

La vacuna contra la viruela en Venezuela y la expedición filantrópica de Balmis

The smallpox vaccine in Venezuela and the Balmis philanthropic expedition

Rafael Godoy Ramírez

RESUMEN

La medicina, entre 1796 y 1803, conmemoró dos de los mayores acontecimientos de su historia. Por una parte, el médico inglés Edward Jenner (1749-1823) inventa la vacuna contra la viruela (1796), la primera vacuna conocida en el mundo para contrarrestar una enfermedad mortal que diezmaba poblaciones enteras en Europa entre los siglos 1791-1784. Luego, en 1803, el médico español Francisco Javier Balmis lidera la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna para llevarla a todos los rincones del mundo, utilizando a 22 niños de un hospicio como reservorio.

Palabras clave: Viruela, vacuna, variolización, expedición, filantrópica

SUMMARY

Between 1796 and 1803, medicine celebrated two of the greatest events in its history. On one hand, the English physician Edward Jenner (1749-1823) invented the smallpox vaccine (1796), the first known vaccine in the world to counteract a deadly disease that decimated entire populations in Europe between the 17th and 18th centuries. Subsequently, in 1803, the Spanish physician Francisco Javier Balmis led the

Royal Philanthropic Vaccine Expedition to take it to every corner of the world, using 22 children from an orphanage as a reservoir.

Keywords: Smallpox, vaccine, variolation, expedition, philanthropic

INTRODUCCION

La viruela fue una enfermedad eruptiva, infecciosa y altamente contagiosa, de comportamiento marcadamente epidémico, que a lo largo de la historia ocasionó elevadas tasas de morbilidad y mortalidad en todos los continentes. Su origen se atribuye a un virus de la viruela, que habría pasado al ser humano por transmisión interespecífica en etapas tempranas del poblamiento del planeta, estableciendo luego un ciclo de transmisión exclusivamente humana. Con el desarrollo de las migraciones, el comercio y las expansiones territoriales, la enfermedad se diseminó progresivamente a nuevas regiones, donde provocó brotes devastadores capaces de diezmar poblaciones enteras y transformar profundamente la

ORCID:

[0009-0000-9422-2138](https://orcid.org/0009-0000-9422-2138)

***Correspondencia:** Dr. Rafael Godoy Ramírez, E-mail: rpediatra@gmail.com

Recibido: 4 de mayo 2026

Aceptado: 20 de junio 2026

Médico Neonatólogo, Policlínica Metropolitana, Caracas, Venezuela. MSc. en Literatura Venezolana. Instituto de Investigaciones Literarias, Facultad de Humanidades, U.C.V. Prof. Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad Medina Luis Razetti, U.C.V. Caracas-Venezuela

demografía, la organización social y la historia sanitaria de múltiples civilizaciones.

Durante la conquista del continente americano, diversas enfermedades hasta entonces desconocidas por las poblaciones originarias se propagaron con una rapidez alarmante. Entre ellas, destacó la viruela, cuyo nombre deriva del latín *varius* —“variado”—, en alusión a la erupción cutánea y a las pústulas características que cubrían el cuerpo de los afectados. La transmisión ocurría fundamentalmente de persona a persona, a través de gotículas expulsadas desde la mucosa respiratoria durante el habla, la tos o los estornudos, lo que facilitaba su rápida difusión en comunidades sin inmunidad previa.

Un rasgo adicional que contribuyó a su extraordinaria capacidad de diseminación fue la resistencia del virus a los factores ambientales. Cuando las partículas virales entraban en contacto con superficies inertes —como muebles, utensilios o tejidos—, podían permanecer viables durante largos períodos, incluso hasta nueve meses, lo que favorecía la infección indirecta y aumentaba el riesgo de contagio. Esta combinación de alta transmisibilidad, estabilidad ambiental y ausencia de inmunidad en las poblaciones americanas explica el profundo impacto demográfico y social que la viruela tuvo en el continente tras la llegada de los europeos.

