

Las primeras campañas de inmunización antipoliomielíticas en Argentina. (1957-1971).

Testa Daniela Edelvis.

Cita:

Testa Daniela Edelvis (2013). *Las primeras campañas de inmunización antipoliomielíticas en Argentina. (1957-1971)*. XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-010/536>

**XIV Jornadas
Interescuelas/Departamentos de Historia
2 al 5 de octubre de 2013**

ORGANIZA:

Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras

Universidad Nacional de Cuyo

Número de la Mesa Temática: 62

Título de la Mesa Temática: Políticas sociales en Argentina y en América Latina en el siglo XX

Apellido y Nombre de las/os coordinadores/as: Ramacciotti, Karina – Biernat, Carolina

TÍTULO DE LA PONENCIA

Las primeras campañas de inmunización antipoliomielítica en Argentina

Apellido y Nombre del/a autor/a: Testa Daniela

Pertenencia institucional: UBA

Correo electrónico: danitestu@yahoo.com.ar

Las primeras campañas de inmunización antipoliomielítica en Argentina

La poliomielitis, enfermedad infecciosa aguda –presente en forma endémica desde épocas anteriores– estalló en forma epidémica en varios países de Europa y América en el inicio del siglo XX. Los países afectados –especialmente Estados Unidos, Canadá, Francia y Noruega– movilizaron recursos económicos y esfuerzos científicos para conocer el mecanismo de transmisión, las características etiológicas y el tratamiento de la enfermedad. (Axelsson, 2009; Rogers, 2009; Oshinsky, 2005)

Ante la imposibilidad de contar con un método que condujera a la cura, la prevención de la dolencia pasó a ser un objetivo primordial para su control: la aspiración era alcanzar una vacuna eficaz e inocua para su control y erradicación. La expansión mundial de la enfermedad, la posibilidad de alcanzar altas tasas de mortalidad durante las epidemias y, sobre todo, las deformaciones físicas que producía en sus víctimas y los altos costos de atención y rehabilitación que requería convirtieron las expectativas en torno a la profilaxis de la enfermedad en una meta ambicionada por científicos, legos y funcionarios del Estado.

El anhelado deseo se vio concretado en 1954 con la aparición de la vacuna antipoliomielítica a virus inactivado desarrollada por el médico y virólogo estadounidense Jonas Salk y su equipo. (Gaudelliere, 2002; Blume, 2005; Lindner y Blume, 2006). Las desventajas señaladas con respecto a la vacuna Salk se referían a su falta de efectividad para prevenir la multiplicación de los virus en el intestino. Este tipo de inmunización, a diferencia de la vacuna Sabín, no impedía la diseminación de los virus entre los individuos vacunados. La relevancia de este aspecto es que no era capaz de interrumpir la cadena de trasmisión del virus en una comunidad. (La Semana Médica, 4/6/1962:1307-1318) Además, la forma de administración inyectable en un esquema que requería varias aplicaciones, los requisitos de termo estabilidad necesarios para la conservación y el traslado del suero, sumado a los requerimientos de gestión técnico administrativa y logística de una campaña que pretendía alcanzar a una población suficientemente predispuesta a acudir al llamado de las autoridades sanitarias y a exponer a sus hijos a la inoculación, eran factores que complejizaban el suceso exitoso de su utilización.

