre 1970.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

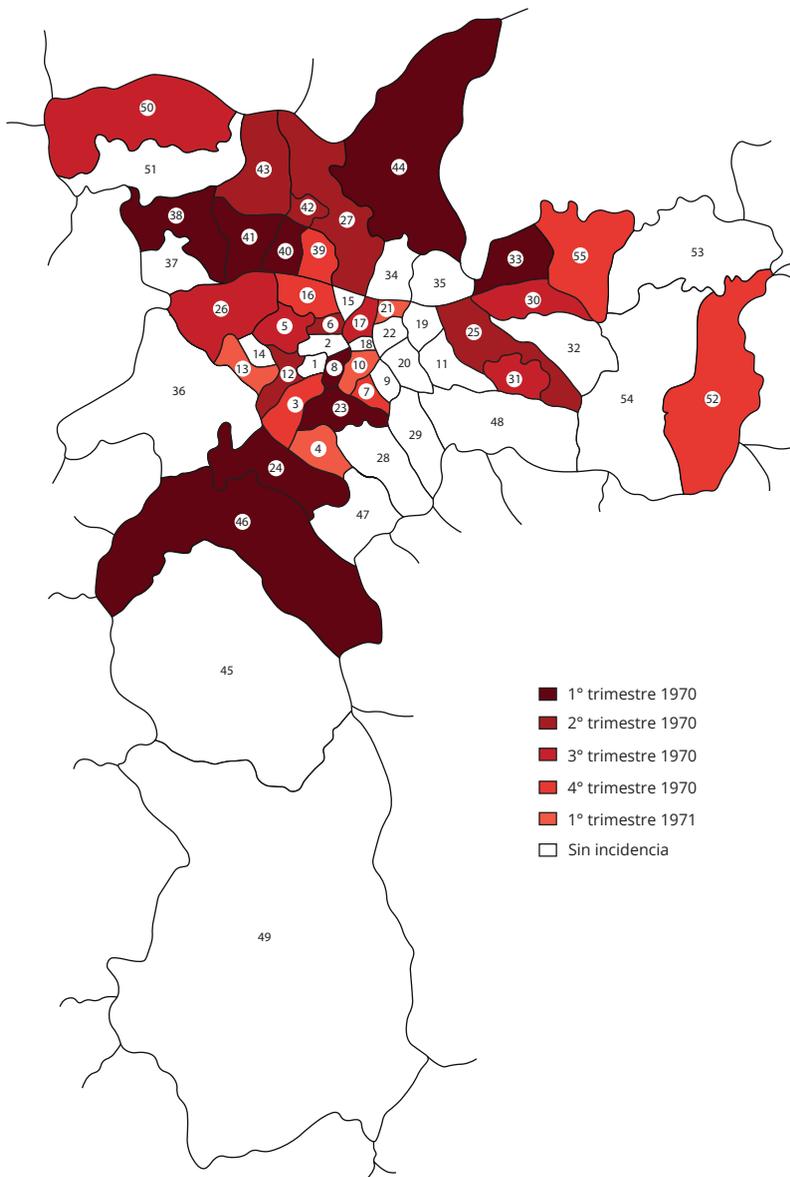


Figura 15. Distritos y subdistritos con primera incidencia epidémica por enfermedad meningocócica. San Pablo, Brasil. 1º trimestre 1970 - 1º trimestre 1971.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

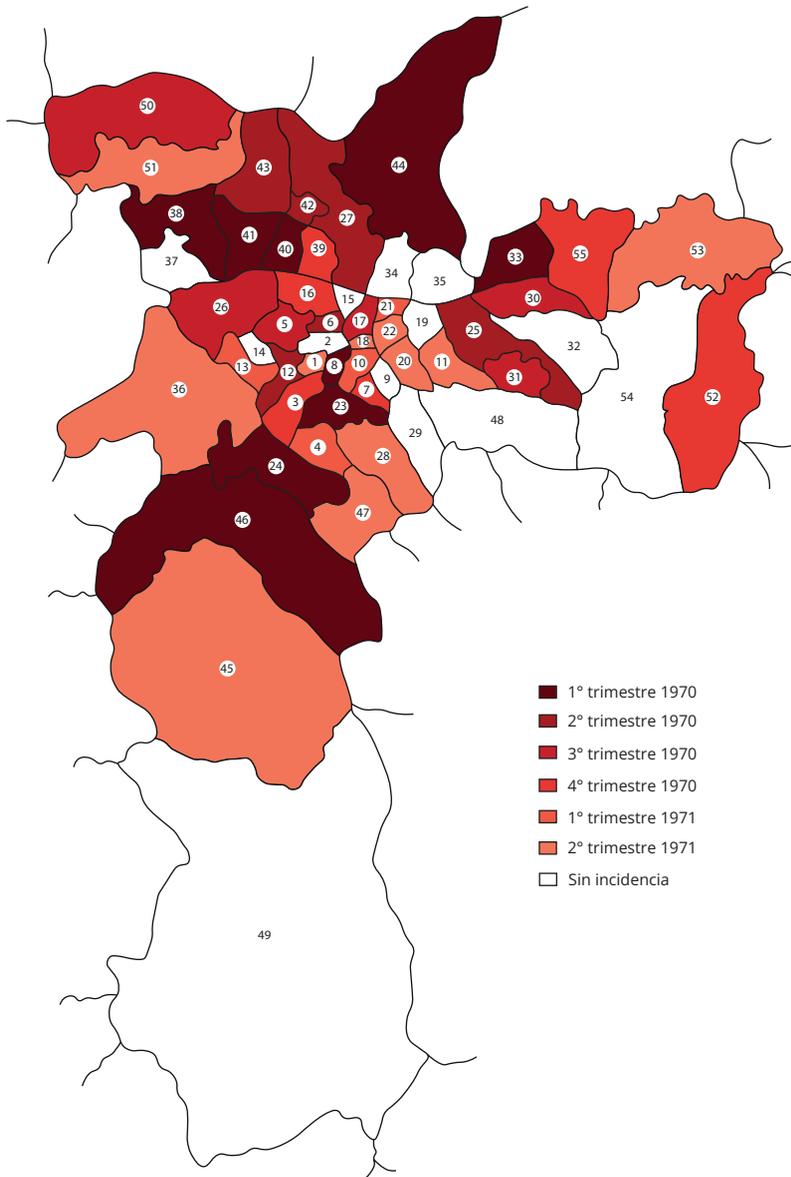


Figura 16. Distritos y subdistritos con primera incidencia epidémica por enfermedad meningocócica. San Pablo, Brasil. 1° trimestre 1970 - 2° trimestre 1971.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

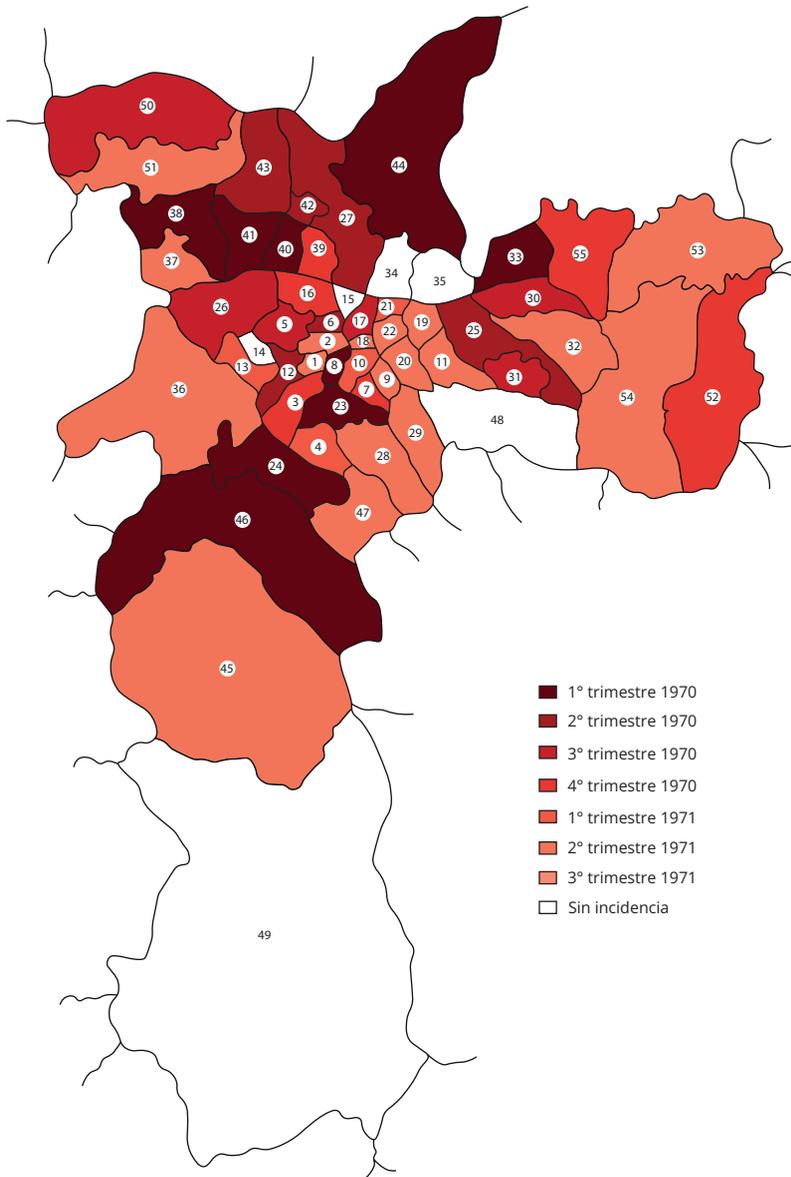


Figura 17. Distritos y subdistritos con primera incidencia epidémica por enfermedad meningocócica. San Pablo, Brasil. 1° trimestre 1970 - 3° trimestre 1971.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

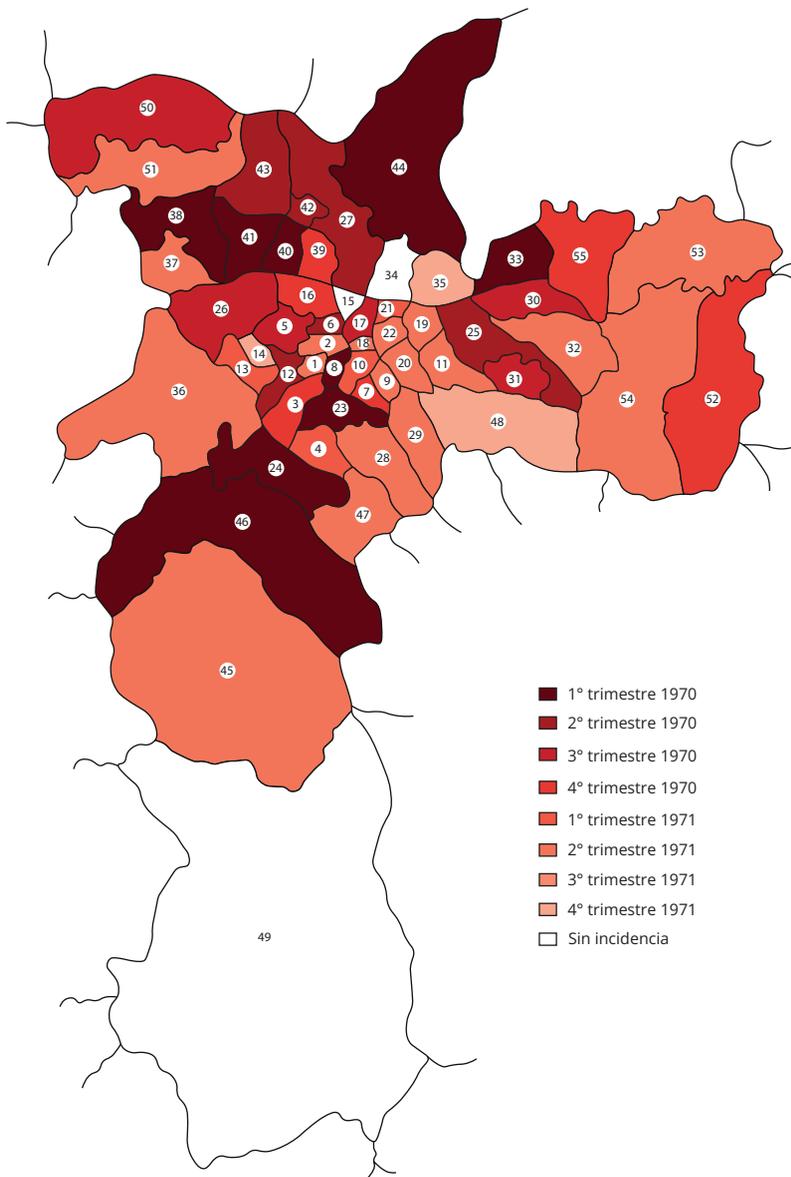


Figura 18. Distritos y subdistritos con primera incidencia epidémica por enfermedad meningocócica. San Pablo, Brasil. 1° trimestre 1970 - 4° trimestre 1971.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

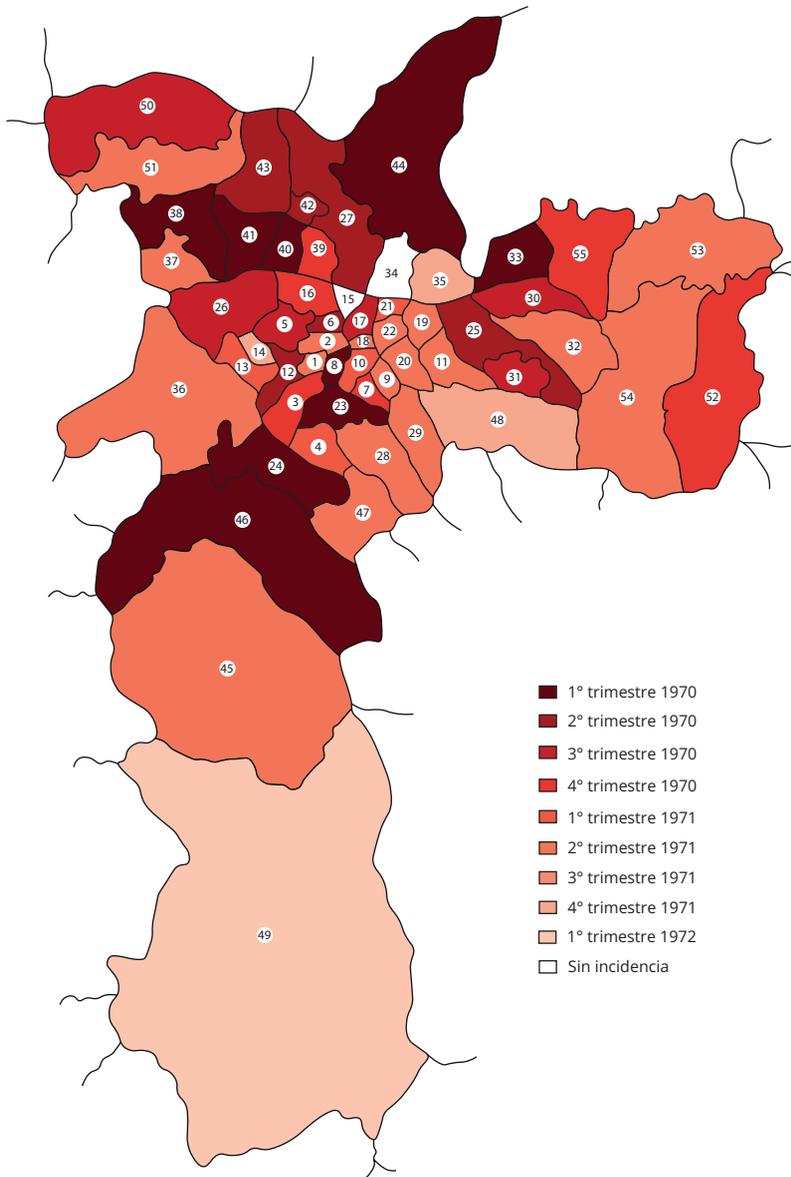


Figura 19. Distritos y subdistritos con primera incidencia epidémica por enfermedad meningocócica. San Pablo, Brasil. 1° trimestre 1970 - 3° trimestre 1971.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

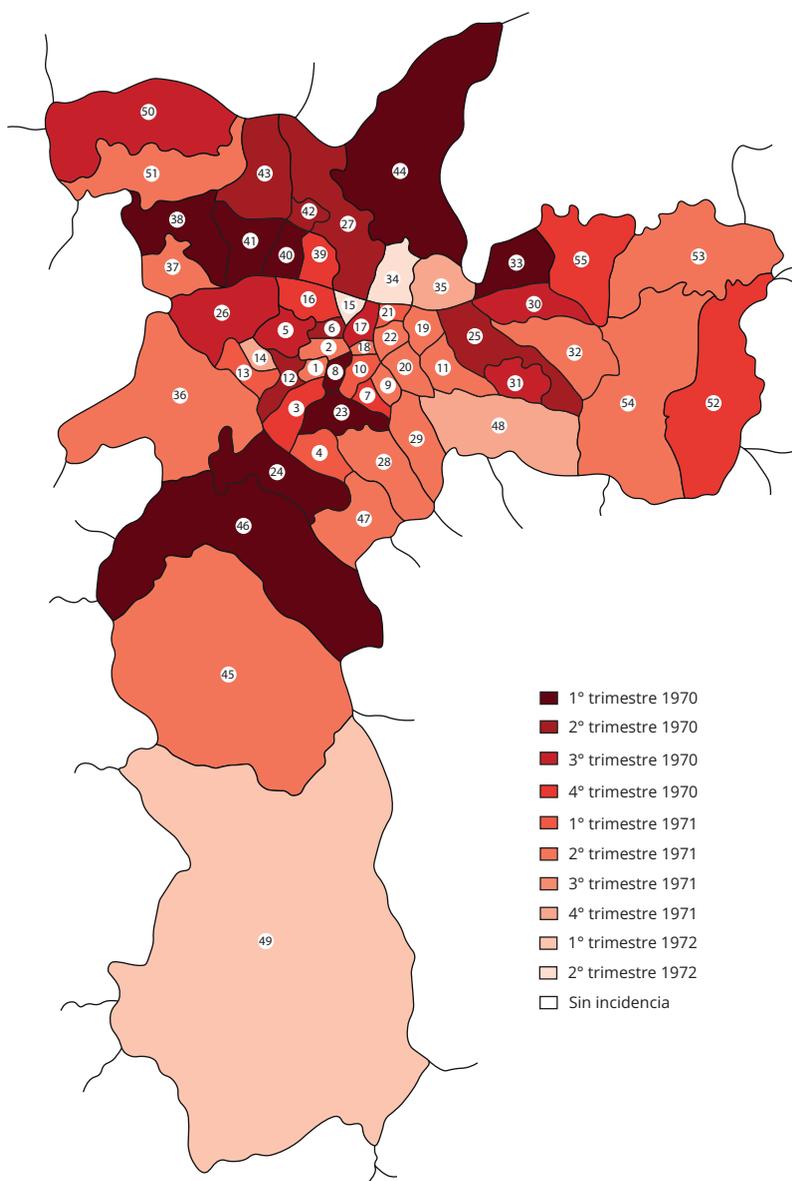


Figura 20. Distritos y subdistritos con primera incidencia epidémica por enfermedad meningocócica. San Pablo, Brasil. 1° trimestre 1970 - 2° trimestre 1971.

Nota: 1. Cerqueira César; 2. Consolação; 3. Jardim Paulista; 4. Indianópolis; 5. Perdizes; 6. Santa Cecília; 7. Aclimação; 8. Bela Vista; 9. Cambuci; 10. Liberdade; 11. Alto da Mooca; 12. Jardim América; 13. Pinheiros; 14. Vila Madalena; 15. Bom Retiro; 16. Barra Funda; 17. Santa Ifigênia; 18. Sé; 19. Belenzinho; 20. Mooca; 21. Pari; 22. Brás; 23. Vila Mariana; 24. Ibirapuera; 25. Tatuapé; 26. Lapa; 27. Santana; 28. Saúde; 29. Ipiranga; 30. Penha de França; 31. Vila Formosa; 32. Vila Matilde; 33. Cangaíba; 34. Vila Guilherme; 35. Vila Maria; 36. Butantã; 37. Vila Jaguara; 38. Pirituba; 39. Casa Verde; 40. Limão; 41. Nossa Senhora do O; 42. Vila Nova Cachoeirinha; 43. Brásilândia; 44. Tucuruvi; 45. Capela do Socorro; 46. Santo Amaro; 47. Jabaquara; 48. Vila Prudente; 49. Parelheiros; 50. Perus; 51. Jaraguá; 52. Guaianazes; 53. São Miguel Paulista; 54. Itaquera; 55. Ermelino Matarazzo.

una incidencia anormal y el último distrito en presentar una incidencia epidémica fue nuevamente el de Parelheiros.

En la Figura 10 se puede observar la progresión de la ocurrencia epidémica. En la zona norte, el primer subdistrito en presentar la epidemia fue Tucuruvi y el último nuevamente fue Vila Guilherme, que solo se vio afectado después de 29 meses. En la zona oeste, el proceso comenzó inicialmente en Pirituba. El último subdistrito en ser afectado fue Vila Jaguara, 19 meses después de que el proceso comenzara en la ciudad. En la zona este, el primer subdistrito con incidencia epidémica fue Cangaíba, seguido por los demás en 24 meses. El último subdistrito en presentar una incidencia excesiva fue Vila Prudente. En el centro, la incidencia epidémica se manifestó inicialmente en Vila Mariana y en 30 meses los demás subdistritos también presentaron un exceso de casos. El último subdistrito en presentar la epidemia fue Bom Retiro. Los mapas (Figuras 11 a 20) muestran para cada trimestre del período comprendido entre enero de 1970 y junio de 1972 los subdistritos y distritos que presentaron un número excesivo de casos al menos una vez hasta ese momento. Aquí se evidencia el hecho mencionado anteriormente de que los subdistritos del centro de la ciudad presentan algunos picos de incidencia epidémica temprana sin que, sin embargo, el proceso se establezca realmente, ya que pequeñas fluctuaciones en el número de casos representan aumentos significativos en los coeficientes, superando los límites de los diagramas de control.

Estas incidencias epidémicas iniciales aparecen como “manchas” que se extienden por las diferentes zonas hasta cubrir todo el municipio. Los subdistritos y distritos cuya primera incidencia epidémica ocurrió en 1970 tenían un crecimiento anual promedio del 4,1% y una densidad de población de 10.208 habitantes por km<sup>2</sup>. En aquellos donde la incidencia anormal ocurrió en 1971, la tasa de crecimiento anual fue del 4,2% y la densidad demográfica de 9.325 habitantes por km<sup>2</sup>. Finalmente, aquellos que mostraron valores epidémicos solo en 1972 tenían una tasa de crecimiento anual del 3,4% y una densidad demográfica de 6.965 habitantes por km<sup>2</sup>. Aparentemente, hubo una relación inversa entre la tasa de crecimiento y la densidad demográfica y la aparición más temprana o tardía de la primera incidencia epidémica. Esta relación solo se observa en promedio y no se refleja de la misma manera cuando se analiza cada distrito o subdistrito por separado.

El intervalo entre el primer mes con incidencia epidémica y la instalación definitiva de la epidemia, sin retorno a los valores endémicos, varió de cuatro a 53 meses, desde Jabaquara hasta Vila Mariana, respectivamente.

Los subdistritos del Jabaquara, Vila Prudente, Saúde y Vila Maria, y los distritos de São Miguel Paulista e Itaquera, que tenían intervalos de cuatro a 12 meses, presentaban una renta mensual media de Cr\$ 927,00, un crecimiento anual del 8,6% y una densidad demográfica de 8.178 habitantes por km<sup>2</sup>. Estos valores sugieren un crecimiento poblacional intenso, probablemente debido a migraciones, alta concentración de población con posibles aglomeraciones en el hogar y bajos ingresos. Todos estos factores, junto con las malas condiciones de vida, forman parte del área periférica y podrían facilitar la propagación más rápida de la epidemia.

Los subdistritos de Capela do Socorro, Vila Matilde, Santo Amaro, Butantã, Ipiranga, Tatuapé, Santana y Bom Retiro y el distrito de Ermelino Matarazzo tenían intervalos de 13 a 24 meses. Estas localidades tenían una renta media de Cr\$ 833,60, un crecimiento anual del 7,3% y una densidad demográfica de 6.452 habitantes por km<sup>2</sup>. En este grupo los ingresos eran más bajos que en el grupo anterior, aunque la tasa de crecimiento y la densidad eran más altas. Cuatro subdistritos eran de la zona periférica y cuatro de la zona intermedia.

El intervalo de 25 a 36 meses se observó en 17 lugares: cinco en el centro, cinco en la zona intermedia y siete en la periferia. La renta media mensual de estas localidades era de Cr\$ 1.098,00, un crecimiento anual del 2,9% y una densidad demográfica de 9.469 habitantes por km<sup>2</sup>. Este grupo tenía ingresos medios más altos que los grupos anteriores y un crecimiento mucho menor. La mayor densidad podría reflejar las condiciones típicas en las áreas centrales debido a la predominancia de edificios.

Entre 37 y 48 meses se encontraban los intervalos observados en 19 lugares: ocho en el centro, cuatro en la zona intermedia y siete en la periferia. Para estas localidades, la renta media era de Cr\$ 1.362,30, el crecimiento anual del 2,7% y la densidad demográfica de 10.356 habitantes por km<sup>2</sup>. Nuevamente se observa una renta mayor que en los grupos anteriores, un crecimiento menor y una mayor densidad.

Finalmente, entre 49 y 53 meses se encontraron cuatro subdistritos: Bela Vista (zona central), Vila Mariana (zona intermedia), Limão y Vila Nova Cachoeirinha (zona periférica). En este grupo, la renta media mensual era de Cr\$ 1.249,50, el crecimiento anual del 1,7% y la densidad de 14.679 habitantes por km<sup>2</sup>.

De las variables disponibles, la única que mostró una relación inversamente proporcional constante con la duración del intervalo fue la tasa de crecimiento, lo que sugiere que en las áreas donde el crecimiento poblacional fue más rápido la cantidad de personas susceptibles era mayor, lo que facilitaba la propagación de la enfermedad. Con la excepción de los dos primeros grupos, en los demás la densidad demográfica se mostró directamente proporcional a la duración del intervalo. Para comprender esta relación, es necesario recordar que en la transmisión de las enfermedades respiratorias la aglomeración en el hogar es importante y podría evaluarse por el número de personas por dormitorio. La densidad demográfica, aunque refleja la concentración espacial de las personas, podría estar reflejando la presencia predominante de edificios de apartamentos en varias áreas, sin necesariamente implicar una mayor aglomeración en el hogar.

A pesar de las limitaciones de los datos registrados, así como de la información censal y de eventos vitales, para un análisis que busca aclarar la determinación social en la producción y distribución de las enfermedades estos datos permiten demostrar, aunque de manera imprecisa, las desigualdades en la distribución de las enfermedades y sus relaciones con indicadores indirectos (aunque insuficientes) de las condiciones de clase.

Si queremos comprender el fenómeno de la determinación social en la producción y distribución de las enfermedades, especialmente en situaciones epidémicas, deberemos llevar a cabo investigaciones de campo utilizando categorías de análisis que permitan trabajar verdaderamente con el concepto de clase. De todos modos, queda

el problema de la caracterización de la población según las clases sociales, lo cual está lejos de lograrse en las estadísticas oficiales.

En el caso de las epidemias, la complejidad de los factores involucrados dificulta la comprensión del fenómeno en su intimidad. Sin embargo, es posible hacer evidentes las desigualdades en la distribución, ya sea en términos de la magnitud de los coeficientes de incidencia, la precocidad de la aparición de la epidemia o la rapidez con que el proceso evoluciona en diferentes grupos poblacionales.

Creemos que si fuera posible estudiar la aparición y difusión de la epidemia según las clases sociales que componen la sociedad, estas diferencias serían aún más evidentes.

“¿Divulgar los males sería contribuir a agravar los problemas y exasperar al pueblo? Los hechos angustian, pero conocerlos es un camino necesario para el encuentro y la aceptación de soluciones. Y el pueblo, a través de la experiencia diaria, conoce con agudeza y lucidez de quienes necesitan luchar cada día para ganar el pan, tanto para sí mismos como para sus familias, la extensión y gravedad de los problemas. Es necesario romper las barreras que impiden que el pueblo se organice, participe y contribuya a la solución de sus problemas y de los problemas de la ciudad” (Paulo Evaristo Arns, arzobispo de São Paulo. *São Paulo: crecimiento y pobreza*)



## Capítulo 3

# La ciudad asustada, población atemorizada

La descripción y el análisis de las repercusiones sociales de la epidemia de enfermedad meningocócica se realizarán en dos etapas con el objetivo de caracterizar, por un lado, la actuación del Estado frente a ella y, por otro, el comportamiento de algunos aparatos ideológicos del Estado y de la propia población durante el proceso.

Ambos enfoques se dirigen a los elementos de la superestructura con sus dos esferas esenciales: la sociedad política o el aparato de Estado propiamente dicho y la sociedad civil con sus diferentes aparatos ideológicos. Las cuestiones relacionadas con el aparato de Estado se tratarán en el próximo capítulo (Gramsci, 1978; Portelli, 1977).

En este capítulo se abordarán las cuestiones relacionadas con algunos aparatos ideológicos: el sector de la salud, el sector de la educación y la prensa, y la vida cotidiana en la ciudad. Es decir, cómo las personas vivieron la situación epidémica. Además, se tratarán las cuestiones relacionadas con las repercusiones internacionales y la actuación del Legislativo, que, aunque no forma parte de la sociedad civil en nuestra realidad, tampoco forma parte del aparato de Estado propiamente dicho.

La sociedad civil se entiende aquí como el conjunto de organismos (aparatos ideológicos del Estado) que ejercen la función de hegemonía del grupo dominante sobre la sociedad. Son organismos que permiten a la clase dominante controlar la sociedad a través del consenso, difundiendo la concepción del mundo o la ideología dominante entre los grupos sociales, convirtiendo esta ideología en un “sentido común” (Althusser, 1980; Gramsci, 1978; Portelli, 1977). Estos organismos se llaman aparatos ideológicos del Estado, independientemente de si son o no órganos del sector público, y funcionan predominantemente a través de la ideología y secundariamente a través de la represión, siendo lugares donde la lucha de clases está permanentemente presente ya que contribuyen a la reproducción y el mantenimiento de las relaciones de explotación capitalista (Althusser, 1980).

El sistema educativo y el sistema de salud, entendidos como el conjunto de servicios destinados a la función de educación y salud en la sociedad, son ejemplos de aparatos ideológicos del Estado que expresan a través de su funcionamiento los mecanismos de ejercicio del poder presentes en ellos.

La epidemia de enfermedad meningocócica en San Pablo ocurrió en un período de crisis de hegemonía. Es decir, en un momento histórico en el que la clase dominante no tenía el control de las clases subordinadas en el plano ideológico, por lo que

recurría a la coerción y la represión para mantenerse en el poder. Sin embargo, esto no invalida la función de cooptación ejercida por los aparatos ideológicos de Estado. Por el contrario, la hace aún más importante, aunque esté marcada por sucesivas contradicciones.

El ejercicio del poder de estos aparatos ideológicos del Estado sobre la sociedad se lleva a cabo de manera capilar, “en el punto en que el poder se encuentra con el nivel de los individuos, llega a sus cuerpos, se inserta en sus gestos, actitudes, discursos, aprendizaje y vida cotidiana” (Foucault, 1982). De esta manera, el ejercicio del poder y la dominación de los aparatos ideológicos quedan ocultos, ya que se manifiestan más a nivel individual que social.

Para describir estas repercusiones sociales del fenómeno epidémico ya sea en el ámbito de los aparatos ideológicos o en el ámbito de la vida cotidiana, utilizamos las noticias de la prensa escrita como documentos de la época.

Para facilitar la descripción de los hechos y su análisis, hemos separado las noticias de periódicos y revistas según su contenido en diversos temas, procurando mantener, siempre que sea posible, la secuencia cronológica de exposición dentro de cada uno de ellos.

## El sector de la salud

En este tema se presentarán cuestiones relacionadas con el funcionamiento del sector de la salud no solo como un aparato ideológico del Estado, sino también como un sector de producción de servicios responsable de mantener y restaurar la fuerza de trabajo. La intención aquí es describir la forma en que opera el sector en la situación específica de una epidemia de enfermedad meningocócica y comprender, a través de este ejemplo, las contradicciones y los aspectos aparentemente irracionales que la epidemia pone de manifiesto.

El funcionamiento del sector de la salud se abordará desde dos perspectivas diferentes: su funcionamiento interno (es decir, la organización de los servicios) y la relación entre los servicios de salud y sus usuarios (es decir, la población que utiliza los servicios y sus familiares).

### *La anarquía en la prestación de servicios*

La epidemia de enfermedad meningocócica puso al descubierto la anarquía en la organización de los servicios de salud en el municipio de San Pablo, revelando la falta de coordinación en la red hospitalaria y la falta total de integración entre los servicios locales, destinados a la atención inicial, y los hospitales.