Cuando una persona contrae el virus de la viruela, el cuadro clínico se inicia de manera abrupta con fiebre elevada, malestar general intenso, cefalea y mialgias, reflejo de la rápida replicación viral y de la activación sistémica de la respuesta inmunitaria. Tras esta fase prodrómica, aparece la erupción cutánea característica, inicialmente en forma de máculas y pápulas que progresan a vesículas y, posteriormente, a pústulas firmes y profundas, llenas de material purulento. Con el transcurso de los días, estas lesiones se desecan y forman costras que, al desprenderse, dejan cicatrices permanentes distribuidas en gran parte del cuerpo, un sello clínico distintivo de la enfermedad.

El principal motivo de preocupación no residía únicamente en el daño cutáneo, sino en la

elevada letalidad del virus, que en sus formas más graves alcanzaba tasas de mortalidad superiores al 30%, especialmente entre niños y adolescentes, grupos particularmente vulnerables por su menor inmunidad previa. Esta combinación de virulencia, transmisibilidad y alta mortalidad explica el profundo impacto sanitario y demográfico que la viruela ejerció durante siglos (1).

Existe consenso entre los especialistas en que la viruela tiene un origen remoto y que su propagación acompañó los primeros movimientos migratorios humanos hacia el continente americano. Se estima que los grupos que cruzaron el estrecho de Bering desde Asia —hace más de 30.000 años— introdujeron diversos agentes infecciosos, entre ellos el virus de la viruela, que posteriormente se mantuvo mediante transmisión estrictamente humana, dado que este patógeno carece de reservorio animal. En este contexto, los asentamientos agrícolas y el aumento de la densidad poblacional habrían favorecido la circulación sostenida del virus y su expansión progresiva en amplias regiones del planeta.

La presencia histórica de la enfermedad se ha documentado con notable claridad en el Antiguo Egipto. Evidencias morfológicas compatibles con la viruela han sido identificadas en momias datadas de alrededor de 1550 a. C., y los hallazgos son aún más contundentes en el caso de Ramsés V, fallecido en 1143 a. C., cuyas lesiones cutáneas preservadas han sido interpretadas por diversos estudios como indicativas de infección por el virus de Variola. Estos registros arqueológicos constituyen algunos de los testimonios más antiguos y sólidos de la existencia de la viruela en la historia humana.

En China, la viruela fue reconocida y estudiada mucho antes que, en Occidente, lo que explica la existencia de descripciones y registros que se remontan a aproximadamente el 1100 a. C. A partir de estas observaciones tempranas, los médicos chinos comprendieron que quienes sobrevivían a un episodio de viruela quedaban protegidos de por vida, un fenómeno que hoy identificamos como inmunidad adquirida. Este conocimiento empírico los llevó a desarrollar una práctica destinada a inducir una forma leve de la

enfermedad con el fin de prevenir manifestaciones graves o letales. El procedimiento consistía en triturar las costras desprendidas de las pústulas de pacientes con viruela e insuflar el polvo resultante en las fosas nasales de personas sanas mediante un tubo de plata. Aunque esta técnica — conocida posteriormente como variolización — no constituía una vacuna en el sentido moderno, sí representaba un antecedente directo, pues buscaba inducir una infección controlada que generara una protección duradera. Los médicos observaron que, tras la inoculación, la mayoría de los individuos desarrollaba un cuadro leve y quedaba inmunizada. Sin embargo, la práctica no estaba exenta de riesgos. En un número significativo de casos, la infección inducida evolucionaba a una forma grave de viruela, con complicaciones que podían conducir a la muerte. A pesar de ello, la variolización marcó un hito en la historia de la medicina, al constituir uno de los primeros intentos sistemáticos de prevención inmunológica frente a una enfermedad devastadora (2).

Los árabes también investigaron con nuevas técnicas; no obstante, estas se basaban en la misma idea de inmunidad. Realizaban pequeños cortes en el brazo de las personas y luego frotaban con material extraído de las pústulas de pacientes infectados.

Según los registros históricos, la viruela llegó al Nuevo Mundo en 1518, introducida en la isla de La Española (actual Haití y República Dominicana) a través de personas esclavizadas provenientes de África, trasladadas por los portugueses. No obstante, las primeras referencias documentadas de la enfermedad se remontan al primer milenio antes de Cristo, y su expansión global estuvo estrechamente vinculada a las guerras, las rutas comerciales y los desplazamientos humanos, factores que facilitaron su circulación continua y su impacto devastador en múltiples regiones del planeta. Su efecto fue particularmente severo en las poblaciones indígenas americanas, que carecían de inmunidad frente a los agentes virales introducidos durante la colonización, lo que provocó una mortalidad masiva y profundas transformaciones demográficas.