En el año 1960, se aprobó la vacuna a virus atenuados del virólogo Albert Sabin, cuya utilización en gran escala fue adoptada rápidamente. Así fue cómo, en un clima de controversias y disputas sobre las bondades y desventajas de ambas vacunas, las campañas de vacunación fueron implementadas en diversas latitudes a partir de asumir que era ésta la única vía efectiva de enfrentar la enfermedad. En efecto, disponer de vacunas de comprobada eficacia e inocuidad constituyó un largo proceso de acumulaciones y progresos de conocimientos, que requirió de esfuerzos económicos y voluntades políticas para afianzarse exitosamente. Numerosos estudios referidos a la poliomielitis y a las controversias entre las vacunas Salk y Sabin por recaudar reconocimiento respecto de la superioridad de una sobre la otra, ilustran una historiografía de la poliomielitis con avances, retrocesos, egoísmos e intereses particulares que lejos están de aquellas miradas laudatorias e idealizadas sobre los denominados “héroes de la ciencia”. Por el contrario, reflejan la complejidad entre la ciencia, la política y los contextos particulares para analizar cómo se enfrentaron los problemas relacionados con la enfermedad y con la inmunización de la población a grandes escalas. (Testa, 2011; Zabala y Buschini, 2008; Nascimento, 2011)

Es así como la realización de campañas de inmunización masiva envuelve un entramado de voluntades políticas, recursos económicos, personal sanitario entrenado, adecuadas campañas de difusión y capacidades institucionales de gestión administrativa y logística para la provisión de los insumos necesarios. La accesibilidad a la vacuna, tanto en su aspecto material como simbólico, juega un papel ineludible en el análisis de este tipo de acciones.

Por lo tanto, intentar un acercamiento crítico a la vacunación antipoliomielítica desde una perspectiva que supere las posiciones basadas en el supuesto progreso lineal de la ciencia y su consecuente naturalización y aceptación/rechazo por parte de los diferentes actores involucrados nos enfrenta a un panorama complicado e incompleto que nos conducirá a conclusiones que demuestran un camino plagado de avances y retrocesos, discontinuidades y silencios y hacen necesario considerar la complejidad del fenómeno en sus dimensiones científicas, políticas y sociales, de acuerdo con múltiples contextos y particularidades históricas. (Moulin, 2003: 499)

El temor al contagio y a la parálisis que esta enfermedad acarrea, su aparición en brotes epidémicos que se extendieron primero en Europa y Estado Unidos y luego en otros países del continente americano, enfrentaba a los Estados a tomar medidas, elaborar respuestas y destinar recursos a la investigación, los recursos humanos e

infraestructura adecuadas, con el fin de resolver un problema que en vista de su magnitud y extensión era entendido como un problema de salud pública que excedía los límites de las fronteras nacionales.

El objetivo de este trabajo es discutir las campañas de vacunación antipoliomielítica en Argentina a partir del análisis de tres operativos masivos. El primero se realizó en 1957, un año después del grave brote de 1956, en el marco de la “Semana de Homenaje Dr. Salk”. Luego, el Operativo “SOS 27-28”, en 1963, que introdujo la utilización de la vacunación antipoliomielítica oral. Por último, el Operativo Nacional de Vacunación Antipoliomielítica en el año 1971, primer intento de alcance nacional para controlar la poliomielitis en el país. Además, a partir de ese momento se modificaron las normativas vigentes de vacunación y quedó establecida la reglamentación de los procedimientos para un Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional.

La delimitación de estos tres momentos ha surgido a partir del análisis de las fuentes consultadas que brindaron, con diversos matices, indicios sobre situaciones problemáticas o destacadas que acompañaban los puntos de quiebre de la curva epidemiológica de la poliomielitis en esos años. Puestos en diálogo los datos epidemiológicos con los textos y producciones de los médicos, los investigadores, los actores políticos y de la prensa escrita, pudimos reconstruir de manera fragmentaria e inacabada algunos aspectos del proceso de inmunización antipoliomielítica.

En nuestro caso, la intervención del Estado en la construcción de las políticas sanitarias estuvo directamente influenciada por el carácter del comportamiento epidémico de la enfermedad, por la influencia de los organismos de salud internacionales y por la necesidad de lograr legitimidad en un clima de inestabilidad política. Más por necesidad que por convicción el Estado se vio obligado a involucrarse de diferentes maneras con la temática y a limitar su histórica tendencia de trasladar funciones y responsabilidades estatales hacia el asistencialismo de carácter privado. En un juego de alianzas y abandonos, que parece no resolverse hasta la actualidad en lo que respecta a las políticas de salud, nos encontraremos con un Estado que prefiere y/o necesita canalizar las acciones a través de los actores privados y que actúa en forma fragmentaria y coyuntural, más por temor a la desestabilización o a la pérdida de credibilidad que por una genuina preocupación por la salud pública, pero que necesita enraizarse en la sociedad civil para poder hacer efectivas sus decisiones y sus capacidades. (Evans, 1996; Alonso, 2007).