En el caso particular de la enfermedad meningocócica, los hospitales desempeñaban un papel fundamental en el diagnóstico y el tratamiento temprano. El diagnóstico etiológico requería el examen microbiológico del líquido cefalorraquídeo

obtenido mediante punción lumbar u occipital, que debía realizarse antes de la administración de antibióticos para identificar el agente causante. Este examen no podía realizarse en los servicios locales, como centros y puestos de salud, porque no disponían de los medios adecuados. Sin embargo, el tratamiento temprano era necesario, ya que el pronóstico estaba directamente relacionado con la rapidez con la que se iniciaba la terapia antibiótica. Por lo tanto, era necesario que los pacientes fueran atendidos en hospitales para garantizar tanto la realización de los exámenes de laboratorio necesarios para el diagnóstico etiológico como el inicio temprano del tratamiento. Durante este período, los hospitales, incluido el Hospital Emilio Ribas, especializado en el tratamiento de enfermedades infecciosas, acapararon la atención de la población y la prensa.

La anarquía en la prestación de servicios hospitalarios se manifestó en la desorganización del sector en su conjunto. Es decir, en la falta de integración institucional y jerárquica entre los servicios y en la falta de regionalización, lo que dificultó el acceso de los pacientes, así como la falta de camas, recursos materiales y recursos humanos para hacer frente a la epidemia. A esto se sumó la falta de preparación de la comunidad médica frente a la situación y la total negligencia de las autoridades de salud a nivel municipal, estatal y federal.

Para comprender la caótica situación de la atención médica y hospitalaria en ese período, es importante tener en cuenta las características del "sistema de salud" en San Pablo en la década de 1970 y el gran número de casos ocurridos durante los ocho años de duración de la epidemia (Donnangelo, 1975).

El sector de la salud contaba con un gran número de hospitales privados ubicados en el centro de la ciudad que inicialmente se eximieron de cualquier participación en el combate a las enfermedades infecciosas, ya que el control de estas enfermedades era responsabilidad del Estado. Por otro lado, los órganos públicos contaban con un solo hospital destinado al tratamiento de enfermedades contagiosas, también ubicado en el centro de la ciudad y con 400 camas.

Los servicios de salud, incluso los destinados a la atención primaria, estaban mal distribuidos en el territorio, dejando grandes contingentes de población sin cobertura. En ese momento, no existía ningún grado de integración vertical (es decir, jerarquización entre los diferentes niveles de atención) ni ningún grado de integración horizontal (es decir, acciones integradas entre servicios del mismo nivel pertenecientes a instituciones diferentes).

La Secretaría de Estado de Salud no tenía ningún sistema efectivo de vigilancia epidemiológica y se limitaba solo a registrar los casos ocurridos en el Hospital Emilio Ribas, sin realizar ningún tipo de análisis epidemiológico.

La epidemia, además de poner de manifiesto públicamente estas características del sector de la salud, dejó clara la insuficiencia tanto cuantitativa como cualitativa de los servicios existentes.

A través de las noticias de la prensa se pueden ejemplificar estas afirmaciones, que están ampliamente documentadas en una serie de estudios realizados en el campo de la salud pública sobre las políticas de salud y la organización de los servicios de salud en Brasil (Arouca, s/f; Braga, 1981; Donnangelo, 1975; Luz, 1979; Possas, 1981).

Desde mayo de 1973, 24 meses después del inicio de la epidemia, cuando la incidencia mensual era de 2,25 casos por 100.000 habitantes (es decir, 152 casos nuevos por mes), comienzan a aparecer en los periódicos noticias sobre la falta de camas en el Hospital Emílio Ribas, el cual hasta entonces centralizaba la atención a los enfermos. En julio del mismo año, la Secretaría de Salud anunció la intención de instalar salas de enfermedades infecciosas en los hospitales de las sedes regionales en el interior del Estado.

En abril de 1974, poco antes de la verdadera explosión en la incidencia, causada por la superposición de las epidemias producidas por los meningococos A y C, comienzan a surgir noticias que informan sobre muertes debidas a la demora en la atención médica. Esta demora, en la mayoría de los casos, se debió a la peregrinación de los enfermos en busca de atención.

El periódico *Folha de S. Paulo* aborda este tema en un artículo publicado el 18 de julio de 1974 titulado “En la demora del diagnóstico, la meningitis mata a un niño”. De este artículo extraemos la siguiente cita:

A. C. A., de 16 años, ayudante de carpintero, estudiante de sexto grado en el Segundo Gimnasio Estatal de Vila Brasilândia, murió a principios de la semana, víctima de meningitis, en el Hospital Emílio Ribas, después de haber sentido fuertes dolores de cabeza y de haber pasado por otros tres hospitales sin que se le diagnosticara la enfermedad. [...] El padre, Sr. J. R. A. I., cuenta que su hijo comenzó a sentir dolor de cabeza a las 6 de la mañana del lunes y que inmediatamente lo llevó al Pronto Socorro São Vicente de Paula. “Allí los médicos lo pusieron en una ambulancia y lo enviaron al Hospital Matarazzo”. En este hospital, los médicos permanecieron de 8 a 19 horas realizando exámenes al niño y finalmente constataron que tenía meningitis, enviándolo al Hospital Emílio Ribas. “Mi hijo murió dos horas después de haber sido internado y medicado. Según los médicos, no hubo tiempo para que los medicamentos hicieran efecto...”. Para evitar que casos similares [...] se repitan, los médicos del Ministerio de Salud recomiendan que ante los primeros signos [...] los pacientes sean enviados al Hospital Emílio Ribas. (*Folha de S. Paulo*, 1974)

La situación retratada por este ejemplo singular empeoró aún más durante el segundo semestre de 1974 debido al gran aumento en la incidencia y la falta de camas en el Hospital Emílio Ribas.

Para dar una idea del carácter explosivo de la epidemia en esta etapa, basta decir que, al comparar la incidencia mensual (coeficiente por 100.000 habitantes) del año 1974 con la incidencia mensual promedio del período endémico de 1960 a 1969, los aumentos relativos fueron mayores a 100 en todo el segundo semestre de 1974. En cuanto al número de casos, a partir de julio siempre hubo más de 1.000 casos nuevos por mes, alcanzando una incidencia de 2.573 casos en septiembre (Tabla 9). En julio, cuando la incidencia comenzó a aumentar rápidamente, el Hospital Emílio Ribas

Tabla 9. Incidencia mensual de la enfermedad meningocócica, en 1974 e incidencia mensual promedio en el período de 1960 a 1969. San Pablo, Brasil.

Mes	Coeficiente de incidencia		Aumento relativo*
	1974	1960-1969	
Enero	2,02	0,13	15,5
Febrero	1,54	0,13	11,8
Marzo	1,55	0,14	11,7
Abril	2,77	0,16	17,3
Mayo	3,80	0,17	22,4
Junio	6,43	0,18	35,7
Julio	19,78	0,24	82,4
Agosto	27,91	0,21	132,9
Septiembre	36,35	0,15	242,3
Octubre	28,72	0,15	191,5
Noviembre	21,02	0,14	150,1
Diciembre	17,25	0,14	123,2

\*El aumento relativo se expresa como la razón entre la incidencia mensual en 1974 y la incidencia mensual promedio en el período de 1960 a 1969.

tenía el 80% de sus camas ocupadas por pacientes con enfermedad meningocócica y alrededor de 110 camas más de su capacidad habitual.

En ese momento surgieron declaraciones repetidas del secretario de Salud, Dr. Getúlio Lima Jr., afirmando que la red hospitalaria estatal era suficiente para hacer frente a la situación, aunque el número de hospitalizaciones ya alcanzaba, en promedio, 47 casos nuevos por día.

La Secretaría de Higiene del municipio de San Pablo puso a disposición de la Secretaría de Estado 100 camas en los hospitales Menino Jesus y Tatuapé para la internación de otros casos de enfermedades transmisibles, con el fin de que el Hospital Emílio Ribas se dedicara únicamente a los casos de meningitis.

Sin embargo, esta medida resultó insuficiente ante el avance de la epidemia y el 19 de julio el periódico *O Estado de S. Paulo* describió la situación del Hospital Emílio Ribas de la siguiente manera:

Colchones esparcidos por los pasillos, niños colocados sobre mesas de laboratorio, médicos arrodillados en el suelo para atender a los pacientes: esta escena que se repite en el Hospital Emílio Ribas desde hace casi un mes alcanzó en los últimos días sus momentos más dramáticos. Ya son casi mil pacientes con meningitis ingresados en el hospital, el doble de su capacidad,

y recibe a diario a unas 100 personas con síntomas de la enfermedad. (O Estado de S. Paulo, 19 de julio de 1974)

Ante esta situación, que empeoraría en los meses siguientes, se comenzó a discutir y cuestionar la centralización de la atención en el Hospital Emílio Ribas, buscando alternativas para la escasez de recursos materiales y humanos.

Se decidió continuar centralizando la atención inicial en el Hospital Emílio Ribas y crear una red hospitalaria de apoyo a la que se trasladarían los pacientes dos o tres días después del inicio del tratamiento, siempre que mostraran una evolución clínica favorable. Inicialmente siete hospitales de la red pública estatal, municipal y federal ofrecieron camas para la internación de pacientes con meningitis.

Sin embargo, este intento de resolver el problema resultó insuficiente y el Hospital Emílio Ribas comenzó a “devolver” pacientes referidos desde otros municipios de la Gran San Pablo y del interior del estado, ya que no tenía las condiciones mínimas para atenderlos.

En la última semana de julio, la situación era completamente caótica y todos los hospitales que formaban parte de la red de atención a la meningitis estaban llenos. En ese momento se suspendieron las visitas de familiares a los enfermos para facilitar el trabajo de los hospitales. Se improvisaron salas de hospitalización en edificios públicos, como en el Pró-Menor, los puestos de atención del INPS pasaron a atender casi exclusivamente a pacientes con sospecha de meningitis y meningococcemia, y los medios de comunicación comenzaron a publicar numerosos informes sobre la búsqueda de camas para la internación.

Debido a esta situación y ante la falta de información por parte de la Secretaría de Salud, la prensa intentó por diversos medios obtener el número de pacientes ingresados, el número de nuevos casos y las muertes por meningitis, pero la censura impidió la divulgación de esta información. Las autoridades de seguridad consideraron la epidemia en San Pablo como un asunto de “seguridad nacional” y censuraron los medios de comunicación, prohibiendo la difusión de información por radio y televisión, así como la censura de periódicos y revistas.

La peregrinación de los enfermos por la ciudad en busca de camas para la internación fue jocosamente llamada “meningotur” y puede ilustrarse con las siguientes citas:

Vine aquí esta mañana y ya visité cuatro hospitales. Terminé volviendo aquí porque no tenía otra opción. Todos los hospitales están llenos, y no puedo dejar a mi hijo enfermo en casa’, explica L. R. M., conductor, al médico de guardia en el Emílio Ribas. (*Folha de S. Paulo*, 1974).

La siguiente cita, aunque un poco larga, ejemplifica a través de un caso particular cómo era el “sistema” de atención a los enfermos en San Pablo en ese momento. Los familiares de los pacientes tenían que encontrar un lugar con camas disponibles. En esta larga búsqueda a menudo se perdían horas valiosas para la recuperación del paciente, ya que la demora en la atención podía resultar en la muerte o en secuelas.

En la oficina del Pronto Socorro Municipal del Ipiranga, a las 16 horas: M. L. llega cansada. En brazos, lleva a su hija de cuatro años. “Mi niña está enferma. Creo que es meningitis. Necesita un hospital”. El tono de su voz no muestra pánico ni miedo, solo desesperación. María Luiza salió de su casa en la zona este a las 11 de la mañana. Un tren la llevó a la estación Roosevelt. Un autobús la dejó en la puerta del Hospital Emílio Ribas. Entonces llegó la primera noticia: —“El hospital está lleno, y usted debe buscar otro que aún atienda”. Un nuevo autobús la lleva al Hospital Infantil Cândido Fontoura [...]. En el tercer autobús que María Luiza toma para intentar suerte en otro hospital hay muchos pasajeros [...]. Poco después de las 16 horas, cuando por tercera vez María Luiza escucha que el hospital está lleno, solo la presencia de otro hombre con su hijo evita que su peregrinación llegue al Hospital Ipiranga del INPS. Allí también está lleno, dice el señor desde dentro de la camioneta en la que [...] Agradecida, Maria Luiza continúa su búsqueda de hospital [...]. Y van juntos al Hospital Infantil de la zona norte [...]. Poca gente nota la sonrisa de María Luiza cuando ve a la enfermera llevar a la niña de cuatro años. La esperanza ha vuelto. (*O Estado de S. Paulo*, 25 de julio de 1974d)

A principios de agosto ya había 19 hospitales involucrados en la atención de casos de enfermedad meningocócica en la región metropolitana. Sin embargo, el aumento en el número de camas disponibles no podía seguir el rápido aumento en la incidencia. Solo en agosto se registraron 1.976 casos nuevos en la población residente del municipio de San Pablo.

Aprovechando la situación, la Federación Brasileña de Hospitales hizo un llamado público en busca de mayores facilidades para el sector privado en el campo de la salud. El presidente de la entidad, el Sr. Helvécio Boaventura Leite, afirmó que el escaso número de camas hospitalarias destinadas al tratamiento de enfermedades transmisibles era uno de los principales factores responsables de la alarma de la población “que no sabía si tendría garantizada la hospitalización en los hospitales del Estado”. Analizando el déficit de camas, afirmó que la falta de facilidades crediticias era uno de los principales determinantes de la situación, ya que alejaba al sector privado de los proyectos hospitalarios.

Tenemos la esperanza de que ahora, después del brote de meningitis, podamos llegar a un entendimiento perfecto con las autoridades gubernamentales [...]. Los incentivos (para el sector privado) serían: tarifas justas por las estadias pagadas por el INPS; facilidades crediticias con bajos intereses, plazos accesibles y un volumen suficiente de dinero; incentivos fiscales; y exención tributaria, incluso condicionada a la prestación de servicios a los menos afortunados. (*O Estado de S. Paulo*, 15 de agosto de 1974)

Estas declaraciones dan la impresión de que no se estaba dando preferencia al sector privado en el campo de la salud. Sin embargo, en ese momento alrededor del 80% de los recursos del Fondo de Asistencia Social destinados a la construcción e instalación de servicios de salud eran captados por el sector privado (Arouca et al., s/f; Braga, 1981).

Además, la compra de servicios privados por parte de la Previdencia Social seguía aumentando, aunque los precios pagados por los procedimientos eran realmente insuficientes.

Cerca de dos meses después, el periódico *O Estado de S. Paulo*, en su editorial, señaló la necesidad de que el Estado recurriera a los hospitales privados para atender a los enfermos. La situación se analiza de la siguiente manera:

...la meningitis sigue desafiando la administración. Todo todavía debe hacerse a toda prisa, en una verdadera lucha contra el reloj, porque los descuidos y omisiones superaron con creces los límites de lo razonable, con un perjuicio cuya magnitud nadie puede evaluar [...].

Ahora, como si estuviéramos en una guerra y nos viéramos obligados a recurrir a la improvisación, incluso los hospitales de campaña producidos en Miami están siendo negociados por la Secretaría de Salud con las partes prefabricadas previstas para ser transportadas en avión y ensambladas en aproximadamente 16 días, sabiendo que al precio de 2000 cruzeiros por metro cuadrado.

...tenemos que recurrir a la red de hospitales privados [...] Si existen recursos que la iniciativa privada ha creado, deben ser convocados [...]. (*O Estado de S. Paulo*, 10 de octubre de 1974)

El 23 de agosto de 1974 la Secretaría de Salud estableció el Centro de Información de la Meningitis (CIM) para orientar la hospitalización y la atención de sospechosos de meningitis. El CIM tenía listas actualizadas de camas y mantenía una línea telefónica directa con todos los hospitales que formaban parte de la red de atención. De esta manera, se introdujo algo de racionalidad en la atención, evitando las peligrosas peregrinaciones de los enfermos. Sin embargo, la falta de camas seguía siendo un problema, al igual que la falta de recursos humanos capacitados. Con la creación del CIM, quedó claro que durante el fin de semana casi no se daban altas, ya que la mayoría de los médicos no acudía a los hospitales y funcionaba sólo el sistema de guardia. Esto agravaba aún más la falta de camas.

Al mismo tiempo, la incidencia seguía aumentando. En septiembre se hospitalizaron 2.573 casos nuevos (36,35 casos por cada 100.000 habitantes). En un esfuerzo por aumentar la disponibilidad de camas, las transferencias a los hospitales de apoyo se hicieron cada vez más tempranas.

Otro recurso utilizado para reducir la duración de la hospitalización fue el “alta temprana”. Es decir, se daba de alta a los pacientes basándose en la desaparición de los síntomas clínicos, incluso si no se acompañaba de una mejora completa en el análisis del líquido cefalorraquídeo.

La revista *Veja*, cuyo número de la semana del 31 de julio fue retirado por la censura por mostrar en portada el caos del Hospital Emílio Ribas, con colchones esparcidos por los pasillos y albergando a casi tres veces más pacientes de lo que permitía su capacidad, comentó en un artículo del 4 de septiembre:

Por encima de todo, el asalto de la meningitis dejó en claro, como en ningún otro momento de estos tiempos de autocomplacencia nacional, la vulnerabilidad de las grandes ciudades brasileñas frente a una epidemia [...]. En algunos hospitales faltaba prácticamente de todo, desde lugares para alojar físicamente a los pacientes hasta jeringuillas hipodérmicas. En ningún momento se pudo pensar seriamente en la movilización de hospitales privados y sus equipos. (*Veja*, 31 de octubre 1974)

Con el fuerte aumento en el número de casos a partir de julio, los empleados de la Secretaría de Higiene y Salud suspendieron los pedidos de vacaciones, licencias y permisos para tratar asuntos personales, con el objetivo de reducir la escasez de recursos humanos en los hospitales y salas de urgencias involucrados en la atención de casos de enfermedad meningocócica.

En octubre, el alcalde envió a la Cámara de Concejales un proyecto de ley que proponía una bonificación de hasta dos tercios de los salarios para los empleados involucrados en la lucha contra la epidemia, con el objetivo de compensar financieramente el riesgo al que se estaban sometiendo. Este hecho demuestra en parte la visión que las autoridades tenían sobre la relación entre salud y trabajo. Es decir, se cambiaba la calidad del trabajo por algún recurso financiero. Lo mismo ocurría con respecto a la tasa de insalubridad, la ayuda por enfermedad, etc.

La situación caótica en los hospitales también tuvo otro impacto en la población, además de los ya mencionados. Se suspendieron las visitas a los pacientes hospitalizados, lo que dificultaba a los familiares obtener información. Este hecho se puede ilustrar con los siguientes testimonios:

Para M. J. B., que pasa todas las tardes en el Emílio Ribas haciendo cola para obtener noticias de su hija de siete años, la meningitis está trastornando la vida de muchas familias. Como no dan información por teléfono, María José tiene que pagar a alguien para que cuide de sus otros cinco hijos y tomar dos autobuses para llegar al hospital. [...]. [Ella cuenta] "Siempre hablo con mis vecinos de la fila, ya conozco a otras personas que, como yo, vienen aquí todos los días. Lo peor de la meningitis es que afecta a más personas pobres. Todavía tengo recursos para pagar a alguien que cuide de mis hijos y dinero para el autobús. Pero hay mucha gente aquí que, cuando llega la noche, no tiene forma de volver a casa". [...] "La meningitis es una enfermedad mala. Ya he sufrido mucho en mi vida. Pero ahora está siendo peor. Pero si vino, es porque Dios lo quiso. Tengo que aceptarlo" (J. V. S., mujer, hijo y sobrino ingresados).

“Las familias sufren tanto como los enfermos. A veces más. Y como la mayoría de las personas afectadas son pobres, la meningitis ya se ha convertido en un problema social” (funcionario de Emilio Ribas). (*O Estado de S. Paulo*, 26 de marzo de 1975)

Todos los artículos periodísticos utilizados hasta ahora sirven para documentar lo que fue la epidemia de enfermedad meningocócica en el municipio de San Pablo, cuando se intenta comprender su dimensión y su importancia social más allá de los crecientes números de casos.

Hasta ahora, solo se ha considerado uno de los aspectos de esta importancia social, que fue el relacionado con el “sistema” de atención médica existente en la ciudad de San Pablo y cómo la (des)organización de esta atención afectó a empleados, pacientes y familiares de los enfermos.

Otro problema relacionado con la atención hospitalaria de pacientes con meningitis o meningococcemia surgió en la prensa en 1974, en el punto máximo de la epidemia, y estaba relacionado con el esquema terapéutico utilizado en el Hospital Emilio Ribas.

La controversia involucraba a los “defensores” de la penicilina G cristalina y a los médicos del Emilio Ribas que optaron por la ampicilina, un medicamento igual de eficaz pero mucho más costoso. Los argumentos de los “defensores” del esquema oficial se basaban en la mayor facilidad de administración, ya que la ampicilina se podía inyectar a través del equipo de suero, mientras que la penicilina G cristalina debía disolverse en dicho suero, lo que requería una supervisión de enfermería más cuidadosa. Además, la penicilina provocaba con mayor frecuencia la aparición de flebitis. Por otro lado, después de 24 o 48 horas del inicio del tratamiento, cuando cesaban los vómitos, la ampicilina se podía administrar por vía oral, lo que facilitaba mucho el tratamiento (*O Estado de S. Paulo*, 4 de agosto de 1974a).

En condiciones normales, la cuestión del costo ciertamente debería haberse analizado más minuciosamente, pero en ese momento en que surgió la controversia, el Hospital Emilio Ribas, que normalmente carecía de personal de enfermería, tenía alrededor de 1.200 pacientes internados, cuando su capacidad era solo para 400.

Simultáneamente surgieron declaraciones y denuncias por parte de funcionarios de la Secretaría de Salud de que faltaría ampicilina en pocos días en los hospitales públicos. Según estas denuncias, había dos problemas principales: la falta de envases adecuados para el producto y la falta de interés de los laboratorios en seguir suministrando el medicamento al precio establecido previamente en una licitación pública (*O Estado de S. Paulo*, 4 de agosto de 1974b).

Inmediatamente, los tres laboratorios proveedores, Fontoura White, Bayer y Laborterápica Bristol, salieron a desmentir el hecho. Sin embargo, destacaron que no había escasez de ampicilina, sino de Binotal, el producto comercial de Bayer que contenía ese principio activo.

Lo que los laboratorios no mencionaron es que los otros productos comerciales que contenían ampicilina eran mucho más caros que el Binotal.

Según un artículo de la revista *Veja* del 4 de septiembre, en San Pablo, de enero a agosto de 1974, se consumieron 1,7 millones de frascos de ampicilina a un costo de aproximadamente 20 millones de cruzeiros (*Veja*, 31 de octubre 1974).

Algunos médicos de la Secretaría de Salud de la Prefectura de San Pablo denunciaron que se pagaba un 100% más caro por gramo de ampicilina en comparación con lo que pagaba la Secretaría de Salud a Bayer y FURP. Mientras que la Secretaría de Salud pagaba Cr\$ 4,10 por gramo del antibiótico comprado a Bayer y Cr\$ 2,50 a FURP, la Secretaría de Higiene pagaba Cr\$ 12,68 por gramo, comprado a Laboratorio Fontoura White (*Jornal da Tarde*, 18 de septiembre 1974).

La falta de organización y la ausencia de un plan para controlar y combatir la epidemia permitieron todo tipo de especulación, lo que facilitó la aparición de situaciones como la relacionada con la terapia de la enfermedad meningocócica. Frente a la indefinición de las autoridades de salud y el pánico provocado por la enfermedad en la población, las compañías farmacéuticas pudieron aprovecharse de la situación, aumentando sus ganancias.

El verdadero caos en el “sistema de salud” revelado por la epidemia de la enfermedad meningocócica no fue causado por la enfermedad en sí. Lo que la epidemia hizo fue poner de manifiesto públicamente (es decir, a nivel de opinión pública) su existencia. Esto se debió, sin duda, a la forma en que se organizaba la prestación de servicios de salud en la sociedad brasileña. La epidemia, con un número excesivo de casos y una alta incidencia y letalidad, tanto en las áreas periféricas como en las áreas centrales de la ciudad, hizo público lo que ya era conocido por los profesionales de la salud. Probablemente, no fue casualidad que el equipo de técnicos que asumió el Ministerio de Salud en 1974 se preocupara por la elaboración de una ley que creara el Sistema Nacional de Salud y otra que estableciera el Sistema de Vigilancia Epidemiológica a nivel nacional.

### *El discurso médico*

Para concluir la presentación de los hechos y los comentarios relacionados con el sector de la salud, vale la pena evaluar otro aspecto relacionado con los conceptos y orientaciones emitidos por los médicos en lo que respecta a los aspectos clínicos y epidemiológicos de la enfermedad. En la mayoría de los casos, estas opiniones están en total desacuerdo con el conocimiento científico existente sobre la enfermedad. Este material es muy interesante para un análisis de lo que se conoce como “el discurso competente”.

El discurso competente es aquel que puede ser pronunciado, escuchado y aceptado como verdadero o autorizado [...] es el discurso instituido. Es aquel en el que el lenguaje sufre una restricción que podría resumirse así: no cualquiera puede decir cualquier cosa a cualquier otro en cualquier lugar y en cualquier circunstancia. El discurso competente se confunde, por tanto, con el lenguaje institucionalmente permitido o autorizado, es decir, con un

discurso en el que los interlocutores ya han sido previamente reconocidos como aquellos que tienen el derecho de hablar y escuchar, en el que los lugares y las circunstancias ya han sido predeterminados para permitir hablar y escuchar, y, finalmente, en el que el contenido y la forma ya han sido autorizados según las normas de su propia competencia. (Chauí, 1982)

En el caso que estamos analizando, podríamos considerar a los médicos y a las autoridades de salud, en particular, como emisores del discurso autorizado. Es decir, como los miembros de la comunidad que, al tener un conocimiento específico, estaban autorizados y tenían la competencia necesaria para pronunciar un discurso “esclarecedor” para los demás. Sin embargo, las cosas no ocurrieron exactamente de esa manera.

En este sentido, se cometieron algunas imprecisiones, especialmente en lo que respecta a la transmisión de la enfermedad, la duración del brote y las medidas de control.

La *Neisseria meningitidis* tiene una pequeña posibilidad de supervivencia en el medio ambiente y no sobrevive más de dos horas después de haber sido expulsada de la garganta, envuelta en gotas de secreciones nasales. Por lo tanto, la única forma posible de transmisión es a través del contacto cercano directo entre la fuente de transmisión y el individuo susceptible (Wilson & Miles, 1975). Sin embargo, varios médicos llegaron a ordenar la clausura de salas en instalaciones donde se habían atendido pacientes con meningitis, además de recomendar el mismo tipo de procedimiento en escuelas y hogares. Para ilustrar esta situación, presentamos un extracto del artículo “Nas Clínicas, um movimento intenso” publicado en el periódico *O Estado de S. Paulo* el 28 de septiembre de 1972:

Antiguamente, cuando se detectaba un caso de meningitis, se cerraba el lugar y se blanqueaban las paredes. Aún hoy en día, estas medidas siguen en vigor: se aísla y desinfecta el lugar con soluciones especiales. En cuanto a los lugares de atención, son mucho más fáciles de limpiar. En caso de que se registre un caso en escuelas o edificios de apartamentos, se debe proporcionar desinfección para el ascensor, el patio de recreo de los niños y también medicación profiláctica para las personas que hayan tenido contacto con el enfermo (director del P. S. del Hospital das Clínicas). (*O Estado de S. Paulo*, 28 de septiembre de 1972a)

Otras recomendaciones, como el uso de vasos de cartón, no hablar por teléfonos públicos y evitar viajar en autobuses abarrotados, también se mencionaron con frecuencia. En esta fase inicial del interés de los medios de comunicación por la epidemia, en el segundo semestre de 1972, era bastante común que los médicos e incluso los funcionarios hospitalarios aconsejaran a los pacientes que primero acudieran a los centros de salud en lugar de ir directamente a las salas de emergencia. Evidentemente, este consejo solo retrasaba el diagnóstico y el inicio del tratamiento, ya que los centros de salud no tenían el equipo necesario para realizar una punción

lumbar. En el mismo artículo citado anteriormente encontramos las siguientes declaraciones:

Los centros de salud son los únicos lugares que deben ser visitados para que se realice el examen y, en caso de confirmación de la enfermedad, el paciente será remitido al Hospital Emílio Ribas. [...] La gran mayoría de los casos que no se atienden a tiempo son fatales y, dependiendo del grado de intensidad y la demora en el tratamiento, las consecuencias pueden ser graves. (*O Estado de S. Paulo*, 28 de septiembre de 1972a)

El mismo día, una nota publicada por *O Estado de S. Paulo* informaba:

“A partir de hoy, 20 unidades de la Secretaría de Salud permanecerán abiertas por la noche para atender posibles casos de meningitis, pero principalmente como medida psicológica para tranquilizar a la población...” (diputado estadual con información de la oficina del secretario de Salud).

Otro tema que estaba muy presente en las noticias era la duración de la epidemia, y al respecto se emitían todo tipo de afirmaciones. Un ejemplo de la total falta de información de los médicos sobre lo que estaba ocurriendo es proporcionado por las declaraciones del director del P. S. de Lapa (de la Secretaría de Higiene del Municipio de San Pablo), que en julio de 1974 afirmaba que “la meningitis está pasando a la fase epidémica” cuando la epidemia estaba presente desde abril de 1971 (es decir, hacía 39 meses). Estos son algunos ejemplos del discurso (in)competente de los profesionales médicos, que en parte puede atribuirse a la falta de formación y al desconocimiento de la epidemiología, y en parte a la actitud de las autoridades de salud, que mantuvieron a los profesionales en un estado de completa desinformación durante todo el proceso epidémico.

### *Consideraciones finales*

En este apartado relacionado con el sector de la salud, se buscó describir la organización y el funcionamiento de los servicios de atención médica y sus principales problemas, que podrían resumirse en la total desarticulación entre ellos y la escasez, tanto en términos cuantitativos como cualitativos, ya sea de recursos materiales o de recursos humanos. La epidemia de enfermedad meningocócica simplemente reveló lo que era la forma habitual de “funcionamiento” del “sistema de salud” en la sociedad brasileña. Precisamente por haber ocurrido en el estado más rico de la federación y en la región metropolitana de mayor importancia para el país, la situación se mostró tan drástica. Desde la perspectiva de la teoría del desarrollo dependiente (Chico de Oliveira, Otavio Ianni, Singer, etc.), es fácil comprender el crecimiento anárquico de los servicios de salud en San Pablo, que solo podían seguir el crecimiento anárquico de la estructura social en su conjunto. El crecimiento desordenado de la región de la

Gran San Pablo está muy bien descrito y analizado en el capítulo “Lógica del desorden” del texto *São Paulo: crecimiento y pobreza* (Comissão Justiça e Paz da Arquidiocese de São Paulo, 1975). Se sugiere consultar este texto para aclarar cuestiones relacionadas con el proceso de crecimiento dependiente, que no se discutirán aquí ya que están fuera del alcance de este trabajo.

En los próximos apartados, será fácil ver que los mismos aspectos se repiten. Es decir, la desorganización y el caos no son exclusivos del sector de la salud, sino que están presentes en todos los demás sectores de la vida social, demostrando así que el “desorden” es una condición estructural general y no solo coyuntural o segmentaria.

## El sector de la educación

El sector de la educación, entendido como el conjunto de instituciones educativas, fue el escenario de las repercusiones sociales de la epidemia de enfermedad meningocócica. La ocurrencia de casos en estudiantes siempre generaba inquietud y miedo en los padres, otros estudiantes, profesores y personal.

La falta de una posición clara y firme por parte de la Secretaría de Salud ante estos hechos llevaba a la adopción de diversas medidas, eficaces o no, por parte de los propios profesores y padres de estudiantes.

En 1972, cuando las primeras noticias sobre la epidemia comenzaron a difundirse en la prensa, ya se habían reportado casos en escuelas. En una de ellas, se informó que los padres y profesores se habían unido para comprar medicamentos profilácticos ya que el centro de salud local no tenía el medicamento.

El director del Departamento de Asistencia Escolar de la Secretaría Municipal de Educación declaraba:

El aumento en la incidencia de la enfermedad comenzó a fines del año pasado y normalmente el ciclo es de dos años, sin ninguna perspectiva de volverse alarmante. Es más probable que una persona sea víctima de un accidente de tráfico que contraer meningitis. (*O Estado de S. Paulo*, 27 de septiembre de 1972)

En las escuelas privadas de nivel primario o jardines de infantes generalmente cuando se detectaba un caso se cerraba la escuela y se suspendían las actividades durante dos días a una semana. Sin embargo, las escuelas más grandes, como Dante Alighieri y Río Branco, enfatizaban la falta de casos entre sus estudiantes, como si fuera un nuevo criterio de “excelencia” para las escuelas. Presionada por los padres de estudiantes y, sobre todo, por los profesores de las escuelas periféricas, que temían contagiarse por el contacto con los estudiantes, la Secretaría Municipal de Educación decidió establecer un servicio de médicos, dentistas y educadores en una escuela del Jardim Miriam para atender las dudas y solicitudes de los profesores y usuarios de la red municipal de educación. Del mismo modo, ordenó que se enseñaran en las escuelas nociones sobre la enfermedad y su prevención.

A su vez, la Secretaría de Salud, a través de los distritos sanitarios, respondía a las solicitudes de las escuelas de la red estadual, realizando visitas de vigilancia sanitaria a las escuelas donde se producían casos y orientando a los profesores.

En junio de 1974, cuando la situación de la enfermedad meningocócica en San Pablo ya era “alarmante”. El director del Departamento de Asistencia Escolar afirmaba: “La ciudad está experimentando una epidemia de meningitis que es muy común al comienzo del invierno con la caída natural de la temperatura” (*Folha de S. Paulo*, 25 de junio de 1974).

