

# EstiloCaja

Revista de la Caja de la Abogacía de la Provincia de Buenos Aires

## COVID-19

## Cambios que llegaron para quedarse



Los mensajes de WhatsApp y su acreditación en el proceso civil



Llegó la hora de la Firma Digital

## Sumario •

Mensaje del Presidente	3
Institucional	
COVID-19 Cambios que llegaron para quedarse	4
Actualidad	
Los mensajes de WhatsApp y su acreditación en el proceso civil	6
Salud Mental	
Consideraciones acerca de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657	7
Entrevista	
Salud, Covid y confrontación de derechos	12
Capacitación	
“La Pandemia potenció nuestro trabajo y nos permitió llegar a matriculados y matriculadas de todo el país”	15
Discapacidad	
En pandemia también HABLEMOS DE DISCAPACIDAD	16
Actualidad	
Llegó la hora de la Firma Digital	17
Libros	
Capitalismo Sanitario	21
Jornadas Deportivas	
2020... Indudablemente un año impensado, aún para los más imaginativos	22
Salud	
Epidemias que afectaron a Argentina en los últimos siglos	23
Humor	32



## EstiloCaja Revista de la Caja de Abogados de la Provincia de Buenos Aires

**Editor Responsable**  
Dr. Daniel Mario Burke  
**Director Responsable**  
Dr. Pablo Linares

**STAFF**  
Comisión de Comunicación Institucional  
**Presidente**  
Dr. Pablo Linares  
**Secretaría**  
Dra. Mirta Fraile  
**Vocales**  
Dr. Juan Carlos Acosta  
Dr. Guillermo Álvarez  
Dr. Alberto Biglieri  
Dr. Carlos Campion  
Dr. Omar Eduardo Basail

**Producción Integral**  
Área de Comunicación Institucional

Lic. Cecilia Pérez Ledesma

**Redacción**  
Lic. Camila Lazzarini  
Lic. Dana I. Chiérico

**Diseño y diagramación**  
Carlos S. Luchetti

**Propietaria**  
Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires  
Dirección: Calle 13 N° 821/29 3er. Piso  
Ciudad de La Plata - Provincia de Buenos Aires  
Código Postal 1900  
Tel. (0221) 427-0204 / 439-3939  
E-mail: estilocaja@cajaabogados.org.ar  
Web: www.cajaabogados.org.ar  
CUIT N° 30-53270805-9  
ISSN 2314-2065  
DNDA: 5345477



Ganadora de  
16 Premios APTA

Esta revista no comparte necesariamente las opiniones manifestadas en entrevistas y artículos firmados. Independientemente de que realizamos todos los esfuerzos para verificar y asegurar la exactitud de la información contenida en sus páginas, no se acepta la responsabilidad que pudiere derivarse de cualquier omisión, inexactitud o errata.  
Las prestaciones que figuran en los avisos publicitarios, no se encuentran necesariamente cubiertas por los planes del Sistema Asistencial CASA.



Dr. Daniel Mario Burke  
PRESIDENTE

*Colegas:*

*Ha comenzado un nuevo año y nos encuentra en otro lugar, frente a otra realidad.*

*Hemos atravesado situaciones por demás complejas, tanto en lo laboral, en lo social y lo que es mucho peor, en la salud.*

*Como Presidente de la Institución me enorgullece haber contado con colegas y trabajadores y trabajadoras que estuvieron a la altura de las circunstancias.*

*No nos detuvimos un instante. En el mes de marzo, cuando se dispuso el aislamiento, con el Directorio tomamos medidas inmediatas tanto para las obligaciones previsionales como para nuestro Sistema Asistencial. Suspendimos los vencimientos de préstamos, de planes de pago, la CAO 2019 hasta el 31 de agosto se pudo integrar sin intereses. Lanzamos una línea de ayuda solidaria a tasas muy bajas y que tuvo una gran recepción de parte de nuestros afiliados, y una línea especial a tasa 0% para jubilados y pensionados. Respecto a CASA también se contemplaron los intereses en las cuotas, se implementó la receta digital, se puso a disposición el servicio de psicoterapia online, dos líneas exclusivas de contacto por casos sospechosos de covid, entre muchas medidas más.*

*En la misma línea de trabajo y de crecimiento, se avanzó de manera significativa en relación a los trámites online. Hemos logrado implementar todos los medios de pago on line (tarjeta de débito, de crédito y transferencia), la presentación de reintegros por la misma vía, que los jubilados y pensionados accedan a sus recibos de haberes también desde una computadora y que de la misma manera acrediten la supervivencia. Todo significó un gran esfuerzo y algo muy importante es que, a pesar de que el cumplimiento de las obligaciones previsionales se vio muy golpeado por la falta de trabajo, pudimos afrontar todos los compromisos asumidos, tanto con nuestros pasivos como con aquellos que percibían un subsidio por incapacidad o una asignación por hijo con discapacidad.*

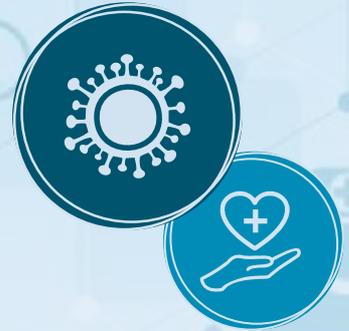
*Luego llegó el momento de definir la cuota anual 2020 y conociendo la realidad de la actividad profesional, que se vio y actualmente continúa muy perjudicada, el Directorio aprobó un proyecto especial en el que se destacan algunos puntos como el vencimiento de la cuota fijado al 31 de mayo sin intereses, la posibilidad de elegir estamentos online e incluso de desistir del pago de la anualidad.*

*Esto es un breve resumen de lo trabajado en el año 2020. Hoy volvemos a compartirles nuestra revista, en esta oportunidad solo digital, con un variado e interesante contenido. El desarrollo de las medidas lo encontrarán más detallado y luego podrán leer sobre temas de actualidad para nuestra profesión como lo es la firma digital, y los mensajes de whatsapp como prueba en el proceso judicial y notas de interés general como la Ley de Salud Mental y diferentes puntos de vista sobre el tema, un recorrido histórico sobre otras epidemias que atravesó nuestra sociedad y una entrevista a un colega que cuenta su experiencia como CEO de una clínica en tiempos de pandemia.*

*Deseo que este año sea diferente. Renovamos la esperanza de que toda esta situación quede atrás.*

# COVID-19

## Cambios que llegaron para quedarse



La pandemia que afectó al mundo entero durante el 2020 y hasta el día de hoy sigue causando estragos en materia de salud y economía, revolucionó nuestras formas de relacionarnos, de comunicarnos y de vivir. Como toda crisis, irrumpió de golpe y nos obligó a actuar rápido, a cambiar, a reinventarnos.

Desde la Caja de la Abogacía hemos implementado diversas herramientas para promover y facilitar la labor de forma virtual, que rápidamente han sido adoptadas y utilizadas con asiduidad por nuestros afiliados y afiliadas, aún ahora que el confinamiento no es obligatorio. Durante estos 9 meses acompañamos a nuestro universo afiliatorio a través de medidas que intentaron paliar de algún modo el malestar

general, entre ellas podemos destacar la quita de intereses para el pago de todas las obligaciones, la suspensión de los vencimientos y de los plazos administrativos, las líneas de ayuda solidaria y el préstamo especial a tasa 0% para nuestros jubilados/as y pensionados/as.

Y por último, pero no menos importante, se brindó la opción de desistir del pago de la cuota anual 2020, renunciando el año a los fines jubilatorios sin que eso afectara el acceso a los beneficios, y teniendo además la posibilidad de recuperar el año desistido más adelante. De este modo, quienes no pudieron trabajar durante un año tan difícil como fue el 2020 no se vieron en la obligación de abonar la cuota.

**Cabe destacar que todos los trámites relacionados con el pago de la cuota anual 2020 se realizan desde servicios en línea:**

- Solicitud de desistimiento Cuota Anual 2020: [bit.ly/desistir2020](https://bit.ly/desistir2020)
- Adhesión a un estamento para el cumplimiento de la cuota anual 2020: [bit.ly/AVISOcumplimientoCAO](https://bit.ly/AVISOcumplimientoCAO)
- Pase de aportes para jóvenes en franquicia que desistieron el 2020: [bit.ly/pasedeaportes2020a2021](https://bit.ly/pasedeaportes2020a2021)

**2020**



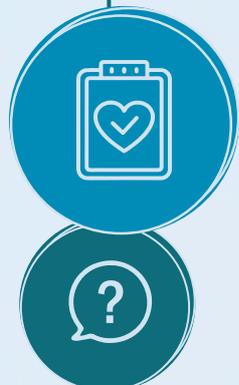
**La virtualización de trámites y formas de pago implicó un trabajo conjunto y coordinado de los departamentos, sectores y áreas de la Institución y con mucho orgullo, queremos compartir todas las nuevas implementaciones:**

- Solicitud de clave para operar desde servicios en línea: [bit.ly/claveServiciosEnLinea](https://bit.ly/claveServiciosEnLinea)
- Pagos online CAJA o CASA con tarjetas de débito o crédito de cualquier banco: [bit.ly/pagoOnlineCajaCASA](https://bit.ly/pagoOnlineCajaCASA)
- Registro de CBU online para la acreditación en cuenta de reintegros y beneficios: [bit.ly/registroCBUCajaCASA](https://bit.ly/registroCBUCajaCASA)
- Pase de excedentes 100% online: [bit.ly/PASExcedentes](https://bit.ly/PASExcedentes)
- Carga de Informes de transferencia a través de servicios en línea para que nuestros afiliados y afiliadas puedan llevar el control de sus pagos: <https://bit.ly/informartransferencia>
- Descarga de recibos de haberes online de jubilación y pensión: [bit.ly/reciboHaberes](https://bit.ly/reciboHaberes)
- Gestión de planes de pago con opción estamentos vía mail: [bit.ly/estamentosyplanes](https://bit.ly/estamentosyplanes)
- Solicitud de asignaciones y subsidios online: [bit.ly/BeneficiosCajaOnline](https://bit.ly/BeneficiosCajaOnline)



**Los cambios también llegaron a nuestro Sistema Asistencial CASA con las siguientes implementaciones:**

- Medicamentos y prácticas con receta Digital: [bit.ly/validezrecetas](https://bit.ly/validezrecetas)
- Solicitud de Reintegros online a través de las Delegaciones: [bit.ly/reintegros](https://bit.ly/reintegros)
- Línea directa de atención vía whatsapp: [bit.ly/whatsappCASA](https://bit.ly/whatsappCASA)
- Servicio de Psicoterapia por teleconferencia: [bit.ly/Psicoterapiaporvideo](https://bit.ly/Psicoterapiaporvideo)
- Credencial temporal móvil: [bit.ly/credencialmóvil](https://bit.ly/credencialmóvil)
- Acceso a las recetas de prestaciones de salud sexual y reproductiva a través de la APP CASA Móvil: [bit.ly/saludsexualyreproductiva](https://bit.ly/saludsexualyreproductiva)



# Los mensajes de WhatsApp y su acreditación en el proceso civil



Una publicación del Dr. Gastón E. Bielli que puede resultar de mucha utilidad para los y las profesionales de la abogacía. A continuación les compartimos la introducción y los invitamos a leer el artículo completo escaneando el código QR o haciendo click [AQUÍ](#)



## Introito. La prueba electrónica en general

La doctrina especializada ha definido a la prueba electrónica, o en soporte electrónico, como aquella información contenida en un dispositivo electrónico a través del cual se adquiere el conocimiento de un hecho controvertido, bien mediante el convencimiento psicológico, bien al fijar este hecho como cierto atendiendo a una norma legal (1).

Hoy en día existe una enorme cantidad de supuestos en los que los hechos conducentes y relevantes, necesarios para la solución del conflicto judicial, se materializan en soportes electrónicos o digitales. Siendo que esta temática es de gran interés para las partes que necesitan producir su canalización correspondiente como elementos probatorios, a fin de fundamentar sus pretensiones.

En el marco de un proceso judicial, la prueba electrónica tiene por objeto cualquier registro que pueda ser generado dentro de un sistema informático, entendiendo por este a todo dispositivo físico (computadoras, smartphones, tablets, CDs, DVD, pen drives, etc.) o lógico, empleado para crear, generar, enviar, recibir, procesar, remitir o guardar a dichos registros, que, producto de la intervención humana u otra semejante, han sido extraídos de un medio informático (por ejemplo: registros en planillas de cálculo, correos electrónicos, registros de navegación por Internet, bases de datos, documentos electrónicos) (2).

Al día de la fecha, los sistemas mensajería instantánea

entre personas se han configurado como un método probatorio para acreditar la ocurrencia o no de hechos que las partes hayan afirmado como fundamento de sus derechos, o cuestionados y que deban ser invocados dentro de un pleito. Por esta razón, los diálogos, audios, imágenes o videos que se comparten en tales conversaciones se han convertido en una importante fuente de prueba que puede ser introducida al juicio a través de los diversos medios consagrados en la normativa ritual.

En el presente trabajo nos abocaremos al tratamiento de uno de estos sistemas de mensajería en particular: los intercambios comunicacionales que se generan a través de la plataforma WhatsApp, conforme realizaremos un exhaustivo análisis relativo a su validez de los mismos en el proceso privado, y estableciendo correlativamente pautas para su incorporación en juicio.

Es necesario reconocer a esta aplicación como uno de los medios de mensajería instantánea más utilizados por la sociedad. Y, asimismo, es destacable mencionar que además de analizar este elemento probatorio, los criterios vigentes para su admisibilidad, y cómo debe ser aportado en juicio, serán sólo con relación a aquellos intercambios comunicacionales suscitados entre las partes que intervienen en el pleito –nos referimos a un intercambio bidireccional–, y no respecto a intercambios suscitados entre varios interlocutores que convergen a la vez –intercambio multidireccional–, en tanto dejaremos esta temática para futuros trabajos.

# Consideraciones acerca de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657

## La paradoja de su perspectiva sobre DDHH

Por GERMAN CALVO y ENRIQUE TONELLI  
Asesores jurídicos de AISAME  
(Asociación Argentina de Instituciones de Salud Mental)

Cuando se sancionó y promulgó la llamada “Nueva” Ley de Salud Mental en el año 2010, así nombrada por venir a reemplazar a la LEY N° 22.914 de internación de personas en establecimientos de salud mental, públicos o privados, y de alcohólicos crónicos y toxicómanos en establecimientos adecuados, seguramente no se preveían las repercusiones que tendría 10 años más tarde.

Desde el inicio estuvo fuertemente impulsada y respaldada por organizaciones de derechos humanos en pos de la liberación y reivindicación de los pacientes psiquiátricos a quienes, a juzgar por las diversas corrientes de pensamiento y opiniones desatadas, habían convertido en una suerte de víctimas del sistema socio sanitario instalado por los médicos psiquiatras, en una suerte de paralelismo con las víctimas del terrorismo de Estado que había vivido la Argentina en épocas de la dictadura militar.