De más está decir, desde una perspectiva de análisis dinámico, que las mediaciones y vinculaciones entre los intereses políticos y sociales, privados y públicos, los niveles municipal, provincial y nacional en diálogo con una fuerte presencia de ideas de salud internacionalistas que intentaban imponerse en los países latinoamericanos, (Cueto, Brown y Fee, 2011) merecen desviar la mirada del Estado hacia otros actores sociales que constituyeron una compleja red en torno a las políticas sanitarias de prevención.

En el análisis que abordaremos a continuación, veremos entonces, que no fue suficiente contar con las tecnologías, los conocimientos biomédicos y las capacidades de gestión adecuadas para llevar adelante las acciones de inmunización masiva de manera exitosa, sino que otros factores, voluntades políticas y situaciones coyunturales influyeron en el devenir de éstas.

De la *Salk* a la *Sabín*

Antes de la aparición de la vacuna y de las campañas masivas de vacunación, las acciones de prevención se basaban en diferentes consejos que se correspondían con el conocimiento médico científico disponible y con el conocimiento popular acerca de la enfermedad. Se recomendaba el aislamiento de las personas afectadas, el uso de las pastillas de alcanfor y extremar las medidas de higiene en el hogar, especialmente el lavado de las manos. También se aconsejaba ingerir alimentos cocidos y leche hervida, evitar la acumulación de aguas estancadas y demás elementos que favorecieran la cría de insectos. Se enfatizaba en la exterminación de moscas e insectos voladores, “a los cuales se les asigna gran importancia en la propagación del virus”, (Ministerio de Salud Pública, 1952) y en la realización de diferentes estrategias entre los vecinos para lograr una eficiente eliminación de los residuos en las ciudades. Asimismo se sugería a las madres, ubicadas en el rol cuasi esencializado del cuidado de la prole, que evitaran que los niños realizaran esfuerzos físicos y que se bañaran en ríos y piletas, ya que se creía que ello podía favorecer la adquisición de la enfermedad. Esta variada batería de consejos que iba desde cuestiones morales hasta consejos alimentarios daba cuenta de un campo de conocimiento marcado por las incertidumbres biomédicas.

La primera vacuna disponible fue la de virus atenuado, desarrollada en Estados Unidos por un grupo de científicos liderados por Jonas Salk. Ella actuaba como un antígeno que estimulaba la formación de anticuerpos específicos contra los virus de la poliomielitis y prevenían la invasión de éste al sistema nervioso central. Este descubrimiento, largamente anhelado, fue recibido con gran repercusión y entusiasmo generalizada y a su vez posicionaba a la ciencia norteamericana en un lugar de notable visibilidad

política. Efectivamente, el descubrimiento de esta nueva tecnología significó un hito en la historia de la poliomielitis y dio inicio a las acciones que harían posible por fin enfrentar con alto grado de eficacia a una enfermedad que hasta ese momento desafiaba la capacidad de la medicina y de la ciencia.