Durante milenios —y hasta hace apenas unas décadas— la viruela representó para la humanidad lo que el coronavirus significó en el siglo XXI: una amenaza sanitaria global de enorme letalidad. Su transmisión por vía respiratoria y la aparición de pústulas dolorosas en el rostro y en el resto del cuerpo constituían rasgos clínicos distintivos. Estas lesiones, además de su impacto estético y social, podían ocasionar ceguera en un número considerable de pacientes. La alta mortalidad, especialmente entre los niños, y las cicatrices permanentes que dejaba en los sobrevivientes, consolidaron su reputación como una de las enfermedades más temidas y destructivas de la historia humana.

Para el año 1520, este mal se propagó a México, donde causó una cantidad considerable de decesos, y para el año 1558 se extendió hacia la Nueva Granada, acabando con más del 30% de su población (3).

Los primeros intentos sistemáticos de desarrollar un método capaz de prevenir la viruela, antecedente directo de la inmunización moderna, se consolidaron en Inglaterra el 9 de agosto de 1721 con la introducción formal de la variolización. Este procedimiento consistía en inocular deliberadamente material infeccioso — obtenido de lesiones de pacientes con formas leves de la enfermedad — con el propósito de inducir un cuadro moderado que confiriera protección duradera frente a episodios graves.

La práctica había sido observada en 1718 en el Imperio Otomano por Lady Mary Wortley Montagu, esposa del embajador británico en Constantinopla. Impresionada por los resultados locales, decidió someter a su hijo Edward, de cinco años, al procedimiento bajo la supervisión del médico Charles Maitland, con una evolución favorable. A su regreso a Londres en 1721, Lady Mary se convirtió en una promotora activa de la variolización, enfrentando resistencias sociales y médicas, pero finalmente logró que el rey George I autorizara un ensayo controlado en la prisión de Newgate, donde se aplicó el método a un grupo de reclusos voluntarios.

Estos experimentos marcaron un hito en la historia de la medicina preventiva, al demostrar que la inoculación controlada podía reducir significativamente la mortalidad por viruela, aun cuando el procedimiento seguía implicando riesgos considerables.

Un antecedente importante de este método, antes del invento de Edward Jenner, fue la inoculación de la zarina Catalina II realizada por el médico inglés Thomas Dimsdale (1712-1800). Dimsdale presentó ante la Corte de San Petersburgo la solicitud para aplicar el tratamiento y su primera paciente fue la propia Catalina II, quien fue tratada con el fin de intentar eliminar la enfermedad. Sus síntomas, meses más tarde, fueron muy leves y su mejoría fue total. Posteriormente, más de 200 nobles fueron inoculados con el mismo procedimiento y el propio médico se encargó de instruir a los rusos para que establecieran hospitales en San Petersburgo y en Moscú. Catalina, agradecida por haberle salvado la vida, lo nombra barón del Imperio ruso.

La vacuna definitiva llegaría a finales del siglo XVIII, el 12 de octubre de 1768. Primera vacuna en la historia de la humanidad, desarrollada por el médico rural inglés Edward Jenner (1749-1823), considerado el padre de la inmunología moderna (4).

Desde muy joven, Edward Jenner observó un fenómeno que despertó su curiosidad científica y que más tarde transformaría la historia de la medicina: las ordeñadoras infectadas con viruela bovina (cowpox) desarrollaban únicamente una forma leve de la enfermedad. A diferencia de quienes padecían viruela humana, estas mujeres no quedaban marcadas por las desfigurantes cicatrices faciales; solo presentaban algunas lesiones en manos y brazos y, lo más relevante, parecían protegidas de por vida frente a la viruela humana. Esta correlación empírica entre la exposición al cowpox y la inmunidad posterior constituyó la base de su hipótesis.