A la luz de la explicación precedente, es posible afirmar que la Nueva Ley de Salud Mental centró su fundamento en una errónea concepción del principio de no discriminación. La terminología invocada durante el debate legislativo revela que algunos legisladores consideran que las personas internadas en Neu-

ropsiquiátricos se encuentran “detenidas”, “encerradas” y/o “excluidas de la sociedad”. Se partía de la premisa de la estigmatización de los pacientes internados para de esta manera condenar también a los establecimientos de salud mental, comparándolos con cárceles y Manicomios.

En el mismo sentido, y con el mismo objeto, fue instalada otra premisa cuya sola afirmación estremece por su temeridad: la internación involuntaria constituye una privación de la libertad ambulatoria. En esa lógica, **internar a los “usuarios del sistema” contra su voluntad atentaría directamente contra los derechos humanos.** Desde esta óptica no reviste importancia alguna si la persona se encuentra en pleno brote psicótico por sustancias, por depresión u otra causa que ponga en peligro su vida, o esté paranoico por bipolaridad activa, lo que podría derivar en un femicidio, homicidio o filicidio. Su voluntad debe ser respetada. Paradójicamente, los autores de la ley se adjudican haber instalado *-a la hora de hacer efectiva una internación compulsiva-* el requisito esencial de inminencia del daño para sí o para terceros (*como si no fuera una modalidad practicada por algo más de 35 años*). Con este supuesto “hallazgo” que se adjudican



Dr. Enrique Tonelli



Dr. Germán Calvo

## Columna de opinión



DR. EMILIO DE FAZIO

Las Instituciones que integran la Red de Prestadores de Servicios en Salud Mental de AISAME (Asociación Argentina de Instituciones de Salud Mental) brindan servicios especializados en el marco de un Programa asistencial en línea con los modernos conceptos que se utilizan en Psicopatología, de enfoque multidisciplinario, que prioriza la atención en las modalidades ambulatorias y que reserva la Internación para casos muy específicos, siendo esta alternativa terapéutica un dispositivo que a medida que avanza la ciencia, y en nuestro caso como consecuencia de la aplicación del programa señalado, se halla en franco declive, ocupando hoy la Internación un espacio reducido dentro del espectro de medidas o posibilidades de abordaje de los trastornos, con que cuenta hoy la especialidad. La Ley Nacional de Salud Mental prevé en su artículo 27 la erradicación de los manicomios, Instituciones que hace ya largos años han desaparecido, y que implicaban encierro y ausencia de tratamiento. Ninguno de los establecimientos de la Red de AISAME puede, desde el punto de vista racional ser calificado de manicomio. También determina el mencionado artículo 27 de la Ley la desaparición de los establecimientos monovalentes, sin que quede claro cuál sería el fundamento para aplicar esta

dicen venir a sustituir el actual y vigente concepto de “*peligrosidad*” que, aseguran, impone una evaluación basada en riesgos potenciales, axioma que absurdamente endilgan a los establecimientos especializados en Salud Mental, para asimilarlos irrazonablemente a los ya extintos manicomios (*tópico que habremos de volver a mencionar*). Dentro de esta pretendida tesitura, el riesgo cierto e inminente debe tomarse ahora, señalan, con criterio situacional: es la situación la que determina el riesgo y no la persona, de modo que, si se modificara el ambiente de la persona, es posible que el riesgo ya no exista (*un esquizofrénico, en un ambiente “más comunitario” podría ya no ser un esquizofrénico*). En este sentido, el hecho de considerar el riesgo cierto e inminente como carácter inherente a la persona del “*usuario*” (peligrosidad) es lo que estaría habilitando, según afirman, que los Establecimientos especializados estén especulando sobre el comportamiento futuro del paciente, en flagrante violación del respeto a la autonomía, libertad y autodeterminación. Se trata de un sofisma elegantemente construido, sino fuera por el inmenso peligro que trae aparejado para las personas con padecimientos del estilo.

El basamento de la Ley de salud mental 26.657 fue tan novedoso como polémico, ya que partía de una premisa absolutamente apartada del enfoque médico de la salud mental: despojaba a la persona que padece una enfermedad mental de toda relación con la práctica y el ejercicio de la medicina psiquiátrica, en contra de lo que normalmente ocurre con cualquier otra especialidad médica.

Si echamos una mirada al inicio de la norma, podemos leer lo siguiente: “*En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los*

*derechos humanos y sociales de toda persona*”.

Como podemos observar, nada se dice acerca del abordaje médico de la enfermedad sino antes bien, la norma parece mejor abarcar los determinantes o causas de la enfermedad, pero no la enfermedad y al enfermo en sí mismo. Difícilmente encontremos un texto más aplicable a la clásica paradoja de pretender erradicar la enfermedad por decreto.

La ley elude sistemáticamente el problema de la enfermedad mental y al encargado primordial de tratarla: el médico psiquiatra.

Al tomar como base y objetivo a la definición de la OMS: “*La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y satisfactoria y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*” el legislador omite que, “*contrario sensu*”, la falta de salud mental, **es la enfermedad mental**, es decir, los trastornos psiquiátricos que pueden ser graves como la esquizofrenia, los trastornos de la personalidad, trastornos paranoides, psicosis, depresiones crónicas y otras, que dificultan o impiden el desarrollo de las capacidades funcionales estandarizadas con respecto a tres o más aspectos de la vida cotidiana.

Es decir que la ley parte de una premisa errónea o sesgada, que define a la enfermedad mental y los trastornos y padecimientos mentales, a través de la óptica y el tratamiento del abordaje de la prevención y los determinantes de la enfermedad, pero en ningún caso, desde el punto de vista de la medicina psiquiátrica. **Aun peor, sus autores se ufanan de haber instalado el abordaje de la Salud mental desde la perspectiva de los DDHH sustituyendo con esta ley el modelo Hegemónico de perspectiva biológico que considera “enfermos” a los “usuarios” a los que se so-**

**mete injustamente a tratamientos regidos por el “arte médico”.** Aunque resulte inverosímil el párrafo subrayado, debemos concluir que del espíritu de la ley se desprende que EL ENFERMO PSIQUIATRICO debe ser considerado y tratado como un NO ENFERMO.

Párrafo aparte para el artículo 12 de la ley que reza: “*La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos “...y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales...”*. Un verdadero llamado a la reflexión al profesional médico especialista en psiquiatría que por una parte es olvidado, dejado de lado y restringido en sus funciones e incumbencias, para luego advertirle que, en su única función de prescribir fármacos, no debe delinquir.

**En medio de todo, y con pretendido afán de originalidad,** todo el articulado de la ley no hace otra cosa que describir en líneas generales el proceso de atención que recibe actualmente (y por lo menos desde hace 30 años) un paciente psiquiátrico en cualquier Institución de Salud mental, Pública o Privada, que aplique los conceptos más modernos de la medicina para esa especialidad: Todas enmarcan su actividad en el respeto total de los DDHH y los derechos de las personas con padecimientos mentales (art 7), todas realizan abordajes terapéuticos de carácter multidisciplinario (art. 8) priorizando de manera contundente el accionar terapéutico en la Comunidad y dentro de la modalidad Ambulatoria (art. 9), las intervenciones terapéuticas están precedidas del Consentimiento Informado en todos los casos (art. 10), asimismo, todas esas medidas se basan en fundamentos científicos y son dispuestas por Equipos multidisciplinarios (art.12) organizadas y estructuradas de manera transversal en lo referente a

roles e incidencia en las distintas decisiones de los integrantes del equipo profesional (Art. 13). La internación es una modalidad terapéutica de excepción y nunca implica aislamiento o incomunicación (art. 14) y siempre se la reduce en tiempo a la mínima expresión posible (art. 15), cumpliendo además todos los otros preceptos legales al respecto (arts. 16 a 22).

No obstante lo esgrimido, el artículo 27 de la ley prohíbe la creación de nuevos MANICOMIOS, Neuropsiquiátricos o Instituciones de internación monovalentes y establece que las ya existentes se deben adaptar a los objetivos de la ley hasta su sustitución definitiva. Una simple lectura del precepto legal permite colegir que el espíritu de la ley supone el prejuicio de que todas las instituciones monovalentes son Manicomios (*internación como único recurso para contener la enfermedad mental donde no se contempla la singularidad y subjetividad del paciente*), modelos éstos de internación asilar que predominaban en la primera mitad del siglo pasado pero que en modo alguno subsisten en la actualidad. En este razonamiento, los organismos detrás de la confección de la ley han afirmado que las personas que son “sometidas” a tratamientos en instituciones psiquiátricas son particularmente vulnerables **a la tortura u otras formas de trato cruel e inhumano o degradante** y que, a partir del alto grado de intimidad que caracteriza estos tipos de tratamientos, son también más proclives **a tratos abusivos durante la internación.** Entonces el Estado debe garantizar que en estos lugares “sea preservado el derecho de los **pacientes de recibir un tratamiento digno, humano y profesional, y de ser protegidos contra la explotación, el abuso y la degradación**”. Es a todas luces desconcertante la idea de erigir el artículo 27 con fundamento en estas afirmaciones vertidas por los ideólogos de la ley y ratificadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (IF-2019-84873859-APN-DNSMA#MSYDS) asimilando las instituciones monovalentes a Manicomios pues deviene

norma. Debe tenerse presente que este término de varias décadas de existencia se refería en el caso de las Instituciones de Salud Mental a aquellas que tenían como único recurso la Internación. Hoy esto ha cambiado sustancialmente, nuestros establecimientos tienen carácter polimodal, desarrollan multiplicidad de actividades terapéuticas y en ellas confluyen diversas disciplinas y por ello lejos están de ser rotuladas de monovalentes desde la perspectiva objetiva y desde el conocimiento científico que hoy se maneja. Pero más aún, de admitir un calificativo perimido como el de monovalente y utilizarlo para eliminar del sistema sanitario nuestras Instituciones especializadas se estaría privando a la población de un sistema sanitario específico para el tratamiento de los trastornos mentales, ejecutando una medida carente de razonabilidad, porque así como la población requiere servicios especializados en diversas patologías los requiere en Salud Mental. No es válido el argumento de atender a los pacientes en Hospitales o Clínicas generales, porque los pacientes con trastornos mentales requieren un hábitat específico, una planta física con características especiales, un Equipo profesional y no profesional entrenado y capacitado, un programa terapéutico diseñado por especialistas y ejecutado según diversos pasos o modalidades, pasible de ser llevado adelante solo en una Institución que cumpla con todo lo expuesto. De concretarse lo señalado, y afectar la actividad de los centros especializados, el daño principal no será a dichos centros, será a la población que requiere y utiliza a las Instituciones de Salud Mental, que por otra parte cumplen su labor en un contexto de aprobación general; no se observan quejas hacia el sistema, no hay denuncias públicas hacia el mismo, y debe tenerse presente que en este último concepto están englobadas las diversas instancias judiciales que controlan nuestra actividad.

Prof. Dr. Emilio De Fazio  
Médico Psiquiatra  
Médico Legista  
Presidente de AISAME

lógico preguntarse, ante tales cuasi denuncias, cuál es la posición que adoptan las distintas instancias de auditorías a las que son sometidas las instituciones especializadas en Salud mental, a saber: Autoridad de Aplicación (Ministerio de Salud de provincia o nación, según el caso), Municipios, Financiadores y Principales prestadores de este tipo de servicios a los afiliados o asociados a las obras sociales y/o planes de salud existentes y, con mayor interés, los Juzgados civiles que deben intervenir obligatoriamente en el proceso de internación de una persona que presente riesgo para sí o para terceros, además de atender revisiones de insanías, determinaciones de capacidad, o bien la intervención de Asesorías de Incapaces, Defensorías y Curadurías. O bien han sido todos cómplices de las torturas, explotaciones, abusos y degradaciones, o bien la corriente que impulsa esta absurda proscripción de los centros especializados deslegítima la actuación del poder judicial en la materia.

Sin ánimo de sobreabundar en lo ya consignado, podemos decir que en general dentro del subsector de las clínicas y centros de Salud mental a lo ya dicho sobre el programa asistencial de enfoque multidisciplinario existente (y verificable por las inspecciones y auditorías señaladas) debe agregarse que *el 95% de las prestaciones se realizan en el ámbito ambulatorio, en dispositivos tales como hospital de día, consultorios externos, atención domiciliaria programada, Módulo de Integración Comunitaria (MIC), casas de medio camino, etc. Aún en una población especialmente sesgada como la del PAMI, que cubre el 85% de las personas con patología mental severa, la cantidad de internaciones mensuales, está por debajo del 5% (Fuente: AISAME). Todo ello excluye totalmente a las instituciones de modelo Manicomial y, aun más, por su enfoque polimodal y por abarcar diversas disciplinas, las aleja del concepto de Monovalente. En consecuencia, no se hallan estas instituciones alcanzadas por lo normado en el artículo 27 de la ley*

26657.

Por último, pero no menos curiosa, resulta la solución encontrada para los pacientes con padecimientos mentales que, a esta altura, además de no poder contar ya con establecimientos médicos sanatoriales especializados en la atención de su dolencia, debían recurrir, conforme el artículo 28, a los “hospitales generales”.

Es decir, hospitales generales que no contaban en 2010 ni ahora con la infraestructura mínima acorde, deberían recibir pacientes muchas veces en crisis de excitación psicomotriz, con pronóstico de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, e internarlos junto a quienes presentan patologías que requieren, por ejemplo, inmovilización y cuidados especiales, un verdadero despropósito cargado de intencionalidad política, y desprovisto de cualquier rigor científico o terapéutico.

Los interrogantes que surgen entonces se relacionan con la suerte que correrán mientras tanto los pacientes cuyo tratamiento terapéutico requiere de internación; y, asimismo, que ocurrirá con aquellos pacientes sociales que no tienen familiares.

Pero aun cuando en los hospitales generales existiera gran disponibilidad de camas, ellas tampoco serían útiles. No se trata solo de la cama, debe existir un hábitat adecuado, con características específicas que están claramente determinadas, un equipo entrenado y capacitado, con los necesarios ambientes para llevarlo adelante, y una concepción del trastorno mental y su enfoque terapéutico que aparece en quienes trabajan en la especialidad.

No es casual que a medida que avanza la ciencia -y no las leyes o decretos- avanza la diversidad de instituciones especializadas para asistir los distintos trastornos de salud. Es más que obvio que son necesarias las instituciones cardiológicas, ginecológicas, traumatoló-

gicas, etc, como también lo son las que tratan los problemas de la salud mental. No es que influya el colapso hospitalario; lo que verdaderamente influye es la especificidad que requiere el tratamiento de una patología tan compleja para su abordaje.