Eufemismos aparte, lo que no es muy común es que la incidencia de la enfermedad meningocócica pase de un promedio de 8 casos al mes en junio, en años endémicos, a los 455 casos ocurridos en junio de 1974, o que la incidencia mensual promedio de 0,18 casos por 100.000 habitantes en años endémicos llegue a 6.43 casos por 100.000 habitantes en junio de 1974. Sin embargo, el crecimiento de la epidemia apenas estaba “comenzando”, ya que en los meses siguientes los números serían aún más alarmantes: en julio la incidencia alcanzaría los 19,78 casos por 100.000 habitantes (1.400 casos); en agosto, 27,91 casos por 100.000 habitantes (1.976 casos nuevos); en septiembre, 36,35 casos por 100.000 habitantes (2.573 casos nuevos), y en octubre, 28,72 casos por 100.000 habitantes (2.033 casos nuevos).

Las autoridades del sector de la educación, junto con las del sector de la salud y el gobernador del Estado, decidieron retrasar una semana el reinicio de las clases en agosto de 1974. Es innecesario decir que esta medida no tenía utilidad, además de generar confusión entre la población. ¿Cuál era el propósito de esta suspensión? ¿Qué se podría hacer en una semana contra la meningitis?

Con esta medida se volvieron a debatir los méritos y desventajas de suspender las clases. El secretario de Educación, Dr. Paulo Gomes Romeo, informó que:

Si fuera necesario suspender las clases durante tres meses debido al empeoramiento del brote de meningitis, se haría, a pesar de los perjuicios que esto causaría al sistema educativo. Pero la situación no es de calamidad pública y, solo como medida preventiva, decidimos extender el período de vacaciones escolares hasta el 12 de agosto. (*O Estado de S. Paulo*, 25 de julio de 1974b)

Dada la falta de comprensión lógica de esta medida, los padres de estudiantes y los profesores se sintieron aún más confundidos acerca de qué acción tomar. El diario *O Estado de S. Paulo*, en un editorial del 11 de agosto, comentaba que la fecha fijada para el reinicio de las clases probablemente había adquirido un carácter mágico para las autoridades, ya que no se había producido ningún cambio en la progresión de la epidemia que justificara tal decisión; por el contrario, el número de casos seguía aumentando de manera alarmante (*O Estado de S. Paulo*, 16 de agosto de 1974; *O Estado de S. Paulo*, 11 de agosto de 1974).

El primer día de clases las ausencias fueron muy numerosas en toda la red educativa, estimándose que la proporción media de ausencias fue del 30%. En la escuela Caetano de Campos, por ejemplo, hubo un 50% de ausencias en el jardín de infantes,

un 30% en las clases de primer grado y un 20% en las de segundo grado (*Jornal da Tarde*, 13 de agosto de 1974).

En las escuelas privadas, aparentemente, las ausencias fueron menos frecuentes, y algunos directores llegaron a afirmar que la meningitis no era una enfermedad de personas que asisten a escuelas privadas (*Jornal da Tarde*, 13 de agosto de 1974).

Estas fueron las mismas autoridades que decidieron retrasar el reinicio de las clases y la semana siguiente justificaron que las escuelas no se cerrarían argumentando que el contagio era más frecuente en los hogares que en las escuelas; que en las escuelas los niños estarían constantemente supervisados por las maestras y serían llevados a los centros de atención al primer signo de síntomas; y, finalmente, que era necesario reanudar las clases para que la Secretaría de Salud pudiera comenzar la vacunación de los estudiantes.

Sin embargo, estos motivos no fueron suficientes para eliminar el miedo. Dos citas sirven como ejemplos del ambiente que se vivía entonces:

Una figura siniestra debe acompañar a los 3,6 millones de estudiantes de las escuelas estatales de primer y segundo grado de San Pablo en su retrasado regreso a clases programado para este lunes 12: el miedo. Fue él quien causó el primer retraso, oficialmente decretado por la Secretaría de Educación en medio de la fase crítica del brote de meningitis hace dos semanas. Y seguía, en los últimos días, poblándose en la fantasía de madres y maestras con imágenes aterradoras que muestran al germen de la enfermedad avanzando sobre las indefensas y atestadas aulas. (*Veja*, 14 de agosto de 1974b).

Más grave aún que el retraso en el reinicio de las clases sin razón lógica aparente y el regreso a clases marcado por el miedo, fue la suspensión del almuerzo escolar en la red municipal durante las vacaciones, dejando sin comida a unos 55.000 niños. La justificación proporcionada por los médicos para esta medida fue que el almuerzo era un momento en el que había mucha cercanía entre los niños, lo que podría llevar al contagio. Este argumento pierde mucha de su fuerza si recordamos las condiciones de hacinamiento en el hogar a las que los niños están sometidos a diario, sin mencionar la situación de los asentamientos, cuya zona de chozas está ocupada generalmente por familias numerosas.

En la vuelta a clases, la inevitable redacción sobre “mis vacaciones” reveló un nuevo personaje: la epidemia. Un estudiante concluyó su redacción de esta manera: “Al final de las vacaciones, le pedí a Dios que el próximo año sean más felices y que no vuelva a ocurrir un brote de meningitis” (*Jornal da Tarde*, 20 de agosto de 1974).

El 22 de agosto el periódico *Jornal da Tarde* publicó una carta del Sr. Paulo Planet Buarque sugiriendo que la población de San Pablo adoptara el uso de máscaras similares a las utilizadas por médicos y enfermeras para evitar la propagación de la enfermedad, siguiendo el ejemplo de lo que había presenciado en Japón durante brotes de gripe. Aproximadamente un mes después, el mismo periódico informó la adopción de esta medida en una escuela en Santo André, donde los estudiantes asistían a clases debidamente “enmascarados” (*Jornal da Tarde*, 24 de septiembre de 1974).

Las complicaciones de la epidemia de meningitis no solo se sintieron en las escuelas de nivel primario y secundario, sino también en la educación universitaria. En octubre, los estudiantes de la PUC decidieron entrar en huelga para presionar a la Secretaría de Salud para que los vacunara, después de que se registraran cinco casos en esa universidad. Las noticias relacionadas con el tema fueron censuradas en la prensa, divulgándose solo la demanda de los estudiantes y la respuesta negativa de la Secretaría, omitiendo cualquier referencia a la paralización de las actividades (*O Estado de S. Paulo*, 11 de octubre de 1974).

Pero la participación de la educación superior en la epidemia también asumió otros aspectos. El Centro de Salud Escuela de Barra Funda realizó en junio de 1974, a pedido del Departamento Técnico Normativo de la Secretaría de Salud, un curso de actualización para 19 sanitaristas en acciones de vigilancia epidemiológica.

El Departamento de Medicina Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo organizó debates sobre la meningitis con el fin de informar a médicos y estudiantes sobre el comportamiento epidemiológico de la enfermedad. Además, se convocaron 90 estudiantes para participar voluntariamente en un estudio epidemiológico a través de la recopilación de datos en registros médicos durante su tiempo libre, es decir, por la noche y los fines de semana. Este trabajo fue supervisado por el Dr. Edmundo Juárez, de la Secretaría de Salud, y el Dr. José da Silva Guedes, del Departamento de Medicina Social. La información utilizada en la elaboración del capítulo 1 proviene de este trabajo.

La Asociación Brasileña de Enfermería y la Asociación Médica Brasileña también contribuyeron al esfuerzo por proporcionar información a los profesionales de la salud. La primera organizó un curso de actualización en enfermedades transmisibles en septiembre de 1974 y la segunda dedicó el número 70 de su revista, *JAMB*, a la meningitis.

A través de estos informes es posible comprender algunas de las consecuencias de la actitud asumida por las autoridades de salud de mantener completamente desinformada y desorientada a la sociedad en general. Además del caos descrito en la sección anterior, se sumó la ineptitud de los responsables de la Secretaría de Salud frente a un evento de las dimensiones de la epidemia de enfermedad meningocócica.

Por otro lado, también se puede observar que el sector educativo intentó brindar algunas respuestas, ya fueran efectivas o no, a la situación existente. Se hicieron varios intentos tanto en la red pública como en la privada para orientar a los maestros y padres de familia y reducir el creciente temor.

Es cierto que algunos de estos intentos generaron nuevos problemas, como los derivados del retraso en el reinicio de las clases después de las vacaciones de julio de 1974, pero la responsabilidad de estos hechos debe atribuirse más a la inoperancia de la Secretaría de Salud que a la ignorancia de los responsables del sector educativo.

En esta descripción, se destacan las diferencias en las posiciones asumidas por las escuelas públicas y privadas ante la aparición de un caso entre sus alumnos. La aparición de un caso en una escuela pública a menudo era ampliamente divulgada por el propio cuerpo docente, que generalmente solicitaba la suspensión de las clases para reducir el riesgo de contagio entre los alumnos y entre alumnos y profesores.

En las escuelas privadas a menudo se ocultaba la aparición de un caso a la prensa, ya que la dirección no tenía interés en divulgarlo y, por lo tanto, se resistían a suspender las clases, adoptando esta medida solo ante la fuerte presión de los padres de los estudiantes. Por lo tanto, la suspensión de clases era mucho más frecuente en las escuelas maternas y jardines de infantes que en otros niveles de educación, ya que los padres de niños más pequeños optaban por no llevar a sus hijos a la escuela en los períodos posteriores a la aparición de un caso.

Se destacó aquí la participación del sector educativo en el proceso epidémico debido a la importancia de la escuela en la vida de la comunidad y en la formación de la opinión pública.

## La prensa

Los medios de comunicación en general y la prensa en particular como aparatos ideológicos del Estado son los más eficientes en la medida en que tratan directamente con la opinión pública.

Durante la epidemia de enfermedad meningocócica en San Pablo, la prensa desempeñó un papel activo en la divulgación de información, incluso presionando de cierta manera a las autoridades sanitarias, que siempre se mostraron reacias a informar a la población. Por otro lado, la prensa no escatimó críticas al “caos” que se instauró en San Pablo debido a la total inoperancia de esas mismas autoridades. Finalmente, es importante destacar que la prensa fue objeto de censura (Figura 21 y 22), llegando incluso a prohibir artículos completos que estaban listos para ser publicados, simplemente porque contenían datos numéricos relacionados con el proceso epidémico o insinuaban que el desarrollo económico del país no había evitado que la enfermedad se propagara por todo el “Estado más rico de la Federación”.

En general, los informes periodísticos que se refieren a la propia actuación de la prensa durante el proceso epidémico presentan dos grupos de preocupaciones: la denuncia de la omisión de información por parte de las autoridades y la crítica de las autoridades al “sensacionalismo” y la falta de preparación de los periodistas.

El *Jornal da Tarde* en su editorial del 28 de septiembre de 1972 expone claramente la omisión de las autoridades y las dificultades de la prensa:

Lo que está sucediendo en nuestra capital con el brote de meningitis que las autoridades sanitarias del Estado intentan ocultar llega a presentar aspectos verdaderamente criminales. Sea por temor a alarmar a la población, sea como resultado del miedo a las responsabilidades, sea también debido a su incapacidad para evaluar el peligro que se cierne sobre la ciudad, en las oficinas oficiales hay un juego de distracción que se lleva a cabo a propósito, con el objetivo de evitar que la prensa conozca la realidad.

El *Jornal da Tarde* y *O Estado de S. Paulo*, con la experiencia de casi un siglo de periodismo y conocedores del problema, se han esforzado por ofrecer al

# O surto de meningite aumenta também no Rio

## Em Goiás, a situação começa a preocupar

No Hospital Carlos Chagas, no Rio, não se sabe que data o primeiro caso de meningite. Entretanto, há registros de casos desde o início do ano. Segundo o diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

No entanto, em 2 meses um aumento de casos tem sido observado. Segundo o diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

Um dos fatores que contribui para o aumento dos casos de meningite é a falta de informações sobre a doença. Segundo o diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

Em Goiás, a situação começa a preocupar. Segundo o diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

Um dos fatores que contribui para o aumento dos casos de meningite é a falta de informações sobre a doença. Segundo o diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

Em Goiás, a situação começa a preocupar. Segundo o diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

Um dos fatores que contribui para o aumento dos casos de meningite é a falta de informações sobre a doença. Segundo o diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

Em Goiás, a situação começa a preocupar. Segundo o diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

Nos hospitais cariocas, há maior dificuldade de informações, na medida em que a epidemia aumenta

## Santos recomenda mais higiene

### Campinas só terá calma quando receber a vacina

#### Medida errada

Embora não comunique oficialmente a existência de um surto de meningite em Santos, o Hospital Carlos Chagas recomenda mais higiene e isolamento de pacientes. Segundo o diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

O Diretor Geral do Hospital Carlos Chagas, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

Em Campinas, a situação começa a preocupar. Segundo o diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

Um dos fatores que contribui para o aumento dos casos de meningite é a falta de informações sobre a doença. Segundo o diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

#### Atenção - Assombrar que o crescimento de Climas de B. coli...

Atenção - Assombrar que o crescimento de Climas de B. coli... Segundo o diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

#### Atenção - Assombrar que o crescimento de Climas de B. coli...

Atenção - Assombrar que o crescimento de Climas de B. coli... Segundo o diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente. O diretor clínico, Dr. Carlos Chagas, afirma que os casos de meningite são raros, mas há um aumento recente.

## A epidemia do silêncio

CLÓVIS ROSSI

Um surto de meningite que se iniciou em São Paulo em 20 de maio...

Um surto de meningite que se iniciou em São Paulo em 20 de maio...

#### Caixa vazia

Os hospitais de São Paulo não têm dinheiro para comprar medicamentos...

Os hospitais de São Paulo não têm dinheiro para comprar medicamentos...

Os hospitais de São Paulo não têm dinheiro para comprar medicamentos...

Os hospitais de São Paulo não têm dinheiro para comprar medicamentos...

#### ACR ADA AULAS

A Prefeitura de São Paulo anunciou a abertura de aulas...

A Prefeitura de São Paulo anunciou a abertura de aulas...

## A doença chega a Sorocaba, num ônibus com 31 pessoas

#### Enfermidade misteriosa

Um surto de meningite foi registrado em Sorocaba...

#### Meningite misteriosa

Um surto de meningite foi registrado em Sorocaba...

Figura 21. Nota censurada em O Estado de S. Paulo, San Pablo, Brasil, 26 de julho de 1974.

Nota: El periódico decidió dejar en blanco el espacio de la nota censurada.



público una información tan completa como sea posible sobre lo que está sucediendo. No ocultamos el hecho de que existe una amenaza ni que, aunque nuestros profesionales de la salud estén atentos y dedicados a la lucha, están encontrando dificultades para controlar la enfermedad.

Incluso cuando fueron rechazados en el momento en que intentaban cumplir con sus deberes, nuestros colegas de trabajo no dejaron de recopilar y publicar las recomendaciones que deben seguirse en los hogares para que, al primer signo, se puedan tomar medidas a tiempo para evitar el empeoramiento de la enfermedad para el paciente y su propagación a terceros. Informaciones que, por cierto, deberían ser públicas, con solicitudes de apoyo para su difusión, si hubiera un mayor sentido de responsabilidad en los círculos encargados de enfrentar y resolver el problema.

Ahora las noticias circulan de manera desordenada porque nadie confía en nadie. En medio de la inseguridad general, las palabras y los rumores arden como fuego. ¿Y quién se hace responsable de lo que está sucediendo, proporcionando explicaciones seguras a las madres y padres angustiados que están administrando medicamentos preventivos a sus hijos sin una orientación específica?

No hay excusas que puedan atenuar la gravedad de este hecho. Este tipo de censura previa a la prensa, que implica la retención de información, ha producido el resultado que debería haberse previsto, porque siempre es así: la noticia se filtra y circula, distorsionada, llevando a las poblaciones a reaccionar de las formas más sorprendentes posibles.

Esta mentalidad que está desarrollándose, según la cual las autoridades no tienen la obligación de respetar la opinión pública, produce resultados como el que estamos comentando, el absurdo silencio en torno a un asunto que desde el principio debería haberse tratado abiertamente, no solo debido a su gravedad, sino también en consideración a las familias de San Pablo, que no deberían haber sufrido la angustia actual provocada por la falta de comprensión de las autoridades responsables. (*Jornal da Tarde*, 28 de setiembre de 1972)

A excepción del tono casi dramático en el que se escribió el editorial, todas las afirmaciones contenidas en él son válidas. Lejos de cambiar, esta situación se mantuvo a lo largo del proceso epidémico, lo que generó nuevas quejas por parte de los medios de comunicación, como se puede ver en los siguientes pasajes:

Es innecesario decir que la población está colaborando con las autoridades, al igual que la prensa que ha brindado una cobertura completa, informando ampliamente a la opinión pública. Sin embargo, es fundamental que haya reciprocidad, es decir, que los responsables comiencen a informar de manera oportuna y precisa a los periódicos, revistas, radios y televisiones. En otras palabras, es fundamental que aquellos responsables de la salud pública adopten una actitud diferente a la que han tenido hasta ahora [...].

Negar información o proporcionarla de manera fragmentada no reduce los rumores, sino que los alienta y aumenta. Lo mismo ocurre con las exigencias

burocráticas, que son verdaderos obstáculos que dificultan el acceso a las fuentes oficiales de información. (*O Estado de S. Paulo*, 23 de julio de 1974)

Pero hay otro elemento que merece ser destacado: la aversión que tienen las autoridades estatales a la divulgación de noticias que puedan comprometer su imagen o que supuestamente puedan causar pánico en sectores más influenciados de la población. [Las autoridades] prefirieron no decir nada a la población [...], para no alarmarla. Como si fuera posible en una ciudad como San Pablo en 1974 ocultarle al pueblo un hecho de esta gravedad [...]. Con esto, al tratar de ocultar la verdad al pueblo, el gobierno contribuye a la desmoralización de las autoridades administrativas y al descrédito del sistema. En otros tiempos podríamos decir que la opinión pública de San Pablo exigía explicaciones y la sanción de los responsables por esta omisión criminal. (*O Estado de S. Paulo*, 25 de julio de 1974c)

La respuesta de las autoridades sanitarias a las críticas formuladas por la prensa, en lugar de buscar corregir la omisión, se dirigía contra los periodistas, acusándolos de sembrar el pánico en la población, exagerar las proporciones de los hechos y carecer de preparación para abordar cuestiones de salud:

El director del Hospital Emílio Ribas, Carlos de Oliveira Bastos, criticó severamente ayer el exceso de noticias sobre la meningitis meningocócica, "lo que está causando una distorsión de la realidad epidémica".

Dijo que "la falta de preparación de ciertos periodistas con respecto a la enfermedad es la principal causa de la confusión que se está generalizando en la difusión de los hechos". (*Folha de S. Paulo*, 29 de agosto de 1974)

La función del aparato ideológico del Estado ejercida por la prensa no se representa aquí en toda su complejidad, ya que para hacerlo sería necesario analizar el comportamiento de cada medio de comunicación, el perfil de los lectores, las estrategias de ventas, la manipulación y la forma en que se presentan las noticias, entre otros aspectos que están más allá del alcance de este trabajo.

Sin duda, un estudio de este tipo sería muy interesante y podría revelar los mecanismos de formación de la llamada "opinión pública" y su importancia en eventos colectivos como las epidemias. Este estudio podría ser llevado a cabo por profesionales del campo del periodismo y la comunicación de masas, incluyendo otros medios como la radio, la televisión y el cine.

No hay duda de que el papel desempeñado por los medios de comunicación de masas, incluida la prensa, es de gran importancia, no solo como fuentes de registro de los hechos, sino principalmente como canales de expresión de diversas corrientes de opinión en la sociedad. Obviamente, los principales medios de comunicación canalizarán las opiniones de los grupos y segmentos sociales que representan, sin permitir la manifestación de sectores sociales políticamente no representativos, aunque puedan representar a la mayoría de la población.

## El cotidiano

A pesar de ello, es interesante observar cómo la propia prensa idealiza su papel en eventos colectivos y cómo las autoridades se valen de ella. En los próximos capítulos, relacionados con el papel del Estado y la lucha contra la epidemia, se volverá a discutir el papel de la prensa y los mecanismos que utiliza para movilizar la “opinión pública”.

Dejando de lado los aparatos ideológicos del Estado (es decir, el conjunto de instituciones de la sociedad civil), se buscó captar los cambios provocados por el proceso epidémico en el comportamiento de las personas que formaban parte de esa sociedad.

En este sentido, se consideraron varios aspectos de este cambio de comportamiento retratado por la prensa, ya sea en relación con los propios enfermos y sus familiares o en referencia al resto de la población.

### *Automedicación*

Tan pronto como comenzaron a circular las primeras noticias sobre el brote, hubo una verdadera “epidemia” de automedicación en la población de San Pablo.

La omisión sistemática de información por parte de la Secretaría de Salud y la falta de orientaciones concretas que fueran más allá de las pautas higiénicas habituales llevaron a la población a consumir por cuenta propia y bajo su propio riesgo los antibióticos y quimioterápicos recomendados para los contactos de personas enfermas.

Solo una farmacia en la región de Santo Amaro vendió aproximadamente 8.500 tabletas de sulfadiazina (compradas por una empresa local), 500.000 tabletas de Pen-V oral, 300 tabletas de Fanasulfa, 500 tabletas de Madribon, 30 frascos de suspensión pediátrica y 400 tabletas de Bactrim en una semana. Otras farmacias informaron de un aumento de hasta el 200% en la venta de antibióticos y quimioterápicos en el mismo período (*O Estado de S. Paulo*, 10 de octubre de 1972).

El consumo indiscriminado de medicamentos a base de sulfadiazina, motivado por el miedo al avance de la enfermedad, provocó un aumento en la proporción de meningococos resistentes a la sulfadiazina entre aquellos aislados de pacientes con meningitis. Al comienzo de la epidemia, alrededor del 30% de los meningococos aislados eran resistentes a la sulfadiazina *in vitro*, mientras que en 1975 más del 70% de los meningococos aislados mostraban resistencia.

Además de la resistencia a los medicamentos, existe la cuestión de los efectos secundarios y las reacciones alérgicas que pueden ocurrir debido al uso indebido de medicamentos a base de sulfadiazina. La misma búsqueda excesiva de medicamentos también ocurrió en las farmacias homeopáticas en relación con la “cicuta”, que debido a sus características se indica en casos de hipertensión intracraneal y especialmente en estados convulsivos con opistótonos, habiendo informes de resultados satisfactorios en el tratamiento de la meningitis (Lathoud, 1975).

También se adoptaron algunas prácticas populares, como medidas profilácticas. Muchas personas comenzaron a usar objetos bendecidos que contenían alcanfor, ajo o pimienta (*O Estado de S. Paulo*, 27 de octubre de 1974).

Con el avance de la epidemia, prácticamente todas las personas en la población de San Pablo tenían familiares o conocidos que habían sido afectados por la enfermedad. Por lo tanto, se comprenden los intentos de adoptar alguna medida preventiva, dado que las autoridades sanitarias se mostraban impotentes para resolver el problema.

### *Concepciones populares sobre la enfermedad*

Algunos informes periodísticos permiten recuperar las concepciones populares sobre las “causas” de la enfermedad. Con frecuencia las personas tienden a asociar la epidemia con la existencia de arroyos insalubres, suciedad, acumulación de basura y malas condiciones de saneamiento en general. Los siguientes ejemplos ilustran estas concepciones:

Según el Sr. J. T., presidente de la Sociedad Amigos de las Villas Clara y Mimosa, las verdaderas causas de la meningitis, que ocasionalmente afecta a los residentes de esa región, se deben a dos arroyos que tienen sus fuentes cercanas y se unen cerca de la escuela para desembocar en el Cupecê. “El vecindario no tiene alcantarillado ni agua corriente, bebemos de pozos y toda la suciedad se vierte en estos dos pequeños arroyos que despiden mal olor todo el día, especialmente cuando hace calor. Lo peor de todo es que los niños juegan en estas aguas y los padres no dicen nada” [...] “En mi opinión, la verdadera causa de las enfermedades de estas personas es la falta de higiene”, dijo una maestra. “Cerca de la escuela vivía una familia del norte con muchos niños que criaba cerdos y otros animales dentro de la casa. Un día, una niña contrajo meningitis y tuve que hacer todo lo posible para salvarla. Pagué el hospital y los medicamentos y estuve yendo a su casa hasta estar segura de que estaba curada. Pero tuve miedo de haberme contagiado y tuve que aislarme de mis hijos durante un tiempo”. (*Folha de S. Paulo*, 16 de febrero de 1974)

Otras noticias muestran que esta concepción de la transmisión vinculada al agua o a lugares insalubres es bastante común entre la población. Tal vez basados en esta concepción, los fabricantes de filtros utilizaron la epidemia en su publicidad, afirmando: “Sospecha del agua que bebes: ¡puede transmitir la meningitis!”. El anuncio también afirmaba que el meningococo necesita un medio húmedo para sobrevivir, por lo que como medida preventiva las personas debían beber agua filtrada y esterilizada por sus filtros y velas (*O Estado de S. Paulo*, 14 de agosto de 1974).

Estas concepciones reflejan la fuerza explicativa de la fórmula “falta de higiene = enfermedad”, que fue ampliamente difundida por la medicina oficial en el siglo XIX

y principios del siglo XX, y fue suficientemente absorbida por diferentes grupos de la población. La higiene (es decir, el conjunto de conocimientos que la componen) parece difundirse más fácilmente en diferentes clases sociales que los conocimientos médicos propiamente dichos, ya que guarda una mayor similitud con el acervo cultural de las capas sociales en las que se difunde, lo que facilita su asimilación y reinterpretación (Boltanski, 1978; Loyola, 1984).

### *Los enfermos y sus familiares*

Varios informes intentan retratar la experiencia de los propios enfermos y sus familiares. Es decir, capturar el sufrimiento, la angustia y la inseguridad de las personas que fueron directamente afectadas por la enfermedad.

La situación dramática de los familiares en busca de camas para hospitalizar a sus seres queridos ya ha sido descrita en el apartado “El sector de la salud”. Nuevamente, con la suspensión de las visitas en la mayoría de los hospitales, los familiares de los pacientes se encuentran en una situación de angustia y sufrimiento, impotentes ante la medida que facilita el funcionamiento de los hospitales pero que les impide seguir de cerca la evolución de la enfermedad en sus seres queridos, lo que aumenta la sensación de inseguridad y miedo.

En el exterior del Hospital Emílio Ribas, decenas de personas esperan su turno para ver a un familiar ingresado. El ambiente es opresivo y, a pesar del frío, todos esperan en fila al aire libre en un silencio pesado y casi lúgubre. Con los ojos fijos y casi siempre desesperados, son padres en busca de noticias reconfortantes o tíos que reemplazan a los padres en la búsqueda de información sobre casos más desesperados. (*Folha de S. Paulo*, 24 de julio de 1974)

Todos los que estaban allí (en el Hospital Emílio Ribas) vivían el mismo drama y se consolaban mutuamente. Cada uno intentaba reconfortar al otro con palabras de esperanza, siempre recordando ‘el avance de la medicina en Brasil’. Pero ninguno de ellos podía ocultar su propia preocupación y ansiedad, esperando el diagnóstico médico que vendría de los responsables de los pacientes ingresados. (*Folha de S. Paulo*, 25 de julio de 1974c)

El hacinamiento del Hospital Emílio Ribas no solo afectaba a la demora en el diagnóstico de los sospechosos, sino que también tenía consecuencias en la liberación de los cuerpos de los pacientes que fallecían a causa de la enfermedad. “Mi hija solo podrá salir del depósito de cadáveres después de las siete de la noche. Y hay mucha gente delante de mí y los autos que transportan están todos ocupados por ahora”, lamentaba A. F., quien esperaba poder llevar el cuerpo de su hija E. A. F. de un año y 11 meses (*Folha de S. Paulo*, 25 de julio de 1974a).

Con la prohibición de visitas y la falta de suministro de información sobre el estado de los pacientes por parte de los médicos, los familiares quedaban

completamente desinformados, ya que la información proporcionada en las porterías de los hospitales se limitaba a los tradicionales “bueno, regular y mal en cuanto al estado general”, insuficiente para calmar o tranquilizar a los parientes.

En medio de la revuelta e irritación de las personas que fueron ayer a buscar información sobre el estado de salud de sus parientes ingresados, afectados por la meningitis, una vez más quedó demostrada la falta de coordinación de los servicios médico-hospitalarios y de la propia Secretaría de Salud. [...] “¿Cómo pueden ser tan insensibles? ¿No comprenden el sufrimiento de una familia?” [...] “Hace tres días que vengo al hospital y nadie da información sobre el estado de salud de mi hermano. Hasta ahora, solo me han recomendado tener cuidado con la meningitis, pero sobre lo más importante, que es la vida de mi hermano, nadie dice nada. No puedo hacer más nada, tengo que volver al trabajo, pero mañana estaré aquí hasta obtener cualquier información sobre él. (*Jornal da Tarde*, 14 de agosto de 1974)

Al analizar los pasajes mencionados, es fácil comprender lo que Michel Foucault llama la microfísica del poder. No es un poder visible como una propiedad de las instituciones de salud, sino un poder disperso y oculto. Un poder que no resulta en “apropiación”, dominación o posesión, sino en maniobras (prohibición de visitas), tácticas y funcionamientos particulares que envuelven a las personas sin que identifiquen su origen. Este poder no se percibe como un “privilegio adquirido o conservado de la clase dominante” y, debido a su naturaleza oculta, es reforzado por los propios dominados, ya sea en forma de resignación o en forma de irritación y revuelta sin una dirección clara o un propósito definido.

En este tipo de relación de dominación, el poder y el saber están directamente implicados; no hay relación de poder sin la correlativa constitución de un campo de conocimiento ni conocimiento que no suponga y constituya, al mismo tiempo, relaciones de poder. En este caso, el poder del conocimiento médico frente a una población asustada, tensa, excluida de cualquier forma de participación social y política, y además poseedora de un conocimiento desautorizado e incompetente (Chauí 1982a, 1982b; Foucault, 1982, 1983), un conocimiento que decide sobre la vida y la muerte de las personas, elimina la posibilidad de consuelo entre pacientes y familiares, prohíbe, prescribe y normativiza.

El mismo poder visto desde dentro del hospital (es decir, ejercido sobre los “cuerpos” enfermos) logra realizar su ideal “disciplinador”. El hospital cierra el espacio de la enfermedad, segregado respecto a todos los demás espacios, especialmente en lo que respecta al aislamiento al que son sometidos los portadores de la enfermedad meningocócica.

Internamente se producen nuevas divisiones del espacio: las salas de enfermería, las camas, el confinamiento. Pero no es todo. La disciplina impone el control de las actividades, establece un horario en el que cada acción debe llevarse a cabo. El horario de las visitas médicas, la hora de la medicación, el horario de las comidas, el baño, el sueño, etc.

“El poder disciplinario es, de hecho, un poder que, en lugar de apropiarse y retirar, tiene como función principal adiestrar o, sin duda, adiestrar para apropiarse aún más y mejor” (Foucault, 1983). El hospital debe permitir la observación adecuada de los enfermos y la aplicación adecuada de las conductas necesarias.

De esta acción disciplinaria del hospital, las mayores “víctimas” son, sin duda, los niños que son abruptamente separados de sus familiares y colocados en un entorno completamente extraño para ellos. La situación de enfermedad, que de por sí es un factor de inseguridad y carencia afectiva, se agrava debido al aislamiento y a las conductas relativamente agresivas a las que los niños serán sometidos.

La *Folha de S. Paulo* realizó un reportaje en el que se retratan las angustias y dificultades de los niños internados en el Hospital Cândido Fontoura durante el brote de enfermedad meningocócica en agosto de 1974. Estos son algunos fragmentos:

—¿Estás bien? (pregunta el reportero Gilberto Penha).

—Sí.

Apenas puede hablar, come con mucha dificultad y su estado es grave desde que fue ingresado el día 15 de este mes. Le afeitaron la cabeza debido a la pediculosis y tiene ampollas en el labio inferior.

S. R. M., dos años, en la cuna 162, incapaz de levantarse, con los ojos fijos, tarda unos segundos en responder:

—*Mi programa de televisión favorito es Gente Inocente.*

Con ojos marrones llenos de aprehensión, responde a una pregunta:

—*No, aquí nunca he soñado, solo he dormido.*

V. M. O., ocho años, ingresado desde el domingo, le pregunta al reportero:

—*¿Puede dejarme salir un rato al sol? Mira, prometo volver pronto.* (*Folha de S. Paulo*, 23 de agosto de 1974)

A pesar de que el interés periodístico se centra en los casos capaces de movilizar las emociones de los lectores y no siempre se representan las situaciones más comunes y frecuentes, estos testimonios parecen ser relevantes y reveladores de las sensaciones experimentadas por los enfermos. Ofrecen una idea de lo que significa para el enfermo el funcionamiento disciplinario del hospital combinado con la condición particular de “estar enfermo”. Todo esto, sumado al miedo más o menos generalizado a la epidemia, resulta evidentemente en un gran malestar.

La constatación de estos hechos debería llevar a reconsiderar cuestiones como el aislamiento, la prohibición de visitas, la comunicación insuficiente y buscar una forma de atención racional, pero humanizada. Es decir, que realmente alivie el sufrimiento de los enfermos.

## Ocio

No solo los enfermos y sus familiares participaron en este drama causado por la epidemia. Todos los habitantes de la ciudad compartieron el miedo, la angustia y la inseguridad en cierta medida.

Dado que las personas no podían evitar las aglomeraciones en sus lugares de trabajo ni en los medios de transporte que utilizaban para ir y volver del trabajo, los mayores cambios en los hábitos de vida se produjeron en relación con las actividades de ocio.