Así pues, la historia de la vacunación antipoliomielítica en la Argentina comienza con la campaña de inmunización masiva con vacuna tipo Salk en 1957. Durante la epidemia de poliomielitis de principios de 1956, considerada la de mayor gravedad en nuestro país, se registraron a nivel nacional aproximadamente 6.500 casos. La cantidad de personas afectadas y la sensación de temor al contagio, suscitaron el interés y la necesidad de intervención de las autoridades sanitarias, que inscribieron el problema en las agendas gubernamentales y científicas, impulsadas a tomar medidas en pos de la resolución del problema social y sanitario que la epidemia representaba. Durante el transcurso de la misma, las autoridades sanitarias dispusieron que la Sección de Virus, a cargo de la médica italiana Sacerdote de Lustig, se dedicara exclusivamente al diagnóstico de casos dudosos y al estudio de las cepas involucradas en la epidemia con el fin de estudiar las particularidades epidemiológicas del brote (Buschini, 2009; Bjerg, 2009).

Sin embargo, hubo que esperar hasta 1957 para que se instrumentaran las primeras acciones de inmunización masiva dirigidas a niños de hasta 12 años y mujeres embarazadas. Las autoridades sanitarias, preocupadas por los altos costos de adquirir una vacuna importada, convocaron a la Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil (de ahora en adelante ALPI) para la realización de la Primera Campaña de Recaudación Pro Vacunación, con el propósito de reunir fondos entre la población y de ese modo morigerar el impacto económico que la inmunización a gran escala significaría para las arcas estatales.

Más allá de que tradicionalmente eran las organizaciones filantrópicas, muchas de ellas confesionales, las que se ocupaban del resguardo de los enfermos y desafortunados, y de que ALPI hubiera obtenido popularidad y reconocimiento en lo que respecta a la poliomielitis, debido a que se especializaba en ese tema desde 1943, podríamos plantear como hipótesis que involucrar a los grupos de la sociedad civil estaba a tono no sólo con una larga continuidad histórica sino que también se alineaba con la ideología en materia de política económica liberal y en la organización institucional propuesta en la Constitución Nacional, en ese momento recientemente modificada, que derogaba la reforma constitucional de 1949. Además, como señala Ortiz Bergia (2012), el proceso de centralización de las políticas asistenciales iniciado en nuestro país a partir de la

década del cuarenta fue parcial y fragmentario, permitiendo el desarrollo de variadas asociaciones civiles laicas y/o religiosas que se dedicaban a atender problemáticas sociales y sanitarias variadas. Una de ellas fue ALPI, que si bien no suscitó el interés estatizador del gobierno nacional, desarrolló acciones concurrentes y complementarias a las políticas sanitarias del Estado en una especie de gestión asociada que beneficiaba a ambos. Por un lado favorecía la expansión y el fortalecimiento de la entidad civil que ganaba autonomía y prestigio en sus áreas de influencia, y por el otro, aliviaba el esfuerzo del Estado, que lejos estaba aún de contar con las capacidades institucionales o la determinación de dar una respuesta eficiente en el territorio nacional al problema de los brotes epidémicos.

Así pues, la Campaña de Recaudación se lanzó con estridencias a principios del mes de mayo de 1957, oportunidad en que el titular del ministerio de salud de entonces, Francisco Martínez, dejaba en claro la concepción señalada al definir públicamente que el problema de la Parálisis Infantil debería ser resuelto mediante la “acción conjunta de autoridades, entidades privadas de toda índole y de la población”. Luego de más de una década dedicada a la lucha contra la poliomielitis, y de sostener actividades de recaudación mediante colectas en forma regular, ALPI gozaba de legitimidad y reconocimiento público. La cartera sanitaria consideraba que dicha entidad tendría una mejor llegada al “generoso corazón argentino”, que abriría una vez más sus puertas al llamado de la reconocida y experimentada entidad.). La Campaña consistía en la emisión de bonos de beneficencia (Bonos ALPI) por el valor de 146 millones de pesos. ALPI recibiría el 30% de la recaudación y el resto se destinaría al Estado para la compra de vacunas. Según una alocución del Dr. Alberto Torino, titular de la Dirección de Lucha contra la Poliomielitis, la compra de las vacunas necesarias alcanzaría la suma aproximada de 428 millones de pesos. La venta de bonos pretendía cubrir con dinero proveniente de donaciones casi una cuarta parte de dicho presupuesto. (La Prensa, 3/5/1957:6)

Las acciones de recaudación de fondos se extendieron desde mayo a noviembre de 1957. Aunque la campaña no rindió económicamente el resultado esperado –ya que se recolectaron sólo 4,5 millones de pesos de los 146 millones esperados; es decir, 32 veces menos de lo esperado–, con su promoción se difundió la necesidad de la aplicación de la vacunación en todo el país, aspecto esencial para las futuras inmunizaciones masivas.