Si alguien no puede discernir entre realidad y fantasía, si carece del sentido de orientación, si tiene problemas de memoria, si responde en su conducta a fenómenos alucinatorios, si no tiene juicio crítico de sus actos, si tiene su pensamiento invadido por ideas anormales, debe permanecer, por el riesgo que ello implica, en un servicio asistencial para pacientes con ese tipo de patologías. **Ello no implica vulnerar derechos o libertades sino proteger a la persona.** Se vulnerarían derechos de no llevar adelante las medidas terapéuticas que la ciencia aconseja en esos casos y una de ellas es la internación. No como se afirma en un manicomio, ellos ya no existen. En una institución de salud preparada para la asistencia y rehabilitación de pacientes con trastornos mentales. Asimilar estos conceptos a maltrato, agravio, tortura, o violación de derechos humanos, es claramente exhibición de ignorancia o de intencionalidades vinculadas a factores no conocidos totalmente.

De lo expuesto deviene ineludible **la curiosa paradoja de la pretendida perspectiva de Derechos Humanos que, se supone, se inscribe en la ley:** en aras de proteger a quienes padecen afecciones mentales se sanciona una ley cuyos efectos importarán el desamparo de numerosos pacientes del sistema de salud mental. **Lejos de consagrar los derechos humanos de los pacientes, se los vulnera totalmente.** De esta manera el Estado retrocede en su rol de garante del bienestar general, incumpliendo Tratados Internacionales que gozan de jerarquía constitucional.

Continúa Columna de Opinión Dr. Brusco ►

## Columna de opinión



**DR. IGNACIO BRUSCO**

Las leyes no son mágicas. Aun cuando sean buenas las intenciones, si son tan complejas, como la actual Ley de Salud Mental, pueden generar diferentes opiniones.

Las leyes de salud mental deben ser, ante todo, legislaciones de derechos humanos; priorizando primero y especialmente los derechos de las personas. La Ley de Salud Mental que fue votada en nuestro país hace 10 años tiene todavía puntos sin resolver. Es una ley que primeramente ha servido, enhorabuena, para ordenar los derechos de los pacientes. Así, revisiones de internaciones, insanias, apoyo social y legal de los pacientes, así como la incorporación de actores transdisciplinarios ayudaron mucho en pos de los derechos de las personas con problemas de salud mental. A estas personas que requieren de asistencia de salud mental se les asignan diferentes nombres. Existen discusiones sobre si son “pacientes” o “usuarios”. Creo que para la comunidad médica la palabra “usuario” no resulta feliz. Entonces, la Ley de Salud Mental contempla los derechos de los pacientes, siendo de gran ayuda, pero podríamos decir que contiene otros

temas que comienzan a generar una gran discusión. Uno de ellos es inmiscuirse en la incumbencia profesional, existiendo leyes de incumbencia de psiquiatras y de psicólogos. Dentro de este punto de conflicto es grave la exclusión del médico en la internación por problemáticas salud mental y/o internación psiquiátrica, ya que pueden realizarse internaciones sin una participación de un médico y/o médico psiquiatra. Esta situación pone en gran riesgo al paciente y a los profesionales firmantes de este acto tan complejo.

Existen múltiples causas médicas que pueden aparecer en forma aguda, generando patologías en las conductas de las personas, como las encefalitis agudas, tumores, hematomas subdurales, accidentes cerebrovasculares, demencias rápidamente progresivas, entre muchas otras enfermedades.

No es saludable ni correcto prejuizar el acto de diagnóstico médico que llevará a la posibilidad de una internación urgente, que podría ser en diferentes áreas (neurología, clínica, terapia intensiva, salud mental), dependiendo la patología de base del paciente con riesgo conductual inminente. La discriminación y prejuizamiento sobre el médico psiquiatra se basa en conceptos de mediados del siglo pasado, como por ejemplo el del médico inglés David Cooper, autor de “Psiquiatría y antipsiquiatría”, quien consideraba a esta rama de la medicina un “instrumento capitalista para el disciplinamiento social”.

El médico psiquiatra cumple un rol clave en el componente de diagnóstico, terapéutico, preventivo y de rehabilitación de todas las posibilidades médicas que afectan la conducta y la cognición de las personas. Es una de las áreas de las ciencias médicas que más se revolucionó en los últimos años, a expensa del desarrollo de los estudios y descubrimientos del cerebro. Han cambiado fuertemente los paradigmas de la neurociencia y es necesario de un conocimiento científico de altísima complejidad (neuroimágenes, exámenes sanguíneos, electroencefalografía, examen neurológico, entre otros). ¿Cómo no va a participar un médico en

la toma de decisión más importante que es la internación y que variará según el diagnóstico? ¿Quién se anima a realizarla sin la pericia (expertise) médica? ¿Qué consecuencias tendrá para los pacientes, para los profesionales intervinientes? ¿Cuánto afectará la seguridad de la sociedad? Otra cuestión establecida en la Ley de Salud Mental del año 2010 es que a esta altura no deberían existir más clínicas ni hospitales psiquiátricos en el país. Es otro aspecto controvertido de la ley en su artículo 27. No han sido reemplazadas las camas de internación, ni se han generado las suficientes casas de medio camino. Además, se

prejuiza sobre la multidisciplinariedad con la que ya cuentan muchas clínicas monovalentes con claros protocolos de psico-socio-rehabilitación. El problema no pasa por ser monovalentes o polivalentes: pasa por trabajar correctamente. El hospital general no garantizará nada si no se piensa en la resocialización. El solo cierre de camas generará personas en condición de calle con riesgo para sí o terceros.

Si los profesionales y la conducción trabajan correctamente, respetando los derechos de los pacientes teniendo como objetivo central la psico-socio-rehabilitación, el trabajado será correcto.

El cierre de camas, prejuizando a instituciones monovalentes, muchas de ellas con un reconocido trabajo en resocialización, dejará a mucha gente en condición de calle. Los médicos y las médicas psiquiatras no merecen este destrato, discriminación y prejuizamiento en que incurre esta ley. No se puede en pos de una correcta defensa del derecho del paciente incurrir en discusiones corporativas y de incumbencias que pueden afectar el correcto tratamiento de este tema. Trabajar mancomunadamente la interdisciplina y el impacto social de la salud mental con respeto y tolerancia es la única manera real de reconocer los derechos de las personas.

Dr. Ignacio Brusco  
Titular y Director del Departamento  
de Psiquiatría y Salud Mental.  
Facultad de Medicina. UBA- Director  
del Instituto de Derecho y Salud. UNLZ

# SALUD, COVID Y CONFRONTACIÓN DE DERECHOS

Entrevista al Dr. Carlos Santoro



Además de ser el CEO de la Clínica Monte Grande, el Dr. Carlos Santoro, es Profesor en la Cátedra de Contratos de la Universidad de Lomas de Zamora. El ámbito de la salud lo llevó a estudiar Derecho y hoy su trabajo se centra en ambos. En una conversación con EstiloCaja nos cuenta su experiencia frente al COVID-19.

## ¿Por qué decidiste ser abogado?

Estudí Derecho a partir de un Juicio de mala praxis al que asistí como representante de una empresa de salud. Cuando la secretaria del Juzgado dijo que solo ingresaban los abogados me enojé mucho por no poder defender a la empresa de lo que yo consideraba un reclamo y daño infundado. Ese día salí convencido de que tenía que estudiar Derecho, averigüé todo y en cuatro años y medio me recibí en la Universidad de Lomas de Zamora de la cual hoy soy docente.

## Contáanos desde cuándo te relacionás con el ámbito de la salud y desde cuándo estás al frente de la Clínica Monte grande.

Con el ámbito de la salud me relaciono desde prácticamente toda mi vida. Cuando salí del servicio militar, me tocó Malvinas y como ahí yo había indicado que iba a ser médico u odontólogo, me enviaron al buque hospital, entonces ya desde ese momento estuve relacionado con todo lo referido a la salud.

En la Clínica Monte Grande, al prin-

cipio estuve al frente de la prepaga, durante más de 20 años y luego, hace aproximadamente hace 10 años, pasé al Sanatorio como CEO.

## En el mes de marzo cuando el coronavirus ya era un hecho en nuestro país, ¿Cómo fue todo el trabajo de reorganización de la clínica?

Nosotros como Instituto de alta complejidad estamos muy interconectados con Institutos de otros países y dada la situación mundial, nuestro país espejo fue un Sanatorio en España que nos estaba contando lo que estaban viviendo, entonces en marzo ya decidimos organizar un Comité de crisis. De ese comité participaban todas las personas que en ese momento creíamos necesarias y luego se fue incorporando más gente. Comenzamos reuniéndonos una vez cada 15 días y terminamos haciéndolo todos los días porque el cambio del funcionamiento de la Institución era radical. De repente una puerta de emergencia se transformó en ocho puertas en las que había que clasificar a los pacientes según el color, amarillo, rojo o verde y al mismo tiempo tener todo dividido para el ingreso de los pacientes

Covid, también segmentados en adultos, niños y neonatos. Fue un cambio sustancial desde la circulación hasta el punto extremo de ingresar sin acompañantes.

**Además del trabajo en la clínica estuviste al frente de los hisopados rápidos que se hacían desde el auto, ¿cómo resultó esa iniciativa?**

Al principio era complicado, mucho lo fuimos aprendiendo sobre la marcha, hubo momentos de hisopado a todos, luego no, las ordenanzas fueron cambiando todo el tiempo y nosotros adaptándonos. El autotest fue una iniciativa de nuestro equipo al ver que la gente tenía dudas y no quería ingresar a la institución por miedo a contagiarse. A raíz de eso, en una de las reuniones en donde surgían ideas y viendo que la gente estaba conforme con el tema de no bajarse del auto, fuimos pioneros en el autotest que verdaderamente fue un éxito y nos permitió posicionarnos en un buen lugar en cuanto a experiencia.

**Como CEO de una empresa de salud, ponés al servicio tu profesión y conocimientos como abogado pero también hay mucho de sensibilidad como ser humano. ¿cómo resultó y resulta esa conjugación durante esta pandemia? ¿Hubo derechos que se superpusieron, cómo manejaron esas situaciones?**

A mi criterio hubo una confrontación de derechos muy respetables y lo puedo graficar con algunas anécdotas o situaciones, por ejemplo el derecho que todos los papás tienen de acompañar el nacimiento de su bebé y de golpe se confrontaba nuestro derecho de no dejarlo pasar para preservarlo a él y al personal de salud con su derecho de presenciar la llegada de su bebé y acompañarlo. Había una confrontación permanente. Lo mismo pasaba con los casos de pacientes que necesitaban internarse para tener una muerte digna y de golpe no se les podía dar porque debíamos tener camas disponibles para otros pacientes que tuvieran más posibilidades de vida, esa es una situación muy estresante y dolorosa. Además preparar al personal que iba a tener que decidir

quién entraba y quién no. Tuvimos casos de pacientes muy añosos que no pudimos internarlos y que terminaron en presentaciones legales porque era necesario reservar algunos espacios y recursos para evitar la saturación que finalmente llegó a un 95%.

**Hasta que llegue la vacuna todavía queda camino por recorrer, sin embargo la cantidad de gente circulando aumentó considerablemente ¿cómo viven esta nueva normalidad?**

Es cierto que hay como una “vuelta a la normalidad” pero nosotros no estamos mirando eso, estamos atentos a que sigue habiendo muertes. También es verdad que por suerte la gente volvió a atenderse, había mucha demanda contenida. Pero no dejamos de mirar el tema covid y estamos con cierto recelo de volver todo a la normalidad, de hecho en la Clínica seguimos con las 8 puertas porque, viendo lo que está pasando en otros países, creemos que puede llegar a haber un rebrote. De todas maneras nosotros tenemos la esperanza de que llegue la vacuna y esto no suceda.

**Hablamos un poco del personal de salud y sus derechos. En un punto tuvieron que dejar de lado algunos derechos para ponerse al servicio de la comunidad. ¿qué nos podés decir al respecto?**

La pandemia vulneró muchos derechos, sobre todo los laborales. Además hubo muchos cambios respecto a los derechos del paciente y de los profesionales, no había regulación en cuanto al secreto de los datos de los pacientes, todo lo que era presencial dejó de serlo y eso también vulneró otros derechos, porque la receta era digital, la historia clínica también y después había que ver si servía o si no, y en ese ida y vuelta se vulneraban muchos derechos ya adquiridos.

El personal de salud, trabajó y trabaja muy arduamente y ese aplauso y reconocimiento que tuvieron sobre todo al principio de la pandemia lo necesitaban porque el esfuerzo era mucho y realmente está muy mal pago, tienen multi-empleos, no son

considerados como se lo merecen. Ojalá ese reconocimiento no quede en los aplausos.

**La pandemia te encontró en un lugar muy comprometido, hoy con el diario del lunes, ¿aceptarías estar en el mismo lugar?**

Sí, aceptaría estar nuevamente en este lugar. Nuestro objetivo siempre fue la salud de la gente. Cuando en marzo llegó esta pandemia le dije a mi equipo que estábamos en guerra y que me iba a poner a librar esta batalla a sabiendas de que iba a haber muchas objeciones, problemas en los recursos materiales y humanos, que todo iba a ser nuevo y un aprendizaje difícil, pero lo volvería a aceptar. Creo que fue un golpe fuerte y es una oportunidad para valorar más al personal de salud que nunca fue valorado.