Con la rápida progresión de la enfermedad en 1974, una parte importante de la población comenzó a conocer casos de enfermedad meningocócica entre sus conocidos. A partir de entonces, el miedo ante cada nueva noticia, cada nuevo caso e incluso el pánico en situaciones particulares se volvieron comunes.

En cuanto al miedo existente en la ciudad y los cambios impuestos en la vida de las personas, el diario *Jornal da Tarde* publicó un artículo titulado “¿Qué pueden hacer los niños, las hadas y los bohemios en una ciudad tan asustada?”, del cual se han seleccionado varios fragmentos muy ilustrativos:

Los niños en casa, lejos de los parques y las escuelas. Los personajes de Disney olvidados en el millonario espectáculo del Ibirapuera. Discotecas casi vacías y los bohemios en receso, evitando la noche y a los amigos. Es un retrato de la ciudad a finales de julio. Culpa de la meningitis. ¿Qué pueden hacer Blancanieves y los siete enanitos, la Bella Durmiente y su príncipe encantado o incluso las hadas de Walt Disney en una ciudad asustada? La mayoría de los padres prefiere mantener a sus hijos en casa. Y quienes sufren con esto son los espectáculos especiales de Hollywood para niños, como el Disney on Parade. En este momento, algunos lugares de la ciudad son muy extraños. Faltan los visitantes habituales. Los equipos de fútbol de niños que viven cerca del Ibirapuera, en un amplio círculo de calles, dejaron de ir a jugar en sus canchas llenas de baches. Lo mismo ocurre con el Centro Deportivo de la Municipalidad, cerca del Hospital del Servidor. Los grupos de niños de las miles de villas que caracterizan algunos barrios de clase media A, B y C de San Pablo también desaparecieron. Muchos niños fueron enviados al interior. Las personas, sabiendo todo esto sobre la enfermedad, están aceptando cosas aparentemente absurdas, como la idea de no ir a una fiesta de cumpleaños. El problema difícilmente se plantea de esta manera, porque la mayoría de las madres toma la iniciativa de suspender las fiestas de cumpleaños. Esto ha llevado al aumento de un cierto comercio en detrimento de los vendedores ambulantes de palomitas de maíz y cacahuets. Especialmente, el comercio de juguetes y juegos. Algunos padres, por primera vez en mucho tiempo, tuvieron que asumir una nueva responsabilidad, que normalmente recae en los profesores en nuestra sociedad marcada por la división de tareas: realmente convivir con sus hijos y educarlos y divertirlos. Uno de los lugares más odiados en este momento es el ascensor... Pero cuidado con aquellos que estornudan en un ascensor: recibirán miradas fulminantes. Lo mismo ocurre en las colas de autobús o en el cine. De hecho, la afluencia a los cines también ha disminuido. Basta con ver que una de las películas de moda en ese momento sobre las peripecias del periodista estadounidense John Reed en la México de las revoluciones sociales no llenaba

el cine Belas Artes. En la noche del viernes, muy cerca del Belas Artes, uno de los bares de moda, el Riviera, ofrecía un espectáculo sorprendente para sus clientes: a las diez de la noche no todas sus mesas estaban ocupadas, a pesar de la fidelidad de su público, que incluía filósofos, sociólogos, artistas y futuros filósofos, sociólogos y artistas. Aun así, la meningitis se comentaba tanto como ciertos libros, películas y obras de teatro. Se escuchaba claramente a uno de los habitués decir: “¿Pero la meningitis es un fenómeno real o es un fantasma? ¿La meningitis realmente existe o es una paranoia?”. Incluso el club nocturno más famoso de la ciudad, conocido por su atractiva y lujosa colección de mujeres, el La Licorne, estaba vacío. [...] Una mujer explicaba lo difícil que era seguir los consejos de la televisión para que sus hijos no fueran atrapados por esa cosa llamada meningitis. ¿Cómo comprar huevos, leche y carne con solo Cr\$ 280,00 al mes, que es lo que ella gana trabajando en una fábrica cercana? ¿Y cómo mantener a sus seis hijos en casa? Se cansaban de jugar todo el día en la escuela, garabateando papeles. Además, seis niños en una habitación oscura y sin comodidades es demasiado, ¿verdad? La meningitis unificó las preocupaciones de varias clases sociales. En este momento, personas de la alta sociedad de las clases medias, alta y superior están cotizando para enviar enviados especiales a Europa y EEUU a comprar vacunas. (*Jornal da Tarde*, 29 de julio de 1974b)

Estas citas reflejan una variedad de aspectos de la vida cotidiana en San Pablo durante un período de intensificación del brote de enfermedad meningocócica, al menos para algunas clases sociales (burguesía y pequeña burguesía). El miedo a la meningitis se volvió concreto y amenazante para estas clases, especialmente en 1974, ya que hasta ese momento la mayoría de los casos se estaban produciendo en la periferia de la ciudad y en áreas intermedias, como se mostró en el capítulo 1.

### *Otros aspectos*

Con la aparición de varios casos entre los detenidos, incluso en la celda del Departamento Estatal de Investigaciones Criminales (DEIC), también se suspendieron las visitas a la Casa de Detención y a la Penitenciaría del Estado. El poder disciplinario de la Salud se impuso sobre el poder disciplinario del Poder Judicial.

Incluso el ritual de la Iglesia Católica no quedó inmune al proceso epidémico, ya que en agosto el cardenal arzobispo, D. Paulo Evaristo Arns, dispensó a los fieles, parientes e individuos con meningitis de asistir a la misa. Además de esta medida, el cardenal determinó que, al distribuir la comunión, la hostia podría entregarse, en lugar de directamente en la boca de los fieles, en sus manos, con “doctrina y la debida precaución”. La Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil (CNBB) envió un documento oficial a Roma solicitando al Papa Paulo VI la aprobación del cambio en el ritual de la comunión (*Diário de Notícias*, 29 de diciembre de 1974).

Algunos sectores económicos también se vieron afectados por la epidemia. Uno de los más afectados fue el sector de la construcción civil, donde el número de casos era alto. Las actividades de ocio también se vieron gravemente afectadas con la cancelación de numerosos viajes turísticos nacionales e internacionales a San Pablo. Debido a la grave situación de la epidemia en 1974, se suspendieron los Juegos Panamericanos que debían celebrarse en San Pablo, aunque muchos funcionarios de la propia Confederación Brasileña de Deportes (CBD) afirmaron que el motivo real era la falta de fondos.

Pero la epidemia, si causó perjuicios a algunos, también benefició a otros o, más bien, fue utilizada como fuente de beneficios por algunos. Apareció en San Pablo una banda de ladrones que se presentaba a las víctimas diciendo que pertenecían a una empresa que realizaba desinfecciones contra la meningitis. La familia interesada se retiraba para que se pudiera realizar el servicio y cuando regresaba encontraba la casa vacía (Butantã producirá la vacuna, ESP, 21/8/74). Sin embargo, no solo los ladrones se beneficiaron. El diputado Alberto Goldman denunció en la Asamblea Legislativa que algunos candidatos de la Alianza Renovadora Nacional (Arena) estaban buscando promoción electoral visitando barrios de la región de Santo Amaro y ofreciendo medicamentos profilácticos contra la meningitis (*O Estado de S. Paulo*, 21 de agosto de 1974a).

El panorama es multifacético en el intento de captar lo que significó vivir la experiencia de la epidemia en las diferentes posiciones en las que colocó a las personas: como enfermos, como familiares de enfermos o como susceptibles. Es decir, personas propensas a enfermarse.

### *Consideraciones finales*

A través de la descripción y los comentarios presentados aquí, se intentó documentar las numerosas facetas del proceso epidémico, tratando de recuperar lo que significó en sensaciones, emociones y experiencias participar en este proceso.

El registro de estos hechos realizado por la prensa permitió de alguna manera realizar este retrato, que solo es capaz de indicar la riqueza de aspectos contenidos en el enfoque cualitativo de la epidemia, que sería posible llevar a cabo mediante el uso de métodos de las ciencias sociales adecuados para este fin.

En una investigación orientada deliberadamente hacia estos aspectos, sería posible conocer las concepciones, hábitos, sensaciones, emociones y comportamientos de las diferentes clases y fracciones de clases, y, hasta cierto punto, confrontar estos patrones con la experiencia concreta de cada clase en relación con la enfermedad en sí. En otras palabras, se podría evaluar hasta qué punto las experiencias experimentadas por los diferentes grupos se relacionan con el riesgo real al que están expuestos y hasta qué punto el fenómeno colectivo supera la experiencia concreta de cada grupo.

Otro hecho interesante de analizar sería la modalidad de “automedicación”, según las clases y fracciones de clase. Es decir, en qué medida cada grupo recurrió a medicamentos alopáticos, homeopáticos o “populares”.

Esta información sería importante para la elaboración de contenidos y técnicas educativas verdaderamente efectivas, no en el sentido de prevenir la infección, sino en el sentido de mejorar el conocimiento de la población sobre la enfermedad en sí y su naturaleza epidémica.

## Repercusiones internacionales

Durante los meses de julio y agosto de 1974 aparecieron noticias en la prensa que informaban sobre las repercusiones de la epidemia en varios países de América Latina e incluso en Europa.

Inicialmente, algunos países de América Latina, como México, Colombia, Uruguay, Argentina y Nicaragua, comenzaron a vigilar la entrada de brasileños, sometiéndolos a control sanitario.

En Italia los periódicos informaron sobre el brote en San Pablo y cuestionaron el “milagro brasileño”. Uno de los fragmentos del artículo reproducido por *O Estado de S. Paulo* decía:

¿A expensas de quién se está realizando este milagro económico tan anunciado por la prensa? [...] ¿A expensas quizás de la libertad...? ¿Por qué no se quiere admitir oficialmente la miseria, el hambre y el creciente subdesarrollo de una gran mayoría de los brasileños? (*O Estado de S. Paulo*, 30 de julio de 1974b)

A principios de agosto, Uruguay decidió cerrar sus fronteras con Brasil, impidiendo la entrada de brasileños, por miedo a que la epidemia llegara al país por esta vía (*O Estado de S. Paulo*, 2 de agosto de 1974c). Al día siguiente, se reabrieron las fronteras y solo se adoptaron medidas de control sanitario. El cierre de la frontera durante 24 horas causó problemas a las aerolíneas y empresas de transporte terrestre. Un vuelo de Cruzeiro do Sul, con 40 pasajeros procedentes de Río de Janeiro, tuvo que regresar a Porto Alegre. La compañía Cruzeiro do Sul habría tenido una pérdida diaria de Cr\$ 80.000 si no se hubiera cancelado la interrupción.

Por vía terrestre, tres autobuses quedaron retenidos en Chuí (RS). Además, en las ciudades fronterizas la situación se volvió caótica, ya que el tráfico entre los dos países es generalmente intenso (*O Estado de S. Paulo*, 3 de agosto de 1974).

Varios países de Europa además de Italia, como Alemania, Francia y Suiza, llegaron a mostrar por televisión las colas en el Hospital Emílio Ribas (*Jornal da Tarde*, 14 de agosto de 1974).

En Francia, la revista infantil de mayor circulación, *Pif*, publicó un cómic en el que la pareja de personajes principales, un médico y su ayudante, venía a Brasil trayendo

vacunas contra la meningitis y tenían que enfrentarse a las creencias y supersticiones del pueblo, además de a un grupo de *cangaceiros* que, en el interior de Paraná, explotaban y atemorizaban a los campesinos. Este artículo, enviado por el periodista Reale Jr. a *Estadão*, no se publicó ya que fue censurado en su totalidad (*O Estado de S. Paulo*, 6 de noviembre de 1974). Evidentemente, las autoridades brasileñas no deben haber estado contentas de ver al país retratado como más subdesarrollado de lo que es, además de la actitud francamente “colonizadora” de los personajes.

En mayo de 1975, una lectora estadounidense envió una carta a los principales periódicos de San Pablo, impresionada por la situación de la epidemia que había sido informada por el periódico *National Enquirer*, de circulación nacional en EEUU. El mencionado periódico afirmaba que la epidemia había matado a 19.000 personas desde 1970 hasta finales de febrero de 1975, según datos del Ministerio de Salud. La carta decía lo siguiente:

Leí en el *National Enquirer* un artículo sobre la epidemia en su país. Pensé que afirmaba que actualmente morían 10.000 personas como resultado de esta epidemia. Luego leí el artículo nuevamente y vi que afirmaba que este número de personas había fallecido desde 1970. Nunca supe nada sobre esta enfermedad. Alguien me informó que es causada por el debilitamiento. Me gustaría saber si el agua que beben está esterilizada como en América y, si no lo está, si hierven el agua antes de beberla. ¿Por qué su país ha sufrido esta epidemia durante tanto tiempo y otros países no? ¿México, Chile y Argentina esterilizan el agua? ¿Hierven el agua potable? Mi cuñada cuenta que estuvo en un país donde hierven el agua que beben. La mayoría de las enfermedades son causadas por el agua. También pensé en otra posible causa de la enfermedad: la lana con la que se visten. No estoy segura. Las personas en todo el mundo comen carne de cordero. (*Folha de S. Paulo*, 6 de mayo de 1975)

La epidemia de enfermedad meningocócica en San Pablo realmente alcanzó tasas de incidencia bastante altas, lo que debe haber despertado el interés de otros países en la divulgación de lo que estaba ocurriendo aquí. Los países vecinos de América Latina ciertamente se sintieron amenazados, ya que las condiciones de vida de sus poblaciones son bastante similares o incluso peores que las condiciones de vida de los brasileños, y el tráfico de personas en las fronteras no está completamente controlado, lo que podría resultar en la propagación de la enfermedad. Algunos de ellos, como Uruguay, realmente tuvieron epidemias de enfermedad meningocócica en años posteriores.

La censura evitó la reproducción de algunos artículos publicados en periódicos extranjeros que contenían análisis y críticas a la aparente contradicción de que la epidemia estuviera ocurriendo precisamente en medio del rápido crecimiento económico. Es decir, durante el período del “milagro brasileño”.

Las repercusiones internacionales también deben reflejar, en cierta medida, la preocupación por una enfermedad que no solo amenaza a las capas de la población sumidas en la miseria y la pobreza, sino que también afecta a la pequeña burguesía y

la burguesía. La existencia de millones de personas infectadas con esquistosomiasis o enfermedad de Chagas nunca ha sido lo suficientemente alarmante como para merecer destacados en la prensa internacional, aunque sus consecuencias son más graves e importantes que las de la meningitis. Ciertamente, el hecho de que se trate de problemas crónicos y no de epidemias, con su carácter agudo, debe explicar en parte tal falta de interés.

## El Poder Legislativo

El Poder Legislativo no forma parte del llamado “aparato de Estado”, pero tampoco es exactamente lo que se podría llamar una institución de la “sociedad civil”. En el caso del Estado brasileño especialmente, donde la autonomía entre el Ejecutivo y el Legislativo es prácticamente inexistente, esta cuestión se vuelve aún más difícil de resolver.

Dado que el objetivo central de este trabajo no es profundizar en la discusión sobre la composición y las formas de actuación del aparato de Estado y de sus aparatos ideológicos, sino simplemente retratar su actuación frente al fenómeno epidémico, se prefirió considerar las iniciativas del Legislativo junto con los otros aparatos ideológicos ya mencionados (sectores de salud, educación y la prensa), destacándolo del aparato de Estado propiamente dicho.

El desconocimiento sobre la enfermedad, su agente, el modo de transmisión, evolución y la gravedad no fue exclusivo de nuestra población. Como se ha señalado anteriormente, profesores, médicos y “lectoras estadounidenses” también presentaban desinformación similar. Los miembros del Legislativo, ya sea municipal, estatal o federal, no escapaban a esta regla, como lo demuestran las declaraciones de un concejal sobre el número excesivo (sic) de casos ocurridos en las villas Clara, Mimosa y Da Capela en Jabaquara, en febrero de 1974.

El concejal H. O. denunció en el Ayuntamiento el brote de meningitis y señaló como causa de la enfermedad a dos arroyos que atraviesan las villas. El concejal afirmó que toda el área corre peligro ya que sus habitantes viven sin la higiene necesaria, con falta de agua y saneamiento. (*O Estado de S. Paulo*, 20 de febrero de 1974)

La Asamblea Legislativa estatal, al finalizar el receso parlamentario de julio de 1974, decidió convocar al secretario de Salud para que diera explicaciones sobre la epidemia. Vale la pena recordar que, aunque se intensificó a partir de junio de 1974, existía desde abril de 1971 y aparentemente era desconocida por los señores diputados (*Jornal da Tarde*, 31 de julio de 1974; *O Estado de S. Paulo*, 2 de agosto de 1974a).

Pero será en diciembre de 1975, cuando la epidemia ya está disminuyendo, que la Asamblea Legislativa tomará protagonismo con la cuestión de los certificados de vacunación. La primera noticia sobre el caso apareció en *Estadão* el 13 de diciembre.

A pesar del veto del gobernador Paulo Egydio Martins, la Asamblea Legislativa del Estado promulgó ayer una ley que establece la obligación de presentar un certificado de vacunación contra la meningitis como condición indispensable para la inscripción en las instituciones educativas del Estado, la admisión en el servicio público, la obtención de una cédula de identidad y un certificado de antecedentes penales. Esta ley, publicada en la edición de ayer del diario oficial del Estado, implicará necesariamente la revacunación de los 10 millones de habitantes de la Gran San Pablo, lo que para el ministro de Salud, Paulo de Almeida Machado, es materialmente inexecutable. Ante la imposibilidad de revacunar a millones de personas antes del 1° de enero, fecha en que entrará en vigor la ley, es probable que los estudiantes no puedan inscribirse el próximo año escolar y es probable que no se emita ningún documento por parte de las autoridades de seguridad. Durante la campaña masiva de vacunación realizada en todo el Estado, no se proporcionaron certificados y no hubo ningún tipo de registro de la población vacunada. (*O Estado de S. Paulo*, 13 de diciembre de 1975)

El líder del bloque del Movimiento Democrático Brasileño (MDB), el partido mayoritario, reconoció la existencia de un dilema legal de difícil solución, pero también culpó a la bancada de la Arena que aprobó el proyecto. El presidente de la Asamblea, también del MDB, explicó que para que la ley entrara en vigor aún necesitaba ser regulada, lo que daría tiempo a las autoridades para hacerla cumplir. También defendió la propuesta argumentando que la ley buscaba la “erradicación de la enfermedad”.

En un editorial del 16 de diciembre, *O Estado de S. Paulo* afirmó:

...la decisión de los diputados (de revocar el veto del gobernador) solo puede verse como un error, una tontería. Pero como un error costoso, que tiene como una de sus graves consecuencias el desprestigio de la Asamblea, una Asamblea capaz de promulgar, ignorando todas las explicaciones y advertencias, una ley que solo trae problemas y no soluciona nada. (*O Estado de S. Paulo*, 16 de diciembre de 1975a)

Ante el dilema legal, el Gobernador envió la Ley aprobada por la Asamblea al secretario de Justicia para que emitiera un “dictamen sobre la inconstitucionalidad”.

El presidente regional de la Arena llegó a insinuar que la ley se había aprobado con el propósito de forzar la convocatoria de una sesión extraordinaria de la Asamblea para que los diputados recibieran su pago. Estos comentarios provocaron la reacción inmediata del primer secretario de la presidencia de la Asamblea, el diputado Del Bosco Amaral, y del autor del proyecto, el diputado Scalamandrê Junior, ambos del MDB.

El presidente regional de la Arena, Cláudio Lembo, no es del ramo. Es un irresponsable que está confundiendo el Legislativo con asuntos bancarios. Si confirmamos sus declaraciones de que la Asamblea Legislativa aprobó la Ley

“Scalamandr ” solo para forzar la convocatoria de una sesi3n extraordinaria con el objetivo de recibir un pago, hay diputados de esta Cámara que lo llevarán ante la justicia. (*O Estado de São Paulo*, 19 de diciembre de 1975)

Si se convoca una sesi3n extraordinaria de la Asamblea para discutir la ley sobre la vacunaci3n contra la meningitis, donar  mi pago y la asignaci3n que tendría derecho como ayuda de costos al gobierno del estado para que utilice la cantidad en la compra de dosis de vacuna. (*O Estado de São Paulo*, 19 de diciembre de 1975).

En cuanto al mérito del proyecto, ambos parlamentarios insistieron en su relevancia, a pesar de la supuesta inaplicabilidad.

En cualquier caso, es lamentable que el Ejecutivo, en la campaa de vacunaci3n que llev3 a cabo el año pasado, no haya al menos registrado los nombres de las personas vacunadas. Más lamentable aún es que el Ejecutivo, ante el brote de meningitis, no se haya dado cuenta de la necesidad de equiparse adecuadamente para combatir sistemáticamente la enfermedad. (*O Estado de São Paulo*, 19 de diciembre de 1975)

Mi intenci3n fue crear una vacunaci3n permanente, independientemente de la última campaa para que la poblaci3n se libere de la enfermedad. Y la ley es perfectamente viable, siempre que los 3rganos de salud mantengan una fabricaci3n y puestos de vacunaci3n permanentes [...] No me corresponde la responsabilidad directa de la incapacidad del Ejecutivo para cumplir la ley, ya que el proyecto se present3 en abril de este año y desde entonces el gobierno ha hecho muy poco para cumplirla en caso de que se apruebe. (*O Estado de São Paulo*, 19 de diciembre de 1975)

Los comentarios del secretario de Seguridad sobre la Ley fueron los siguientes: “Hacer una ley es fácil, una belleza. Lo difícil es hacer una ley dentro de nuestra realidad y de acuerdo con la infraestructura funcional de los organismos estatales. Por lo que estoy sintiendo, la ley ‘Scalamandr ’ es otra que se hizo para no cumplirse” (*O Estado de S. Paulo*, 17 de diciembre de 1975).

Por un lado, la ingenuidad de los diputados al suponer posible la fabricaci3n de vacunas a escala industrial y la instalaci3n de servicios de salud permanentes en número suficiente para atender la demanda de la poblaci3n en el espacio de ocho meses; por otro lado, el secretario de Seguridad anunciando que las leyes no se cumplirían.

El secretario de Justicia consider3 la ley inconstitucional, argumentando que según el artículo 6 de la Ley Federal N  6.259, los estados solo pueden legislar sobre vacunaci3n después de consultar al Ministerio de Salud, que tiene la responsabilidad de establecer las normas de vacunaci3n en todo el país (*O Estado de S. Paulo*, 17 de diciembre de 1975).

El Tribunal Supremo Federal otorgó una orden judicial en contra de la Ley, lo que provocó las siguientes declaraciones del ministro de Salud:

La conciencia demostrada por el pueblo en la campaña de vacunación es prueba suficiente de que todos los mecanismos de coerción utilizados en este sentido son innecesarios [...] lo que importa es la vacuna debajo de la piel y no un pedazo de papel en la mano. (*O Estado de S. Paulo*, 18 de diciembre de 1975)

Ante los desarrollos políticos derivados de la aprobación de la Ley Scalamandré y su suspensión por el STF, algunos políticos de la Arena comenzaron a afirmar que la aprobación fue resultado de una maniobra política de la minoría para obtener la aprobación de decenas de proyectos del Ejecutivo y que también resultó en la desacreditación de la mesa de la Asamblea y una serie de problemas para el MDB.

Para concluir todo el episodio, *O Estado de S. Paulo*, en un editorial titulado “De la siesta a la vergüenza”, comentó:

Si estuviéramos en un concurso de pruebas para calificar para la función legislativa, la orden judicial del STF equivaldría a una reprobación total de la Asamblea Legislativa. Pero no lo estamos: y nada la salvará de posteriores vergüenzas. Como una enmienda peor que el soneto, ahora corre una extraña versión sobre el comportamiento de la Asamblea: la vergüenza se convirtió en parte del pago en una negociación: y la siesta de la minoría, que no acudió a la defensa del veto del gobernador, fue, digamos, una “siesta consciente”. Explicamos mejor la artimaña, el ardid de algunos ilustres representantes del pueblo paulista... Muy astuto y poco lúcido porque entre una minoría adormecida y una mayoría aberrante, en términos de competencia y criterios de acción parlamentaria, quien sale perdiendo es toda la Asamblea Legislativa del Estado. Quien dude, lea el argumento del Ministerio de Salud, respaldado por la Procuraduría General de la República, contra la Ley promulgada por la Asamblea Legislativa, no por la mayoría, sino por la Asamblea... Con una ley de solo dos artículos y una siesta “consciente” y, más que consciente, cómplice de la minoría de la Arena, toda la Asamblea Legislativa se cubrió de un ridículo público. En el Tribunal Supremo Federal, en el Ministerio de Salud, no faltará quien en este momento murmure lo que no conviene decir en voz alta: quien no tiene competencia no se establece. (*O Estado de S. Paulo*, 19 de diciembre de 1975)

Este episodio que involucra a la Asamblea Legislativa fue desastroso desde el punto de vista político, pero, más que eso, dejó en evidencia la falta de preparación de los legisladores y su relativo amateurismo. Por supuesto, no se espera que los diputados dominen todos los temas que se les presentan para su consideración. Sin embargo, la población en general y los votantes en particular deberían poder esperar al menos un poco de sentido común de sus representantes políticos.

*Hoje você é quem manda  
Falou, "tá falado"  
Não tem discussão, não  
A minha gente hoje anda falando de lado  
E olhando pro chão, viu  
Você que inventou esse estado  
E inventou de inventar  
Toda a escuridão  
Você que inventou o pecado  
Esqueceu-se de inventar  
O perdão*  
(Chico Buarque, "Apesar de você", 1973)



## Capítulo 4

# “Hoy tú eres quien manda...”: El discurso oficial, la acción del Estado

El comportamiento de las autoridades estatales y federales en el sector de la salud durante la epidemia de enfermedad meningocócica en la ciudad de San Pablo refleja, en cierto sentido, las formas de actuación y las características del Estado brasileño en la década de 1970. Engels afirmó que:

[El Estado] es un producto de la sociedad en una etapa determinada de su desarrollo; es la confesión de que esta sociedad se encuentra en una contradicción insoluble consigo misma, que se ha dividido en oposiciones irreconciliables y que es impotente para conjurar. Pero, para evitar que los antagonistas, las clases de intereses económicos opuestos, se destruyan a sí mismos y a la sociedad en una lucha estéril, se impone la necesidad de un poder que, aparentemente, se sitúa por encima de la sociedad y debe aplacar el conflicto, manteniéndolo dentro de los límites del “orden”; y este poder, nacido de la sociedad pero que se coloca por encima de ella y se vuelve cada vez más ajeno a ella, es el Estado. (Lenin, 1979)

El Estado capitalista moderno, aunque se presenta como el ejecutor del interés general de toda la sociedad, es un aparato de dominación de clases, de la clase o fracción de clase dominante sobre el resto de la sociedad (Lenin, 1978). La clase hegemónica tiene la función de representar el interés general del pueblo en el ámbito político a través de la ideología y de mantener una dominancia específica sobre las fracciones dominantes y las demás clases, utilizando el monopolio de la represión y la violencia legalizada (Gramsci, 1978; Gruppi, 1980; Portelli, 1977; Poulantzas, 1975; Poulantzas, 1977).

Es importante esbozar las características generales que adquirió este Estado en la sociedad brasileña durante los años setenta.

Después de 1964, el sector estatal adoptó el “modelo” de la gran corporación capitalista, convirtiéndose en el motor de la adaptación económica, social y política a las exigencias del capitalismo monopolista. La restauración del dominio burgués, después del período de crisis de la hegemonía en la etapa del populismo, aceleró el desarrollo capitalista, haciéndolo más racional y moderno. En el plano político, se estableció la versión tecnocrática de la democracia restringida (Cardoso, 1975; Cardoso, 1980; Fernandes, 1976; Weffort, 1980).

El carácter autoritario del Estado brasileño se manifiesta no solo en la exclusión sistemática de la participación popular y de sectores disidentes de la propia burguesía, sino también en la organización del aparato estatal. Se observa una creciente centralización en todos los niveles de organización, la absoluta predominancia del Poder Ejecutivo sobre el Legislativo y el Judicial, que se vuelven subordinados a él, la promulgación de “leyes” de excepción junto con el mantenimiento de una Constitución progresivamente desfigurada, la censura a los medios de comunicación de masas y la rutinización de arbitrariedades, entre otros aspectos (Cardoso, 1975, 1980; Fernandes, 1976).

El desarrollo dependiente impide que la burguesía ejerza plenamente su papel en la vida económica, social y política, ya que el control externo impone límites estrechos a la acción de clase y convierte el Estado en el núcleo de poder de decisión y acción de la burguesía, lo que hace más complejos y disimulados sus mecanismos de acción (Chauí, 1982b; Fernandes, 1976).

Después de 1964, en lugar de fortalecer la sociedad civil, se establecieron las bases para un Estado expansionista, disciplinador y opresor, que buscaba legitimidad más en el ámbito económico (“milagro brasileño”) que en el político, y más en la propaganda que en el juego democrático. En este escenario, emergió la tecnocracia como ideología. La tecnocracia se basa en la concepción de una división inmutable de las clases sociales y en el “funcionalismo” entre ellas. Es decir, en la idea de una cooperación funcional y orgánica entre las clases para lograr el “bien común”. Todo el conocimiento necesario para el buen funcionamiento social es privilegio de la élite gobernante y a los demás ciudadanos les corresponde obedecer los dictados de esta élite. El régimen político debe ser necesariamente autoritario, ya que solo el Estado autoritario es compatible con el poder discrecional de los tecnócratas y la supresión de los políticos es necesaria para el buen funcionamiento del sistema social y el desarrollo armonioso (Cardoso, 1980; Martins, 1975).

Estos son los lineamientos que guían la acción del aparato estatal en todos los sectores de la vida nacional y, por lo tanto, también deben encontrarse en su actuación en el sector de la salud.

A través de las noticias publicadas en periódicos y revistas durante la epidemia de enfermedad meningocócica en el municipio de San Pablo, en relación con las acciones de las autoridades sanitarias a nivel municipal, estatal y federal, es posible identificar varios de los rasgos constitutivos del “modelo político brasileño” que Florestan Fernandes denominó autocracia burguesa en *La Revolución Burguesa en Brasil* (1976).

Una actitud que habitualmente es la primera adoptada ante una variedad de problemas es la *negación*. En el caso de la epidemia de enfermedad meningocócica no fue diferente: la primera reacción de las autoridades fue negar la existencia de una epidemia. Esta actitud varió desde una negación simple hasta diversos juegos de palabras y trucos numéricos con el objetivo de encubrir una situación que gran parte de la población de la ciudad de San Pablo estaba experimentando a diario.

En julio de 1972, aproximadamente 14 meses después del inicio de la epidemia, si consideramos la ciudad de San Pablo en su conjunto, el secretario de Salud del Estado, el Dr. Getúlio de Lima Jr., afirmó: “Hubo un ligero aumento en el número

de casos de meningitis en San Pablo, pero esto no constituye una epidemia: este aumento es un fenómeno mundial relacionado con las malas condiciones ambientales” (*O Estado de S. Paulo*, 21 de julio de 1972).

En la declaración del secretario de Salud, se presenta otro argumento que será frecuentemente utilizado por las autoridades: la insistencia en resaltar que el fenómeno es mundial y, por lo tanto, no puede atribuirse a ninguna de las vicisitudes nacionales, como la falta de recursos, la pobreza, la migración interna intensa, el régimen político, y así sucesivamente. Esta actitud es bastante coherente con la ideología dominante en ese período: la de “Brasil potencia”, una nación moderna y llena de potencialidades de desarrollo en el capitalismo (Cardoso, 1975).

El mismo día, en una noticia similar publicada en el diario *Folha de S. Paulo*, el secretario de Salud atribuyó el aumento en el número de casos observados en los dos últimos años al aumento de la población residente en la ciudad de San Pablo (*Folha de S. Paulo*, 21 de julio de 1972).

Sin embargo, los datos disponibles muestran que el aumento de casos no fue solo en términos absolutos, sino también de manera relativa. Es decir, las tasas de morbilidad pasaron de 2,3 casos por 100.000 habitantes en 1970 a 7,4 casos por 100.000 habitantes en 1971 y a 16,7 casos por 100.000 habitantes en 1972, lo que representa aumentos de tres y siete veces, respectivamente.

Dos meses después, con el persistente aumento en el número de casos, el director del Hospital Emílio Ribas, el profesor Carlos de Oliveira Bastos, afirmó que algunas enfermedades, como la meningitis meningocócica, tienden a presentar “un aumento de la morbilidad endémica” y brotes epidémicos periódicos. El profesor Bastos también afirmó que el aumento de casos en 1971 y 1972 caracteriza un “estado epidémico”, pero que no es motivo de alarma, ya que también está ocurriendo en otros estados brasileños y en otros países (*Folha de S. Paulo*, 5 de septiembre de 1972).

Con el afán de evitar cualquier tipo de relación entre el “sistema político y económico” y la aparición de la epidemia, se sostenía que los brotes epidémicos nacionales e incluso una supuesta pandemia no eran motivo de alarma.

Aún en septiembre de 1972, el asesor de epidemiología de la Secretaría de Salud, el Dr. Ananias Porto, afirmaba:

No hay epidemia, pero existe el pánico en la población, por lo que la Secretaría ha decidido mantener algunos centros de salud abiertos durante la noche. Esta medida tiene como objetivo proporcionar protección psicológica a la población que teme una epidemia que no existe. (*Folha da Tarde*, 29 de septiembre de 1972a)

Realmente, la apertura de los centros de salud durante la noche no podría ser de gran ayuda para la población, ya que solo servirían como lugares de triaje para sospechas al no contar con los recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento. La actitud de la Secretaría refleja la exclusión habitual de la participación popular en todos los niveles de la vida nacional. Incluso en cuestiones relacionadas con la enfermedad, la vida y la muerte, la gran mayoría de la población se mantiene en

la ignorancia y no tiene ningún mecanismo eficiente para expresar sus demandas políticas y sociales, teniendo que conformarse con la adopción de “medidas psicológicas”.