A partir de 1958, ALPI fue reconocida por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública como entidad “vacunatoria oficial”, y fue eximida de los gastos y comisiones correspondientes a la importación de vacuna y otros elementos destinados al tratamiento y rehabilitación de la poliomielitis, con lo cual adquirió autonomía para negociar la compra de insumos en forma directa con laboratorios y otros proveedores. A partir de entonces, esta organización llevaría adelante campañas educativas y publicitarias en la prensa, radio y televisión con exitosa respuesta por parte del público en general. Asimismo, ALPI proponía un criterio de cobertura en la vacunación más amplio que el plan oficial, con la recomendación de inmunización hasta los cuarenta años de edad y de la inoculación de una cuarta dosis de refuerzo al año de la tercera.

Aunque las acciones de profilaxis se realizaban de manera ininterrumpida durante todo el año, también se utilizaba la metodología de una campaña intensiva de sensibilización y vacunación a nivel nacional durante una semana en los meses de abril, correspondiente al día 12, denominada *Semana de homenaje Doctor Salk*. Durante esos días se realizaban actos conmemorativos que exaltaban la figura del científico e incentivaban a que las familias asumieran el compromiso individual de completar el esquema de vacunación en sus hijos.

En efecto, el contenido de las campañas publicitarias descansaba en la figura idealizada del científico norteamericano. Una imagen de humildad y desinterés material rodeaba el halo reivindicatorio de quien era propuesto como el descubridor de la “feliz vacuna que lleva su nombre” (La Prensa, 6/6/1959: 3). El proceso de conocimiento colectivo de la ciencia era invisibilizado en pos del posicionamiento cuasi heroico de la figura individual. Se apelaba a la responsabilidad de los padres como garantes de la salud de los hijos. Puesto en palabras del entonces ministro de salud, Francisco Elizalde, “para hacer real este homenaje (al Dr. Salk) al que está obligado el pueblo argentino vacune a sus hijos contra la Parálisis Infantil”. (La Prensa, 13/4/1958). Las conductas individuales se ponían como un ejemplo a seguir para movilizar conductas colectivas.

No establecida aún la obligatoriedad de la vacunación, así como tampoco asumida la gratuidad del insumo como parte de los deberes estatales, quedaba claro que el peso de las responsabilidades individuales era mayor que el de las obligaciones estatales ante el problema de la profilaxis de la poliomielitis. El vaivén y las tensiones entre las responsabilidades individuales y las del Estado será una constante en las campañas de inmunización de aquí en adelante. Planteada la salud pública, desde un punto de vista teórico, como un bien social que es a su vez el derecho de los ciudadanos y la

obligación del Estado de proveer la protección necesaria, el proceso de construcción de las políticas sanitarias no quedaba ajeno a los miedos, prejuicios y creencias de los individuos con respecto a la inmunización. En el marco de campañas, generalmente organizadas a partir de situaciones epidémicas y en un clima de malestar y temor generalizado, las políticas de inmunización estaban lejos del ideal de hacer efectivo un derecho a la salud; más bien se constituían en una política social focalizada en una determinada población, riesgo y oportunidad, que brindaba una ayuda puntual y específica a cambio de que el asistido asumiera ciertas responsabilidades y compromisos; de esta manera el beneficiario se “merece apoyos y oportunidades cuando acepta movilizarse...cuando de pliega a las exigencias del *empowerment*”. (Dubet, 2011:62) En un juego de disuasión y coerción, aceptación y rechazo, el Estado intentará modelar los comportamientos de los individuos y las familias, esenciales para el éxito de las acciones sanitarias.