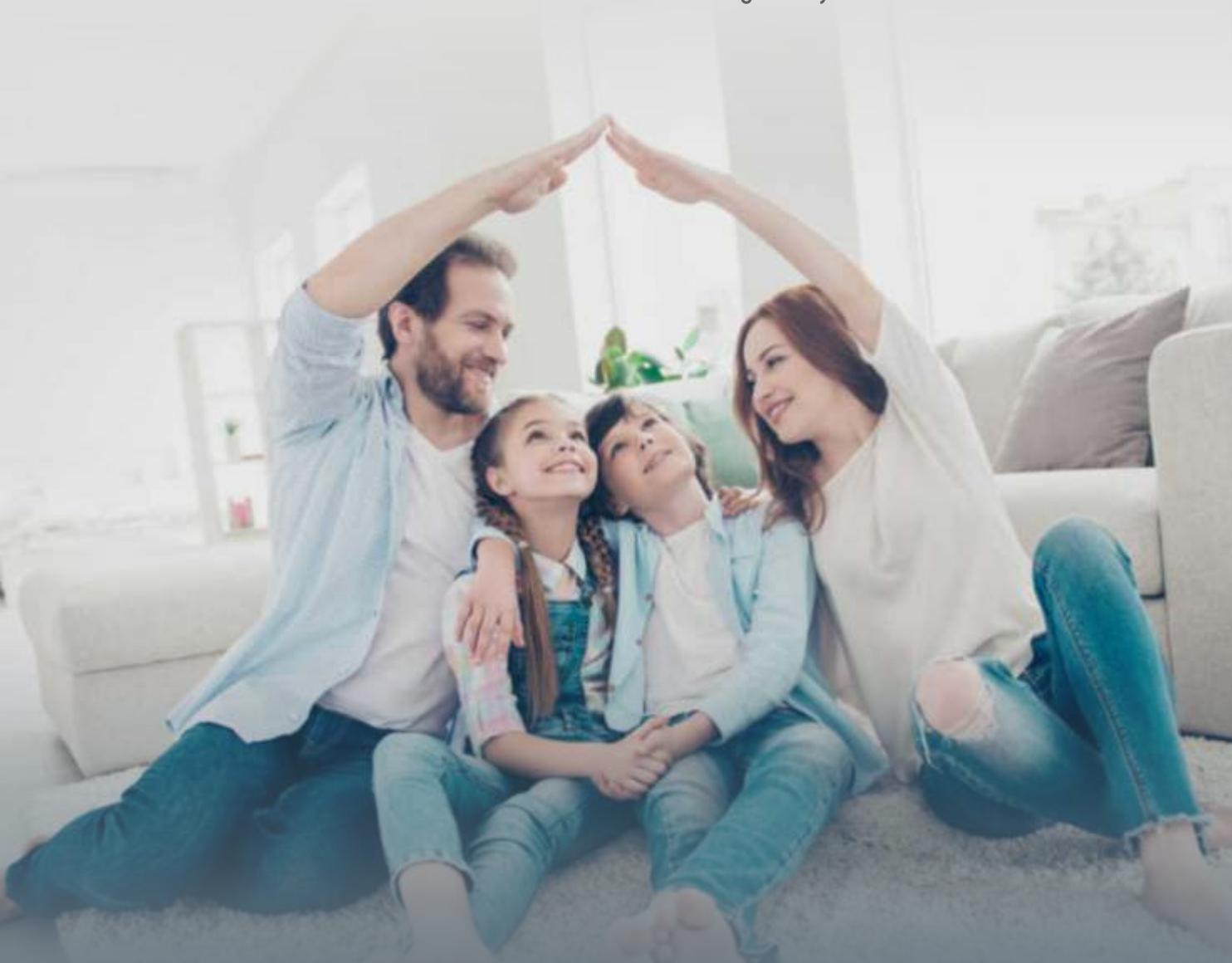
**¿Cómo fue el acompañamiento del gobierno? ¿hubo solidaridad y trabajo en conjunto entre las empresas de salud?**

Nos sentimos muy acompañados y sobre todo con el estado municipal y provincial porque teníamos una interlocución permanente de situaciones, de intercambio de información y siempre trabajando a la par. Un ejemplo de ello es que en un momento el hospital no podía hacer los partos porque tenía a gran cantidad del personal infectado y tuvo que cerrar el área y nosotros les prestamos nuestras instalaciones para que vengan a realizar los partos sin hablar en ningún momento de plata. Una vez que pasaba todo se arreglaba el tema de los honorarios de los profesionales que habían intervenido pero la idea era trabajar codo a codo, intercambiar información, prestarnos insumos, lo que fuera necesario. Con todos los Hospitales de alta complejidad estuvimos conectados permanentemente.

Lic. Camila Lazzarini  
Lic. Dana I. Chiérico

# CASA SISTEMA ASISTENCIAL

Desde 1978 cuidando la salud de los abogados y sus familias



Acercate a conocer nuestros planes...

CASA **NOVEL**    CASA **BAS**    CASA **MED**    CASA **PLUS**

[WWW.CASA.ORG.AR](http://WWW.CASA.ORG.AR)

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL 0800-222-2272 (CASA)

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA ABOGADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

AV. 13 N 821/29 - PISO 4 (1900) LA PLATA - BUENOS AIRES - ARGENTINA ■ TEL: (0221) 439-3939 - 427-0204 ■ E-MAIL: CASA@CAJAABOGADOS.ORG.AR

Marcelo Fioranelli:

“La Pandemia potenció nuestro trabajo y nos permitió llegar a matriculados y matriculadas de todo el país”

El presidente de la Fundación de Ciencias Jurídicas y Sociales (CIJUSO) del Colegio de Abogados de la Provincia de Buenos Aires (Col.Pro.BA), Dr. Marcelo Fioranelli, remarcó el crecimiento exponencial que tuvieron los cursos de capacitación a distancia en el marco de la pandemia por Covid-19.

“El 2020 representó un gran desafío en todos los ámbitos, y a pesar de las grandes dificultades que hemos tenido que afrontar, pudimos estar a la altura de las circunstancias, incrementando nuestra oferta de cursos online para cumplir con nuestro objetivo de formación permanente” sostuvo el Dr. Fioranelli.

En este sentido detalló: “Con un gran equipo de profesionales y docentes que conformamos junto a los Dres. Jorge Omar Frega y Gastón Argeri, Secretario y Tesorero de la Fundación, respectivamente, logramos brindar más de cien capacitaciones virtuales que contaron con la participación de más de sesenta mil inscriptos”.

Se trata de cursos que abordaron las distintas ramas del derecho y que se brindaron en vivo, a través de la plataforma Zoom, o de forma asincrónica, a través de las aulas virtuales Moodle que provee la Fundación, en la que los y las profesionales del derecho acceden a clases grabadas, material bibliográfico y foros de debate.

“Las dinámicas de trabajo virtual nos permitieron profundizar la articulación con las comisiones del Col.Pro.BA, poniendo a disposición nuestra plataforma para brindar capacitaciones que llegaron a toda la provincia, como es el caso de la formación en género que se dictó en el marco de la Ley Micaela, las Jornadas de Abogacía Joven, de Discapacidad, o el Congreso de



Derecho Sistémico, sólo por nombrar alguno de los trabajos articulados que realizamos este año” sostuvo la máxima autoridad de la institución. La gran cantidad de inscriptos, que trascendían a los matriculados y matriculadas de la provincia, llevaron a las autoridades a firmar un convenio con la Federación Argentina de Colegios de Abogados (FACA) para articular el trabajo con colegios de todo el país, permitiendo incrementar el alcance de la Fundación.

Otras de las áreas que mantuvo una gran oferta durante 2020 es la

mediación prejudicial, donde a partir del trabajo conjunto con las autoridades del Ministerio de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, la Comisión de Mediación del Col.Pro.BA, y un gran equipo de colaboradores y colaboradoras se garantizó la continuidad de los programas de capacitación permanente y se desarrolló el Curso Básico de Mediadores en modalidad virtual.

Asimismo, comenzó un curso de Formador de Formadores después de casi una década, para lo cual la Provincia fue dividida en siete regiones con la intención de que los y las aspirantes tengan una vinculación de territorialidad con el cuerpo docente.

Por último, se destaca el trabajo realizado en el marco de la Ley de Abogadxs del Niñx, cuya capacitación estuvo a cargo de la Dra. Marisa Herrera y fue dictado a distancia para abogados y abogadas de todo el país.

Con una gran proyección para el 2021, el Dr. Fioranelli invita a los y las matriculadas a visitar el sitio web de la Fundación [www.cijuso.com.ar](http://www.cijuso.com.ar), donde podrán encontrar toda la información sobre las capacitaciones.



En pandemia también

# HABLEMOS DE DISCAPACIDAD

Hace varios años se vienen desarrollando con gran éxito las jornadas Hablemos de discapacidad. Este valioso espacio de reflexión, información y concientización sobre la temática de discapacidad fue tomando cada vez más protagonismo y durante el año de pandemia, cambiaron las formas pero no el compromiso.

Con gran esfuerzo, la Comisión Interdepartamental de Abogados con Discapacidad de nuestra Caja junto a los Colegios de Abogados, llevaron a cabo jornadas en numerosos Departamentos Judiciales; y la ventaja de esta nueva forma de comunicarnos (a través de una pantalla) fue que desde cualquier punto de la provincia los colegas y la comunidad toda, pudieron estar presentes y participar de las destacadas disertaciones que se brindaron en cada oportunidad.



A continuación les compartimos los temas de cada jornada y los links de acceso a cada nota:

**“La discapacidad en situación de pandemia COVID-19”**

<https://bit.ly/3pUawsO>

Anfitrión: Colegio de Abogados de Pergamino

**“Defensa y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad durante la pandemia”**

<https://bit.ly/3hW2i0V>

Anfitrión: Colegio de Abogados de Morón

**“Acceso a la Justicia de las personas con discapacidad”**

<https://bit.ly/3ogpFEJ>

Anfitrión: Colegio de Abogados de Lomas de Zamora

**“Capacidad Jurídica. Obras Sociales. Discapacidad y Universidad”**

<https://bit.ly/2LktsST>

Anfitrión: Colegio de Abogados de La Matanza

**“Igualdad de oportunidades en los derechos Laborales de las personas con discapacidad”**

<https://bit.ly/3hIk9Dm>

Anfitrión: Colegio de Abogados de Mar del Plata

**“Comunicación, redes y teletrabajo”**

<https://bit.ly/3ofRsFi>

Anfitrión: Colegio de Abogados de San Isidro

**“Nuevos aportes en materia de discapacidad”**

<https://bit.ly/3hIh4YX>

Anfitrión: Colegio de Abogados de Junín

# Llegó la hora de la FIRMA DIGITAL

**H**ace pocos días Colproba anunciaba que a partir de ahora los abogados y abogadas de la provincia de Buenos Aires podemos contar con firma digital tramitada en nuestros colegios departamentales.

Esto, que indudablemente es una gran noticia, ha generado algunas dudas operativas, particularmente para poder establecer qué diferencia tiene esta firma digital con la que contábamos hasta ahora, en el marco del Sistema de Notificaciones y Presentaciones Electrónicas.

Es doble explicar a esta altura que la firma digital está disponible en la Argentina desde hace 18 años, a partir de la sanción de la ley 25.506.

Quizás a principios de 2002 pasó inadvertido su desembarco, habida cuenta de las graves circunstancias que atravesaba nuestro país. También es cierto que en aquel momento y a los fines de nuestro desarrollo profesional, la aparición de la firma digital parecía una suerte de esoterismo tecnológico, acaso cercano a una utopía o distopía según nuestro grado de afinidad a la tecnología.

Hoy, muchos años después, y en otro momento difícil, parecería que ha llegado la oportunidad de empezar a darle el verdadero alcance que esta modalidad de suscripción tiene. Probablemente necesitábamos madurar el

concepto y experimentar algunos procesos de cambio que nos ubicaran, en lugar de posicionarnos de frente a esta tecnología, que reitero no resulta nueva.

Por eso en primera instancia haremos un breve repaso de los cambios que operaron en nuestra forma de llevar adelante nuestra profesión, cuyo efectivo factor multiplicador lo comenzamos a ver en estos últimos meses, empujado por las consecuencias de la pandemia del Covid-19.

## De átomos a bits.

Hace 25 años, el entonces director del Media Lab del MIT (Instituto Tecnológico de Massachusetts) Nicholas Negroponte, publicaba el libro "Being Digital", un "best seller" que nos anticipaba en gran medida muchos de los cambios que hemos ido viviendo en los últimos años en nuestras vidas, y que tendría particulares consecuencias en el desarrollo cotidiano de nuestra profesión.

El citado autor entre otros pronósticos, anuncia lo que denomina la transformación de átomos a bits, agregando además que la misma sería irrevocable e imparable. Átomos y bits como expresiones de dos mundos diferentes. Uno de volúmenes, pesos, espacios y desplazamientos físicos. Otro digital, de ceros y unos que pueden trasladarse en fracciones de segundos de una punta a la otra del planeta, que inevi-

table y paulatinamente reemplazaría al anterior, al menos en lo que a información se refiere.

Claro está que para ese entonces el advenimiento de internet como motor revolucionario de las comunicaciones ya comenzaba a tener cada vez más penetración en el mundo. En la Argentina aún había un desarrollo incipiente. En nuestra profesión, si nos posicionamos a mediados de los noventa, podremos coincidir que la computadora personal y la digitalización que implicaba, sólo alcanzaba a ser una suerte de avance o reemplazo de la máquina de escribir.

La transformación de átomos de papel y tinta transformados en bits, a la luz de la revolución que las tecnologías de la informática y las comunicaciones han producido en este tramo de la historia contemporánea, ha vuelto realidad lo que presagiaba Negroponte en la obra citada. Nuestra profesión se encuentra ya desde hace años inmersa, día a día, en este proceso de cambio.

Pensemos por un instante cómo estas tecnologías han influido en nuestras vidas, en nuestra forma de relacionarnos, de documentar nuestras experiencias, de compartirlas, en nuestros esparcimientos, en la posibilidad de acceso a información, en la manera que trabajamos. En fin, cómo hemos ido modificando todas estas conductas.

Podríamos discutir si esto es un avance en términos de calidad de vida, pero en términos de eficiencia profesional, el margen de discusión se acota notablemente. En ese último sentido creo que hemos sido privilegiados en poder advertir estos avances, producto de la contemporaneidad y que sin dudas nos permite entender su significado y valorarlo.

Paradójicamente, en nuestra profesión, los primeros acercamientos a la materia informática se producían en sentido inverso. Nos adentramos en una primera instancia en ver cómo transformar ese nuevo mundo de bits en átomos. De esa manera empezamos a familiarizarnos con este nuevo horizonte que nos proponía el mundo digital, y tener que documentarlo para producir pruebas de hechos y actos jurídicos que nacían en formato de bits (p.e. páginas web, e-mails, fotos, videos y otros documentos electrónicos en general) y volcarlos en nuestro mundo de átomos de papel y firma ológrafa (p.e. actas notariales, escritos, pericias, etc.). Acaso la única forma que teníamos o conocíamos de poder hacerlo.

No tardamos mucho tiempo, al menos en términos históricos, en protagonizar también estos cambios. En esto la provincia de Buenos Aires ha sido visionaria y hasta pionera en acompañar este proceso. Los optimistas tecnológicos, como es mi caso, consideramos que algunos procesos demoraron demasiado tiempo en concretarse, desaprovechando el potencial que la tecnología elegida para el Sistema de Notificaciones y Presentaciones electrónicas tenía desde su origen.

Para encontrarle una mirada condescendiente podríamos también decir aquí, que estos adelantos requerían cierta maduración en un ámbito como el nuestro, tan apegado históricamente a los átomos. Obviamente la pesadez de movimientos institucionales, no ha estado al margen.

Recién a partir de esta inesperada emergencia producida por la pandemia del Covid-19, el sistema ha ido completando funcionalidades que podrían haber estado presentes desde su inicio.

Podríamos afirmar que, una de las contrararas de las desastrosas consecuencias epidemiológicas, sociales y económicas que ha traído este virus al mundo entero y a nuestro país, ha sido el impulso, en términos de eficiencia, que ha logrado la justicia de la provincia de Buenos Aires. Hemos podido



apreciar en pocos meses el factor multiplicador que traía consigo esta tecnología y que no se había logrado en todos estos años.