Uniéndose a quienes afirmaban la inexistencia de la epidemia, el ministro de Salud, el Dr. Mário Machado Lemos, declaró que “algunas personas confundieron epidemia con endemia, creando pánico en varios estados, incluyendo San Pablo” (*Jornal da Tarde*, 30 de septiembre de 1972).

Casi un año después, en agosto de 1973, el ministro vuelve a afirmar la inexistencia de la epidemia: “El ministro en Brasilia niega la existencia de un brote de meningitis en el país, pero admite que existen casos aislados en todos los estados, incluyendo aquí” (*Folha de S. Paulo*, 25 de agosto de 1973).

Lamentablemente, para la población de la ciudad de San Pablo, las negativas del ministro de Salud no fueron capaces de detener el crecimiento de la epidemia y el número de casos continuó aumentando, lo que resultó en un coeficiente de morbilidad, en 1973, 15 veces mayor que el observado en el período endémico (1960-1969), alcanzando el valor de 28,7 casos por 100.000 habitantes.

Pero eso no es todo. En mayo de 1974, cuando la situación en San Pablo ya era extremadamente grave, técnicos de la Secretaría de Salud afirmaron que el aumento de casos se debía al crecimiento de la población y a la mejora de los servicios estadísticos.

Un aumento de 90 veces en el coeficiente de incidencia de la enfermedad difícilmente podría explicarse por la mejora de los servicios estadísticos. Sin embargo, como la población y los propios profesionales de la salud no tenían acceso a la información, los “técnicos” podían hacer afirmaciones similares, revelando un completo desconocimiento de la situación real o una deliberada ocultación de la verdad.

El intento de ocultar el problema llegó tan lejos que en un artículo publicado por la revista *Veja* en mayo de 1974, que se refería a un balance del sector de salud realizado por el nuevo ministro de Salud, el Dr. Paulo de Almeida Machado, no había ninguna referencia a las epidemias de meningitis en las principales capitales del país (*Veja*, 8 de mayo de 1974).

Aún en mayo se afirmaba nuevamente la inexistencia de la epidemia: “No hay un aumento anormal en el número de casos de meningitis registrados en el área de la Gran San Pablo”, dijo el Dr. Júlio Ferreira da Costa, director del DRS-1 (*Folha de S. Paulo*, 16 de mayo de 1974).

En diferentes momentos a lo largo del período considerado, los testimonios registrados en la prensa muestran la actitud inicial de negar la existencia de la epidemia. Hasta hace poco, la negación de los problemas ha sido una constante en la relación del gobierno con la sociedad civil en lo que respecta a una amplia variedad de temas, lo que muestra la “brecha” existente entre ellos y la falta de canales formales de comunicación. El proceso político se limita a los despachos gubernamentales, mientras que las masas son mantenidas, a través de mecanismos represivos y de propaganda ideológica, en la apatía y la despolitización. Ni siquiera se consideran los derechos de ciudadanía más básicos. De esta manera, la aparente contradicción de ocultar una epidemia durante cuatro o cinco años se vuelve

parcialmente posible. Pero la negación no siempre se mantuvo de manera absoluta. En muchas ocasiones, las autoridades sanitarias recurrieron a diversos eufemismos para intentar sortear el problema.

En septiembre de 1972, los técnicos de la Secretaría de Salud afirmaron que la incidencia de casos en San Pablo ya caracterizaba un brote, pero no una epidemia “si entendemos una epidemia como la propagación incontrolada de una enfermedad”. El asesor de epidemiología, el Dr. Ananias Porto, afirmaba que “la población exagera la situación. Hay un brote, pero no una epidemia”, mientras que los secretarios de Salud y de Higiene hablaban de “una exacerbación o recrudescimiento de la enfermedad de carácter endémico” (*Folha da Tarde*, 29 de septiembre de 1972b).

Todos estos ejemplos muestran el intento de minimizar la importancia de la epidemia y, al mismo tiempo, el uso de varios términos “técnicos” poco comprensibles para el público en general, evitando el uso del único término que realmente se aplicaba a la situación: “epidemia”.

El concepto de epidemia no tiene nada que ver con la posibilidad de control. El término “brote” es sinónimo de epidemia, aunque algunos autores lo utilizan para condiciones en las que la transmisión de la enfermedad es relativamente circunscrita, y el término “epidemia” se reserva para situaciones en las que toda la población de una ciudad está potencialmente expuesta. El aumento en la incidencia observado entre 1971 y 1972, de la misma manera que no podía explicarse por la mejora en los servicios de notificación, tampoco podía atribuirse a la exacerbación endémica.

Los propios técnicos reconocen que al utilizar estos eufemismos intentan evitar que la población entre en pánico:

“Técnicamente, en San Pablo tenemos una epidemia de meningitis”, dicen los expertos, pero añaden que prefieren no usar esa expresión. Para el laico, una epidemia significa un número tal de casos de la enfermedad que escapa completamente a control. Sin embargo, cuando esto sucede, como en el caso de la gripe española en 1918, que afectó a decenas de miles de personas, el fenómeno es llamado por los técnicos “pandemia” y no “brote” o “epidemia”. En San Pablo ha habido brotes epidémicos de meningitis en 1947, uno más grave que el actual, y en 1962-63, que tuvo el mismo grado de intensidad que el que estamos viendo ahora. (*O Estado de S. Paulo*, 29 de septiembre de 1972a)

En este intento de presentar solo “medias verdades”, los “técnicos” a menudo se enredan en explicaciones y formulaciones inexactas y a veces contradictorias.

En una entrevista con el periódico *Folha de S. Paulo*, el asesor, el Dr. Ananias Porto, afirmaba: “Si vamos a llamar a esto una epidemia, lo cual es técnicamente correcto, toda la población pensará que estamos en una pandemia, un término técnico para definir la propagación descontrolada de una enfermedad transmisible” (*Folha de S. Paulo*, 29 de septiembre de 1972b).

Este fragmento fue extraído de un artículo publicado el 29 de septiembre en el mismo periódico. Sin embargo, el mismo día, en un artículo publicado en el diario

*Folha da Tarde*, el mismo asesor afirmaba categóricamente la inexistencia de la epidemia. Este hecho ejemplifica las contradicciones frecuentes en las declaraciones y actitudes de las autoridades mientras intentaban “tapar el sol con un tamiz”. Es decir, negar, desde un punto de vista discursivo, la evidencia de la realidad.

La insistencia de la prensa en obtener información oficial llevó a una conferencia de prensa conjunta de los secretarios de Salud y de Higiene y otras autoridades el 27 de septiembre de 1972:

- ¿Cuál es el número de casos confirmados?
- Ese número varía según la época, respondió el secretario Getúlio de Lima Jr.
- ¿Cuál es la situación en el municipio de San Pablo, secretario Carlos da Silva Lacaz?
- La Secretaría de Higiene está trabajando en perfecta coordinación con la Secretaría Estatal para combatir la meningitis.
- ¿Cuántos casos se han confirmado en San Pablo, Dr. Bastos?
- Todavía no lo sabemos.
- Y en el Hospital Emilio Ribas, ¿cuántos casos se han confirmado?
- No tenemos esa información.
- Al menos, una respuesta: ¿cuántas personas han muerto de meningitis?
- No lo sabemos.
- Dr. Bastos, usted aún no ha mencionado cuántos casos se han registrado en los últimos días.
- Esa cifra varía según la exacerbación o recrudescimiento del estado endémico de la meningitis. Y estas variaciones están relacionadas con el agente, el estado inmunológico de la población y el crecimiento de la población.
- ¿Se puede hablar de una epidemia?
- ¿Qué es una epidemia? Eso varía mucho según la enfermedad. Hay enfermedades en las que la confirmación de solo 30 casos ya se considera una epidemia. (*Folha de S. Paulo*, 27 de septiembre de 1972)

Nuevamente quedan en evidencia las intenciones de las autoridades de considerar la cuestión de la epidemia como un asunto puramente técnico que solo interesa a los “técnicos”, sin necesidad de que la prensa y el público en general se enteren de ello.

“Estos datos proporcionados solo son de interés para la Secretaría de Salud porque son datos técnicos. Lo que realmente importa es que estamos alerta y preparados, y el brote está ocurriendo en todo el país”, respondió el secretario a un reportero. (*Folha de S. Paulo*, 30 de septiembre de 1972)

Los fragmentos de las entrevistas aquí reproducidos muestran el tono de “neutralidad técnica” utilizado por las autoridades del sector de la salud en un intento de evitar la presión de los medios de comunicación y, hasta cierto punto, de la opinión pública, para que el “problema de la meningitis” fuera discutido de manera más amplia y no se limitara a los despachos oficiales.

En octubre, a pesar de que la situación no había cambiado —es decir, la epidemia seguía creciendo y las autoridades seguían evadiendo o callando—, la identificación del serogrupo del meningococo responsable de la epidemia fue recibida

en el Consejo de Concejales al estilo del predominante “*Pra Frente Brasil*” en ese momento:

Hace unos días, la ciudad de San Pablo fue sacudida por la amenaza de un brote de una enfermedad que causó preocupación en todos los hogares. Todos los habitantes de San Pablo se sintieron preocupados ante la amenaza de un brote de meningitis. Sin embargo, las autoridades responsables de la salud se movieron y hoy vemos que el tradicional Instituto Adolfo Lutz, que cuenta con científicos de renombre internacional, responde a esta lucha: logra aislar el virus de la meningitis y, como resultado, tendremos casi de inmediato el antídoto necesario para la prevención en beneficio de los habitantes de la ciudad. (*O Estado de S. Paulo*, 5 de octubre de 1972)

La desinformación del concejal es similar a la desinformación de la sociedad civil en ese momento. El problema se presenta como si el hecho de que los “técnicos” conozcan el agente etiológico de la meningitis meningocócica fuera suficiente para conjurar el riesgo de la epidemia y permitir la adopción de medidas profilácticas efectivas. El concejal, de esta manera, estaba alimentando el pensamiento tecnocrático. Es decir, parecía creer que el conocimiento técnico tenía el poder de conjurar el mal y restaurar el orden y la tranquilidad.

A medida que avanzaba el brote epidémico y aumentaba el número de casos, las autoridades se vieron obligadas a cambiar de actitud. La postura predominante durante el segundo semestre de 1972, después de que aparecieran las primeras noticias en los periódicos, de negación tajante o disimulación mediante el uso de diferentes términos técnicos para describir lo que estaba ocurriendo, fue gradualmente reemplazada por una aceptación con reservas, que se caracterizaba por la admisión de la existencia de una epidemia, con reservas destinadas a minimizar el problema. La declaración del secretario de Salud, el Dr. Getúlio Lima Jr., al *Jornal da Tarde* en julio de 1973, es ejemplar:

Los habitantes de varios países todavía están pasando por el período de mayor riesgo de contagio. Esto ya fue previsto por los técnicos de la Organización Mundial de la Salud, que no pudieron fijar límites para la duración de este período, considerado casi epidémico en el mundo. Por lo tanto, el actual brote de meningitis en Brasil no se puede atribuir a ninguna omisión de las autoridades sanitarias. (*Jornal da Tarde*, 11 de julio de 1973)

Este pasaje registrado muestra dos preocupaciones: primero, dejar en claro que la enfermedad no es exclusiva de Brasil y, por lo tanto, no se puede atribuir a las condiciones socioeconómicas y políticas del país y, con menos razón, a las autoridades sanitarias; y, en segundo lugar, refuerza la concepción tecnocrática de que los “técnicos” poseen todo el conocimiento y, por lo tanto, no hay nada que temer.

El mismo tipo de argumentación aparece en las declaraciones del Dr. Ananias Porto, asesor del secretario de Salud:

El brote de meningitis, con casi 2.000 casos registrados en la Gran San Pablo este año tiene características de epidemia, y no será hasta finales de 1974 que la incidencia habrá disminuido, ya que no se registrarán coeficientes de 22 casos por 100.000 habitantes [...] El brote dura cuatro o cinco años, pero aún no ha alcanzado el récord de 1947, cuando se registraron 24 casos por 100.000 habitantes [...] Dijo que no hay razón para el pánico, siempre y cuando se examinen los números y se tenga en cuenta, por ejemplo, que el mayor brote registrado ocurrió en Santiago de Chile, con 245 casos por 100.000 habitantes. (*Folha de S. Paulo*, 14 de diciembre de 1973)

Nuevamente se evidencia el intento de reducir las dimensiones del problema actual mediante comparaciones con situaciones anteriores en Brasil y Chile.

En julio de 1974, en un momento de alta incidencia de la enfermedad en toda la región metropolitana, el Dr. Ananias Porto volvió a afirmar que las tasas eran bajas si se comparaban con las observadas en Chile en 1942. Parece que sería normal encontrar incidencias similares en San Pablo en 1974 y en Santiago en 1942, como si la estructura epidemiológica no hubiera cambiado históricamente.

Dos días después, el mismo asesor, que tantas veces había negado la existencia de la epidemia, afirmó que:

Desde julio de 1971, los técnicos se dieron cuenta de que las tasas de incidencia de la meningitis comenzaron a aumentar y solo no se llevó a cabo una campaña de movilización pública porque no había vacuna ni “interés comunitario” en ese momento por el problema. (*O Estado de S. Paulo*, 25 de julio de 1974a)

Así que, desde la perspectiva tecnocrática, los técnicos lo saben todo y la población “ignorante” es culpable de su alienación. La máscara no cayó por decisión de los propios técnicos, sino porque la realidad se encargó de desmontar la farsa. El continuo crecimiento de la epidemia por meningococo A, con características explosivas, hizo imposible mantener las actitudes anteriores. En este nuevo contexto, las viejas excusas perdieron eficacia.

La impotencia de las autoridades sanitarias ante la gravedad de la situación es evidente en la declaración del secretario, Getúlio Lima Jr.:

Desafortunadamente, la solución al problema de la meningitis depende del tiempo [...] la situación no es absolutamente de pánico. La meningitis siempre ha existido en San Pablo, con un promedio de 17 casos por 100.000 habitantes; ahora, debido al surgimiento de un nuevo tipo de microorganismo, el meningococo tipo A, el número de casos ha aumentado a 30 o 40 por 100.000 habitantes, una cifra mucho menor que la registrada en otros países como Australia y Egipto. (*Jornal da Tarde*, 30 de julio de 1974)

Cuando se refiere al tiempo, el secretario está atribuyendo el aumento en el número de casos a los rigores del invierno, lo que demuestra que las autoridades no pueden ser criticadas por eso. Sin embargo, si las autoridades no pueden evitar que la temperatura disminuya, al menos pueden evitar afirmaciones inexactas. La incidencia promedio de la enfermedad meningocócica en períodos endémicos es de tres a cuatro casos por 100.000 habitantes. Es decir, cuatro veces menor que los 17 casos por 100.000 habitantes mencionados por el secretario. En 1974, la incidencia alcanzó los 169 casos por 100.000 habitantes, no los 30 o 40 casos por 100.000 habitantes, como se afirmaba.

Estas confusiones no fueron exclusivas de las autoridades de salud y los técnicos brasileños, ya que los técnicos extranjeros que estudiaron la epidemia en Brasil también fueron responsables de declaraciones incorrectas y distorsionadoras de la realidad.

Como ejemplo se pueden citar las declaraciones del Dr. Leon Lapeyssonnie de la OMS y del Dr. Joseph McCormick de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). En agosto de 1974, el Dr. Lapeyssonnie afirmó: “El número de casos de meningitis en San Pablo no caracteriza una verdadera epidemia. La propagación de la enfermedad fue mayor debido a la densidad demográfica” (*Jornal da Tarde*, 6 de agosto de 1974). También afirmó que “esta enfermedad no debe considerarse típica de países subdesarrollados” (*Jornal da Tarde*, 6 de agosto de 1974).

Todavía en agosto, el Dr. McCormick decía: “Actualmente están ocurriendo brotes en otras partes del mundo, en el norte de África, Mongolia, Finlandia. Lo importante es que Brasil sepa que no fue elegido por la meningitis” (*Vêja*, 14 de agosto de 1974a).

Nada era más adecuado para los deseos del gobierno brasileño, ya que con el fin de la era del “milagro económico” y el inicio de la fase de depresión del ciclo de expansión capitalista, por un lado, y la crítica constante de la oposición con miras a las elecciones parlamentarias de 1974, por otro lado, la asociación entre la epidemia y las malas condiciones de vida de la mayoría de la población, sumada a la incompetencia administrativa, era casi inevitable. Para contenerla, el gobierno recurrió a la ideología a través de la comunicación de masas. De esta manera, el gobierno intentaba, también en relación con la epidemia de enfermedad meningocócica, utilizar el doble mecanismo que caracterizaba a la actuación política del “sistema”: la cooptación de sectores de la clase media y la burguesía, receptivos a los discursos autorizados, y la “represión” de las masas populares a través de la restricción de los medios de comunicación de masas (Cardoso, 1975, 1980; Fernandes, 1976).

Otra actitud adoptada por las autoridades de salud desde 1972 y retomada a principios de 1974 era afirmar que todo estaba bajo control (es decir, que realmente existía una epidemia), pero que las secretarías de Salud y de Higiene, así como el Ministerio de Salud, tenían un control absoluto sobre la situación.

El secretario de Salud, el Dr. Getúlio Lima Jr., confirmaba la existencia de un brote de meningitis en el estado de San Pablo, pero aseguraba que no había motivos para la alarma por varias razones:

1. El brote de meningitis no es un fenómeno local aislado, sino mundial.
2. Ya estaba previsto en todo el mundo, incluyendo San Pablo.

3. La Secretaría de Salud se preparó con la anticipación necesaria para enfrentarlo.
4. Aunque aún no se ha descubierto la vacuna contra la enfermedad, la meningitis es perfectamente curable.
5. El Hospital Emilio Ribas está equipado para tratar todos los casos de contaminación descubiertos.
6. El brote está bajo control. (*Jornal da Tarde*, 15 de septiembre de 1972)

Los hechos se encargarían de desmentir las afirmaciones del secretario, punto por punto. El mismo día, en una noticia publicada por el periódico *O Estado de S. Paulo*, el secretario afirmaba que el número de casos de meningitis era más alto de lo que la Secretaría esperaba, pero se negaba a revelar esos números por “razones técnicas y éticas” (*O Estado de S. Paulo*, 15 de septiembre de 1972).

El 27 de septiembre de 1972, los periódicos publicaron el siguiente comunicado oficial:

La Secretaría de Salud del Estado y la Secretaría de Higiene y Salud del Municipio de San Pablo, ante la actual ocurrencia de casos de meningitis meningocócica en esta capital y otros municipios, informan al público que se deben tomar ciertas medidas de salud pública con la colaboración de la comunidad médica y el público en general. Estas medidas son, en términos generales, las siguientes: a) notificación obligatoria a las autoridades de salud; b) aislamiento hospitalario; c) las personas que hayan tenido contacto directo con el paciente deberán recibir tratamiento profiláctico, dirigido por médicos y autoridades de salud estatales o municipales; d) evitar aglomeraciones innecesarias, especialmente de niños, excesos físicos y el consumo excesivo de bebidas frías; e) intensificar la higiene personal, especialmente lavando cuidadosamente las manos; f) ante manifestaciones clínicas de tipo infeccioso con sospecha de meningitis, los pacientes deben ser remitidos de inmediato para su evaluación médica, a fin de aclarar el caso y tomar las medidas adecuadas. La Secretaría Estatal y Municipal, ante esta situación, que ocurre periódicamente en varias partes del mundo, están atentas al problema y han garantizado los recursos hospitalarios y de asistencia para atender a la población. (*O Estado de S. Paulo*, 27 de septiembre de 1982)

El comunicado no tenía la intención de aclarar la opinión pública sobre la situación real, se limitaba a mencionar la ocurrencia de casos, enfatizando que se trataba de un fenómeno natural y periódico, y proporcionaba algunas recomendaciones bastante generales.

Dos días después, la Secretaría de Salud autorizó a los médicos del Hospital Emilio Ribas a proporcionar información sobre la incidencia de la enfermedad meningocócica a las entidades médicas, para que los médicos pudieran orientar a sus pacientes y familiares (*O Estado de S. Paulo*, 29 de septiembre de 1972c).

Esta medida se adoptó 19 meses después de que comenzara la epidemia. El secretario de Higiene, el profesor Carlos da Silva Lacaz, difundió recomendaciones a los comunicantes de casos hospitalizados a través de los periódicos:

1. Tomar sulfadiazina (500 mg) diariamente durante 4-5 días.
2. Hacer gárgaras con solución de yodo, sales de plata o tirotricina.
3. Evitar excesos físicos y bebidas frías.
4. No frecuentar lugares cerrados o poco ventilados.
5. Adoptar una alimentación rica en proteínas y vitaminas.
6. Descansar durante algunos días.
7. Intensificar los cuidados de higiene personal, especialmente lavándose cuidadosamente las manos. (*O Estado de S. Paulo*, 29 de septiembre de 1972b)

La primera recomendación promovía la automedicación y las demás recomendaciones eran, además de ineficaces, utópicas, ya que, para la mayoría de la población más expuesta en ese momento, eran recomendaciones imposibles de seguir, dadas las condiciones de vida imperantes en la periferia.

En un intento de negar el avance de la epidemia, a pesar de todas las recomendaciones y las afirmaciones reiteradas de que la situación estaba bajo control, las autoridades se precipitaron varias veces anunciando el declive de la epidemia mucho antes de que ocurriera realmente.

En abril de 1974, el mes anterior a un gran aumento en la incidencia, el secretario Getúlio Lima Jr. afirmó: “Los casos de meningitis en el estado de San Pablo no han aumentado este año, al contrario, están disminuyendo” (*Folha de S. Paulo*, 3 de abril de 1974).

El secretario no aclaró que la disminución de casos se debía a los meses cálidos, en proporción a los números observados en los meses de julio, agosto, septiembre y octubre, pero aumentó considerablemente en comparación con los tres primeros meses del año anterior, ignorando así la variación estacional de la enfermedad y pretendiendo afirmar que el fin de la epidemia estaba cerca.

En julio, cuando el Hospital Emílio Ribas colapsó y se negó a admitir pacientes debido a la falta total de espacio para albergarlos, el secretario reconoció que sus predicciones habían sido “optimistas”:

Aquella predicción se basaba en experiencias anteriores sin tener en cuenta la población. Uno de los factores que contribuyó a que la enfermedad afectara a una parte más amplia de la población fue la intensidad del invierno de este año... Cuando se constata un caso en una escuela u otros lugares frecuentados por un gran número de personas, se lleva a cabo una desinfección del lugar. Pero esta desinfección solo tiene un efecto psicológico, ya que los que lo frecuentan no corren ningún riesgo. (*Folha de S. Paulo*, 2 de julio de 1974)

Las declaraciones del secretario aquí reproducidas dejan claro que el error anterior, al suponer que el fin de la epidemia estaba cerca, se debió al exceso de población en el estado y a la dureza del invierno, y que ante la falta de medidas profilácticas

concretamente eficaces, la Secretaría recurrió a medidas de efecto psicológico, prefiriendo mantener a la población en la ignorancia de los riesgos reales a los que estaba expuesta.

Ante el aumento exagerado del número de casos y la aparición de la epidemia en áreas centrales (es decir, en los subdistritos con población de ingresos más altos), el gobierno del estado convocó a las autoridades sanitarias a una reunión en el Palacio de los Bandeirantes. El profesor Otto Bier, coordinador de los Servicios Técnicos Especializados de la Secretaría de Salud, afirmó lo siguiente:

El actual brote epidémico de meningitis meningocócica, a pesar de ser motivo de preocupación para las autoridades sanitarias del Estado y del País, no debe causar alarma y esto se debe principalmente a las siguientes razones: 1) la enfermedad será erradicada mediante la vacunación; 2) los métodos de tratamiento utilizados en el Hospital Emilio Ribas permiten asegurar la curación, sin mayores consecuencias, en aproximadamente el 96% de los hospitalizados. (*Folha de S. Paulo*, 11 de julio de 1974)

Ambas suposiciones son extremadamente optimistas, ya que las vacunas disponibles no tenían la eficacia necesaria para erradicar la enfermedad, aunque posteriormente demostraron ser útiles para frenar la epidemia; y el tratamiento en el Hospital Emilio Ribas no siempre logró mantener la letalidad en solo el 4% y evitar el 100% de las secuelas, sin mencionar que solo las secuelas inmediatas y perceptibles pudieron evaluarse en el momento del alta, sin ningún estudio de seguimiento de los pacientes sobrevivientes.

En una noticia publicada el 13 de julio de 1974 en el periódico *O Estado de S. Paulo*, el nuevo ministro de Salud se hacía eco de las declaraciones de las autoridades estatales, tratando de reducir el impacto y la importancia del problema:

Recordando que la meningitis “es francamente curable”, el ministro de Salud, Paulo de Almeida Machado, resaltó ayer la necesidad de que la población se prevenga “contra excesos de inspiración emocional” y recomendó a los brasileños que no se dejen dominar “por la neurosis del meningococo”. (*Jornal da Tarde*, 30 de septiembre de 1974)

Puede parecer extraño que el ministro de Salud considere como “exceso emocional” de la población preocuparse por una epidemia que se ha extendido por la ciudad, sin mencionar la región metropolitana, durante cinco años, sin que las autoridades sanitarias hayan intervenido de manera efectiva, excepto por las medidas “psicológicas” promovidas. Sin embargo, en el contexto político del país, donde la tecnocracia reinaba absoluta, la aparente paradoja se aclara. El autoritarismo burocrático convierte varios problemas políticos y sociales en “asuntos de Estado” y, por lo tanto, en “secretos” que deben ser tratados “técnicamente” en los despachos sin que la sociedad civil participe en el proceso de toma de decisiones y en la búsqueda de soluciones (Cardoso, 1975, 1980).

En cuanto a la epidemia de enfermedad meningocócica en San Pablo, durante la mayor parte del tiempo las autoridades sanitarias *se negaron* a proporcionar información precisa sobre la magnitud del brote. Cuando la simple negativa de datos ya no era un mecanismo lo suficientemente efectivo para evitar que la prensa accediera a la información, se implementó la *censura* previa a los medios de comunicación, justificando estas medidas en nombre de la “seguridad nacional”. En septiembre de 1972, el periódico *O Estado de S. Paulo*, en un editorial del día 28, afirmó:

Hoy en día, el tema obsesivo de las preocupaciones en San Pablo es la meningitis. En una población de más de ocho millones de personas, los rumores, y sobre todo los rumores basados en el miedo, se propagaron con la rapidez del fuego. La prensa responsable está atenta a este fenómeno, busca orientar a la opinión pública en la dirección correcta, pero lamentablemente no está en condiciones de brindar una mejor colaboración. Las autoridades sanitarias con jurisdicción sobre el tema, especialmente los funcionarios de la Secretaría Estatal de Salud, han adoptado una postura solidaria que consiste en negar información, alegando que podría causar pánico. El régimen actual ha demostrado ser eficaz en su propaganda. Sus proyectos de acción política, social y económica suelen lanzarse con una lluvia torrencial de propaganda que, mediante un proceso de inducción subliminal, gana automáticamente el favor de la mayoría. Las autoridades sanitarias de San Pablo no solo decidieron renunciar a este enfoque, sino que también ocultan, niegan o tergiversan explicaciones en sus interacciones con la prensa. Instamos a las autoridades responsables de la salud pública a tomar conciencia de la gravedad de un problema que es mucho más un problema de responsabilidad social que médica. La gente necesita no solo instrucciones sobre la prevención y el tratamiento de la enfermedad, sino también y sobre todo palabras que los tranquilicen. Aquí queda nuestra advertencia a quienes corresponda. (*O Estado de S. Paulo*, 28 de septiembre de 1972c)

En la misma edición en la que se publicó el editorial de donde se extrajo la cita anterior apareció la siguiente noticia:

El jefe de gabinete del secretario estatal de Salud, Mario Napolitano, reafirmó en la mañana de ayer la posición de la Secretaría de no divulgar datos exactos sobre la incidencia de la meningitis, insistiendo además en que los comunicados del organismo eran lo suficientemente claros y objetivos para aclarar a la población. Ante los periodistas, Mario Napolitano explicó que la Secretaría prefiere no divulgar, por ejemplo, que existen 100 o 1.000 casos de meningitis, ya que estos números, que para el médico tienen un significado representando una pequeña incidencia porcentual, siempre en el ejemplo, podrían alarmar a la población sin necesidad. (*O Estado de S. Paulo*, 28 de septiembre de 1972b)

Alegando evitar el pánico en la población, la Secretaría se eximía de informar sobre los grupos de población más afectados, la mortalidad y la tasa de secuelas. De esta manera, convirtió un asunto de interés para toda la sociedad en un asunto de Estado, haciendo que la población creyera que se estaban implementando medidas técnicas recomendadas.

Sin embargo, la supuesta capacidad técnica sufrió varios contratiempos durante el curso de la epidemia. Aún en septiembre, con la llegada del Dr. Robert Munford a Brasil, enviado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quedó claro que el Ministerio de Salud no disponía de datos de incidencia de meningitis en Brasil que permitieran afirmar la existencia o no de una epidemia en el país o en algunos estados (*O Estado de S. Paulo*, 29 de septiembre de 1972d).

El 4 de octubre de 1972, la revista *Vêja*, en un artículo titulado “La epidemia nacional del miedo”, también comentó la retención de información por parte de las autoridades sanitarias:

Mientras pudieron, las autoridades sanitarias mantuvieron en secreto, lo cual hasta ahora deben lamentar. Hasta que, el martes pasado, la Secretaría de Salud de San Pablo emitió un comunicado recomendando precaución “ante la actual ocurrencia de la meningitis meningocócica en la capital y otros municipios”. [...] Alarmada, sin el respaldo de estadísticas oficiales, la población comenzó entonces a acudir a pediatras y hospitales. [...] Y cuando ciudades enteras se alarmaron, se estableció la misma costumbre de no informar en las relaciones de las autoridades con la prensa, que sistemáticamente fue tratada con desconfianza. “La prensa tiene pocos temas para explotar. La meningitis es un tema muy bueno”, comentaba el asesor de prensa del secretario de Brasilia, ante la insistencia de los periodistas. “Creo que hay mucho sensacionalismo”, opinaba el director de un hospital de Curitiba. (*Vêja*, 4 de octubre de 1972)

En el mismo artículo, se menciona la siguiente declaración del ministro Machado Lemos:

Según los datos disponibles y los contactos del Ministerio con todas las secretarías de Salud estatales, no hay brote de meningitis en el país. Es importante aclarar que la meningitis es una enfermedad infecciosa endémica, con recurrencia cíclica que se debe a las características epidemiológicas de la enfermedad. También es importante señalar que la meningitis es endémica en toda América Latina y ha llegado incluso a afectar a las tropas estadounidenses en Vietnam. (*Vêja*, 4 de octubre de 1972)

Y en San Pablo: “Pregunté al secretario de Salud y él me dijo que, debido a la alarmante difusión en la prensa, había un gran flujo de personas con gripe, tos, en resumen, todas las personas enfermas hacían cola para ser examinadas, pensando en la meningitis” (*Vêja*, 4 de octubre de 1972).

Junto con la negativa constante de proporcionar información precisa, las autoridades sanitarias comenzaron a acusar a la prensa de alarmar de manera sensacionalista a la población del país. Las declaraciones del ministro de Salud dejan claro el carácter natural de la enfermedad y, de esta manera, se pretende hacer creer que la existencia de epidemias o el aumento de la incidencia endémica de enfermedades infecciosas son fenómenos naturales que no tienen relación con la situación socioeconómica y política particular de una sociedad. La mención de la contaminación de las tropas estadounidenses en Vietnam es contradictoria en sí misma, ya que si se hace para demostrar que la situación no es exclusiva de la ciudad de San Pablo y Brasil, también podría llevar a otras dos conclusiones: que la situación de los residentes en la periferia de San Pablo es similar a la de los estadounidenses en guerra en Vietnam o que, aún más, la población pobre del país está más expuesta a la enfermedad si incluso los jóvenes soldados estadounidenses son susceptibles a ella.

La negativa de las autoridades sanitarias revela el autoritarismo característico de la dictadura militar brasileña. Ni siquiera el crecimiento constante de la epidemia, que hacía innecesaria la confirmación o no de su existencia por parte de las autoridades sanitarias, pudo cambiar este panorama. Un año y medio después, en julio de 1974, la prensa seguía criticando esta misma actitud de las autoridades. El empeoramiento de la situación en el invierno de 1974 fue acompañado por una intensa *censura a la prensa*. Cuando la Secretaría de Salud decidió publicar por primera vez un cuadro estadístico con el número de camas disponibles en hospitales, pacientes admitidos, altas, transferencias y defunciones en los 19 hospitales que formaban parte de la red de atención a casos de enfermedad meningocócica, la censura impidió su publicación. El *Jornal da Tarde* publicó, en lugar del cuadro censurado, seis recetas culinarias bajo el titular: “Las dudas que llegan con la enfermedad” (*Jornal da Tarde*, 29 de julio de 1974a).

En octubre de 1974, el *Jornal da Tarde* informa que el “boletín diario de la Secretaría de Salud se envía regularmente al Servicio Nacional de Informaciones (SNI), que lo entrega al presidente Ernesto Geisel” (*Jornal da Tarde*, 4 de octubre de 1974).

Tratar la epidemia como un asunto de “seguridad nacional” no tuvo ningún resultado práctico, ya que los casos seguían aumentando, las camas de hospital eran insuficientes, la población seguía desinformada y el sistema de atención estaba completamente caótico.