El 14 de mayo de 1796, Jenner decidió poner a prueba su intuición mediante un experimento cuidadosamente planificado pero arriesgado para los estándares de la época. Extrajo material

purulento de una lesión en la mano de la ordeñadora Sarah Helmes, infectada por la vaca “Blossom”, y lo inoculó en el brazo del niño James Phipps, de ocho años, mediante dos pequeñas incisiones. El niño presentó solo un malestar leve y se recuperó sin complicaciones. Semanas después, Jenner realizó la prueba decisiva: exponer al niño al virus de la viruela humana. Contra todo pronóstico —y confirmando su hipótesis— James no desarrolló la enfermedad. Permaneció sano y, según los registros históricos, nunca contrajo viruela y vivió hasta los 65 años.

El éxito del procedimiento fue tan notable que, en poco tiempo, miles de familias acudieron a Inglaterra para que sus hijos recibieran la nueva “vacuna”, término derivado de vacca en referencia a su origen bovino. Este avance inauguró la era de la vacunación y sentó las bases de la inmunología moderna, convirtiéndose en uno de los hitos más trascendentales de la salud pública mundial.

Dos años más tarde, Jenner publicó el informe en el que bautizó su descubrimiento con el nombre de “VACUNA”, por provenir de la viruela vacuna.

Antes de formular su célebre experimento de 1796, Jenner ya había acumulado una base empírica sólida. Había realizado múltiples pruebas preliminares y documentado los resultados obtenidos en más de trece personas, entre ellas el joven James Phipps. Con estos datos, preparó una comunicación científica destinada a ser evaluada por la Royal Society de Londres, con la intención de publicarla en *Philosophical Transactions*, la revista científica más prestigiosa de la época. Sin embargo, su manuscrito fue rechazado. Tanto el presidente de la Royal Society, Sir Joseph Banks, como el secretario, E. Hone, le notificaron que sus conclusiones eran “contrarias al conocimiento establecido”. La idea de que una infección de origen bovino pudiera conferir protección frente a la viruela humana desafiaba los paradigmas médicos vigentes y generaba escepticismo en los círculos científicos tradicionales. Paradójicamente, aquel trabajo que inicialmente fue desestimado terminaría por transformar de manera irreversible la historia de la inmunización y dar origen al concepto moderno de vacuna.

Las dudas sobre la eficacia de la nueva técnica se difundieron rápidamente por Europa, alimentadas tanto por el desconocimiento como por la resistencia a abandonar las prácticas médicas tradicionales. Aun así, la vacunación llegó a España en 1801, específicamente a Puigcerdá, introducida por el médico Francisco Piguillem Verdacer, quien se convirtió en uno de sus primeros defensores en la península. El interés oficial aumentó cuando el rey Carlos IV, profundamente afectado por la muerte de su hija María Teresa (1791-1794) a causa de la viruela, decidió intervenir directamente. El 1 de septiembre de 1803, emitió un edicto en el que explicaba a sus súbditos los motivos de una expedición sanitaria que se organizaba para llevar la vacuna a los territorios ultramarinos. Antes de esta iniciativa real, ya se habían presentado solicitudes para trasladar la vacuna a Hispanoamérica, pero fueron rechazadas por la falta de experiencia técnica de los proponentes (5). Para entonces, la vacuna había ingresado en España a finales de 1800 y, hacia 1801, ya se habían inmunizado miles de personas en distintas regiones del país. El éxito inicial convenció al monarca de la necesidad de difundir el nuevo método preventivo y de extenderlo a las posesiones españolas en América y en Asia.

La decisión tenía un trasfondo histórico contundente: la viruela había causado estragos en el continente americano desde inicios del siglo XVI. Las poblaciones indígenas, sin inmunidad previa frente al virus, registraron tasas de mortalidad catastróficas. De hecho, numerosos historiadores sostienen que la enfermedad fue un factor determinante en el colapso de los imperios inca y azteca, debilitando profundamente sus estructuras sociales y militares antes de la conquista europea.

Se calcula que en las postrimerías del siglo XVIII, en Europa, morían de viruela más de 4.000.000 de personas.