Mucho tiempo antes de esta pandemia ya habíamos naturalizado el cambio que significó la aparición de la Mesa de Entrada Virtual. Lo entiendo como el primer atisbo de este proceso que, más allá de ser meramente informativo y las limitaciones expresas de sus alcances, modifica nuestra forma de trabajar, particularmente en cuanto a procuración refiere.

Desde hace unos años ya habíamos comenzado a realizar las presentaciones electrónicas ante la justicia y las notificaciones comenzaron a circular en forma de bits. Un paso de trascendental significado. Una primera advertencia de las mejoras que este sistema podía brindarnos.

Ello significó que tuviésemos que salir a adquirir un dispositivo criptográfico donde alojar el certificado electrónico de la SCBA, configurar nuestras computadoras y actualizarlas a una nueva modalidad de trabajo. Lo hicimos, superando la desconfianza e incertidumbre inicial y tuvimos el primer acercamiento al significado de suscripción de manera no ológrafa y que adquiriría valor documental.

Pero al Sistema de Notificaciones y Presentaciones Electrónicas le quedaban algunos cabos sueltos, que en el marco de la urgencia sanitaria de los últimos meses se han ido resolviendo.

Así, en primer lugar podríamos destacar la digitalización de la totalidad del expediente judicial y la posibilidad

de acceso electrónico al mismo. Un impulso significativo y que marca el indefectible fin de la era del papel en el proceso judicial.

Dejamos de tener que presentar la copia en formato papel de nuestros escritos. Resultaba extraña, acaso innecesaria, la obligatoriedad de presentación de escritos en papel y en formato digital. Un contrasentido gestacional desde mi mirada.

Otra medida significativa es la posibilidad de realizar los sorteos de causas en forma electrónica. Algo que debería haber ocurrido hace mucho tiempo, acaso también desde el inicio de utilización de esta tecnología. Poco sentido tenía tener que trasladarnos hasta las receptorías al solo efecto de presentar un conjunto de átomos en forma de formulario y un par de fotocopias certificadas con nuestra firma ológrafa, adquiriendo esta modalidad especial nimiedad en aquellos sorteos que involucraban a la mediación previa obligatoria, que ni siquiera requería presentación de demanda, ni prueba, ni copias, etc.

Al menos desde ahora, estas dos iniciativas evitarán traslados innecesarios. Miles de kilómetros, duplicación de tareas, toneladas de tinta y papel, tiempos y costos asociados que afortunadamente quedarán en el olvido. Tecnológicamente posible desde hace muchos años, pero que finalmente la situación derivada de la pandemia pudo impulsar.

El otro punto importante que posibilitó a la justicia provincial poder activar su funcionamiento ha sido el trabajo

remoto. La tecnología de firma digital y la demorada posibilidad de firma remota por parte de los funcionarios judiciales finalmente lo permitió.

En este marco cabe destacar a aquellos funcionarios y empleados judiciales que se han puesto a la altura de las circunstancias, buscando soluciones originales a las complejidades que se iban produciendo, avanzando inclusive en la toma de audiencias en forma electrónica.

Así como los abogados estábamos en posición de poder operar a distancia, necesitábamos lo mismo del otro lado del mostrador. Y no todo es tecnología. Acá también tallan los conocimientos, la inteligencia, las ganas de aportar y poner el hombro en circunstancias difíciles. Podremos discutir el alcance. Si acaso fue la regla o la excepción, pero más allá de ello merece una destacada mención. Entendiendo además que el teletrabajo no es tan sencillo cuando nada está preparado para ello.

Es indudable que los lineamientos iniciales trazados hace muchos años en la justicia provincial, acompañados e impulsados activamente por Colproba, permitieron un punto de arranque diferencial a cualquier otra jurisdicción en nuestro país. Y de esta forma se pudo avanzar y lograr un acceso a justicia, parcial, pero que logró destrabar la parálisis inicial con las seguridades requeridas.

Lamentablemente la falta de funcionamiento de la Oficina de Notificaciones ha generado paralización de muchos procesos. ¿Cómo explicarlo? Cuesta entender que no hablamos de un servicio esencial. Esto adquiere mayor relevancia a la luz de la negativa de algunos órganos jurisdiccionales de arbitrar otros medios de notificación. Un combo difícil de explicar.

La acordada 3989 SCBA produce una gran expectativa en relación a la mejora en las posibilidades de notificación a partir de la creación del “Registro de domicilios electrónicos del Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires”. La aceleración de los plazos procesales y la mejora en términos de costos que ello podría generar es notoria.

Quedan muchas dudas para su implementación y en particular la imposibilidad de utilización en el ámbito de la mediación previa obligatoria, que parece un claro contrasentido y esperamos pueda reverse previo a su lanzamiento. A pesar de esto último, el anuncio no deja de ser auspicioso.

La mediación previa obligatoria, con presencialidad a distancia es un gran logro de 2020. El comienzo de las audiencias en forma remota ha sido un éxito y sin dudas ha llegado para quedarse. Una muestra de la plasticidad necesaria en emergencia por parte de las autoridades provinciales, la colegiación y de los mediadores y mediadoras de la provincia de Buenos Aires que desde un principio trabajaron mancomunadamente para su obtención, plasmada en la ley 15.182 (modificatoria de la ley 13.951).

## De lo electrónico a lo digital

Dentro de esta enorme catarata de mejoras del sistema de acceso a justicia en el ámbito de nuestra provincia se presenta hoy la firma digital.

Cabe preguntarse entonces: ¿No teníamos firma digital? ¿Cómo firmábamos?

Cómo anticipamos al inicio de esta nota, la ley 25.506 establece el marco regulatorio de la firma digital en nuestro país, desde el año 2002.

Los certificados emitidos por la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires, hasta aquí no son de firma digital propiamente dicha, sino que son de firma electrónica. Si bien, en términos tecnológicos son similares, en términos de validez instrumental son claramente diferentes.

La expresión en términos jurídicos de esta diferencia está plasmada en la ley de firma digital. Allí define en su art. 2 que “se entiende por firma digital al

resultado de aplicar a un documento digital un procedimiento matemático que requiere información de exclusivo conocimiento del firmante, encontrándose ésta bajo su absoluto control. La firma digital debe ser susceptible de verificación por terceras partes, tal que dicha verificación simultáneamente permita identificar al firmante y detectar cualquier alteración del documento digital posterior a su firma.”

En su artículo 5 agrega que “se entiende por firma electrónica al conjunto de datos electrónicos integrados, ligados o asociados de manera lógica a otros datos electrónicos, utilizado por el signatario como su medio de identificación, que carezca de alguno de los requisitos legales para ser considerada firma digital. En caso de ser desconocida la firma electrónica corresponde a quien la invoca acreditar su validez.”

Traduciendo estos conceptos, que en la práctica pueden resultar poco esclarecedores, nuestro certificado actual (electrónico), no incorpora esta posibilidad de verificación por terceras partes por fuera del sistema de la Corte, y, por ende, carece de la presunción de autoría, conforme lo expresado en el art. 7 de la 25.506, que sirve de base al reconocimiento del artículo 288 del CCyCN, equiparándola a nuestra querida firma ológrafa en su validez.

No obstante, todo lo que firmamos hasta aquí en el marco del sistema de la corte tiene plena validez. La corte provincial utilizando la misma tecno-



logía asegura los requisitos de seguridad para los documentos suscriptos (electrónicamente) en su sistema, asignándole el valor documental requerido, pero su certificación no alcanza para extrapolarlo por fuera del mismo.

La Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires no contaba, ni cuenta aún, con la categoría de “certificador licenciado” prevista en los art. 17 y ssgtes. de la ley 25.506 y por ende los certificados emitidos por la SCBA no alcanzan status de firma digital, por más que, se reitera, son absolutamente válidos dentro de su sistema.

¿Qué cambió ahora? La posibilidad de adquirir el certificado de firma digital gestionado a través de Colproba, que hará las veces de autoridad de registro. En este contexto, la Oficina Nacional de Tecnologías Informáticas (ONTI) será el certificador licenciado. Para ello, sólo debemos ponernos en contacto con cada uno de nuestros colegios departamentales para tramitarla en forma gratuita. Fácil, sencillo y gratuito.

Una nueva firma, ahora sí digital, con el mismo valor de la firma ológrafa, que funcionará además dentro del sistema de la SCBA y con alcances más allá de él.

Es importante aclarar que este cambio no resulta indispensable a los efectos de seguir operando en el sistema de la SCBA. Si el certificado electrónico actual está vigente, nadie tiene que salir corriendo a hacer nada para poder seguir operando dentro del sistema de la SCBA.

Es decir que este cambio resulta optativo. Inclusive podemos renovar el certificado electrónico de la SCBA en los mismos términos del actual (electrónico). No existe ninguna previsión de la obligatoriedad del salto de lo electrónico a lo digital.

Cuando se venza nuestro certificado electrónico, y debamos renovarlo, podremos optar por uno u otro indistintamente y seguir trabajando de la misma forma en la plataforma de la Corte.

Aquí la pregunta que correspondería hacer es ¿qué nos impediría a decirnos a realizar el pasaje de la firma electrónica a la digital, siendo que a su vez podría otorgarnos muchas más ventajas?

La respuesta requiere una explicación. Todos los “token” tienen que cumplir una serie de requisitos para poder instalar la firma digital. Requisitos específicos que no son necesarios para mantener o renovar el certificado

electrónico de la SCBA. Por ello es altamente probable que tengamos que adquirir un nuevo “token” si requerimos pasar al certificado digital. Y en este punto tendremos que ver si estamos o no en condiciones de hacerlo. Los Colegios de Abogados departamentales cuentan con dispositivos de estas características, a los efectos que los colegas puedan adquirirlos en esta primera etapa en forma segura y sencilla. Todos cuentan con personal capacitado para acompañar a los y las colegas en este camino. Otra facilidad. Los token que cumplirían con los estándares para alojar la firma digital son en principio el “Safe Net 5110 o 5130”, “mToken Criptold” y “ePass2003”.

Ninguno de ellos estaba disponible al momento del inicio del Sistema de Notificaciones y Presentaciones Electrónicas, por lo que es muy probable que la mayoría de nosotros no contemos con los mismos, salvo que hayamos necesitado cambiarlo en el camino, o que nos hayamos matriculado en los últimos años.

Por ello quienes no tengamos token que cumpla con estos requerimientos, tendremos que evaluar si nos interesa o no cambiar la firma electrónica por la digital, o seguir manteniendo la firma electrónica de la SCBA que no requiere la renovación del token.

Con relación a la utilidad, va a depender de cada profesional en particular, y en ese sentido podrá ser otro factor de decisión. De cualquier manera, es probable que al ritmo que se vienen acelerando este proceso de transformación de átomos a bits, más temprano que tarde nos terminará resultando necesario.

Un ejemplo preciso de utilización de la firma digital, es el de los mediadores previos obligatorios. A partir de la utilización de esta tecnología y de la modificación reglamentaria en la materia, las actas podrán ser absolutamente digitales, incluyendo su firma en este formato. Es decir que las actas digitales que circulen serán originales, sin necesidad de imprimirse, pudiendo ser presentados en el ámbito que corresponda, incluso por fuera del sistema de la SCBA.

Además de la presunción de autoría de la firma del mediador, el archivo electrónico firmado digitalmente tendrá la seguridad que no ha sido alterado, cualidades que el papel y la firma ológrafa no tienen.

Pero no hace falta ser mediador para encontrarle utilidad a esta tecnología. De esta misma forma podremos sus-

cribir digitalmente escritos u oficios y presentarlos en otras jurisdicciones o dependencias nacionales, provinciales y municipales, contratos, presupuestos, o cualquier otro documento que debamos suscribir en forma ológrafa. Y luego presentarlos o enviarlos, sin necesidad de trasladar los átomos del papel y la tinta. Un valor agregado claramente ostensible.

Poco a poco le iremos encontrando más y más utilidades, y probablemente comencemos a alentar a algunos de nuestros clientes a que también adquieran esta tecnología, que sin lugar a dudas terminará imponiéndose a la brevedad por su seguridad y practicidad.

Considero que, en breve, vamos a tener que explicarles a las nuevas generaciones de abogados y abogadas, que no hace tanto tiempo firmábamos ológrafamente. De la misma manera que le contamos hoy a nuestros hijos e hijas que debíamos esperar a revelar un rollo para ver una foto, que la primera opción de búsqueda de información no era “Google”, de la existencia de los video clubes, etc.

La falta de necesidad imperiosa de actualizar nuestro certificado electrónico por el digital en forma inmediata, no debe cohibirnos a dar este salto tecnológico y desde estas líneas los invito a realizarlo y explorarlo. La hora de la firma digital ha llegado y será determinante en el desarrollo de nuestros horizontes profesionales.



**Horacio José Monsalvo**

Abogado (UBA)  
Abogado especialista en Derecho de  
Alta Tecnología (UCA)  
Mediador (Fundación Cijuso)  
Consejero CASM



# CAPITALISMO SANITARIO

Las experiencias vividas se transforman con el paso del tiempo, inevitablemente.

Construimos los recuerdos con el molde de nuestra cultura, prejuicios, costumbres y contexto. Estamos viviendo uno de esos momentos sobre los que en el presente y futuro primará especialmente la construcción colectiva, esa será la historia de la experiencia pandémica.

Capitalismo Sanitario es un libro que recopila las reflexiones de Alberto Biglieri en torno al impacto del virus COVID-19 en los distintos ámbitos de la vida pública, a través de artículos publicados en forma simultánea al devenir de los acontecimientos. Si bien es rico en la diversidad de perspectivas, que abarcan desde asuntos relativos al derecho administrativo hasta otros sobre derecho de consumo, el enfoque principal se orienta al derecho económico con especial énfasis en la afectación de los sistemas de salud.

Entre los artículos que componen el libro, se destaca el flamante ganador del 2do premio ADEPA 2020 en la categoría Abogacía Argentina, “Consumidores recontrahipervulnerables”, que trata un asunto de mucha actualidad y aún más futuro.

Nutrido con referencias muy variadas de reconocidos autores literarios y científicos, nos encontramos entre otros con Franz Kafka, Zygmunt Bauman y Thomas Friedman, obras y figuras de otros artes y oficios, este libro tiene la virtud de la versatilidad en el modo de lectura. Se puede leer por capítulos diferenciados, por notas periodísticas separadas o incluso a través de referencias que se encuentran indexadas para ello.

Más que una recomendación, es una invitación, para recorrer el camino que nos propone el autor, sugiriendo líneas de reflexión y aportando pensamientos dirigidos a ordenar algunas aristas de un debate de época del que nadie quedara afuera. Capitalismo Sanitario es un paseo por los vaivenes de una sociedad mundial conmovida, atenta y vigilante, que atraviesa el prisma musical de los oídos del lector.