Aún en relación con la censura, el periodista Mino Carta en un editorial de la revista *Veja* afirmaba:

La meningitis seguía avanzando y, para la edición del 31 de julio de 1974, *Veja* planeaba un nuevo reportaje de portada sobre el brote. Dificultades (¿cómo decirlo?) insuperables frustraron el intento que incluía una entrevista concedida por el ministro de Salud, Paulo de Almeida Machado. Se debe decir que la buena voluntad del Ministerio estaba clara desde entonces; pero en los escalones inferiores prevalecía el miedo de informar sobre una epidemia que estaba tomando dimensiones nacionales. Las secretarías de Salud insistían

en minimizar la situación. El entonces secretario de San Pablo, Getúlio Lima Jr., se esquivaba de dar aclaraciones concretas y responder preguntas sobre la cantidad de vacunas disponibles, el stock de antibióticos, la evolución de la enfermedad, permitiendo respuestas como esta: “Son detalles sin importancia. También soy lector y creo que esto no interesa”. Y surgieron otros factores desagradables para negar a la prensa su insustituible papel. Ahora, si las perspectivas de la epidemia son preocupantes, al menos los medios de comunicación pueden finalmente cumplir con su tarea... Y *Veja* ve dos de sus fotos, tomadas por Carlos Namba, desaparecer inexplicablemente de la edición número 308 junto con la información más actualizada y precisa, utilizadas en anuncios publicados la semana pasada en periódicos de San Pablo por el gobierno del estado. Tal vez sea oportuno sacar algunas lecciones de la historia de un error grave finalmente reparado, y en cualquier caso tardíamente reparado. Lecciones que van más allá del reconocimiento de los derechos y deberes de la prensa. (*Veja*, 16 de abril de 1975a)

Los anuncios a los que se refiere el periodista mostraban bajo el título “El invierno de 74” varias fotos de pacientes siendo atendidos y fragmentos de informes de la época. Los anuncios concluían con la siguiente frase: “No permitas que esto vuelva a suceder en el invierno de 75. ¡Vacúnate!”.

El cambio de actitud de las autoridades con respecto a la epidemia y a la prensa comenzó a producirse en julio de 1974. La gravedad de la situación durante el invierno de 1974 prácticamente obligó a las autoridades sanitarias a buscar soluciones efectivas para el problema, dejando de lado las formulaciones ideológicas que buscaban encubrir la realidad y recurriendo a la ayuda de todos para resolver el problema.

En julio de 1974, el ministro de Salud, Paulo de Almeida Machado, reconoció la existencia de un brote de meningitis en el país, destacando la situación más grave en San Pablo. Ese mismo día, el gobernador Laudo Natel, por primera vez durante todo el brote, visitó el Hospital Emílio Ribas y convocó a las autoridades sanitarias estatales para evaluar la situación. El resultado de esta evaluación fue la autorización de fondos extraordinarios para la Secretaría de Salud (diez millones de cruzeiros) y para el Hospital Emílio Ribas (ocho millones de cruzeiros) (*O Estado de S. Paulo*, 11 de julio de 1974).

También en julio el Ministerio de Salud creó la Comisión Nacional de Control de la Meningitis (CNCM) con responsabilidades relacionadas con la vigilancia epidemiológica (*O Estado de S. Paulo*, 25 de julio de 1974c).

En agosto el ministro Almeida Machado concedió una larga entrevista al *Jornal da Tarde*, en la que dijo, entre otras cosas, que “sin ser un brote de gravedad extrema, como sería una epidemia, el brote es sin duda grave, serio, que requiere atención continua”, refiriéndose a la situación en San Pablo. Sin duda, fue un avance. Desde las negativas anteriores hasta el reconocimiento, aunque con matices, de la gravedad del brote, hubo un gran cambio (*Jornal da Tarde*, 12 de agosto de 1974).

Sin embargo, este cambio de actitud no se limitó solo a las autoridades de salud. El 17 de agosto el ministro Severo Gomes, de Industria y Comercio, declaró en un seminario en la Universidad de Brasilia que

El rápido desarrollo brasileño de los últimos seis años ha provocado una serie de “desajustes” internos. Entre ellos, mencionó la marginación de los empresarios nacionales, el mantenimiento de una distribución injusta de la riqueza, las desigualdades regionales y el rápido crecimiento de las ciudades con la “degradación de la vida urbana, causante de los brotes de enfermedades”. El actual brote de meningitis, destacó el ministro, está relacionado con la pobreza existente en el país. (*Folha de S. Paulo*, 18 de agosto de 1974).

De esta manera, las varias tentativas hechas hasta entonces por las autoridades para evitar cualquier mención del modelo de desarrollo adoptado en el país después de 1964 y, más claramente, después de 1968, con la aparición y propagación de la epidemia, fueron abandonadas por las propias autoridades. La temida relación con la pobreza y la desigualdad, acentuada por el desarrollo “perverso y envenenado” del capitalismo dependiente, en palabras de Florestan Fernandes, finalmente se reconoció en el discurso oficial pronunciado por un ministro de Estado.

¿Fue este cambio de actitud resultado de transformaciones en el régimen o simplemente un reflejo del nuevo equipo de gobierno? Probablemente ambas cosas ocurrieron y estaban estrechamente relacionadas. El paso de la fase de crecimiento acelerado a la fase de depresión del ciclo de la coyuntura tuvo importantes (Singer, 1976) repercusiones sociales y políticas. Por otro lado, todas las sucesiones militares fueron tumultuosas, ya que los partidos políticos y las masas, como factores legitimadores del Estado, estaban excluidos del proceso (Cardoso, 1975, 1980).

Sin embargo, los cambios no fueron tan profundos como para alterar o amenazar la alianza entre el capital financiero y el capital monopolista que daba consistencia al Estado, aunque no fueran las fracciones dirigentes (Gruppi, 1980; Poulantzas, 1975, 1977). Como afirma Florestan Fernandes:

Las fuerzas burguesas que luchan por la eternización de un régimen autocrático desconocen la esencia del capitalismo privado y el sentido de la dominación burguesa, y al confundir lo que “se tuvo que hacer” para preservar el poder burgués con lo que “siempre se debe hacer”, corren el riesgo de contribuir a crear una evolución alternativa dentro del capitalismo o de suscitar una evolución anticapitalista. (Fernandes, 1976)

En este sentido, los cambios en el régimen se pueden entender como la superación de lo que “se tuvo que hacer” para garantizar la dominación burguesa y la preservación de los militares como fracción dirigente.

En el caso específico de la epidemia de meningitis, se suma a esta nueva coyuntura política y económica el crecimiento descontrolado de la incidencia, debido a la “introducción” del meningococo “tipo A”.

La primera medida concreta adoptada por las autoridades estatales de San Pablo fue la creación de la Central de Información de Meningitis (CIM), que tenía la tarea de verificar la disponibilidad de camas en hospitales, trasladar a los enfermos, realizar un censo diario, emitir boletines semanales y mensuales, y proporcionar información al público. El funcionamiento de la CIM fue descrito por el periódico *Folha de S. Paulo* en un artículo publicado el 9 de septiembre de 1974:

Desde que la Central de Información de Meningitis comenzó a funcionar el 20 de agosto, los 16 teléfonos directos, conectados con los principales hospitales de vanguardia y retaguardia, no han dejado de sonar, manteniendo a los equipos en un verdadero “ajetreo”, como lo describe el coordinador. En un esfuerzo de “caza de camas”, los equipos trabajan las 24 horas del día, recopilando datos sobre ingresos, altas, transferencias y defunciones, y proporcionando información principalmente sobre la disponibilidad de camas en varios hospitales. La situación de las camas y las tasas de ocupación cambia constantemente y es necesario mantener un contacto permanente con los hospitales de vanguardia para mantener actualizada la información y asegurarse de que los centros de salud y los hospitales envíen a los pacientes. La CIM dispone de cuatro ambulancias y conductores de la Municipalidad que se turnan día y noche. Desde que se inauguró la Central, continúa el Dr. Edmundo Juárez, ningún hospital ha estado significativamente por encima de su capacidad prevista. (Marques, 9 de septiembre de 1974)

Esta medida de ejecución relativamente sencilla y con pocos recursos (solo 15 empleados) si se hubiera adoptado antes, habría evitado el “caos” en el sistema de atención a los enfermos y sus familias, además de proporcionar información actualizada necesaria para las decisiones del secretario de Salud.

También en el segundo semestre de 1974, se volvió prácticamente concreta la posibilidad de una vacunación masiva. El 15 de octubre, en una reunión con diez secretarios de Estado, el ministro Almeida Machado anunció que a partir de enero de 1975 se planeaba vacunar a aproximadamente 60 millones de brasileños. Es decir, a prácticamente dos tercios de la población del país. Después de la reunión, el ministro declaró a la prensa: “Si los secretarios no se desaniman antes de enero, el día de hoy significa que estamos empezando a ganar esta guerra contra la meningitis” (*Jornal da Tarde*, 16 de octubre de 1974).

En el discurso oficial, el brote que estaba “bajo control” hasta el invierno de 1974 pasó a ser el “enemigo”, objeto de una “guerra”, en el segundo semestre de 1974.

En enero de 1975, la periodista Lia Ribeiro Dias escribió que, a pesar de los 36.000 casos de enfermedad meningocócica ocurridos en 1974 en el estado de San Pablo,

Ya no hay pánico entre las familias, la población está siendo inmunizada y la red hospitalaria sigue movilizada y en condiciones de atender a todos los enfermos. Ahora, cuando la infraestructura de combate a la epidemia funciona adecuadamente, mucha gente se pregunta si los organismos de

salud podrían haber evitado o al menos minimizado las molestias causadas por la situación. Los expertos y técnicos afirman que es imposible evitar la aparición de una epidemia de meningitis. Si bien nadie puede culpar a la Secretaría de Salud por el repentino aumento en el número de casos de la enfermedad, los expertos dicen que se le puede responsabilizar por la angustia de las familias de los enfermos en su peregrinación por los hospitales en busca de una cama. (Dias, 9 de enero de 1975)

En marzo de 1975 se produjo un cambio en las autoridades estatales. El nuevo secretario de Salud, Walter Leser, encontró una situación bastante crítica en el Estado. Durante los primeros tres meses, el número de hospitalizaciones por meningitis en los hospitales del área metropolitana fue un 540% mayor que el número de hospitalizaciones en los primeros tres meses de 1974 (*O Estado de S. Paulo*, 6 de abril de 1975).

Sin embargo, había una nueva esperanza: que la vacunación masiva programada para finales de abril fuera capaz de frenar el crecimiento constante de la epidemia, lo que llevaría a una reducción más o menos inmediata de la incidencia.

“Entré en este cargo sabiendo de la alta incidencia de la meningitis en el Estado y ahora, comparando las estadísticas, puedo decir que estoy asustado”, dijo el secretario Walter Leser. No quiere que se repita la situación anterior, cuando la administración se negó a reconocer la existencia del brote, incluso cuando la meningitis aumentó un 300% en un mes y medio. Ahora no hay secretos sobre las estadísticas. (*Jornal do Brasil*, 13 de abril de 1975)

La revista *Veja* describió de la siguiente manera el cambio de actitud de las autoridades a principios de 1975:

No se puede repetir el error de impedir la publicación de cifras relacionadas con la enfermedad [...] Y este es el primer cuidado tomado por las autoridades sanitarias para combatir ahora la epidemia. En todos los niveles, nadie está utilizando medias tintas. Otro cuidado: reunir medicamentos, reservar camas, movilizar todos los recursos necesarios para evitar la explosión meningocócica esperada en los próximos meses de frío. (*Veja*, 16 de abril de 1975b)

El cambio que ya se venía produciendo desde el segundo semestre de 1974 bajo la presión del aumento explosivo en la incidencia se profundizó con la designación del profesor Walter Leser como secretario de Salud. Sin restar importancia a los aspectos coyunturales, la presencia de un epidemiólogo de renombre al frente de la Secretaría sin duda contribuyó a que el problema se presentara abiertamente a la prensa y a la población y comenzara a ser tratado con la seriedad que requería.

Si la nueva coyuntura política llevó a las autoridades a cambiar el discurso y la práctica ante el crecimiento incontrolado de la epidemia, también propició críticas más contundentes que atribuían a las autoridades buena parte de la responsabilidad en la situación extremadamente caótica vivida durante el invierno de 1974,

que amenazaba con prolongarse hasta 1975 si no se adoptaban medidas realmente efectivas.

En julio de 1974, el periódico *O Estado de S. Paulo* publicó tres artículos críticos con las autoridades nacionales y estatales. El primero de ellos, titulado “Situación de calamidad pública”, cuestiona duramente al gobierno estatal:

Las condiciones sanitarias del entorno, cuando son malas, siempre favorecen los brotes epidémicos de enfermedades contagiosas. Por lo tanto, no hay motivo para sorprenderse por lo que está ocurriendo en estos días con la meningitis. Sería anormal, dadas las condiciones existentes, que las autoridades responsables de la Salud Pública hubieran logrado controlar de manera eficaz una situación que, como siempre, las sorprendió desprevenidas. El gobierno del estado, fiel a su política sistemática de ocultar la verdad, repite constantemente que casi todos los problemas urbanos están resueltos. Al analizar las cosas con frialdad, lo sorprendente no es la alta incidencia de casos de meningitis, sino el hecho de que en los últimos años no hemos enfrentado epidemias de tífus, sarampión, cólera o poliomielitis. Situaciones como la actual no se combaten con sonrisas, desmentidos parciales y palabras falsamente tranquilizadoras. Un gobierno que nunca ha gobernado no inspira confianza en la comunidad. Este es el lado más oscuro del problema: los habitantes de San Pablo son plenamente conscientes de la incapacidad y la falta de liderazgo del Estado. Al mismo tiempo, no es posible adoptar medidas profilácticas efectivas porque la Secretaría de Salud no es más que una ficción. Hay un secretario (interino), edificios, empleados, planes y papeleo. Pero no hay una política en la Secretaría de Salud y mucho menos un plan para combatir brotes epidémicos. Al investigar las responsabilidades, lo que menos importa es saber quiénes fueron los burócratas de la alta administración del Estado que se destacaron más por su falta de preparación y sus errores. De alguna manera, todos se igualan en el mismo nivel de mediocridad, todos han colocado y siguen colocando los intereses de la política partidista y la corte insignificante del Palacio de los Bandeirantes por encima de las legítimas demandas de la comunidad de San Pablo y de la problemática de la salud pública. (*O Estado de S. Paulo*, 27 de julio de 1974b)

A pesar de que el periódico *O Estado de S. Paulo* ha sido desde el principio un canal de oposición al gobierno del Sr. Laudo Natel, como portavoz de los sectores burgueses excluidos del poder en el Estado, esta es la primera vez que el periódico acusa tan claramente a las autoridades estatales por la situación en el área de la salud.

El mismo día, el periódico también publica un artículo del periodista Carlos Castelo Branco, titulado “Meningitis y el fin del milagro”, donde el blanco de las críticas es el gobierno federal:

De repente, la realidad de un brote de meningitis derriba la panacea del “milagro brasileño” de los últimos cuatro años, mostrándonos dolorosamente

la imagen de un país en desarrollo con un universo aún por construir, sanear y corregir. Utilizando la propaganda tanto como la contención de la verdad, el pasado reciente pretendía haber cubierto a Brasil con el toldo de un optimismo irresponsable que los hechos, amargamente, descubren día a día. La meningitis se venía registrando en todo el país en un crecimiento durante tres años. En 1972 hubo preocupación, en 1973 alarma y ahora pánico. La carga de lo que está ocurriendo no se puede atribuir únicamente a los dos ineficaces ministros de Salud del gobierno de Médici, Rocha Lagoa y Machado de Lemos. Si uno prefería seguir denunciando y destituyendo médicos sospechosos de tener tendencias ideológicas diferentes a las suyas y el otro llegó al extremo de cancelar la compra de vacunas contra la meningitis el año pasado, esos son problemas para sus propias conciencias. Lo más grave es que el gobierno que los mantuvo ignoró olímpicamente todo lo que no podía obtenerle popularidad fácil y engañosa. Ignoraron problemas que no estaban en línea con la “superpotencia” que ficticiamente intentaron imponer al mundo. La meningitis se está propagando en gran parte del país hoy debido a un error político imperdonable del gobierno anterior, que no previó ni previno ni se preocupó por la salud del pueblo. No había ganancias inmediatas que obtener, esa es la conclusión inevitable. El silencio forzado es una práctica impuesta al país por los predecesores del gobierno de Geisel, cada vez que ocurrían eventos desagradables y capaces de perturbar la euforia y el reposo de los dioses del Olimpo en el Planalto Central. Si ciertos eventos iban en contra de sus intereses, actuaban como si estuvieran frente a un televisor: cambiaban de canal. La mentalidad es diferente, o al menos parece serlo, desde el 15 de marzo. Entonces, ¿es el momento de reconocer públicamente no solo la grave y calamitosa situación de la salud pública nacional, sino de enfrentarla y permitir que se señale a los responsables? (*Estado de S. Paulo*, 27 de julio de 1974c)

El tercer artículo, de hecho, no llegó a ser publicado porque fue censurado precisamente en la parte en la que se criticaba al gobierno. Hasta cierto punto, la acción de censura fue incomprensible, ya que los artículos de los que se extrajeron los fragmentos citados anteriormente no sufrieron ningún recorte. Irónicamente, una de las partes suprimidas se refería precisamente a la censura en los medios de comunicación. Quizás lo que pueda explicar la acción de censura es que este artículo era una reproducción de un artículo publicado en un periódico mexicano. En lugar de los fragmentos censurados, se publicó el “Canto primero” de *Os Lusíadas*. La parte censurada decía lo siguiente:

En un editorial titulado “Censura y expropiaciones”, el periódico mexicano *Excelsior* afirmó ayer que aunque “las poblaciones de San Pablo y otras importantes ciudades de Brasil están angustiadas por la epidemia de meningitis que las afecta, con tendencia a extenderse a vastas regiones, las autoridades brasileñas, tanto federales como estatales, se niegan a revelar la

cantidad de personas que se han enfermado o muerto desde el comienzo de la epidemia y los censores oficiales prohíben muchas noticias sobre la rápida propagación del mal". Este es un "silencio reprobable que muestra cómo los regímenes autoritarios utilizan la censura no solo en casos de interés político inmediato, sino que aún parecen convencidos de que, al ocultar una realidad adversa, esta desaparecerá automáticamente". [...] La negativa a proporcionar información necesaria sobre el proceso epidémico de la meningitis de ninguna manera contribuye a aliviar la epidemia que afecta a los brasileños. Por el contrario, la falta de información pública adecuada podría ser una causa de mayor propagación de la enfermedad, ya que las personas, confiando en una seguridad que no existe, no tomarán las precauciones necesarias por sí mismas. (*O Estado de S. Paulo*, 31 de julio de 1974)

Durante todo el segundo semestre de 1974 y principios de 1975, se publicaron diversos artículos en los periódicos, todos ellos con el mismo tipo de críticas ya ilustradas por las citas anteriores. Con la asunción del gobernador Paulo Egydio Martins y la designación del profesor Walter Leser como secretario de Salud, prácticamente cesaron los artículos críticos. El interés de la prensa se centró en la cobertura de la campaña de vacunación y sus resultados. Con la disminución de la incidencia después de la vacunación en abril de 1975, el número de artículos relacionados con la meningitis disminuyó considerablemente.

Las autoridades, tanto estatales como federales, en el sector de la salud o no, pasaron por diferentes tipos de comportamiento en los que predominaron sucesivamente las siguientes fases: negación total de la existencia de la epidemia; aceptación con reservas (es decir, intento de ocultar la existencia de la epidemia utilizando términos técnicos sinónimos); afirmación de la existencia de la epidemia, seguida de minimización de sus proporciones y énfasis en que la situación estaba bajo control; negativa sistemática de proporcionar datos a los medios de comunicación y uso de la censura previa en estos mismos medios cuando era necesario, y, finalmente, la aceptación sin reservas de la epidemia, seguida de la alerta sobre su gravedad y la solicitud de la ayuda de todos para combatirla.

Tal vez esta secuencia de fases no sea exclusiva de la epidemia de enfermedad meningocócica en San Pablo en la década de 1970.

Sería interesante investigar hasta qué punto estas mismas fases se repiten en epidemias de otras enfermedades que ocurrieron en momentos diferentes bajo diferentes regímenes políticos. Probablemente, no todas las fases se repetirán de la misma manera ni con la misma duración que las observadas aquí, pero algunas de ellas ciertamente estarán presentes en diferentes situaciones.

“No tiene nombre, en la categoría de los crímenes del poder, la temeridad, la violencia, la tiranía a la que se aventura, exponiéndose voluntaria y obstinadamente a envenenarme con la introducción de mi sangre, de un virus sobre cuya influencia existen los más fundamentados temores de que sea portador de la enfermedad o la muerte”.

(Ruí Barbosa durante la votación de la ley de vacunación obligatoria, 1904)



## Capítulo 5

# Cinco años de epidemia: ¡Llegó la vacuna!

El estudio sobre la actuación de las autoridades sanitarias durante la epidemia iniciado en el capítulo anterior no estaría completo sin el análisis del tema de la *vacunación*, ya que, a pesar de la organización y coordinación de la asistencia a los enfermos lograda mediante la creación de la Central de Información de Meningitis (CIM), la vacuna resultó prácticamente el único recurso efectivo para detener la epidemia.

El control de las enfermedades transmisibles, después de los descubrimientos bacteriológicos, a menudo fue influenciado por la concepción monocausal y la esperanza, siempre presente, de descubrir vacunas eficaces. Todo el ritual desarrollado en los siglos XVII y XVIII, basado en el control estricto de los enfermos y la población expuesta, podría ser reemplazado por campañas de vacunación más simples y adecuadas para las sociedades industriales del siglo XX.

Foucault reproduce en *Vigilar y castigar* las medidas necesarias para combatir las “pestes” según un reglamento de finales del siglo XVII:

En primer lugar, un estricto control espacial: cierre claro de la ciudad y la “tierra”, prohibición de salir bajo pena de muerte, fin de todos los animales errantes, división de la ciudad en diversos barrios donde se establece el poder de un intendente. Cada calle está bajo la autoridad de un síndico; él la vigila; si la abandona, será castigado con la muerte. En el día designado, se ordena a todos que se encierren en sus casas: está prohibido salir bajo pena de muerte. El propio síndico viene a cerrar, desde afuera, la puerta de cada casa; lleva la llave, que entrega al intendente del barrio; este la conserva hasta el final de la cuarentena. Cada familia habrá hecho sus provisiones, pero para el pan y el vino se han preparado entre la calle y el interior de las casas pequeños canales de madera que permiten llevar a cada uno su ración sin que haya comunicación entre los proveedores y los habitantes; para la carne, el pescado y las verduras se utilizan poleas y cestas. Si es absolutamente necesario salir de las casas, se hará por turnos y evitando cualquier encuentro. Solo circulan los intendentes, los síndicos, los soldados de la guardia y también, entre las casas infectadas, de un cadáver a otro, los “cuervos”, que abandonan fácilmente a los enfermos: es “gente vil que lleva a los enfermos, entierra a los muertos, realiza muchas tareas viles y abyectas”. Espacio recortado, inmóvil, fijo. Cada uno está atado a su lugar. Y si se mueve, corre peligro de muerte,

por contagio o castigo. La inspección funciona constantemente. La mirada está alerta en todas partes: “Un cuerpo de milicia considerable, dirigido por buenos oficiales y personas de bien”, cuerpos de guardia en las puertas, en la prefectura y en todos los barrios para hacer más rápida la obediencia del pueblo y más absoluta la autoridad de los magistrados, “así como para vigilar todos los desórdenes, robos y saqueos”. Las puertas, puestos de vigilancia; al final de cada calle, centinelas. Todos los días, el intendente visita el barrio de que está encargado, verifica si los síndicos cumplen sus tareas, si los habitantes tienen quejas; ellos “fiscalizan sus actos”. Todos los días también, el síndico pasa por la calle de la que es responsable; se detiene frente a cada casa; hace que todos los habitantes se asomen a las ventanas; llama a cada uno por su nombre; se informa sobre el estado de todos, uno por uno; si alguien no se presenta en la ventana, el síndico debe preguntar la razón: “Así descubrirá fácilmente si esconden muertos o enfermos”. Cada uno encerrado en su jaula, cada uno en su ventana, respondiendo a su nombre y mostrándose cuando se le pregunta, es la gran revista de los muertos y los vivos. Esta vigilancia se apoya en un sistema de registro permanente: informes de los síndicos a los intendentes, de los intendentes al alcalde. [...] [Los magistrados] tienen el control de la atención médica [...] “para evitar que se escondan y se traten, sin el conocimiento de los magistrados, los enfermos contagiosos”. El registro de lo patológico debe ser constante y centralizado. La relación de cada individuo con su enfermedad y su muerte pasa por las instancias del poder, a través del registro que se hace de ellos y de las decisiones que toman. Cinco o seis días después del inicio de la cuarentena, se procede a la purificación de las casas, una por una. Este espacio cerrado, recortado, vigilado en todos sus puntos, donde los individuos están insertados en un lugar fijo, donde se controlan todos los movimientos, donde todos los eventos son registrados, donde un trabajo ininterrumpido de escritura conecta el centro y la periferia, donde el poder se ejerce sin división, según una jerarquía continua, donde cada individuo está constantemente localizado, examinado y distribuido entre los vivos, los enfermos y los muertos, todo esto constituye un modelo compacto del dispositivo disciplinario. El orden responde a la peste; su función es deshacer todas las confusiones: la de la enfermedad, que se propaga cuando los cuerpos se mezclan; la del mal, que se multiplica cuando el miedo y la muerte deshacen las prohibiciones. Ordena a cada uno su lugar, a cada uno su cuerpo, a cada uno su enfermedad y su muerte, a cada uno su bien, a través de un poder omnipresente y omnisciente que se descompone a sí mismo de manera regular e ininterrumpida hasta la determinación final del individuo, de lo que lo caracteriza, de lo que le pertenece, de lo que le ocurre. Contra la peste que es mezcla, la disciplina hace valer su poder que es de análisis. En torno a la peste hubo una ficción literaria de la fiesta: las leyes suspendidas, las prohibiciones levantadas, el frenesí del tiempo que pasa, los cuerpos mezclándose sin respeto, los individuos que se desenmascaran, que abandonan su identidad estatutaria y la figura bajo la cual eran reconocidos,

dejando aparecer una verdad completamente diferente. Pero también hubo un sueño político de la peste, que era exactamente lo contrario: no la fiesta colectiva, sino las divisiones estrictas; no las leyes transgredidas, sino la penetración del reglamento en los detalles más finos de la existencia y a través de una jerarquía completa que realiza el funcionamiento capilar del poder; no las máscaras que se ponen y se quitan, sino la determinación de cada uno de su “verdadero” nombre, de su “verdadero” lugar, de su “verdadero” cuerpo y de la “verdadera” enfermedad. La peste como forma real e imaginaria del desorden tiene a la disciplina como correlato médico y político. Detrás de los dispositivos disciplinarios se encuentra el temor a los “contagios”, a la peste, a las revueltas, a los crímenes, a la vagancia, a las deserciones, a las personas que aparecen y desaparecen, viven y mueren en el desorden. (Foucault, 1983)

Ciertamente, este modelo de control estricto que existía bajo la policía médica, especialmente en Francia y Alemania (Foucault, 1977; Rosen, 1979), no podía mantenerse después de las “revoluciones burguesas” del siglo XVIII. Sin embargo, muchas de las disposiciones disciplinarias de estos reglamentos fueron modificadas y adaptadas a las nuevas características sociales y políticas. Así, el confinamiento fue reemplazado por el aislamiento hospitalario, se establecieron registros permanentes de nacimientos y defunciones, así como registros hospitalarios de enfermedades. Los magistrados fueron reemplazados por autoridades sanitarias.

A pesar de todas las transformaciones, los actuales modelos de “vigilancia epidemiológica” contienen algo del “aspecto policial” de los antiguos controles. El Estado asume, a través de su autoridad, el poder de intervenir en la vida de los individuos siempre que considere que existe un riesgo para la comunidad. El ejercicio de este poder a menudo ha adquirido un “carácter policial”, aunque está muy lejos de la rigidez descrita por Foucault.

Es evidente en muchos informes técnicos el uso de terminología militar para referirse al agente etiológico como “el agresor”, “el enemigo”, y a las acciones de control como “el cerco al enemigo”, “las armas de combate”, etc.

Para las enfermedades para las cuales se ha desarrollado una vacuna, estas se convierten en las principales “armas de combate”, permitiendo incluso cierta “negligencia” con respecto a otros factores presentes en la configuración de la epidemia. En el caso de la epidemia de enfermedad meningocócica en San Pablo, la importancia atribuida a la vacuna fue aún mayor, dado que no existía ningún sistema de vigilancia epidemiológica estructurada, ni siquiera la posibilidad de un control estricto. Esto se debió no a la falta de autoridad del gobierno militar, sino a la ambigüedad del ejercicio de ese poder, que combinaba la cooptación a través de la propaganda ideológica y la represión a través de organismos estatales y “paralelos” (Cardoso, 1975, 1980).

En la medida en que al gobierno le interesaba mantener el mito de “Brasil potencia”, cualquier medida más estricta para contener los movimientos de la población, como la restricción de la entrada de migrantes en la región metropolitana o un mayor control sobre los médicos en la atención a los enfermos, se volvía inviable.

Las actitudes de las autoridades con respecto a la vacuna también eran ambiguas y contradictorias. En los primeros años de la epidemia, en 1971 y 1972, no se había autorizado la venta de vacunas, que estaban siendo utilizadas exclusivamente en reclutas estadounidenses que se preparaban para ir a Vietnam.

Las autoridades sanitarias intentaban, sin mucho esfuerzo, obtener vacunas para aliviar la presión que comenzaban a sentir por parte de la prensa y, al mismo tiempo, salían a la opinión pública, a veces negando la existencia del brote, a veces diciendo que estaba completamente bajo control a pesar de la falta de vacunas.

En octubre de 1972, la Secretaría de Salud anunció que recibiría una donación de 200.000 dosis de vacuna de las Fuerzas Armadas de EEUU y que esperaba poder reducir la incidencia de la enfermedad después de la vacunación. Para ello, se debía vacunar a niños de seis meses a tres años en un estudio experimental, donde la mitad de los niños recibiría otra vacuna que funcionaría como “control” (*O Estado de S. Paulo*, 14 de octubre de 1972, 28 de octubre de 1972).

El ensayo de la vacuna no tuvo el éxito esperado por las autoridades sanitarias. Muchas madres se negaron a dar su autorización para que sus hijos participaran en el experimento, temiendo los efectos de la vacuna “desconocida” o porque no estaban de acuerdo con el hecho de que no se les informara si sus hijos estaban recibiendo la vacuna antimeningocócica o no. La Secretaría de Salud prefirió atribuir la baja asistencia a los centros de vacunación a la “campana poco favorable de la prensa, que no supo motivar a la población” (*Vêja*, 8 de mayo de 1974).

En ningún momento las autoridades consideraron que una población permanentemente excluida del debate sobre cuestiones sociales y políticas en el país tenía la obligación de responder de inmediato al llamado del Estado para someterse a un “experimento” de interés colectivo. Nunca existió una noción de “colectividad” entre esta población y el Estado. La forma en que se llevó a cabo el “experimento” deja en claro lo que el Estado entendía por “participación de la población”: cuando se le convocaba, debía dar su consentimiento de inmediato, demostrando así su comprensión y disposición frente al interés público. Como esto no ocurrió y no se podía afirmar que las madres estaban obstaculizando la solución de un grave problema ya que “todo estaba bajo control”, la prensa debía ser la “culpable”.

De las 200.000 dosis solo se administraron 70.000, pero el secretario, Getúlio Lima Jr., lo consideró satisfactorio: “Tuvimos un espacio pequeño y una época inadecuada, además de no contar con la confianza de la población que recibió una nueva vacuna en un sistema de aplicación diferente” (*O Estado de S. Paulo*, 23 de diciembre de 1972).

Los primeros resultados de este estudio se dieron a conocer en septiembre de 1973 y resultaron insatisfactorios: “Parece que existen pruebas de que la protección de la vacuna no fue satisfactoria”, aclaró el Dr. Augusto T. Taunay, director del Instituto Adolfo Lutz en San Pablo (*Vêja*, 26 de septiembre de 1973).

En noviembre de 1973, la prensa informó sobre la fabricación de vacunas antimeningocócicas A y C a escala industrial por parte del laboratorio Merriéux de Francia para su uso en África, en la llamada “zona de la meningitis”.

Ante el aparente fracaso de la vacuna en los niños, no se volvió a hablar de ella hasta junio de 1974, cuando el aumento en la incidencia fue significativo, pasando de un coeficiente de 3,80 casos cada 100.000 habitantes en mayo a 6,43 casos por cada 100.000 habitantes en junio.

En la edición del 26 de junio de 1974 de la revista *Vêja*, se informó sobre la vacunación de los trabajadores y sus familias de la industria química y farmacéutica Merck Sharpe & Dohme, fabricante de la vacuna Meningovax-C. La noticia también indicaba que Merck había tomado esta iniciativa con la esperanza de que otras empresas siguieran su ejemplo. Sin embargo, los directores de la empresa advirtieron que solo podrían atender otros pedidos de vacunas cuando entregaran los envíos solicitados por el Ministerio de Salud (*Vêja*, 26 de junio de 1974).