EXPEDICIÓN DEL DOCTOR FRANCISCO JAVIER BALMIS Y BERENGUER

La mayor expedición filantrópica para llevar la vacuna a los lugares más recónditos del mundo se inició el 30 de noviembre de 1803. Por órdenes del Rey Carlos IV, que buscaba cómo frenar la alta mortalidad por viruela en el Imperio español, se inician los trámites para la extraordinaria hazaña médica. Se arrendó una corveta llamada “María Pita”, en honor a una heroína española del siglo XVI, en la cual se trasladarían el equipo médico y los 22 huérfanos escogidos (entre 3 y 9 años), provenientes de la Casa de Expósitos de La Coruña, cuya rectora, Isabel Zendal Gómez, sería la encargada de su cuidado y bienestar hasta su regreso a España. La dirección de tal empresa recaía en Francisco Javier Balmis y Berenguer (1753-1819), médico personal del Rey, y en Joseph Salvany Llocopart (1777-1810). Además, irían los ayudantes, médicos Manuel Julián Grajales y Antonio Gutiérrez Robredo; los practicantes Francisco Pastor Balmis y Rafael Lozano Pérez; y los enfermeros Basilio Bolaños, Pedro Ortega, Antonio Pastos y Ángel Crespo (6).

No obstante, un gran obstáculo se avecinaba: ¿cómo transportar la vacuna sin que se dañara? Iluminado por su entendimiento, opta por crear una cadena humana en la que el virus se mantendría vivo en los brazos de varios niños que nunca hubieran padecido la enfermedad. Los niños servirían como vehículo para mantener la vacuna activa durante el trayecto transoceánico. Serían vacunados de dos en dos, cada nueve días, durante el trayecto. De esta manera, los infantes actuarían como portadores y transmisores de la vacuna.

Cabe señalar que el propio hijo de Isabel Zenda, Benito Vélez, de 9 años, también formaba parte de la expedición. Los otros fueron Andrés Naya (9), Antonio Veredía (7), Cándido (7), Clemente (6), Domingo Naya (6), Francisco

Antonio (9), Gerónimo María (7), Jacinto (6), José (3), Juan Antonio (5), Juan Francisco (9), José Jorge Nicolás de los Dolores (3 años), José Manuel María (6), Manuel María (3), Martín (3) Pascual Aniceto (3), Tomás Melitón (3), Vicente Ferrer (7), Vicente María Selle y Bellido (3), y un niño fallecido durante el viaje.

De los 22 infantes, 6 venían de la Casa de Desamparados de Madrid, 11 del Hospital de la Caridad de La Coruña y 5 de Santiago. A cada niño le fueron entregados dos pares de zapatos, seis camisas, un sombrero, tres pantalones con sus respectivas chaquetas de lienzo y un pantalón para el frío. También, para el aseo, le fueron dados tres pañuelos de cuello, tres pañuelos de nariz y un peine; y, para la comida, un vaso, un plato y un juego de cubiertos.

Además de la vacunación, se pretendía establecer en las ciudades visitadas Juntas de Vacunación que garantizaran la conservación del fluido y la permanencia de la vacuna. Su primera parada fue en la isla de Tenerife en diciembre de 1803. De allí partió en enero de 1804 hacia Puerto Rico y luego se dirigió a Venezuela, a la que llegó en marzo de 1804. De La Guaira siguen rumbo por dos frentes diferentes: Balmis, en el “María Pita”, toma rumbo a La Habana, y Salvany y su grupo zarpan en el bergantín “San Luis” con destino a la Nueva Granada, en Suramérica, hasta 1811.

Durante el viaje de más de 8 mil kilómetros, hubo muchos contratiempos. Balmis tuvo problemas con los médicos locales por el supuesto uso de vacunas falsas. Otro incidente grave fue que la corbeta “María Pita” perdió su rumbo y, cuando apenas quedaba un niño con la vacuna para ser empleada ese mismo día y la expedición, por tal razón, estaba a punto de fracasar, se divisó la costa venezolana a la altura de Puerto Cabello, donde desembarcó ese 20 de marzo de 1804 (7). La travesía duró desde 1803 hasta 1806.