El libro del ex Vicepresidente y actual Director Departamental de la Caja de la Abogacía por el Departamento Judicial de Lomas de Zamora puede encontrarse en el siguiente link: <http://bit.ly/CapitalismoSanitario>

Lic. Dana I. Chiérico

# 2020...!!!

## *Indudablemente un año impensado, aún para los más imaginativos*

Terminamos las Jornadas Deportivas en el 2019, llenos de planes, con expectativas, buenos balances, con críticas constructivas, esperando un 2020 que prometía continuar y mejorar lo hecho en 44 años de deporte.

Así comenzamos el año, a pesar de las medidas imperantes, los delegados nos reuníamos por zoom, organizando, diseñando lo que sería el desahogo de meses sin trabajar, de angustias y cambios de la rutina que conocíamos.

Para quienes nunca vivieron las Jornadas Deportivas Interdepartamentales, son el lugar donde año a año, muchos colegas se encuentran con amigos y rivales, en un espacio ameno, donde cada uno compite por ser un poco más como Maradona, Ginóbili, Pignatiello, Flores, Vilas, Sabatini, Nizetich, ect.

Pero no es solo deporte, porque en cuatro días, se vive una experiencia que inunda los corazones, crea vínculos indestructibles, hace que nuestra difícil profesión, llena de litigios y desencuentros, se transforme en una labor más llevadera, puesto que siempre es más fácil dialogar con personas con quienes se compartió un vestuario, nos cruzamos con la camiseta transpirada, donde no importa si sos joven abogado o un experimentado colega, todos somos

iguales, con barro en los botines, rodillas amoretonadas, con gorrita y antiparras, preocupados por el tiempo en el reloj, mirando el clima para saber si zarpa el barco, pero solo puede sentir este sentimiento quien alguna vez vivió este encuentro.

La situación nos hizo finalizar el año, sin poder tener nuestras Jornadas, pero a pesar de ello, cada uno de nosotros, -los delegados-, proyectó con empeño el regreso a las canchas, que solo se hará esperar un poquito más; el 2021 será el año donde todo lo bueno volverá, con mayor energía, entendiendo que no existen impedimentos que cambien la calidez de un abrazo, de un encuentro con amigos, el lugar donde no importan los zapatos taco aguja, ni la corbata, donde el corazón vibra, donde volvemos a tener la ilusión de ser campeones.

Por todo esto, nada más me queda decirles, que el 2020 fue sólo una pausa...Pero las Jornadas Deportivas Interdepartamentales, estarán presentes en el 2021 con aún más entusiasmo.

Daniela Cangiano  
Presidente de las Jornadas Deportivas  
Departamento Judicial Necochea

# EPIDEMIAS QUE AFECTARON A ARGENTINA EN LOS ÚLTIMOS SIGLOS

En esta época de pandemia de Coronavirus, que afecta a toda la humanidad, podemos hacer una breve reseña de enfermedades y epidemias ocurridas en nuestro país en el siglo XIX.

## La viruela

La viruela, provocada por el virus llamado “variola”, es una enfermedad infectocontagiosa grave, que fue azote de la humanidad desde tiempos inmemoriales. Algunos señalan su inicio hace 10.000 años, mientras que otros afirman que apareció tres siglos antes de la era cristiana. Lo cierto es que desde entonces y hasta hace cuarenta o cincuenta años atrás en la que fue completamente erradicada, ocasionó cientos de millones de muertos.

La enfermedad era de fácil transmisión, ya sea por un contacto directo con un enfermo, mediante abrazos, besos o el simple contacto y también por la saliva, como por el uso compartido de distintos elementos hogareños que estuvieran contaminados por el virus, como una cama, cubiertos, toallas, sábanas, entre otros.

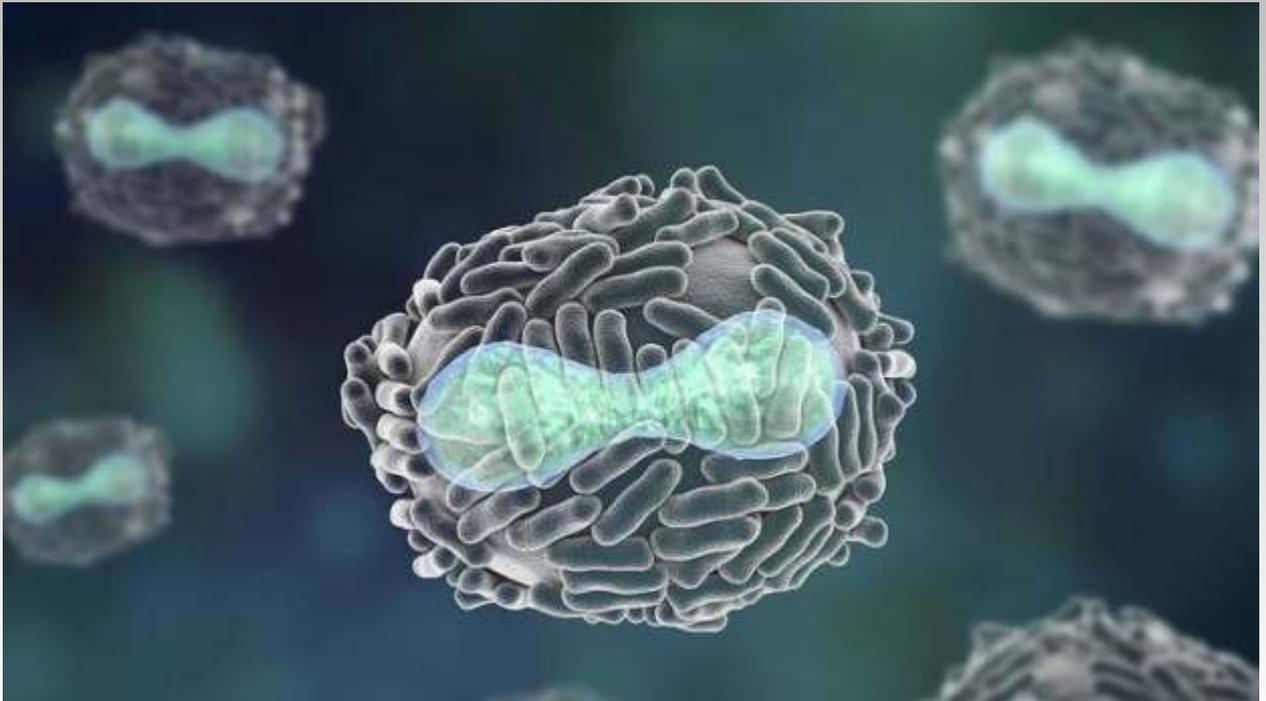
Por sus consecuencias fue una enfermedad muy temida, ya que cuando no ocasionaba la muerte, dejaba secuelas importantes como cicatrices en todo o parte del cuerpo, con temibles desfiguraciones, además de producir ceguera, esterilidad, entre otras consecuencias.

Hay indicios de que la enfermedad se originó en la India, extendiéndose por el desarrollo del comercio entre las distintas regiones, fomentando su desarrollo y extensión a todo el mundo, primero Asia y desde allí



pasó a África y Europa y de ésta última saltó al Nuevo Mundo con motivo de su descubrimiento. En Europa tuvo consecuencias devastadoras, causando verdaderos estragos en la población, calculándose que durante el siglo XVII produjo 60 millones de víctimas. Si bien hubo intentos de creación de una vacuna en distintas épocas históricas, recién a fines del siglo XVIII, un científico inglés Edward Jenner (1749/1823) fue el descubridor de la vacuna antivariólica. Encontrándose de visita en una granja en Gloucester, escuchó que una joven lechera u ordeñadora de

vacas decía que nunca iba a enfermarse porque ya estaba vacunada en razón de su actividad. A raíz de lo que había escuchado, Jenner hizo una profunda investigación llegando a la conclusión que todos los que se ocupaban de aquella tarea, se habían contagiado de viruela bovina o cowpox, y por lo tanto se encontraban inmunizados. La viruela bovina es una leve manifestación de la enfermedad que se producía en las ubres de las vacas, que contagiaba a quien las ordeñara, no ocasionando en los humanos consecuencias graves, pero que los inmunizaba contra el virus de la



viruela.

En mayo de 1796, Jenner realizó un experimento, extrayendo pus de una pústula de la mano de una ordeñadora que había contraído viruela de su vaca lechera y lo inoculó a un joven sano, que a raíz de ello quedó inmune a la enfermedad.

La aplicación de la vacuna se efectuaba haciendo un pequeño tajo en el brazo, volcando en la herida abierta el fluido. A los pocos días en la herida aún no cicatrizada aparecía un grano bien visible, signo de que la vacuna había prendido, de lo contrario había que volver a realizar la operación al año siguiente. Comenzó así a un proceso que con el paso del tiempo llevó a la extinción de esta temible enfermedad.

En América, la viruela se ensañó con las poblaciones indígenas, porque si bien también la sufrían los europeos residentes aquí y sus descendientes, los criollos, por haber estado en contacto con aquella enfermedad en Europa, habían creado algunos anticuerpos que les daba cierta resistencia a esas infecciones contagiosas, si bien no una inmunidad total, pero los indios que nunca habían tenido contacto con la enfermedad se encontraban más expuesto a contraerla y sufrir sus

consecuencias.

Pocos años después del descubrimiento de Jenner, llegaron a Buenos Aires en 1802, las primeras vacunas procedentes de Gloucester. Tiempo después que el Protomedicato, bajo la autoridad de Cosme Mariano Argerich, que era el tribunal que otorgaba las licencias para el ejercicio de la medicina, tomara a su cargo la tarea para la conservación de la vacuna e hiciera los ensayos para conocer sus resultados en estas latitudes, ya que si bien se conocía la experiencia inglesa, no se tenía certeza sobre su eficacia en Buenos Aires, pues las condiciones ambientales eran distintas y por ello los resultados podrían ser diferentes, el virrey Sobremonte a mediados de 1805, recién autorizó su aplicación pública.

Un sacerdote, el cura párroco de la Iglesia del Socorro, el Dr. Saturnino Segurola, de una vasta cultura, fue quien con patriótica determinación y esfuerzo, se hizo promotor y difusor de la vacuna, aprendiendo de Argerich las técnicas de la conservación de la linfa, la forma de inocularla y por ello en los años siguientes llevó a cabo una tarea importante de propagación. Producida la Revolución de Mayo, a instancias del presidente de la Junta

Gubernativa, Cornelio Saavedra, Segurola dio una conferencia sobre la conservación y la inoculación de la vacuna. Viendo las autoridades gubernativas, sobre la importancia que ello podía tener en la salud humana, en agosto de 1810 se dispuso la obligatoriedad de la vacunación para toda la población. Debido a la resistencia por parte de mucha gente a dejarse inocular con la vacuna, las autoridades dispusieron que en esos casos, Segurola podía solicitar el auxilio de la policía, imponiendo la vacunación por medios coercitivos.

En 1813 el Segundo Triunvirato, autorizó el reglamento que formó Segurola para precaver a los habitantes de las Provincias Unidas, de los estragos de la viruela natural, por medio de la conservación y propagación del fluido vacuno aprobado por el Supremo Poder Ejecutivo de las Provincias Unidas del Río de la Plata y también estableció que un vacunatorio, inexistente hasta ese momento, que se instaló en una sala en la Manzana de las Luces. También encomendó a las autoridades de las provincias sobre el traslado y cuidado del fluido vacunatorio para su inoculación en las respectivas poblaciones.

Martin Rodríguez, gobernador de la

provincia de Buenos Aires, en 1821, dispuso la formación de una Comisión que se encargara de la conservación de la vacuna, integrada por Segurola y el Dr. Francisco Cosme Argerich.

Años después ya había tres lugares de vacunación: la Casa Central, la Casa Auxiliar del Sur y la Casa Auxiliar del Norte.

Durante dieciséis años Segurola desempeñó en forma gratuita su humanitaria tarea, casi en soledad, salvo alguna ayuda ocasional. El sacerdote realizó su actividad a la sombra de un árbol timbó, en la quinta de una de sus hermanas, que en ese entonces se encontraba fuera de la ciudad, en lo que hoy es Parque Chacabuco.

Ni bien Juan Manuel de Rosas fue elegido en diciembre de 1829 como gobernador de la provincia de Buenos Aires, se incrementó la inoculación de la vacuna, sobre todo en los pueblos de la campaña, donde los médicos de la policía se ocuparon de su aplicación y recibieron tanto ellos como sus ayudantes un sobresueldo.

Para vencer la reticencia de la población a ser vacunada, el gobierno ordenó al jefe de policía "que invite a los curas, jueces de paz y comisarios para que hagan concurrir a los padres a que vacunen sus hijos", no obstante había resistencia, por ejemplo en Quilmes "las madres furiosas, hicieron una resistencia tenaz, insultaron a los vacunadores y últimamente los escondieron (a los hijos)".

La Casa Central, también se ocupaba de abastecer a las otras provincias de la vacuna.

En aquellos tiempos era muy vulnerable la situación de las poblaciones indígenas con respecto a esta enfermedad, la que ocasionaba muchísimas víctimas, en mayor proporción que las producidas entre los blancos -europeos y sus descendientes-. Distintos factores influyeron para ello: distinta alimentación y condiciones de hábitat, como así también los antecedentes de exposición a la enfermedad de antepasados, que les daba a las poblaciones blancas mayores posibilidades de no contraer la enfermedad.

El gobernador Rosas, siempre desarrolló buenas relaciones con los pueblos indígenas, ya que de niño,

en su vida fronteriza, compartió juegos y muchas costumbres con niños indios, aprendió su idioma, -lo que le permitió años después confeccionar una "Gramática y Diccionario de la Lengua Pampa"-, por lo cual fue muy respetado por ellos y recibido en los parlamentos realizados entre distintas tribus como un igual, a la cual llegaba solo, sin ningún tipo de escolta. Lo llamaban el "gran cacique rubio" o "gran cacique blanco". Llegado al gobierno estableció con ellos el llamado "trato pacífico", otorgándoles vituallas, animales y otros enseres, entre otros, de labranza, por lo cual muchas de las tribus se mantuvieron en paz, cesando en los malones que eran una azote para los pueblos de fronteras, logrando así la paz en la frontera, para beneficio de unos y otros. Trató también de asentar poblaciones indígenas cerca de los pueblos y fortines, cuidando a algunas tribus de otras de guerras internas y reyertas, y lo que aquí interesa, es que promovió la vacunación antivariólica entre esas poblaciones indias tan vulnerables a la enfermedad. El gran prestigio que tenía Rosas en la mayoría de las tribus pampas y vorogas, principalmente, contribuyó a esa tarea. Su concurrencia a esos parlamentos indios donde en presencia de todos mostraba la cicatriz del tajo en el brazo, donde se le había aplicado la vacuna,

demostrándoles así que ello no les ocasionaría ningún perjuicio, sino todo lo contrario. Tengamos en cuenta que si había resistencia para inocularse la vacuna entre los criollos, por lo cual había que recurrir a protocolos compulsivos, más aún lo había entre los indios, temerosos del "gualicho", de los blancos, algo desconocido por ellos, que la misma podía contener.