A pesar de que el artículo se titulaba “Vacuna en prueba”, no hacía referencia al propósito de Merck. Parece que la principal preocupación era la protección de los empleados para evitar interrupciones en la producción, lo que causaba muchos problemas en el proceso adoptado por estas empresas.

Con un aumento aún mayor de la incidencia en julio, con los casos confirmados aumentando de 455 en junio a 1.400 en julio, el gobierno del estado decidió anunciar públicamente la compra de vacunas a EEUU.

El gobierno del estado de San Pablo anunció ayer que está adquiriendo, por 23 millones de cruzeiros, 12 millones de dosis de vacunas contra la meningitis meningocócica, para vacunar a los seis millones de niños en el rango de edad de seis meses a 14 años, que representan el 82% de las víctimas de la epidemia actual.

Las autoridades de salud informaron que las vacunas no llegarían de una sola vez por dos razones: porque la industria no podía fabricar todas las dosis solicitadas y porque el gobierno había tenido que luchar mucho, incluso contra otros países, para obtenerlas, debido a que la epidemia de meningitis meningocócica también era grave en otros lugares. También se explicó que no había condiciones para una aplicación masiva en todo el estado (*Folha de S. Paulo*, 27 de julio de 1974).

Las autoridades también informaron que el tratamiento de cada paciente con meningitis costaba en promedio 5.000 cruzeiros. Con el costo de una dosis de la vacuna a 0,35 dólares, el costo de un paciente era suficiente para pagar 2.500 dosis de vacuna.

Paralelamente a los esfuerzos del gobierno estatal para comprar vacunas en el mercado internacional, el Ministerio de Salud también estaba tratando de adquirirlas, ya que en 1974 la epidemia estaba afectando a varias áreas metropolitanas del país y a varias capitales.

Según las sugerencias presentadas por el ministro Almeida Machado a la recién creada Comisión Nacional de Control de la Meningitis (CNCM), el Ministerio consideraba que: “Los servicios estatales que deseen importar vacunas podrán hacerlo sin necesidad de autorización del Ministerio de Salud, pero deberán comunicarlo a esta comisión”. Y agregaba:

La escasez de vacunas en el mercado internacional recomienda que la vacunación no se realice de forma masiva, sino selectiva. Establecer criterios

científicos para la vacunación selectiva es indispensable para frenar los excesos emocionales de la demanda y garantizar el mejor uso de la escasa disponibilidad en el mercado internacional. (*Jornal da Tarde*, 12 de agosto de 1974)

Estas sugerencias no fueron inicialmente aceptadas por la Comisión, pero permiten evaluar el enfoque que se le estaba dando al problema a nivel federal. Ante la escasez de vacunas y la falta de cualquier otra medida efectiva, el Ministerio de Salud dejaba a los gobiernos estatales la iniciativa de intentar la compra en el mercado con sus propios recursos e incentivaba la adopción de programas selectivos de inmunización para abordar el problema de la escasez.

Una vez más, el gobierno federal parecía contar con la obediente y disciplinada aquiescencia de la población ante las decisiones técnicas. ¿Cómo limitar la aplicación de las vacunas, presentadas como el único recurso preventivo, en una población que había estado sufriendo la epidemia durante cuatro años? ¿Cómo evitar que el “criterio científico” fuera inmune a la presión de los únicos grupos capaces de ejercerla, que precisamente en 1974 comenzaban a ser afectados? No había respuestas para estas preguntas, que tal vez ni siquiera se plantearon.

Las cuestiones que comienzan a dominar el interés del público a través de la prensa son la compra y el envío de vacunas, así como su eficacia o falta de ella. Un ejemplo de la preocupación por el envío de las vacunas aparece en el diario *O Estado de S. Paulo* el 27 de julio de 1974:

Si las autoridades brasileñas no convencen al gobierno estadounidense para cambiar el cronograma de entrega de las vacunas contra el meningococo tipo C al Ministerio de Salud de San Pablo, la campaña de vacunación polivalente contra la epidemia no comenzará hasta septiembre. El problema fue admitido ayer por el secretario Getúlio Lima Jr. en una entrevista con la prensa, después de señalar que Merck Sharp y Dohme, el fabricante de la vacuna, tiene su suministro comprometido con el gobierno estadounidense, que realiza aplicaciones regulares en sus tropas. (*O Estado de S. Paulo*, 27 de julio de 1974a)

En cuanto a la eficacia de la vacuna, el diario *Jornal da Tarde* publicó una noticia el 27 de julio de 1974 sobre una entrevista realizada por el periodista Reale Jr. al Dr. Pierre Vincent de Lion, en la que este afirmaba lo siguiente:

La vacuna no es ninguna novedad y sus pruebas hasta ahora han arrojado resultados mediocres. De todos modos, el profesor cree que la vacuna no tiene ninguna contraindicación y debe ser administrada por los médicos brasileños. Lo peor que puede suceder, dice, es que no se obtengan resultados positivos. (*Jornal da Tarde*, 27 de julio de 1974)

En el mismo artículo se informa que el director del Instituto Merriéux, productor de la vacuna, afirmó que la vacuna se probó “a gran escala” bajo la supervisión de la OMS y que resultó eficaz.

Las controversias sobre los pedidos realizados por el gobierno estatal y federal dieron lugar a un comunicado oficial del Ministerio de Salud a principios de agosto.

En abril de este año, el laboratorio Merck Sharpe & Dohme informó oficialmente al Ministerio de Salud sobre la reciente aprobación de la vacuna Meningovax C por parte de la FDA, descubierta en sus laboratorios de investigación. En ese momento, el laboratorio ofreció al Ministerio de Salud 200.000 dosis de vacuna para un ensayo experimental a gran escala en Brasil. Se elaboró un proyecto para la vacunación experimental en el área de Goiânia-Sobradinho, un proyecto que se llevaría a cabo ahora que las vacunas han llegado. La afirmación de que la vacuna destinada a San Pablo fue desviada a Brasilia carece por completo de fundamento. Los pedidos de vacunas realizados por el gobierno de San Pablo y las 300,000 dosis solicitadas por el Ministerio de Salud a CEME son dos pedidos posteriores a esa oferta y el fabricante deberá atenderlos en orden cronológico. Teniendo en cuenta las necesidades de San Pablo, las 200.000 dosis destinadas al experimento serían insuficientes. El Ministerio de Salud no tiene la intención de competir por las limitadas disponibilidades de vacunas y ya ha otorgado prioridad a San Pablo en este momento. Como se informó ampliamente, San Pablo ya ha realizado pedidos sustanciales al fabricante y el laboratorio MSD está haciendo esfuerzos para atender ese pedido lo más rápido posible. Ayer, la Comisión Nacional de Control de la Meningitis se reunió en Guanabara, con la presencia del ministro. La reunión tenía como objetivo conocer las impresiones recopiladas personalmente en San Pablo por dos miembros de la Comisión. Esas impresiones aún están siendo analizadas en detalle por la CNCM. La Comisión, dadas las limitaciones en la disponibilidad de vacunas, recomendó la vacunación selectiva, priorizando la protección del personal de salud directamente involucrado en la atención de los pacientes y luego la de los grupos de edad que puedan beneficiarse más en las áreas más afectadas. El Ministerio de Salud aclara:

1. Las autoridades sanitarias no pueden ser culpadas por la falta de medidas profilácticas específicas.
2. La vacunación es un recurso prometedor, pero no debe considerarse como una solución infalible y definitiva.
3. La medida más efectiva hasta el momento para el control de la meningitis sigue siendo el diagnóstico, el aislamiento y el tratamiento de los casos.
4. Según las publicaciones oficiales de la OMS, se notificaron casos de meningitis en 1972 y 1973, en casi todos los países del continente. En esos dos años, el mayor número de casos notificados se registró en los EEUU, seguido de Colombia y Canadá. También todos los países de Asia notificaron casos de meningitis en ese período, a excepción de Corea, Sarawak y Sri Lanka.

Incluso la culta y desarrollada Europa también se vio afectada, especialmente España, Italia, Yugoslavia, Francia, Portugal, Inglaterra y Bélgica. Por lo tanto, se trata de una infección con una dispersión global, que no perdona a los países más desarrollados, precisamente porque aún no existe una medida preventiva infalible y universal. (*O Estado de S. Paulo*, 2 de agosto de 1974b)

El cuarto punto de la aclaración del Ministerio de Salud merece un análisis más detenido. Es evidente la intención de enfatizar la naturaleza universal de la meningitis meningocócica, afirmando explícitamente que la infección “no perdona a los países desarrollados”, incluyendo a la “cultura y desarrollada Europa”. Lo que la nota no aclara es si todos los países mencionados estaban experimentando brotes epidémicos de la enfermedad en ese momento. La afirmación de que el mayor número de casos notificados en el continente americano se registró en EEUU, seguido de Colombia y Canadá, podría dar la falsa impresión de que el número de casos en Brasil fue menor. Sin embargo, Brasil no notificó ningún caso de meningitis meningocócica a la OMS en el período de 1972-1973, a pesar de que solo en el municipio de San Pablo se registraron 1.078 casos en 1972 y 1.944 casos confirmados en 1973.

A modo de comparación, la Tabla 10 muestra el número de casos y el coeficiente de incidencia de la meningitis meningocócica en 1972 y 1973 para algunos países

Tabla 10. Coeficiente de incidencia (por 100.000 habitantes) y número de casos de meningitis meningocócica para algunos países y la ciudad de San Pablo, 1972-1973.

País	1972		1973	
	Casos	Coeficiente	Casos	Coeficiente
Canadá	361	1,65	446	2,04
Colombia	405	1,80	323	1,44
EEUU	1.323	0,63	1.378	0,66
Bélgica	519	5,34	418	4,30
Francia	1.440	2,79	1.560	3,02
Italia	1.516	2,79	1.250	2,30
Portugal	701	8,17	733	8,55
España	2.653	7,69	2.244	6,51
Inglaterra	1.546	3,15	2.103	4,29
Yugoslavia	1.788	8,61	1.593	7,67
Municipio de San Pablo	1.078	16,68	1.944	28,72

Fuente: WHO “Annual World Health Statistics”, 1972, 1973-1976.

de América y Europa mencionados en la nota del Ministerio de Salud, así como los datos de esos mismos años para el municipio de San Pablo.

Los datos muestran que la incidencia solo en el municipio de San Pablo superaba con creces la incidencia observada en los países mencionados en la nota del Ministerio, con el claro propósito de disociar cualquier vínculo entre la incidencia de la enfermedad y el desarrollo social y político. Sin embargo, un análisis más detenido de la información demuestra que este vínculo no puede descartarse tan fácilmente, aunque la enfermedad ocurriera de forma endémica prácticamente en todo el mundo. Detrás de la aparente “neutralidad” de la tecnocracia se revela la manipulación ideológica y el intento de ocultar la realidad.

En cuanto a las 200.000 dosis de vacunas donadas a Brasil a las que se refiere la nota oficial del Ministerio de Salud, el diario *Folha de S. Paulo* publicó declaraciones del coronel médico Robert Cutting del Ejército estadounidense:

El Ejército de EEUU decidió ceder las vacunas debido a la gravedad de la situación en Brasil. Según afirmó el coronel, la decisión final fue tomada por el general Richard Taylor, jefe médico del Ejército estadounidense, el pasado 31 de julio en Washington. El Sr. Jack Stewart, director internacional de Merck, confirmó ayer que las vacunas enviadas a Brasil por el laboratorio fueron cedidas por el Ejército de EEUU. También dijo que hay un pedido del gobierno del estado de San Pablo para el suministro de tres millones de dosis de vacuna. (*Folha de S. Paulo*, 3 de agosto de 1974a).

Mientras persistía el estancamiento en la compra y envío de vacunas, la Secretaría de Salud comenzó la inmunización del “personal médico y paramédico” en los hospitales Cândido Fontoura, Samcil Mooca, Emílio Ribas y el Pronto-Socorro Infantil Sabará, además de los empleados del Instituto Adolfo Lutz, siguiendo las recomendaciones de la CNCM para priorizar al personal que trataba con pacientes o con material de pacientes para exámenes de laboratorio. Después de la inmunización del personal, se planeaba inmunizar a los niños de São Miguel Paulista, Osasco y Santo Amaro (*Jornal da Tarde*, 8 de agosto de 1974).

En agosto, el ministro Almeida Machado anunció que el Instituto Merriéux había otorgado a Brasil la autorización para la fabricación de vacunas antimeningocócicas. Inicialmente, la CEME afirmó que la producción de esta vacuna se llevaría a cabo en el Instituto Butantã, “aliviado” de la producción de otras vacunas debido a la reciente creación de Brasvacin, Laboratorio Brasileño de Vacunas S.A., una empresa estatal (*O Estado de S. Paulo*, 21 de agosto de 1974b).

Diez días después, durante la visita del ministro Almeida Machado a Francia, se acordó que el Instituto Merriéux proporcionaría a la Fundación Oswaldo Cruz de forma gratuita la tecnología para fabricar la vacuna. En esa ocasión, el ministro acordó la compra de 60 millones de dosis de vacuna y el director del Instituto afirmó que, a partir de enero de 1975, planeaba suministrar la vacuna bivalente A y C contra la meningitis. Para atender el pedido de Brasil, el laboratorio decidió ampliar sus instalaciones y comenzar a producir diez millones de dosis al mes. Con el aumento

de la producción, el precio unitario de la vacuna cayó de 90 centavos de franco a 75 centavos (*O Estado de S. Paulo*, 31 de agosto de 1974).

Con la confirmación del acuerdo entre el ministro de Salud y el Instituto Merriéux realizado por el presidente Geisel después del regreso del ministro, parecía que se había resuelto la cuestión de la compra de vacunas (*Jornal da Tarde*, 5 de septiembre de 1974).

La Secretaría de Salud continuó la inmunización de los estudiantes en las áreas más afectadas por la epidemia y de los empleados de hospitales, laboratorios e institutos de investigación, siguiendo la orientación prevaleciente en ese momento de llevar a cabo una vacunación selectiva. Sin embargo, comenzaron a surgir dificultades con la vacunación programada en el Instituto Butantã:

En medio de la neurosis causada por el brote de meningitis, se produjeron peleas y discusiones en la fila de más de 2.000 personas que corrieron a vacunarse en el Butantã el sábado. Un equipo de la Secretaría de Salud fue al instituto solo para vacunar a los empleados, pero la población del vecindario, al enterarse de que se estaba llevando a cabo la vacunación, invadió las puertas y entró. (*Folha de S. Paulo*, 16 de septiembre de 1974)

Era de esperar que tal situación ocurriera, dado que la preocupación por la epidemia era generalizada y la población difícilmente aceptaría que los empleados de la Secretaría de Salud tuvieran prioridad de atención, especialmente sabiendo que estos empleados no tenían ninguna relación con la atención de los pacientes. Lo que la primera noticia publicada por *Folha de S. Paulo* no reveló es que parte de las “personas del pueblo” que invadieron el Butantã estaban compuestas por políticos, parientes y amigos, lo cual fue denunciado posteriormente por el *Jornal da Tarde* y la revista *Veja*.

—Señor Secretario, ¿las vacunaciones del sábado en el Butantã habrían representado un cambio en el programa establecido por los miembros de la comisión responsable?

—No sé muy bien qué sucedió el sábado en el Instituto Butantã, ya que estaba fuera de la ciudad. Pero sé que algunos empleados del Butantã aún necesitaban ser vacunados. Ahora sé que otras personas se aprovecharon y pidieron la vacuna. No veo nada de criminal en eso. Nada fuera de lo común. Tampoco sé quién divulgó la noticia entre la población. Un reportero informó que la noticia había sido difundida por una estación de radio y que el diputado Salvador Julianelli habría enviado a muchos amigos, políticos y otros empleados de la Asamblea Legislativa al Butantã.

—No hubo ningún grupo de supuestos privilegiados, ya fueran políticos o no, entre los adultos que fueron vacunados en el Butantã. Lo que ocurrió el sábado fue un caso completamente imprevisible. Por lo tanto, no hubo y no habrá cambios en el programa y en las prioridades establecidas para la vacunación. A pesar de los desmentidos, la directora del Instituto Butantã, Jandira Planet do Amaral, había afirmado al reportero que:

—El doctor Getúlio Lima me había avisado por teléfono el miércoles de que alrededor de 500 empleados estatales debían ser vacunados en el Butantã. Él

aun me explicó que eligió el Butantã como lugar de vacunación porque es una zona apartada y así otras personas no se enterarían.

Entre las 18.000 personas vacunadas en el Butantã, la directora Jandira Planet indicó al exsecretario y exministro de Salud, Mário Machado de Lemos, que estaba acompañado de familiares y amigos. La indicación de Mário Machado parecía inevitable: debido a la confusión de miles de personas, un empleado del Instituto lo habría empujado porque no lo reconoció. (Donangelo, 1976)

Las contradicciones entre los testimonios son evidentes. Al principio, el Secretario afirma que no está informado de lo que ocurrió; luego, afirma categóricamente que no hubo privilegios, pero la propia directora del Instituto reconoce la presencia de políticos entre los vacunados.

En la edición del 25 de septiembre, la revista *Veja* comenta el incidente en el Butantã y agrega:

Una recién elaborada escala de prioridades indica que los próximos beneficiarios serán personas vinculadas a las fuerzas de seguridad en general, los confinados por el Estado (presos, internados en manicomios), las autoridades civiles, militares y eclesiásticas, y finalmente aquellos que prestan servicios considerados de utilidad pública (entre los cuales se decidió incluir a la prensa). La razón de esta elección, según el asesor de la Secretaría, el Dr. José de Souza Morais, al menos en lo que respecta a las altas autoridades: “Deben ser inmunizadas porque son personas de mucha responsabilidad que no pueden abandonar su puesto debido a la enfermedad”. (*Veja*, 25 de septiembre de 1974)

Dada la falta de la cantidad necesaria de vacunas para inmunizar a toda la población, cualquier “criterio técnico” adoptado era objeto de críticas, ya que la enfermedad tenía tasas de incidencia bastante altas en proporción en todos los grupos de edad, en ambos sexos y en todos los subdistritos de la ciudad. Solo como ejemplo, basta recordar que en áreas donde la incidencia de la enfermedad era habitualmente nula, como en Pinheiros y en los Jardines América y Paulista, la incidencia en septiembre de 1974 era respectivamente de 26,24 casos por 100.000 habitantes, 15,74 casos por 100.000 habitantes y 19,06 casos por 100.000 habitantes. Lo mismo ocurría en áreas donde la incidencia en el período endémico era inferior a un caso por 100.000 habitantes, como en Perdizes, Indianópolis y Vila Madalena.

El episodio del Instituto Butantã sirve como ejemplo del dicho popular “quien puede más, llora menos”. Es decir, dada la escasez de vacunas, los grupos con mayor capacidad de presión, ya sea por su nivel de ingresos, su clase social, su cercanía al poder o su posición de “autoridad”, inevitablemente serían favorecidos en la disputa.

Por otro lado, la escasez de vacunas y el criterio de vacunación selectiva favorecieron el tráfico de influencias políticas y el uso de la vacuna con fines electorales. Aunque esto aparentemente no ocurrió en San Pablo, su registro parece importante en el contexto de la argumentación en contra de la vacunación selectiva.

El diputado Quielce Crisóstomo da Silva, candidato a la reelección por la Arena de Paraná, está vacunando a niños contra la meningitis A y C en barrios de Curitiba como parte de su propaganda política. Nadie sabe cómo obtuvo las dosis, aunque el diputado, que forma parte del cuerpo de inspectores de salud de la Secretaría de Salud de Paraná, afirma haber obtenido las vacunas de los puestos de salud del estado de San Pablo. La historia se volvió aún más confusa después de que la Secretaría de Salud de Paraná emitiera un comunicado oficial [...] informando que un recuento de las vacunas disponibles en el estado reveló la desaparición de 2.550 dosis (*O Estado de S. Paulo*, 26 de septiembre de 1974; Easton et al., 1974).

La inmunización de los estudiantes, que comenzó a mediados de agosto, se completó el 16 de octubre, habiendo vacunado a 1.927.935 de niños con la vacuna antime-ningocócica tipo A y a 369.092 niños con la tipo C en el “área de seguridad nacional autorizada por el Sr. Secretario”, según el informe del Dr. Alexandre Zilenovski de la Comisión Ejecutiva de Vacunación. Con las dosis restantes en stock, la Comisión, en conjunto con el Secretario, decidió vacunar a los preescolares. Es decir, niños de seis meses a seis años completos. El plan de aplicación de la vacuna en preescolares contemplaba el registro de los niños en los centros de salud de los distritos sanitarios seleccionados y luego su convocatoria por orden de inscripción para la vacunación (*Folha de S. Paulo*, 16 de octubre de 1974).

Sin embargo, la demanda en los centros de salud para la vacunación de preescolares fue baja, lo que llevó a los expertos a declarar que “la meningitis se había convertido en parte de la rutina de la ciudad y que la población había aprendido a convivir con ella” (*O Estado de S. Paulo*, 14 de enero de 1975).

La estrategia adoptada en la vacunación no fue cuestionada. Los técnicos a menudo tienden a atribuir la falta de interés de la población a los fracasos en la implementación de sus planes, sin reflexionar sobre posibles fallos en la planificación.

El 25 de octubre, el periódico *O Estado de S. Paulo* publicó los resultados de un estudio experimental realizado en el interior de Amapá por ICOMI (Industria de Minerales S.A.) con asesoramiento del CDC de Atlanta, EEUU y la OPS, con el objetivo de probar la eficacia de la vacuna y algunos procedimientos de implementación de la vacunación.

Los principales resultados de este estudio fueron:

1. Del 80% al 100% de las personas desarrollaron anticuerpos con títulos hasta diez veces mayores que los títulos previos.
2. El aumento en el título de anticuerpos se observó con la aplicación de una sola vacuna (A o C), aplicación simultánea (una en cada brazo) y aplicación combinada (A y C).
3. Los niveles de anticuerpos para la vacuna tipo A fueron comparables cuando se utilizó la dosis recomendada (50 microgramos) y la mitad de la dosis (25 microgramos).

4. La dosis de 50 microgramos para la vacuna tipo C debe mantenerse, ya que pierde eficacia con dosis más bajas (*O Estado de S. Paulo*, 25 de octubre de 1974).

Estos resultados son de gran importancia, no solo desde el punto de vista epidemiológico al demostrar la eficacia de la vacuna, sino sobre todo desde el punto de vista operativo al determinar las dosis adecuadas y la posibilidad de aplicación combinada.

En diciembre de 1974, el control de la epidemia cambió radicalmente con el Ministerio de Salud asumiendo el liderazgo efectivo en la “lucha” a través del Programa Nacional de Combate a la Meningitis.

El Presidente de la República aprobó ayer el Programa Nacional de Combate a la Meningitis, que se llevará a cabo en dos etapas a lo largo de 1975 con el objetivo de vacunar a 80 millones de personas hasta octubre. El gasto previsto para la primera etapa del programa es de 110 millones de cruzeiros y tendrán prioridad las poblaciones de las áreas metropolitanas y ciudades ubicadas en el Centro-Sur, donde la enfermedad ha alcanzado niveles más altos. (*O Estado de S. Paulo*, 20 de diciembre de 1974)

Probablemente, este cambio de rumbo se debió, por un lado, a la ineficacia de las vacunaciones parciales realizadas hasta ese momento. Es decir, a pesar de estos esfuerzos, la incidencia de la enfermedad se mantuvo alta y la distribución porcentual de casos por grupos de edad no mostró cambios atribuibles a la vacunación de estudiantes y preescolares. Por otro lado, la fabricación de la vacuna bivalente por el Instituto Merriéux y la ampliación de sus instalaciones que permitieron atender las necesidades brasileñas fueron decisivas para la nueva política, además de los costos significativamente más bajos de la vacuna francesa (alrededor de la mitad del precio de la estadounidense, precisamente debido a la economía de escala resultante del volumen encargado por Brasil).

En marzo de 1975, con la asunción del gobernador Paulo Egydio y la designación del profesor Walter Leser como secretario de Salud, los planes para llevar a cabo la vacunación masiva se reanudaron después de una serie de desacuerdos entre el Ministerio de Salud y la Secretaría de Salud en el gobierno anterior, motivados por la prioridad dada a la Gran Río, Belo Horizonte y Porto Alegre, que fueron objeto de campañas antes que San Pablo, donde la incidencia de la enfermedad era más alta.

Los recursos previstos para la implementación de la campaña, que el Secretario describió como “una verdadera operación de guerra contra la meningitis”, incluyeron el uso de todos los medios de comunicación masiva para garantizar la motivación de la población, así como el trabajo de 400 educadoras sanitarias de las Secretarías de Salud y Educación y el SESI, encargadas de preparar a la comunidad para la vacunación masiva (*Jornal da Tarde*, 4 de octubre de 1974; *Vêja*, 25 de septiembre de 1974).

Un artículo titulado “El miedo será una herramienta para garantizar la vacunación amplia”, publicado por *Estadão* el 4 de abril, demuestra que el Secretario no exageró al hablar de una “verdadera operación militar” para combatir la meningitis.

Pero unos días antes del inicio de la inmunización, la propaganda oficial tomará otro rumbo: procurará sembrar el miedo entre los paulistas para asegurar una vacunación masiva. El estilo agresivo solo se utilizará después, para que el miedo no desaparezca antes del “Día D” (22 de abril). “Todas las decisiones se están tomando en base a la logística militar”, dijo el coordinador general del plan de vacunación, Victório Barbosa. “Se utilizará toda la red de comunicación de Seguridad”, reveló el coronel Irajá Bernardino Ribeiro, asesor técnico del secretario de Seguridad. Y el coronel Herbert Duarte, representante del Ministerio de Salud y uno de los autores del plan de vacunación relámpago, caracterizó el apoyo de la Secretaría de Seguridad como uno de los más importantes para su ejecución. La coordinación de las operaciones estará a cargo de la Secretaría de Seguridad. Los militares se encargarán del control de suministros, de la red de comunicación, del alojamiento y la alimentación. Su participación se extenderá hasta la vacunación: 450 personas del Ejército y de la Policía Militar serán capacitadas para inmunizar y permitir la sustitución de las mujeres vacunadoras profesionales. Según el coronel Irajá, ellas no participarán en este plan porque el ritmo de trabajo será muy intenso y, además, crearían dificultades al requerir su propio alojamiento. (*O Estado de S. Paulo*, 4 de abril de 1975)

Ante un problema de “seguridad nacional”, era necesario movilizar a las autoridades de seguridad y declarar “guerra al enemigo”, sin descuidar una intensa campaña de propaganda para ganarse el apoyo de la población. De esta manera, el gobierno federal y estatal pretendían “vencer” a la meningitis y, si fuera posible, borrar la “triste imagen” de su actuación en los primeros cuatro años de la epidemia. Aquí, la minimización del problema se reemplaza por el temor que la población debe sentir ante la grave amenaza; la negativa a proporcionar información se sustituye por una intensa campaña de propaganda; la censura previa en los medios de comunicación se reemplaza por la difusión de la propaganda de la campaña, y la idea de que “todo está bajo control” y que ocultaba una realidad caótica se descarta en favor de la rigidez de las normas y procedimientos militares. A la “ilusión literaria de la fiesta” mencionada por Foucault se le impone la disciplina y el orden (*O Estado de S. Paulo*, 18 de diciembre de 1975).

Para llevar a cabo la campaña, se creó la CAMEM, la Campaña Nacional Contra la Meningitis Meningocócica, bajo la supervisión de la Superintendencia de Campañas de Salud Pública (SUCAM). El Plan Básico de Operaciones se elaboró en marzo de 1975 y se acompañó de un *Manual de atribuciones*, un *Manual de servicios* y un plan de operaciones. La campaña de movilización popular a cargo del nivel estatal comenzó aproximadamente 12 días antes de la fecha prevista para la vacunación. Los símbolos de la campaña sugeridos por el ministro Almeida Machado incluían una canción compuesta por un vacunador de Petrópolis y camisetas con estampados de pájaros carpinteros que simbolizaban los inyectores.

Tú que eres brasileño, coopera con nuestra nación vacunándote contra la meningitis para evitar su propagación. Trae a toda tu familia y únete a la lucha, trae a todos tus amigos para que se vacunen. La vacunación no tiene contraindicaciones, excepto la fiebre, y no provoca ninguna reacción. Amigo, escucha lo que te digo, tu salud depende de ti. (*Jornal da Tarde*, 15 de abril de 1975)

Durante la divulgación de la campaña, se distribuyeron seis millones de folletos a la población, 250.000 folletos para líderes, 25.000 informes técnicos, 295.000 carteles y 109.000 pancartas para vehículos. El contenido del mensaje hacía hincapié en la necesidad de que todos se vacunaran, incluso los niños ya vacunados, para evitar que se repitiera la situación vivida en el invierno de 1974. Además, los folletos enfatizaban que los puestos de vacunación estarían abiertos solo un día en cada área, que la vacuna era efectiva y no tenía contraindicaciones ni causaba reacciones.

El *Manual de vacunación* distribuido por la CAMEM a los miembros de los equipos decía:

Tú, que has sido convocado para esta campaña, tienes una oportunidad única, el privilegio de participar en un esfuerzo sin precedentes. Estás ayudando a salvar la vida de muchos de nuestros compatriotas. Estás ayudando a que la Salud Pública de Brasil demuestre su capacidad al mundo entero [...] Es evidente que la vacunación comenzará en las ciudades donde la incidencia es más alta, donde se han registrado más casos. No se tendrá en cuenta la importancia socioeconómica o política de la ciudad. Lo que importa es la ocurrencia. Un trabajo metódico, comenzando por los lugares con la incidencia más alta, la transmisión, es la única manera de atender a los supremos intereses de la salud. (Ministério da Saúde, 1975)

Estos dos fragmentos muestran, por un lado, la intervención ideológica de los equipos al destacar la importancia de la acción para “agrandar” la nación y, por otro lado, la afirmación de criterios estrictamente técnicos y, por lo tanto, “neutrales” en la fijación de prioridades, descartando cualquier implicación social o política.

En la sede de la CAMEM, el Centro de Salud I de Santa Cecilia, el coronel Herbert Duarte, el “comandante” de la operación, promovía los siguientes principios de trabajo, que se encontraban en diversos carteles:

Medidas para mejorar el rendimiento de los trabajos de la CAMEM SP:

1. Ejercitar la virtud de la puntualidad.
2. Reducir la duración de las reuniones para que el personal pueda trabajar más.
3. No programar dos reuniones al mismo tiempo para evitar que las personas esperen y pierdan tiempo valioso de trabajo.
4. No crear la figura del “insustituible”. Es decir, siempre tener un sustituto disponible que pueda ayudar en situaciones en las que alguien deba estar en dos lugares al mismo tiempo.

5. Siempre que necesite comunicarse con el personal de la CAMEM - SP, hágalo de manera objetiva, limitándose al tema del servicio sin hacer otros comentarios.

6. Siempre que pueda resolver sus asuntos con una sola persona, no ocupe a otras ni las haga esperar. (*Jornal da Tarde*, 22 de abril de 1975a)

El “espíritu de cuartel” y la disciplina militar también se infiltraron en los medios de comunicación, y en el “Día D”, el 22 de abril de 1975, el primer día de la campaña en la región metropolitana de la Gran San Pablo, el *Jornal da Tarde* hablaba de las “armas y los soldados de esta guerra”. Las armas eran los 560 inyectores; la munición, las vacunas bivalentes del laboratorio *Merriéux*; los soldados, los 1.500 vacunadores distribuidos en 280 equipos.

La edición del 23 de abril de 1975 de la revista *Vêja* declaraba “guerra a la meningitis”:

“En todos los aspectos, el cerco a la epidemia en San Pablo, de lejos su foco más terrible, siguió una preparación deliberadamente similar a las grandes operaciones de guerra. Desde principios de abril, el antiguo edificio de tres pisos del Centro de Salud de Santa Cecilia se convirtió en un verdadero cuartel general con un comando de operaciones, una revisión constante de planes y la capacitación de vacunadores. En los 280 puestos fijos, los equipos trabajarán un mínimo de doce horas al día. Además de estos, habrá equipos móviles, capacitados para atacar, como en una acción de guerrilla, las esquinas, bares y otros lugares de mayor movimiento. (*Vêja*, 23 de abril de 1975)

El “estilo militar” en la práctica epidemiológica es bastante antiguo, como lo demuestran los relatos de combate a epidemias y las campañas de “erradicación” de enfermedades infecciosas y parasitarias. Sin embargo, el “discurso militar” se volvió más común después de la Segunda Guerra Mundial, en el contexto de la Guerra Fría y el “ne imperialismo”, basado en el fortalecimiento de los lazos de dependencia política con las “naciones aliadas”. Aunque gradualmente, estas nociones de “contención” y “combate” al enemigo fueron reemplazadas por la concepción más suave de la “vigilancia epidemiológica”, en momentos de crisis, como la lucha contra las epidemias, la fuerza de la analogía militar parece imponerse, principalmente debido a la propia fragilidad organizativa y operativa de los esquemas rutinarios de control.

Es innegable la eficiencia lograda mediante la organización militar de la campaña: “No esperábamos que la población respondiera de esta manera a nuestro llamado. En este primer día, ya hemos inmunizado a cerca de 2,5 millones de habitantes con una disciplina y organización rigurosas que llamaron la atención del ministro Almeida Machado”, declaró el secretario Walter Leser (*Folha de S. Paulo*, 23 de octubre de 1975).