LLEGADA A CARACAS DE LA VACUNA DE JENNER

De acuerdo con los estudios sobre la viruela en Venezuela, esta enfermedad apareció por primera vez en la población costera de Caraballeda en

1580. Dicha fecha coincide con una epidemia iniciada por varios varíolosos que llegaron a bordo de un navío y trajeron esclavos de África. Oviedo y Baños relatan el suceso y expone que venían de las costas de Guinea, sin reparos, tan infectado de viruelas que contagió a todos los indios causando estragos entre su población

Las epidemias posteriores en Caracas y en otras ciudades del interior fueron letales para la población. En 1588, entre Puerto Cabello y Caracas, el año fue asolado por la enfermedad. Para el año 1763, de acuerdo con las investigaciones de Enrique Bernardo Núñez, la ciudad de Caracas se hallaba reducida hasta la miseria por una epidemia que se extendía desde 1763 y había devorado a más de 40 mil individuos. En 1772, según testimonios del Obispo Martí, Caracas había sufrido otra epidemia catastrófica que acabó con la vida de más de 13 mil personas (8).

En total y de acuerdo con investigaciones precisas, las epidemias de viruela fueron innumerables en el país: 1614, 1626, 1636, 1658, 1667, 1682, 1735, 1743, 1763, 1767, 1777, 1815, 1843, 1863, 1889 y 1898, siendo la epidemia de Valencia una de las más letales.

La morbilidad y mortalidad asociadas a la viruela en Europa, África, Asia y América fueron extraordinariamente elevadas, lo que impulsó la adopción de múltiples medidas terapéuticas, profilácticas e incluso prácticas religiosas destinadas a contener su propagación. En numerosos territorios se implementaron estrategias de aislamiento, cuarentenas y restricciones de movilidad, aunque con resultados variables debido a la limitada comprensión científica de la enfermedad en ese momento.

En Caracas, las autoridades coloniales recurrieron a mecanismos de control que reflejaban tanto la preocupación sanitaria como la necesidad de proteger a la población. Entre estas medidas destacaban los degredos, que consistían en el aislamiento forzoso de los enfermos en lugares apartados, y los cordones sanitarios, dispuestos alrededor de las viviendas o de las zonas donde se detectaban casos, con el fin de interrumpir la cadena de transmisión. Estas acciones,

aunque rudimentarias, representaban uno de los pocos recursos disponibles para enfrentar una enfermedad cuya capacidad de contagio y letalidad superaba ampliamente las posibilidades terapéuticas de la época

Por el año 1766 el doctor D.N. Perdomo aplicaba la inoculación de pus de viruela humana, realizando incisiones en la piel e introduciendo la secreción. Este método antecede en muchos años los procesos de variolización que adelantaba la Corona española a partir de 1803.

Cuando el Obispo Mariano Martí realizó el censo en el año 1772 en Caracas, existían tres hospitales y un degredo: el de San Pablo para hombres, el de la Caridad, solo para mujeres, y el de Lázaros, dedicado a los leprosinos abandonados. El degredo se encontraba al noroeste de la ciudad y estaba destinado a los virulentos.

Al iniciarse el brote epidémico de 1763, la ciudad de Caracas registraba aproximadamente 26.430 habitantes, pero para 1779 la cifra había descendido a 21.000, una reducción atribuida en gran medida al impacto de la viruela. No obstante, estas cifras deben interpretarse con cautela, pues los registros demográficos coloniales eran irregulares y, con frecuencia, incompletos. De hecho, el Obispo Mariano Martí, en su célebre visita pastoral, estimó que en las cuatro parroquias principales de la capital —Catedral, San Pablo, Altigracia y La Candelaria— residían alrededor de 18.000 personas, lo que evidencia la disparidad entre las fuentes disponibles.

Las Actas del Cabildo Eclesiástico de Caracas de 1767, 1768, 1769 y 1770 ofrecen un testimonio directo de la gravedad de la epidemia que azotaba la ciudad. En ellas se describe la profunda preocupación de las autoridades religiosas ante la magnitud del brote. El Obispo Antonio Díaz Madroñero, máxima autoridad eclesiástica de la diócesis, organizó rogativas públicas, procesiones y actos litúrgicos con el propósito de “apacar la furia de Dios”, según la expresión de la época, y de solicitar la cesación del mal que devastaba

a la población. Estas prácticas reflejan no solo la cosmovisión religiosa dominante, sino también la ausencia de herramientas médicas eficaces para enfrentar una enfermedad que superaba ampliamente los recursos sanitarios disponibles en la Caracas colonial.