En su "Gramática y Diccionario de la Lengua Pampa", Rosas registró estas definiciones: "Viruela: Huinca cutran. Huinca: extranjero. Cutran: enfermedad.. Gualichu: gualicho. Espíritu del mal, ubicuo, causante de todos los males".

En la "Chacarita de los Colegiales", había lugares destinados para tratar a los indios enfermos de este mal. Contrariamente a lo que ocurría con los blancos, no hubo procedimientos compulsivos para con los indios para la inoculación de la vacuna, ya que ello hubiera generado más resistencia. El convencimiento y las cartas mandadas por el gobernador a caciques indios amigos dando cuenta de los beneficios que la vacuna proporcionaba a los blancos y que ello podía ser así también con ellos, dieron buenos resultados. En una carta que Rosas dirigió al cacique Catriel, le decía: "Ustedes son los que deben ver lo que mejor les convenga. Entre nosotros los cristianos este remedio es muy bueno, porque nos priva de la enfermedad terrible de la viruela,





pero es necesario para administrar la vacuna que el médico la aplique con cuidado... hay cosas que el grano que ha salido es falso y en tal caso el médico debe hablar la verdad para que el vacunado sepa que no le ha prendido bien que el grano que el que le ha salido es falso, para que con este aviso sepa que para el año que viene debe volver a vacunarse ...Después de esto si quieren ustedes que vacune a la gente puede el médico empezar a hacerlo...” Esa política de acercamiento, mediante el “trato pacífico”, fue benéfica para esas poblaciones y reconocida también en Inglaterra, tal como el diario “El Lucero” de Buenos Aires, anoticiaba el 4 de enero de 1832: “La Sociedad Real Jenneriana de Londres ha elegido a S.E. el Brigadier General Juan Manuel de Rosas, Gobernador y Capitán General de la Provincia de Buenos Aires, Miembro Honorario de aquel Instituto, remitiéndole el correspondiente diploma, en obsequio de los grandes servicios que ha rendido a la causa de la humanidad, introduciendo con el mejor éxito la vacuna entre los indígenas del país”. Debemos aclarar que dicha Sociedad

también honró con la misma distinción a médicos argentinos, que en aquella época también se destacaron en la promoción y aplicación de la vacuna, lo que es demostrativo la importancia que se dio a nuestro país en los intentos de erradicar tan terrible enfermedad. Poco tiempo después de la muerte de Rosas en el exilio en Inglaterra, el cacique Pincén fue tomado prisionero por las tropas de Julio Argentino Roca en la campaña del desierto y remitido a Buenos Aires. Allí en presencia del mismo Roca y otras personalidades de la época, les contaba lo siguiente: “Juan Manuel ser muy bueno pero muy loco: nos regalaba potrancas, pero un gringo nos debía tajar el brazo, según él era un gualicho grande contra la viruela y algo de cierto debió ser porque no hubo más viruela por entonces”. El “trato pacífico” permitía esos resultados, después de las potrancas regaladas. “un gringo nos debía tajar el brazo...” El 25 de setiembre de 1841, se dio un hecho importantísimo y de avance en la medicina y ciencia en nuestro país. En el pueblo de Luján, el Dr. Francisco Javier Muñiz,

descubrió en una vaca propiedad de Juan Gualberto Muñoz, “granos en las tetras”, que era la “vacuna original o el grano primitivo el cual propagado de la vaca al racional se preserva de la Viruela”. Hasta ese entonces se consideraba y creía que solo las vacas de Gloucester -por las condiciones climáticas y ambientales de aquél lugar de Inglaterra-, podían suministrar el fluido antivariólico. Así nuestro país no dependió más de Inglaterra para hacerse del fluido, si bien es justo decirlo, nunca había existido problema alguno en conseguirlo. Este descubrimiento tuvo importante repercusión en Londres. Decía el propio presidente de la Sociedad Jenneriana: “Llamamos encarecidamente la atención de todos los interesados en la vacuna el siguiente y valioso documento que demuestra que la vacuna original existe en la América del Sud...” Algunos historiadores han encontrado registros de que fueron aproximadamente 40 médicos los que durante la época de Rosas, y en la provincia de Buenos Aires atendieron a la población e inoculándoles la vacuna antivariólica.

## La fiebre amarilla

La fiebre amarilla es una enfermedad producida por un virus que se transmite por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* que previamente picó a una persona ya infectada. Se la llama fiebre amarilla, porque a muchos de los infectados la piel se le pone amarilla. La enfermedad aparece con los síntomas de una fiebre y en la mayoría de los casos, pasa después de un breve tiempo de días, pero en otros le enfermedad recrudece con sangrados y en muchos de estos casos se convierte en mortal.

Es una enfermedad de zonas tropicales que tuvo su origen en el África occidental, donde por el tráfico de esclavos, pasó al Caribe y las Antillas y de allí a otras partes de América.

Hace poco menos de 150 años atrás, entre los meses de enero a junio de 1871, se produjo en la ciudad de Buenos Aires una epidemia de fiebre amarilla, que quedó registrada en la historia de la ciudad.

Hacia muy poco que había finalizado la Guerra de la Triple Alianza contra el Paraguay y las tropas aliadas ocupaban la ciudad de Asunción, donde en diciembre de 1870 se produjo un brote de fiebre amarilla. La enfermedad pasó a Corrientes, donde prendió en la ciudad capital con el primer caso que se produjo a mediados de ese mes y se extendió también a otros pueblos de la provincia como Bella Vista, San Luis y San Roque. La epidemia produjo allí 2.500 víctimas, viviéndose todos los dramas y consecuencias que se verán en la ciudad de Buenos Aires meses más tarde. Según unos autores la enfermedad fue traída a nuestro país, por los soldados que regresaban del Paraguay, pero otros afirman que ello ocurrió por un barco que partió de Asunción en navegación río abajo por el Paraná que fue esparciendo la enfermedad por todo el litoral, hasta llegar a la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires que era la ciudad más poblada de la Argentina, contaba en ese momento con aproximadamente 190.000 habitantes, la mitad nativos y la otra mitad “gringos” de distintas procedencias.

En la ciudad convivían las tres jurisdicciones, la nacional, la provincial y la comunal. Buenos Aires era la capital de la provincia y su gobernador Emilio Castro ejercía el gobierno desde la casona que había



sido de Rosas en la calle Moreno, frente al Colegio Nacional. Faltaban aún nueve años para la federalización de la ciudad y que esta pasara a ser la capital de la nación, no obstante lo cual albergaba también al Gobierno Nacional, a cuyo frente se encontraba el presidente Domingo Faustino Sarmiento, cuyo despacho estaba en dependencias de lo que había sido el Fuerte de Buenos Aires, convertido en “Casa rosada”, por haber sido pintado de ese color. Por último el gobierno comunal estaba a cargo de la Comisión Municipal a cuyo frente estaba Narciso Martínez de Hoz. No siempre estas autoridades se llevaban bien, sino todo lo contrario, pues cada uno de ellos pretendía tener preeminencia en la administración de la ciudad, que por otro lado vivía en un constante aumento demográfico debido a las corrientes inmigratorias, procedentes del viejo mundo.

En momentos en que la epidemia hacía estragos en Asunción, y las muertes crecían en Corrientes, la enfermedad pasó a Rosario y después a Buenos Aires, donde a fines de enero se produjeron tres casos en la zona sur de la ciudad, más precisamente en el barrio de San Telmo, donde existían muchos conventillos con deficiencias habitacionales, falta de higiene y abarrotados de inmigrantes, lo que era un caldo de cultivo de la enfermedad. El Riachuelo era un foco infeccioso, con sus aguas contaminadas por las aguas servidas y

los desperdicios que eran arrojados por saladeros y mataderos, producto de la matanza de miles y miles de animales por año, lo que producía la contaminación de las napas acuíferas, el río de la Plata también estaba contaminado, ya sea por el agua recibida del Riachuelo y otros arroyos que cruzaban la ciudad, como así también porque las lavanderas realizaban su trabajo en la orilla, lavando incluso de ropa de personas enfermas. Muchos de los habitantes se surtían con el agua de lluvia que guardaban en sus cisternas, o la obtenían de sus pozos -con las napas contaminadas- o la compraban a los aguateros quienes la recogían en el río. Era una costumbre muy arraigada por los porteños que para combatir y mitigar el calor, se bañaban en las aguas del Plata.

En ese entonces el desarrollo urbano de la ciudad había crecido, ocupaba 600 manzanas desde la ribera del río (actual Av. Paseo Colón) hasta Plaza Miserere. Había teatros, escuelas, hoteles, clubs, cafés, diversos edificios públicos, entre otros, con mayoría de calles de tierra y algunas adoquinadas; tres líneas de ferrocarriles, tranvías tirados a caballo, pero por el contrario no contaba con una infraestructura sanitaria y de servicios adecuada. No había desagües para el agua de lluvia ni tampoco había cloacas, por lo que las aguas servidas eran echadas a la vía pública, por lo cual el estado de higiene de la ciudad era deficiente.

Por aquellos días, se vivían días sofocantes de humedad y calor, con temperaturas de 34°, copiosas lluvias hacían intransitables sus calles; la basura y el agua estancada eran un criadero de mosquitos, que hacían la vida insostenible a los porteños. Esos insectos serían los transmisores de la terrible enfermedad.

Al principio las autoridades silenciaron la existencia de estos casos, para no alarmar a la población y los facultativos no se ponían de acuerdo si se trataba de la temida fiebre amarilla. Durante el primer tiempo los casos diarios fueron muy pocos, la vida cotidiana transcurría más o menos con normalidad por lo que las fiestas de Carnaval, que se desarrollaron en el mes de febrero, organizadas por las autoridades, fueron disfrutadas por el pueblo, muy afecto a las mismas, sin advertir el peligro que se avecinaba. Mientras la gente se divertía en bailes, corsos y fiestas de disfraces, los médicos atendían a un número cada vez mayor de enfermos. Casi al final de las fiestas carnavalescas, la enfermedad pasó a los barrios de Monserrat, Balbanera, San Miguel, Catedral al Sud, del Socorro y ya la gente empezó a entrar en pánico, porque los casos crecieron, se prohibieron los bailes, pero una vez que los mismos ya habían pasado. Las defunciones pasaron a ser el doble de la época normal y la enfermedad fue corriéndose de a poco a todos los barrios, no haciendo distinción de razas, edades, ni condición social. Los más adinerados abandonaron la ciudad, algunos pasando de la zona sur a la zona norte -más deshabitada-, otros yéndose a las quintas de los barrios periféricos, a pueblos o ciudades un poco más alejadas del foco de la epidemia, como Belgrano, Flores, Merlo, Moreno, San Martín, San Isidro.... Muchos inmigrantes, especialmente italianos que vivían hacinados en los conventillos, emigraron, asimismo se solicitaron cinco mil pedidos de repatriación en el Consulado italiano.

A principios de marzo, la situación ya había estallado, la cantidad de muertos diarios alcanzaba el centenar, la portada de los diarios tenían títulos catastróficos. Los alquileres de los lugares alejados de la ciudad se incrementaron, las muertes aumentaban día a día. Los hospitales se llenaban de enfermos y no daban abasto, se crearon y

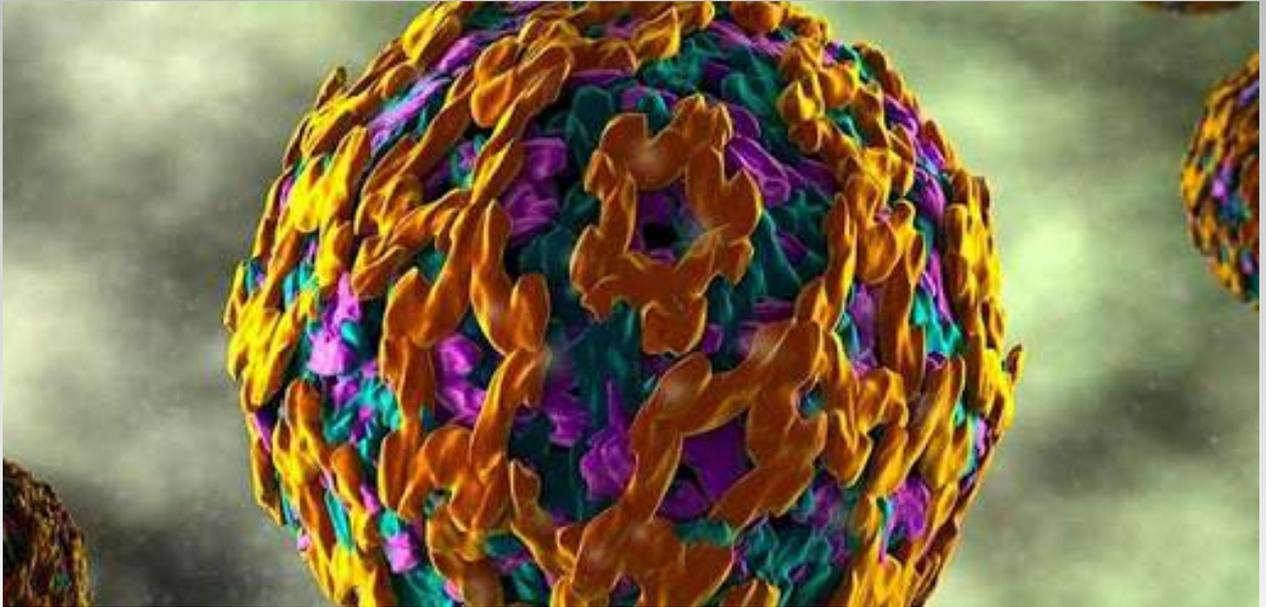
organizaron nuevos centros de atención y toda la ciudad era un hospital. Se paralizó el puerto, y fue puesto en cuarentena y las provincias limítrofes, pusieron restricciones al ingreso de viajeros y mercaderías provenientes de Buenos Aires. Los sepultureros se vieron excedidos en su triste trabajo.