Dado el ritmo acelerado impreso al trabajo para alcanzar la meta de vacunar al 80% de la población en solo cuatro días, era inevitable que se presentaran varios problemas:

Diversos inyectores de vacunas se rompieron, la comida que se sirve a través de una empresa especializada y el cansancio fueron los mayores enemigos de los vacunadores en el segundo día de la vacunación masiva [...] Aun así, es probable que todos los puestos hayan alcanzado las cifras diarias previstas para la vacunación. (*Jornal da Tarde*, 24 de abril de 1975)

Hubo dos hombres para cada 10.000 personas. Así comenzó la vacunación para los residentes de Parada XV de Novembro en Itaquera. La fila comenzó a moverse después de más de seis horas de espera, hasta que uno de los “ped-o-jets” se rompió definitivamente. A las 17:30hs, después de los llamados de periodistas, estaciones de radio y patrullas de policía que vigilaban la zona, apareció un helicóptero salvador en el cielo. Resultado: tres vacunadores y un proveedor de munición se sumaron al esquema que intentaba funcionar desde el mediodía. A las 18:30 el problema parecía estar parcialmente resuelto. Los vacunadores estaban decididos a quedarse en el puesto el tiempo que fuera necesario y, a pesar de los contratiempos, decían con entusiasmo: “Hay mucha gente que nos necesitará. Están los estudiantes de la escuela nocturna y los padres de familia que fueron a trabajar y pronto estarán aquí”. (*Folha de S. Paulo, São Paulo*, 24 de abril de 1975)

“Estamos vacunando a al menos 5,5 millones de personas en dos días de campaña. No hay precedentes en la historia mundial. En 1940 se llevó a cabo una campaña de vacunación contra la viruela en Nueva York y se inmunizó a cinco o seis millones de personas en una semana. Nosotros logramos esto en dos días”.

Leser elogió mucho el trabajo de los equipos de vacunación y sobre los constantes defectos en los “ped-o-jets” que estaban dificultando el trabajo informó: “Estamos utilizando “ped-o-jets” antiguos que funcionaron en la campaña de 1967 contra la viruela. Pero si encargáramos nuevos ahora, solo los recibiríamos dentro de 6 o 12 meses, desde EEUU” (*Folha de S. Paulo*, 24 de abril de 1975).

“Si dependiéramos de la comida enviada por la CAMEM, estaríamos intoxicados. Afortunadamente, hubo mucha solidaridad por parte de la población”. La solidaridad: personas que traían sándwiches, vasos de leche, refrescos y bocadillos para alimentar a los equipos, mientras que otros ayudaban en la organización. (*Folha de S. Paulo*, 26 de abril de 1975)

Sin embargo, los problemas de los equipos no terminaron ahí. Al final del trabajo, surgieron otros problemas relacionados con el pago de las dietas a las que los empleados tenían derecho:

La mayor campaña de vacunación del mundo llega a su fin, 11 millones de personas están vacunadas contra la meningitis gracias al trabajo de 1.329

vacunadores, proveedores y conductores que se reunieron ayer, cansados y descontentos en la sede de la División Regional de Salud, con un objetivo: recibir sus dietas para poder regresar a sus hogares.

—Trabajamos ocho días y ahora solo quieren pagar cuatro dietas. No tuvimos tiempo para dormir, la comida que nos sirvieron estaba en mal estado, todos tenemos doloridos los cuerpos de tanto apretar los “ped-o-jets” y ni siquiera tenemos dinero para comer este domingo en el que las autoridades celebran el éxito de la campaña.

—Por el contrario, estas personas no tienen de qué quejarse: la ley establece que los empleados reclutados para trabajar fuera de sus ciudades deben recibir una dieta para cubrir sus comidas y alojamiento. Sin embargo, estamos proporcionando comida y alojamiento de forma gratuita y, además, la dieta que recibirán, siempre que esperen hasta las dos de la madrugada (João Batista Menezes de Lima). (*Jornal da Tarde*, 27 de abril de 1975)

El éxito de la campaña, atribuido constantemente a la excelencia de la organización militar, también debe ser compartido por aquellos que realmente garantizaron su ejecución, a pesar de las pésimas condiciones de trabajo, la falta de sensibilidad de los administradores de personal hacia los aspectos humanos del asunto y la estricta disciplina militar a la que fueron sometidos. Pero el éxito de la campaña también debe atribuirse a la cooperación e interés demostrados por toda la población, que esperó pacientemente en largas filas, ayudó voluntariamente en la organización y difusión, y sobre todo, confió en las autoridades sanitarias, que durante gran parte del curso de la epidemia no demostraron ser capaces de abordar adecuadamente el problema.

Los primeros resultados de este tremendo esfuerzo, en el que se vacunó a aproximadamente el 95% de la población, comenzaron a surgir en mayo, cuando la curva de incidencia debería haber aumentado, como había sucedido en los últimos cinco años, pero en cambio comenzó a disminuir (*Veja*, 14 de mayo de 1975).

La Tabla 11 muestra los coeficientes de incidencia por 100.000 habitantes en los meses de abril y mayo durante el período de 1970 a 1975. El único año en el que no se observa un aumento en la incidencia de abril a mayo es en 1975. Si la incidencia en los meses de enero, febrero, marzo y abril de 1975 no hubiera sido aproximadamente cinco veces mayor que la incidencia observada en esos mismos meses en 1974, podría parecer que la epidemia ya estaba entrando en su fase de declive.

El número de casos disminuyó de 513 en abril a 153 en mayo, alcanzando el valor más bajo desde marzo de 1974, y continuó disminuyendo durante todo el año, llegando a 70 casos en diciembre, lo que muestra una reducción significativa, aunque aún se mantuvo en niveles epidémicos. La incidencia solo volvió a ser endémica en mayo de 1977.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) invitó al Ministerio de Salud a presentar en Washington, ante ministros de otros países americanos, los detalles del Programa Nacional de Vacunación y los aspectos operativos (*Folha de S. Paulo*, 4 de agosto de 1975).

Tabla 11. Coeficiente de incidencia (por 100.000 habitantes) de meningitis meningocócica. San Pablo, Brasil, abril y mayo 1970-1975.

Año	Coeficiente de incidencia	
	Abril	Mayo
1970	0,14	0,20
1971	0,32	0,36
1972	0,46	0,94
1973	2,11	2,25
1974	2,77	3,80
1975	6,94	2,07

El esquema adoptado durante la campaña no permitió proporcionar ningún comprobante a las personas vacunadas ni registrar el número de vacunados. Las primeras estimaciones se basaron en el número de dosis administradas. Para conocer la proporción de vacunados en la población, se realizó un muestreo a cargo del IBGE, en colaboración con el Ministerio de Salud, la Secretaría de Salud y el Departamento de Medicina Social de la Santa Casa de San Pablo. Con un margen de error del 0,6%, el IBGE estimó que el 94,9% de la población del área central, el 94,9% de las áreas intermedias y el 93,3% de las áreas periféricas de la ciudad habían sido vacunados, confirmando así las estimaciones anteriores (*Jornal da Tarde*, 18 de diciembre de 1975).

Con la reducción constante del número de casos después de la campaña, la cobertura mediática sobre la meningitis disminuyó significativamente, con solo informes ocasionales sobre las evaluaciones epidemiológicas sucesivas del impacto de la vacuna.

Después de muchos errores y algunos aciertos, la “guerra” se ganó. Es decir, la ciudad de San Pablo recuperó su rutina de numerosos problemas, pero temporalmente estaba libre de la meningitis meningocócica.



*A porta da verdade estava aberta,  
mas só deixava passar  
meia pessoa de cada vez.*

*Assim não era possível atingir toda a verdade,  
porque a meia pessoa que entrava  
só trazia o perfil de meia verdade.  
E sua segunda metade  
voltava igualmente com meio perfil.  
E os meios perfis não coincidiam.*

*Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.  
Chegaram ao lugar luminoso  
onde a verdade esplendia seus fogos.  
Era dividida em metades  
diferentes uma da outra.*

*Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.  
Nenhuma das duas era totalmente bela.  
E carecia optar. Cada um optou conforme  
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.*

*(A verdade dividida, Carlos Drummond de Andrade)*



# Conclusiones

Al emprender el estudio que aquí se presenta, partimos de la premisa de que las epidemias, para comprenderse como un fenómeno colectivo, requieren enfoques diversos. En este trabajo, utilizamos algunas de estas técnicas. Junto con el enfoque convencional permitido por el método epidemiológico para analizar la distribución de enfermedades en la población, empleamos otros enfoques descriptivos que enriquecieron la caracterización de esta epidemia en particular. Es decir, que permitieron retratar la singularidad del fenómeno estudiado.

La descripción epidemiológica, utilizando el tiempo y el espacio geográfico como criterios clasificatorios, si bien no permitió descubrir los mecanismos de producción social de la enfermedad, sí permitió mostrar la extrema desigualdad existente dentro de la ciudad de San Pablo. Esta desigualdad se manifestó no solo en diversos riesgos de enfermedad o en la magnitud del coeficiente de incidencia en diferentes distritos y subdistritos, sino también en la precocidad o demora en la aparición de la epidemia, así como en la rapidez de su propagación.

La epidemia comenzó en distritos y subdistritos de la periferia, extendiéndose en ondas concéntricas por toda la ciudad. La progresión fue del sur al este, luego al norte y luego al oeste, y finalmente a las áreas centrales, que fueron afectadas cuatro años después del inicio del proceso.

La epidemia como un “agente perturbador del orden social” puso al descubierto el “desorden” real del orden social capitalista. La situación caótica del sistema de atención médica y la desorientación del sistema escolar quedaron en evidencia de manera inequívoca. Además, la epidemia reveló la completa debilidad de la llamada “sociedad civil”. En la formación social brasileña, dominada por un Estado autocrático y omnipresente, prácticamente no hay espacio para la organización y consolidación de las fuerzas sociales como tales. Todos los aspectos de la vida social están impregnados de alguna manera por el poder del Estado. Lo que la epidemia hizo fue dejar clara esta dominación.

La reacción de las autoridades ante la “incómoda presencia” de la epidemia nos permitió trazar un modelo de fases sucesivas que va desde la negación categórica y absoluta hasta la confesión de la gravedad de la situación y la solicitud de esfuerzos colectivos para controlar el problema. Además del autoritarismo presente en todas las actitudes de las autoridades, la concepción tecnocrática de la neutralidad y el poder del conocimiento técnico también están muy presentes. Y cuando las medidas “represivas” fallan, se recurre a la propaganda y la manipulación ideológica.

Los cambios sucesivos en el comportamiento político de las autoridades reflejan las particularidades del Estado —del cual aquellas derivan su poder—, pero también las particularidades de la evolución misma de la epidemia y sus exacerbaciones.

Otro rasgo distintivo en todo el proceso es la exclusión constante de las masas de cualquier orientación o decisión tomada por las autoridades, lo que demuestra una vez más la virtual inexistencia de la sociedad civil, incapaz de hacerse “oír”.

En el control de la epidemia, cuando se hizo necesario y posible, predominó la orientación “militar”: el predominio de la disciplina, la jerarquía y la obediencia incondicional a las órdenes de las autoridades, “aderezadas” con apelaciones nacionalistas y patrióticas, tan del gusto de los militares.

El éxito de la audaz campaña de vacunación, tanto en su concepción como en su ejecución, y por su carácter sin precedentes, fue innegable. La vacunación en solo cuatro días del 95% de la población del área metropolitana de la Gran San Pablo, permitió suavizar y posteriormente eliminar la epidemia, permitiendo que la población volviera a su dura rutina de vida y a las autoridades a su habitual desinterés por los asuntos de interés colectivo.

Creemos que la descripción de la epidemia de enfermedad meningocócica en la ciudad de San Pablo, tal como se ha hecho, resaltó no solo las diferencias socioeconómicas y su papel en la producción y propagación de enfermedades, sino también la importancia de los aspectos políticos propiamente dichos. Aunque el régimen político no puede ser responsabilizado por la aparición de la epidemia, ciertamente influyó en su desarrollo.

Hay muchos caminos por explorar en el estudio de las epidemias y la epidemiología tiene mucho que ganar con la utilización de enfoques diversos de su objeto de estudio, por menos ortodoxos que parezcan y por más que a algunos les parezcan simples especulaciones.

Los “hechos epidemiológicos” como objeto de estudio tienen la particularidad de manifestarse solo en el “colectivo” y no es posible comprenderlos a través del estudio de individuos. Esta característica distintiva del objeto de la epidemiología se vuelve aún más notable en el caso de las epidemias, por lo que la utilización de diversas técnicas de abordaje de la realidad se convierte en una necesidad impuesta por el objeto mismo.

La necesidad de adoptar una lógica dialéctica en el estudio de los fenómenos epidemiológicos en general y de los epidémicos en particular surge del propio progreso científico, ya que los estudios de asociación entre eventos no pueden dar cuenta de la complejidad del proceso salud-enfermedad. Para comprender verdaderamente la determinación —es decir, la producción de salud y enfermedad—, es necesario que la explicación científica penetre en la intimidad de los procesos, algo que no se logra con el uso exclusivo de técnicas de cuantificación (Pinto, 1979).

La ruptura de los límites estrechos del “método” de la ciencia positiva permite recuperar la historicidad de los fenómenos estudiados, reemplazando la simple sucesión cronológica de fases o etapas evolutivas.

Las dificultades y obstáculos metodológicos no deben ser motivo para abandonar un marco teórico-conceptual más amplio en los estudios epidemiológicos, sino más bien para estimular y desafiar la investigación y la producción de conocimientos en el área.

Esperamos, con este trabajo, haber dado un pequeño paso hacia la superación de estas dificultades y obstáculos, y señalar algunos nuevos caminos para la investigación epidemiológica.



# Bibliografia

- Althusser, Louis (1980). *Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado*. Lisboa: Presença.
- Arouca, Antonio Sérgio et al. (s/f). *O complexo previdenciário*. Rio de Janeiro: PESES. Mimeo.
- Assumpção, Lucas (1929). Estudo epidemiológico e bacteriológico da meningite cérebrospinal epidêmica na cidade de São Paulo, Brasil. *Revista de Biologia e Hygiene*, São Paulo, n. 2.
- Boltanski, Luc (1978). *Os usos sociais do corpo*. São Paulo: Pioneira.
- Braga, José Carlos de Souza; Paula, Sérgio Goes (1981). *Saúde e Previdência*. São Paulo: CEBES-HUCITEC.
- Branco, Carlos Castello (27 de julho de 1974). Meningite e o fim do milagre. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- Breilh, Jaime (1980). *Epidemiologia: economia, medicina y política*. Santo Domingo: SESPAS.
- Breilh, Jaime; Gandra, Edmundo (1980). *Investigación de salud en la sociedad*. Quito: CEAS.
- Cardoso, Fernando Henrique (1975). *Autoritarismo e democratização*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Cardoso, Fernando Henrique (1980). Os impasses do regime autoritário: o caso brasileiro. En: *Estudos CEBRAP 26*. Petrópolis: Vozes.
- Carta, Mino (4 de outubro de 1972). A epidemia nacional do medo. *Vêja*, São Paulo.
- Carvalho, José da Rocha (1983). Processo migratório e disseminação de doenças. En: AA. VV. *Textos de apoio Ciências Sociais 1*. Rio de Janeiro: PEC/ENSPABRASCO.
- Castiglione, Arturo (1947). *História da Medicina*. Rio de Janeiro: Nacional, volumen 2.
- Chauí, Marilena (1982a). *Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Moderna.
- Comissão Justiça e Paz da Arquidiocese de São Paulo (1975). *São Paulo: crescimento e pobreza*. São Paulo: Loyola.
- Chauí, Marilena (1982b). *O que é ideologia?* São Paulo: Brasiliense.
- Diário de Notícias* (29 de diciembre de 1974). Epidemia de meningite no Brasil faz a Igreja modificar o ritual da comunhão. *Diário de Notícias*, São Paulo.
- Dias, Lia Ribeiro (9 de enero de 1975). Em um ano, meningite afetou 36 mil pessoas. *O Estado de S. Paulo*.
- Donnangelo, Maria Cecília F. (1975). *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira.
- Donnangelo, Maria Cecília F. (1976). *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- Easton, D. M. et al. (1974). Outbreak of meningococcal disease in Devon. *British Medical Journal*, v. 1, pp. 507-509.
- Farries, J. S. (19 de julho de 1975). Meningococcal infections in Boston 1971-74. *The Lancet*, p. 118-120.
- Fernandes, Florestan (1976). *A Revolução Burguesa no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Folha de S. Paulo* (21 de julho de 1972). Meningite está sob controle. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.
- Folha de S. Paulo* (5 de septiembre de 1972). Surto de meningite em São Paulo não é motivo para alarme. *Folha de S. Paulo*.

*Folha de S. Paulo* (27 de septiembre de 1972). Meningite já provocou mais de 500 vítimas em São Paulo. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha da Tarde* (29 de septiembre de 1972a). Autoridades pedem tranqüilidade. Não há epidemia. *Folha da Tarde*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (29 de septiembre de 1972b). As reais dimensões do surto de meningite na Capital. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (30 de septiembre de 1972). Finalmente as informações. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (25 de agosto de 1973). Ministro desmente surto de meningite. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (14 de diciembre de 1973). O surto de meningite com aspectos de uma epidemia. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (16 de febrero de 1974). A meningite está assustando o Jabaquara. *Folha de S. Paulo*, São Paul.

*Folha de S. Paulo* (3 de abril de 1974). O índice de meningite já está baixando no Estado. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (5 de mayo de 1974). Com o frio meningite está chegando. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (16 de mayo de 1974). Os casos de meningite. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (25 de junio de 1974). Prefeitura esclarece casos de meningite. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (2 de julio de 1974). Surto de meningite tem fase mais aguda. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (11 de julio de 1974). Estado reúne especialistas contra a meningite. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (18 de julio de 1974). Na demora do diagnóstico meningite mata criança. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (23 de julio de 1974). Meningite continua avançando e fazendo vítimas. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (24 de julio de 1974). É alto o custo desses doentes. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (25 de julio de 1974a). Mais 260 casos de internação em um só dia. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (25 de julio de 1974b). O pai espera filha morta, há filas. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (25 de julio de 1974c). Uma tarde dramática no Emílio Ribas. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (27 de julio de 1974). Vacinas para 82% das vítimas. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (3 de agosto de 1974a). Coronel explica remessa de vacina. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (3 de agosto de 1974b). Durante o surto a comunhão é dada na mão. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (18 de agosto de 1974). O surto veio da pobreza. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

*Folha de S. Paulo* (23 de agosto de 1974). A meningite isolou as 120 crianças. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.

- Folha de S. Paulo* (29 de agosto de 1974). Médico condenou a imprensa pelo mal. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.
- Folha de S. Paulo* (16 de septiembre de 1974). Neurose e briga na fila do Butantã. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.
- Folha de S. Paulo* (16 de octubre de 1974). A vacinação nas crianças de 6 meses até 7 anos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.
- Folha de S. Paulo* (24 de abril de 1975). Na penha os vacinadores chegaram às 11 hs. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.
- Folha de S. Paulo* (24 de abril de 1975). Walter Leser explica os defeitos dos pedojets. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.
- Folha de S. Paulo* (26 de abril de 1975). Grande São Paulo: quase todos vacinados. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.
- Folha de S. Paulo* (6 de mayo de 1975). A leitora norteamericana pergunta sobre a epidemia. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.
- Folha de S. Paulo* (4 de agosto de 1975). Brasil explica luta contra a meningite. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.
- Folha de S. Paulo* (23 de octubre de 1975). Falha na computação impede o primeiro balanço. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.
- Foucault, Michel (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: ForenseUniversitária.
- Foucault, Michel (1982). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, Michel (1983). *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes.
- Schmid, Ary Walter, Galvão, Augusto Leopoldo Ayrosa (1961). Alguns aspectos epidemiológicos da meningite meningocócica no Município de São Paulo. *Arq. Hig. Saúde Pública*, São Paulo, n. 26, pp. 15-39.
- Gramsci, Antonio (1978). *Maquiavel, a política e o Estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Gruppi, Luciano (1980). *Tudo começou com Maquiavel*. Porto Alegre: L & PM.
- Jamba, G. et al. (1979). Immunization during a cerebrospinal meningitis epidemic in the Mongolian People's Republic 1974-75. En: *Bulletin of the WHO*, v. 57, p. 943-946.
- Jornal do Brasil* (13 de abril de 1975). Meningite em seis estados matou 897 pessoas em 1975. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro.
- Jornal da Tarde* (15 de septiembre de 1972). Mais de 50 casos de meningite na cidade. *Jornal da Tarde*, São Paulo.
- Jornal da Tarde* (28 de septiembre de 1972). O Silêncio absurdo em torno do problema. *Jornal da Tarde*, São Paulo.
- Jornal da Tarde* (30 de septiembre de 1972). Não ha surto de meningite, diz o ministro. *Jornal da Tarde*, São Paulo.
- Jornal da Tarde* (11 de julio de 1973) A meningite cada vez mais forte nestes Estados. *Jornal da Tarde*, São Paulo.
- Jornal da Tarde* (9 de noviembre de 1973). A vacina contra a meningite em escola industrial. *Jornal da Tarde*.
- Jornal da Tarde* (27 de julio de 1974). Reale, Jr. As dúvidas sobre a vacina. *Jornal da Tarde*, São Paulo.
- Jornal da Tarde* (29 de julio de 1974a). As dúvidas que chegam com a doença. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (29 de julho de 1974b). O que podem fazer as crianças, as fadas e os boêmios em uma cidade tão assustada? *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (30 de julho de 1974). Diagnóstico oficial da meningite. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (31 de julho de 1974). O calor derrota a meningite. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (6 de agosto de 1974). Meningite Boletim Nacional. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (8 de agosto de 1974). A vacina. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (12 de agosto de 1974). Conversa com o Ministro da Saúde. Assunto: a meningite. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (13 de agosto de 1974). O diretor está tranqüilo, as mães não. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (13 de agosto de 1974). A volta às aulas com muito medo. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (14 de agosto de 1974). Menos turistas na cidade. E a meningite. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (20 de agosto de 1974). Novo personagem de composição para a escola: meningite. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (5 de septiembre de 1974). O Brasil espera a meningite de 75 bem protegido. *Jornal da Tarde*.

*Jornal da Tarde* (17 de septiembre de 1974). 2.400 leitos e 2.399 doentes internados. O dia em que havia só 1 leito vago na cidade. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (18 de septiembre de 1974). Alguns médicos denunciam: a Prefeitura está perdendo dinheiro. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (24 de septiembre de 1974). Mascarado na sala de aula. É o medo da meningite. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (4 de outubro de 1974). Recorde: 2.505 internados. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (16 de outubro de 1974). O ministro no Sul repete uma boa notícia. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (15 de abril de 1975). A vacinação. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (22 de abril de 1975a). As armas e os soldados desta guerra. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (22 de abril de 1975b). Cinco mil homens a postos: começa a operação que entrará para a história. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (24 de abril de 1975). Cinco milhões de vacinados. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (27 de abril de 1975). 11 milhões de vacinados e 1.329 descontentes. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

*Jornal da Tarde* (18 de diciembre de 1975). A meningite depois da vacinação. *Jornal da Tarde*, São Paulo.

Junqueira, Melquíades (1914). Meningite cérebro-espinhal a meningococcus: Contribuição para sua epidemiologia em São Paulo. *Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia*, São Paulo, n. 2, pp. 42-63.

Keele, Kenneth D. (1974). The Sydenham-Boyle theory of morbid particles. *Medical History*, v. 18, pp. 240-248.

Lathoud, J. A. (1975). *Matéria médica homeopática*. Buenos Aires: Albatros.

- Laurell, Asa Cristina (1938). A saúde, doença como processo social. En: Nunes, Everardo Duarte. *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global.
- Lenin, Vladimir I. (1978). *Política*. São Paulo: Atica.
- Lenin, Vladimir I. (1979). *O Estado e a Revolução*. São Paulo: HUCITEC.
- Lima, Carvalho (1932). Meningites bacterianas em São Paulo. *Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, São Paulo, n. 24, pp. 145-149.
- Loyola, Maria Andréa (1984). *Médicos e curandeiros*. São Paulo: DIFEL.
- Luz, Madel T. (1979). *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- Marques, Ernani (9 de septiembre de 1974). Eles coordenam toda a luta contra a meningite em São Paulo. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.
- Martins, Carlos Estevan (1975). *A tecnocracia na história*. São Paulo: Alfaômega.
- Ministério da Saúde do Brasil (1975). *Manual de vacinação*. Brasília.
- Oberti, J. et al. (1981). Étude d'une épidémie de méningococcie au Viet Nam (provinces du sud). En: *Bulletin de l'OMS*, v. 59, pp. 585-590.
- O Estado de S. Paulo (21 de julio de 1972). Não ha surto de meningite. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (15 de septiembre de 1972). A meningite já preocupa. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (23 de diciembre de 1972). SECRETARIO satisfeito com campanha, mas sobram vacinas. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (27 de septiembre de 1972). Nas escolas preocupação. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (28 de septiembre de 1972a). Nas clínicas, um movimento intenso. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (28 de septiembre de 1972b). A Secretaria evita falar em números. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (28 de septiembre de 1972c). O surto de meningite. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (29 de septiembre de 1972a). Epidemia, a palavra proibida. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (29 de septiembre de 1972b). Prefeitura dá sete recomendações. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (29 de septiembre de 1972c). A secretaria admite falhas. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (29 de septiembre de 1972d). Técnico da OPS não obteve números. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (5 de octubre de 1972). Da tribuna o elogio apressado. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (10 de octubre de 1972). Aulas recomeçam e esquema não muda. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (14 de octubre de 1972). VACINA será testada antes. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo (28 de octubre de 1972). Vacina atingirá a faixa até 3 anos. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.

- O Estado de S. Paulo* (19 de diciembre de 1972). Saode atribui à imprensa falta de apoio à vacina. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (20 de febrero de 1974). Surto de meningite mata duas pessoas. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (11 de julio de 1974). Governo adotará ações urgentes contra a meningite. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (13 de julio de 1974). Neurose da meningite preocupa o Ministério. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (19 de julio de 1974). Centralização agrava problema da meningite. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (23 de julio de 1974). Todos querem cooperar no combate à meningite. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (25 de julio de 1974a). Centros poderão abrir à noite. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (25 de julio de 1974b). Escolas municipais prorrogaram as férias. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (25 de julio de 1974c). Ministério cria uma comissão de controle. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (25 de julio de 1974d). A peregrinação em busca de assistência. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (25 de julio de 1974e). O surto de meningite. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (26 de julio de 1974). Nos postos conselhos nem sempre resolvem. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (27 de julio de 1974a). O cronograma dos Estados Unidos pode adiar campanha. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (27 de julio de 1974b). Situação de calamidade pública. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (27 de julio de 1974c). Só o silêncio para a dúvida dos familiares. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (30 de julio de 1974a). No emílio ribas já há tempo para descansar. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (30 de julio de 1974b). Países da América Latina tomam medidas preventivas. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (31 de julio de 1974). Os lustadas: Canto primeiro. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (2 de agosto de 1974a). Formalizado o pedido de convocação do secretário. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (2 de agosto de 1974b). Ministério nega desvio. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (2 de agosto de 1974c). Uruguai fecha a fronteira. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (3 de agosto de 1974). Fronteira abre no Sul e Uruguai só mantém controle. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (4 de agosto de 1974a). Opção terapêutica. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.

- O Estado de S. Paulo* (4 de agosto de 1974b). Pela primeira vez não há registro de mortes. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (10 de agosto de 1974). Desnutrição e falta de higiene: os aliados de todas as doenças. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (11 de agosto de 1974). Voltam as aulas e a meningite. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (14 de agosto de 1974). Depois da política, promoção. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (15 de agosto de 1974). São Paulo precisa triplicar os leitos. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (16 de agosto de 1974). Surto oscila, escola suspende aulas. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (21 de agosto de 1974a). Butantã produzirá a vacina. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (21 de agosto de 1974b). Merrieux autoriza fabricação. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (31 de agosto de 1974). Vacina atingirá 60 milhões. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (26 de septiembre de 1974). Candidato distribui vacina. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (10 de octubre de 1974). Meningite exige hospitais. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (11 de octubre de 1974). Alunos da PUC. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (25 de octubre de 1974). Amapá, experiência inédita. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (27 de octubre de 1974). Ciência popular também ajuda a combater o mal. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (6 de noviembre de 1974). Na França, em quadrinhos. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (20 de diciembre de 1974). Plano vacinará 80 milhões contra a meningite. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (14 de enero de 1975). A vacinação já não desperta interesse. *O Estado de S. Paulo*.
- O Estado de S. Paulo* (10 de marzo de 1975). Transição política afeta a prevenção da meningite. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (26 de marzo de 1975). Saúde pretende imunizar 80% da população de São Paulo. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (3 de abril de 1975). Meta é vacinar 103 milhões. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (4 de abril de 1975). Temor será arma para garantir vacinação ampla. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (6 de abril de 1975). Meningite aumenta, governo tenta impedir. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (24 de abril de 1975). Renda familiar baixa faz crescer índice da epidemia. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.

- O Estado de S. Paulo* (13 de diciembre de 1975). Em 76 matrícula só com atestado de vacina. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (14 de diciembre de 1975). Algo ainda deverá ser feito. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (16 de diciembre de 1975a). Atestado de vacinas, agora um fato político. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (16 de diciembre de 1975b). Um erro custoso. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (17 de diciembre de 1975). Estado diz que lei da vacina é inconstitucional. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (18 de diciembre de 1975). STF suspende lei da vacina. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (19 de diciembre de 1975). *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- O Estado de S. Paulo* (27 de septiembre de 1982). Comunicado das Secretarias. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo.
- Peltola, Heikki et al. (1982). Meningococcal disease in Scandinavia. En: *British Medical Journal*, v. 284, pp. 1618-1621.
- Penha, Gilberto (27 de febrero 1975). Meningite 1 vítima a cada 2 horas em São Paulo. *Folha de S. Paulo*, São Paulo.
- Pinto, Álvaro Vieira (1979). *Ciência e Existência Problemas filosóficos da pesquisa científica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Pizzi, Mario (1944). A severe epidemic of meningococcus meningitis in Chile 1941-42. En: *American Journal of Public Health*, v. 34, pp. 231-239.
- Polack, Jean Claude (1971). *La medicina del capital*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Portelli, Hughes (1977). *Gramsci e o Bloco Histórico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Possas, Cristina (1981). *Saúde e Trabalho*. Rio de Janeiro: Graal.
- Poulantzas, Nicos (1975). *As classes sociais no capitalismo de hoje*. São Paulo: Zahar.
- Poulantzas, Nicos (1977). *Poder político e classes sociais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rosen, George (1979). *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal.
- Salmi, Irja et al. (1976). An epidemic due to Sulphonamideresistent group A meningococci in the Helsinki area (Finland). En: *Scand. J. Infect. Dis*, v. 8, pp. 429-454.
- Schmid AW, Ayrosa-Galvão AL. (1961). Alguns aspectos da meningite meningocócica no município de São Paulo. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, n. 26, pp. 15-39.
- Singer, Paul (1976). *A crise do milagre*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Snow, John (1967). *Sobre a maneira de transmissão da cólera*. Rio de Janeiro: USAID.
- Veja* (26 de septiembre de 1973). Vacina incompleta. *Veja*, São Paulo.
- Veja* (8 de mayo de 1974). A saúde em exame. *Veja*, São Paulo.
- Veja* (26 de junio de 1974). Vacina em teste. *Veja*, São Paulo.
- Veja* (14 de agosto de 1974a). A doença do termômetro. *Veja*, São Paulo.
- Veja* (14 de agosto de 1974b). O medo da volta. *Veja*, São Paulo.
- Veja* (25 de septiembre de 1974). Recordes no fronte. *Veja*, São Paulo.
- Veja* (2 de octubre de 1974). Os renovadores. *Veja*, São Paulo.

- Veja* (31 de outubro de 1974). Saúde uma doença nacional. *Veja*, São Paulo.
- Veja* (16 de abril de 1975a). Carta aos leitores. *Veja*, São Paulo.
- Veja* (16 de abril de 1975b). O combate à meningite. *Veja*, São Paulo.
- Veja* (23 de abril de 1975). Guerra à meningite. *Veja*, São Paulo.
- Veja* (14 de mayo de 1975). Exitos da campanha. *Veja*, São Paulo.
- Weffort, Francisco (1980). *O populismo na política brasileira*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Wilson, Graham S.; Miles, Ashley (1975). *Principles of bacteriology, virology and immunity*, v. 2. London: Edward Arnold.

La traducción al español y reedición de *Meningitis: una enfermedad censurada*, de autoría de la prestigiosa investigadora y epidemióloga brasileña Rita de Cássia Barradas Barata es producto de una investigación con compromiso social, que interpela desde la epidemiología a la sociedad ante un evento que afectó la salud de los colectivos sociales de la gran urbe de San Pablo, en la década de 1970, en el marco de la dictadura militar en Brasil (1964 -1984). Este libro destaca la importancia de una mirada social desde la epidemiología descriptiva y la utilidad de esa combinación para problematizar situaciones concretas del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, que los trabajadores de los equipos de salud enfrentan a diario y muy pocas veces se proponen publicar, al imaginar que solo puede ser científico un texto si está acompañado de complejas fórmulas y la utilización de sofisticadas técnicas de análisis. Este texto constituye un buen ejemplo que debe ser tomado como desafío para que esos colectivos de trabajadores cambien esas ideas colonizadoras y se propongan publicar las situaciones que a diario enfrentan y señalan las grandes desigualdades sociales que atraviesan las sociedades que integramos y que permanecen silenciadas. Llevar adelante ese trabajo es también una acción científica, entendida como ciencia contextualizada y no como cientificismo, al decir de Oscar Varsavsky.

**Hugo Spinelli**

Fragmentos de “Por qué reeditar este libro”