Otra de las ciudades fuertemente afectadas fue Valencia, en el estado Carabobo. De acuerdo con los historiadores, la primera epidemia ocurrió en 1580. Años más tarde, en 1742, otro brote provocó que se declarara a Valencia en cuarentena. Con regularidad se repetían epidemias: 1844, 1854, 1864 y 1898, fatídicas para la ciudad, ya que hubo más de 1500 defunciones en más de 11 mil casos declarados (9).

El tratamiento habitual para contrarrestar la infección, como mencionamos anteriormente, siempre fue la variolización, un tratamiento ya estandarizado y efectivo en ciertos casos.

La llegada de los expedicionarios ocurrió el 20 de marzo de 1804 en la zona de Puerto Cabello. De inmediato comenzó la vacunación de 28 niños “de los principales” del pueblo, hasta el 24 de marzo, cuando se decidió que Salvany permaneciera unos días más en Puerto Cabello para realizar una vacunación masiva. El resto, con Balmis, Lozano Ortega, Antonio Gutiérrez Robredo, entre otros, sigue camino hacia Maracay, donde llega el 26 de marzo y el 28 entra a Caracas, donde fue recibido con vítores, música y fuegos artificiales por el Capitán General y el Gobernador Vasconcelos.

Salvany sale de Puerto Cabello el 31 de marzo, llega a La Guaira el 5 de abril y al día siguiente, a Caracas. Este médico era nativo de Barcelona, España, y fue apoyado por los doctores Felipe Tamariz y el larense José Ángel Álamo, quienes organizaron la Comisión Vacunadora.

En Caracas, el niño Luis Blanco, nacido el 25 de junio de 1802, fue el primer individuo en recibir la inoculación en la capital. Andrés Bello recuerda esa maravillosa jornada y le dedica la “Oda a la Vacuna”, en la que expresa palabras de

admiración al hombre que hizo posible la llegada de tan extraordinario descubrimiento: el Rey Carlos IV. La Oda inicia así:

Vasconcelos, ilustre, en cuyas manos

el gran monarca del Imperio íbero

las peligrosas riendas deposita

de una parte preciosa de sus pueblos (...)

Sí, Venezuela exenta del terrible azote destructor que, en otro tiempo, sus hijos devoraba (...)

Carlos manda y, al punto, una gloriosa expedición difunde en sus inmensos dominios el saludable beneficio de aquel grande y feliz descubrimiento (...)

Carlos, el bienhechor, aquella plaga desterró para siempre de sus pueblos (...)

El Palacio igualmente que la choza

Se ve de luto fúnebre cubierto (...) (10).

Mientras Balmis permaneció en Venezuela, fue objeto de agasajos, fiestas y obsequios. Fue premiado, además, con 1500 pesos por el Cabildo, que lo nombró Regidor Honorario. Bendiciones y muestras de gran regocijo para el Rey español, expone Bello, por haber hecho posible la llegada de tan eximio invento a todos los lugares del mundo (11).

Otros médicos, como el sabio Vargas, describieron el proceso en su obra "Epítome sobre la Vacuna"; el doctor Vicente Salias, autor de la letra del Himno Nacional, también participó en la histórica vacunación.

La expedición se había dividido en La Guaira. Mientras Balmis estuvo en Caracas, instala una Junta Central de la Vacuna, apoyada por José Domingo Díaz y el propio Vicente Salias. De allí, toma rumbo a Puerto Cabello para dirigirse a México, donde recoge a 26 niños para que mantengan viva la vacuna. En el país azteca, la iglesia recibe ayuda para organizar

las vacunaciones. El 14 de agosto, el grueso de la expedición regresa a Acapulco; sin embargo, Balmis sigue hacia China. Isabel Zendal, la secretaria del orfanato, permanecería en México con su hijo y jamás regresaría a España.

A bordo del galeón Fernando de Magallanes salen el 8 de febrero de 1805. Atraviesan el Océano Pacífico rumbo a Manila, Filipinas, donde llegan el 5 de abril de ese mismo año.

Regresa a España en 1810 y escribe "Instrucción sobre la introducción y conservación de la vacuna". Muere en Madrid el 12 de febrero de 1819.