La ciudad era un caos y en medio de toda esa desgracia, las autoridades tanto nacionales como provinciales, legisladores, jueces y aún médicos, la abandonaban, dejando a sus habitantes a la buena de Dios. Pero también existieron personas abnegadas y con un alto espíritu solidario y humano que se organizaron para mitigar tanto dolor y desesperanza. La población culpaba a las autoridades nacionales y provinciales de lo sucedido y por tanto caos y desmanejo de la situación. De un total aproximado de 160 médicos que residían en la ciudad, antes de la epidemia, solo un tercio de ellos, se quedaron en forma permanente, haciendo honor a su juramento hipocrático, atendiendo a los enfermos, cada vez en mayor número, sin cobrar honorarios, sin miramientos de horarios ni de peligros y muchos de ellos murieron por contagio. Ventura Bosch, el médico unitario que había atendido años atrás a Juan Manuel de Rosas, y que por estos días también había atendido a los enfermos de enero, falleció el día 6 de febrero, siendo la primera víctima entre los facultativos. El anticlericanismo de entonces intentó ocultar el trabajo abnegado

de los religiosos y sacerdotes que ejercieron su ministerio asistiendo espiritualmente a enfermos y consolándolos en sus últimos momentos y muchas religiosas dedicadas a la educación como las "Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul", llamadas comúnmente como "Hermanitas de la Caridad", cerraron los establecimientos de enseñanza, para dedicarse a atender a los enfermos en el Hospital General de Hombres y en el Hospital Francés, como también colaboraron otras congregaciones religiosas y laicos comprometidos. Por ejemplo Monseñor Aneiros, se enfermó, pero pudo curarse, no así su madre y su hermana que se habían quedado en la ciudad con él y fallecieron por la tremenda enfermedad. Años después el médico higienista, Dr. Guillermo Rawson en una discusión en la Convención Constituyente de Buenos Aires, reconociendo la tarea de estos religiosos, manifestó: "Pero he visto también,...en altas horas de la noche, en medio de aquella pavorosa soledad, a un hombre vestido de negro, caminando por aquellas desiertas calles. Era el sacerdote, que iba a llevar la última palabra de consuelo al moribundo. Sesenta y siete sacerdotes cayeron en aquella terrible lucha; y declaro que ese es un alto honor para el clero católico de Buenos Aires..."

Más o menos para el 10 de marzo, los propietarios y representantes de los diarios porteños, después de una campaña periodística iniciada por Evaristo Carriego, decidieron fundar





una Comisión Popular de Salubridad Pública, para suplir la ausencia en la conducción en la lucha contra el mal, por parte de las autoridades, tanto nacionales como provinciales y por la falencia de soluciones gubernamentales y poder encarar eficazmente la lucha contra el mal. Un par de días después se conformó la Comisión designándose presidente al Dr. Roque Pérez. Si bien los historiadores y cronistas en muchos casos nombran a esta Comisión, como si hubiese sido la única conformada con aquella finalidad, en la realidad no fue así, ya que fueron varias las que se ocuparon del problema, como la Comisión de Higiene, la Municipal, la de Médicos, las Comisiones Populares Parroquiales y otras instituciones.

En esos momentos arreció la enfermedad y el número de víctimas trepó a los 150 fallecimientos diarios. El 19 de marzo el presidente Sarmiento, quien por su investidura debía dar el ejemplo y ponerse al frente de la situación, como un general que comanda a sus tropas para la batalla final, no lo hizo y por el contrario huyó. Con ostentación y una comitiva de 70 funcionarios o “zánganos que causan gastos enormes a la Nación”, como los llamó el diario “La Nación”, y a bordo de un tren especial se alejó de la ciudad para establecerse en la localidad de Mercedes a 100 kms. de distancia. Ello fue muy criticado por los diarios y “La Prensa”, en el editorial del 21 de marzo que tituló “El presidente

huyendo”, decía: “Hay ciertos rasgos de cobardía que dan la medida de lo que es un magistrado y de lo que podrá dar de sí en adelante, en el alto ejercicio que le confiaron los pueblos”. “¿Es posible que haya tanto desprecio por este pueblo noble e ilustrado? Que lo veamos huir repantigando y lleno de comodidades en un tren oficial, en vez de subir a un carruaje para recorrer el hogar del dolor, a visitar los hospitales y lazaretos, dando ejemplo de un valor cívico que estimularía y levantaría el espíritu público”. El diario gubernista “La Tribuna”, no ahorró tampoco sus críticas y publicó unas palabras de Héctor Varela el amigo del presidente, criticando su actitud: “La conducta del presidente solo merece el silencio del desprecio”. Se lo criticó también al Presidente “que no tome siquiera mil pesos de su sueldo y lo mande a alguna de esas listas de suscripción que en tantas partes levanta el pueblo.”

Las instituciones que se encargaron de luchar contra la peste, trataron de organizar a la población, designando comisionados o médicos por manzana, emitiendo instrucciones sanitarias, como la de proceder a la higiene de letrinas, el blanqueo de las paredes con cal, la quema de los objetos que hubieren estado en contacto con el enfermo, tales como camas y ropas, la recolección de la basura y la limpieza de las calles, como también quemar alquitrán en las esquinas, además de aconsejar el hervir la leche y agua antes de su consumo,

entre otras medidas sanitarias. Debido a la cantidad creciente de víctimas, surgieron muchísimos problemas. Por la falta de carpinteros, ya que muchos se habían ido, comenzaron a escasear los ataúdes y sus precios subieron, por lo cual muchos no podían adquirirlos, razón por la cual muchas veces los cadáveres eran llevados envueltos en sábanas y trapos o simplemente dejados en las calles. Tampoco los sepultureros en los cementerios daban abasto con su tarea -muchos también habían fallecido-, lo mismo pasaba con los 40 coches fúnebres que había en la ciudad, que si bien eran más que suficientes en épocas normales, no lo eran ahora en estas circunstancias, por lo que la gente recurrió a los mateos para llevar el féretro con los restos de sus seres queridos, pero los dueños de estos típicos carruajes también elevaron el precio a sumas considerables para la época, que no eran accesibles a todos los bolsillos. Así los ataúdes y cadáveres eran dejados y apilados en las calles, por lo que se recurrió a los carros destinados a recoger la basura, para que los cargaran y los llevaran al cementerio. Eran escenas que parecían de pesadilla y a las cuales estaban expuestos los habitantes que permanecían en la ciudad. Se vivió y se vió de todo en ese Buenos Aires: falta de humanidad, ruptura de vínculos familiares y de amistad, El Dr. Rawson testimoniaba haber visto “...al hijo abandonado por el padre; he visto a la esposa

abandonada por el esposo; he visto al hermano moribundo abandonado por el hermano...". Familiares que con tal de salvarse no reparaban en nada. La policía también estaba desbordada por la situación, lo que fue aprovechado por los delincuentes que ante la existencia de centenares de casas y residencias abandonadas, muchas de ellas de personas adineradas, se dedicaron al robo y saqueo, empleando incluso carros para mudanzas; los asaltos, robos y asesinatos en la vía pública también estaban a la orden del día.

El abastecimiento de mercaderías de todo tipo, también se vio afectado y comenzaron a escasear los alimentos de primera necesidad, pues muchos de los abastecedores, por temor, dejaron de entrar en la ciudad.

Las distintas comisiones creadas por vecinos, las autoridades provinciales y municipales y la Iglesia -a través de las parroquias- se dedicaron a comprar los medicamentos que también por aquellas circunstancias escaseaban, para distribuirlos entre gente de escasos recursos.

Los diarios daban cuenta de casos de personas "resucitadas", aquellos que por error eran llevados considerándoselos muertos -no había quien certificara el óbito- cuando no lo estaban y cuando eran trasladados, "resucitaban". En el diario "La Prensa", apareció la noticia que el día 15 de abril, un enfermero que después de muchos días de continuo e intenso trabajo, se tomó un tiempo de descanso y camino a su casa se emborrachó y quedó dormido en la calle, grande fue su sorpresa cuando al despertar se vió entre cadáveres en una fosa común, a la cual ya le estaban echando paladas de tierra. ¿Cuántas personas vivas habrán sido enterradas, considerándose las muertas...?.

Durante el mes de marzo el número de víctimas crecía día a día: 204 personas el día 18, 219 el 25, 231 el 26, 310 el 27, 337 el 28....., la epidemia se extendía como mancha de aceite y no había suficientes médicos para atender a todos los enfermos, incluso, muchos de ellos también se contagiaban.

A fines de marzo se prohibieron las reuniones públicas en lugares cerrados para evitar los contagios y la propagación de la enfermedad, así también el obispo Aneiros a pedido de la Comisión Popular, suspendió las celebraciones religiosas de la Semana Santa.



Desde el Domingo de Ramos -2 de abril- en el que fallecieron 318 personas, día a día el número fue creciendo, así el lunes 3 fueron 345 las víctimas, al día siguiente fueron 400, el Viernes Santos fueron 380. El Sábado de Gloria, día 8, el número fue de 430 y ese mismo día el Dr. Francisco Javier Muñoz, gloria de la medicina argentina, que contaba por entonces con 76 años, quien se quedó en la ciudad para ayudar y servir a sus habitantes, fue otra víctima de la enfermedad. El domingo de Pascua, el número de muertos ascendió a 501 y el día lunes siguiente las defunciones treparon a 563 casos. Además del incremento de las víctimas, aparecieron casos fulminantes de personas que fallecían a las 24 o 48 horas de haber contraído la enfermedad. Estos fueron los días más terribles para la población. Esa situación extrema impulsó a la Comisión Popular aconsejar a la población a "que se alejen de ella (la Ciudad) lo más pronto posible..." Era la orden del "sálvese quien pueda", que daba el "capitán del barco" ante la inminencia del hundimiento de la nave. Pero es justo decirlo, que los miembros de la Comisión y de otras instituciones no iban a abandonar la ciudad, sino que serían "el capitán" que inmola sin abandonar su nave. Por esos días y debido al colapso del cementerio del Sur, ya que no había lugar para tumbas individuales, se procedió a abrir grandes fosas comunes, donde se enterraban cientos de cadáveres. Debido a esa situación las autoridades compraron 7

hectáreas en la Chacarita de los Colegiales -que era un campo de recreo para los alumnos del Colegio Nacional Buenos Aires, llamado "Chacrita" de los Colegiales- , para proseguir con los entierros, pero como el lugar se encontraba alejado de la ciudad, se venía terminando el tendido de rieles del Ferrocarril Oeste, que finalizaba justo en la proximidad de estas nuevas tierras adquiridas -que sería el cementerio del Oeste- y hasta allí fueron extendidas las vías. El día 14 de abril, fue habilitado el ramal con una locomotora -se utilizó "La Porteña"- y dos vagones que fueron adaptados para el traslado de los féretros, realizándose dos viajes por día, llamado el "tren de la muerte". En la estación inicial, denominada "Estación Fúnebre" ubicada en las actuales avenidas Corrientes y Pueyrredón, se habilitó un depósito donde se recibían los féretros. Ante la cantidad de muertes del día 9 y 10 de abril, las autoridades decidieron decretar feriado hasta fin de mes.

Por esos días tristes la ciudad se ofrecía despoblada, ya que solo quedaban menos de un tercio de su población, las calles estaban desiertas, los comercios cerrados, crecían los actos delictuosos, no había bancos ni escuelas, solo puertas cerradas. La ciudad tenía un aspecto fantasmagórico. Otro drama fue el de los niños que quedaron huérfanos por el fallecimiento de sus padres; para darles contención y asilo el cura

párroco de la Iglesia de San Nicolás de Bari fundó el Asilo de Huérfanos. Las consecuencias económicas fueron también tremendas, muchísimos comerciantes quebraron, lo que llevó a muchos de ellos al suicidio. Algunos diarios dejaron de aparecer y otros redujeron sus hojas o salieron esporádicamente.

Pero después de ese pico de fallecimientos en Semana Santa, con la llegada de días más frescos y fríos, los casos comenzaron a menguar. El 19 de abril las víctimas fueron 171, días después, el 23 bajaron a 89, lo que motivó el regreso de muchos habitantes, pero a la semana siguiente los casos volvieron a crecer, para después, ya definitivamente y a partir del día 30 comenzaron paulatinamente a bajar.

En mayo disminuyeron mucho las víctimas y ya el 2 de junio no se registró ningún fallecimiento por la enfermedad.

Los que se habían ido, regresaron a la ciudad y esta fue retomando su habitual ritmo.

Habían fallecido 117 propietarios sin dejar herederos, por lo que aparecieron testamentos de dudosa legitimidad, con firmas supuestamente falsificadas y de imposible o difícil verificación en aquellos días por no existir medios científicos que acreditaran su autenticidad, dando lugar a innumerables pleitos, entre distintos "beneficiarios".

Fueron aproximadamente 60 los religiosos que ofrendaron su vida en cumplimiento de su misión de brindar ayuda espiritual y también de

atención hospitalaria a los enfermos, sobre un total aproximado de 300 sacerdotes radicados en la ciudad. Los médicos muertos fueron 12, a los que se sumaron 2 practicantes y 5 farmacéuticos, todos ellos en cumplimiento del deber. La Comisión Popular tuvo 4 muertos entre sus miembros y las bajas en la Comisión de Higiene fueron 22.

Fueron 14.000 la cantidad aproximada de víctimas, que dejó la gran epidemia de 1871. Muchos años después, el Dr. Eduardo Wilde, recordó su experiencia en aquellas jornadas: "La fiebre amarilla brotó en Buenos Aires traída de no sé dónde. Se discutía mucho acerca de si se trataba del vomito negro yo escribí un artículo demostrando que la enfermedad era fiebre amarilla y de la mejor calidad. La gente empezó a emigrar y hasta muchos médicos, yo me quedé en ella y cumplí con mi deber asistiendo gratuitamente a todo el mundo. Mi trabajo fue de noche y día, los caballos de mi coche, cojos y estropeados, reclamaron la ayuda de otra yunta con la que continué hasta enfermarme. Yo vivía en la calle Belgrano al lado de una botica y pegada a ella un conventillo, en que la familia de un vasco ocupaba varios cuartos, esta familia era formada por el marido, la esposa, cuatro o cinco hijos y varios parientes. Solían sentarse en la puerta del conventillo y cuando yo pasaba los saludaba al ver la cara de simpatía que me ponían; la madre era una vasca hermosa, blanca, rosada, fornida y sus hijos gozaban de una salud y una belleza rustica

incomparables. Llega la fiebre amarilla, hay enfermos en la familia vasca, me llaman, voy y apenas me presento, la hermosa vasca me dice: por fin lo vemos a usted en esta casa. A los ocho días los más de los enfermos fallecieron, no obstante mis asiduos cuidados, fue inútil todo esfuerzo contra el mal. Entre tanto otras gentes menos meritorias se salvaron, a pesar de mi asistencia". Diez años después de la epidemia de fiebre amarilla que azotó a la ciudad de Buenos Aires, el médico cubano Carlos Juan Finlay, descubrió que la transmisión de la enfermedad lo era a través de una agente intermediario: el mosquito. También descubrió que la persona picada una vez por el insecto infectado, quedaba inmunizado contra la enfermedad y de ahí nació el suero contra la fiebre amarilla. También con medidas de prevención e higiene evitándose la propagación de mosquitos, la enfermedad podía también ser controlada.

La terrible epidemia tuvo también efectos "positivos", ya que permitió ampliar la ciudad. La gente pudiente, se mudó de la zona sur a nuevos barrios que se crearon en la zona norte como Recoleta, Palermo, Barrio Norte. Asimismo la ciudad encaró nuevas obras de infraestructura como el agua corriente para provisión del vital líquido a sus habitantes, como así también obras de saneamiento.

Dr. Norberto Jorge Chiviló  
Abogado-Historiador  
Departamento Judicial San Martín