Los niños fueron ingresados en un hospicio y luego adoptados en México.

Salvany Lleopart, luego de su paso por Margarita, Cumaná, El Tocuyo y Maracaibo, siguió hacia Cartagena, Bogotá, Quito, Chile, Perú y el Alto Perú. Salvany muere en Cochabamba, Bolivia, el 21 de julio de 1810, tras tan notable labor.

La erradicación de la viruela se inició en 1959, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó su programa de erradicación. No obstante, quedaban áreas endémicas en Suramérica, África y el sureste de Asia. El último caso fue en Somalia en octubre de 1978 y, el 9 de diciembre de 1979, la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Viruela, tras dos años de trabajo y después del último caso conocido, certificó la eliminación total mundial de la viruela.

La humanidad agradecerá por siempre la iniciativa y la labor de aquellos profesionales de la medicina y de los niños, verdaderos héroes, salvadores de la vida de infinitud de seres humanos.

CONCLUSIONES

En conclusión, podemos afirmar que la viruela, desde su aparición en la antigüedad, se convirtió en una de las enfermedades más letales

de la historia de la humanidad. Su poder fue tan destructivo que acabó con todo a su paso: ricos, pobres, reyes, emperadores, etc. Se encargó de derribar imperios a lo largo de la historia y hasta se convirtió en arma química en manos de los ingleses durante la guerra contra Francia en el siglo XVIII.

Múltiples fueron las epidemias que acabaron con casi la mitad de la raza humana en varios países del Nuevo Mundo. Durante las epidemias de 1521, 1528 y 1529 en México, más del 60% de la población murió a causa del virus. En el Perú, debido a las epidemias de 1535, 1558 y 1565, entre otras, casi el 90 % de la población falleció.

Gracias a la hazaña de Jenner y a la proeza de la Primera Expedición de la Vacuna de Balmis, el mal fue vencido y el mundo fue declarado libre de viruela en 1978.

Pese a que la OMS ha pedido la eliminación total y definitiva del virus, dos laboratorios todavía lo resguardan en sus cajas de seguridad. Estos centros se encuentran en Moscú, Rusia, y en Atlanta, Estados Unidos.

REFERENCIAS

- Gargantilla P. Enfermedades que cambiaron la historia. Madrid: La Esfera de los Libros; 2016. p. 60 3.
- Gargantilla P. Enfermedades que cambiaron la historia. Madrid: La Esfera de los Libros, 2016. p. 64 6.
- Rodríguez Lemoine V. La viruela en Venezuela: epidemias y defensa durante el siglo XIX. Caracas: Academia Nacional de Medicina; 2012.
- Archila R. Historia antigua de la viruela en Venezuela. Rev Sanid Asist Soc. 1949;14(5 6).
- Archila R. Historia de la sanidad en Venezuela. Tomo I. Caracas: Imprenta Nacional; 1956.
- Ramírez Martín SM. La salud del Imperio: La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. Madrid: Editorial Doce Calles; 2002.
- Esparza J, Yépez Colmenares G. Viruela en la Venezuela Colonial: epidemias, variolización y vacunación. En: Ramírez S, Valenciano M, Nájera R, Enjuanes L, editores. La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. Doscientos años de lucha contra la viruela. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2004. p. 89 118.
- Fuguet Borregales E. Historia y tradición: pincelada científica. Especial: 26 de julio de 1527, Fundación de Coro. 2022. Disponible en: <https://laprotestamilitar3.wordpress.com/2022/07/26/historia-y-tradicion-pincelada-historica-especial-26-de-julio-de-1527-fundacion-de-coro/>
- Vila P. El Obispo Martí: interpretación humana y geográfica de la larga marcha pastoral del obispo Mariano Martí en la diócesis de Caracas. Vol. 1. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 1980.
- Yépez Colmenares G. El impacto de una epidemia de viruela en la ciudad de Caracas entre 1773 y 1777. Tierra Firme. 1995;13(49).
- Bello A. Oda a la vacuna. En: Medicina fuera de la medicina. Caracas: Wordpress; Disponible en: <https://medicinafueraadelamedicina.wordpress.com/2013/02/04/oda-a-la-vacuna-andres-bello/>