En 1959 fue promulgada la Ley de Vacunación Obligatoria N° 15.010, que estableció la obligatoriedad y gratuidad de la vacunación antipoliomielítica en el país para los niños de hasta 14 años y para las mujeres embarazadas durante los últimos seis meses de la gestación. Reglamentó la utilización de la vacuna –en tres dosis, con intervalos de 1 mes entre cada una de ellas– y estableció que debía ser inoculada sólo por profesionales del arte de curar o auxiliares de la medicina. El Ministerio de Acción Social y Salud Pública estaría a cargo de autorizar las vacunas que se utilizarían en todo el país y de avalar las instituciones y organismos de carácter médico que se ocuparían de vacunar. La legislación hacía recaer la responsabilidad de instrumentar jornadas de vacunación de manera descentralizada en los distintos niveles gubernamentales subnacionales (provinciales y municipales).

Es importante considerar aquí, que para poner en práctica las leyes y llevar a cabo las políticas, se requiere de una suma de variables políticas, institucionales, económicas y culturales, que enriquecen, complejizan, motorizan u obstaculizan las cuestiones en juego. Estas adquieren más relevancia y posibilidades de ejecutarse si se articulan con los andamiajes y capacidades institucionales, con el interjuego de fuerzas de los diferentes actores y recursos disponibles y, por sobre todo, si no pierden de vista el criterio de equidad, generalmente soslayado de las prioridades de un Estado con capacidades limitadas, incoherencias y tensiones no sólo intra-estatales sino en sus relaciones con otros agentes y organismos. Así pues, quedan puestas en evidencia las permanentes negociaciones entre instituciones estatales centrales, federales y locales y la discontinuidad y fragmentación de las políticas implementadas.

De acuerdo con los debates parlamentarios sobre el proyecto de ley de Vacunación Obligatoria Antipoliomielítica presentado por los diputados radicales intransigentes Alfredo Escalada y Juan Carlos Manes, existían tres temas que preocupaban a los legisladores: uno era el de limitar los intereses comerciales surgidos en torno a la vacuna, que implicaban que algunos vendieran el producto a precios considerados como “excesivos”, establecían criterios de consumo que excedían las recomendaciones de la cartera sanitaria y promocionaban la necesidad de aplicación de cuatro o más dosis (Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados, 1959). Otro giraba en torno de la erogación necesaria para la importación de la vacuna, considerada como una inversión “extremadamente grande”, dada la necesidad de vacunar a 6.500.000 de niños y embarazadas, que constituían la población definida como susceptible en aquel momento. El último se refería a la mención explícita del tipo de vacuna que sería utilizada en la campaña debido a que era posible contar en un futuro inmediato con una tecnología superior representada en la vacuna con virus atenuado, aún en etapa de experimentación. Recordemos que había una expectativa internacional que, atenta a los resultados del equipo de Albert Sabin, debatía en ámbitos científicos y legos respecto de las bondades y desventajas de ambas vacunas. (Organización Mundial de la Salud, 1960)

La puesta en vigor de esta ley puede ser entendida como una medida de mayor compromiso ante el carácter público del problema de la inmunización masiva. El establecimiento oficial de la obligatoriedad y gratuidad posicionaba al Estado como oferente y respaldo de calidad del producto. Como consecuencia de la gratuidad, se regularían los precios de la vacuna en el mercado y se propiciaría mayor accesibilidad a la profilaxis disponible en centros sanitarios autorizados. Por otro lado, las cifras de los casos paralíticos nacionales anuales venían en constante ascenso y exigían una pronta intervención: en 1957 habían sido notificados 760 casos; en 1958, 842; y en 1959 alcanzaron la cifra de 1.030. (Shepherd, 1968:43)

Debido a su carácter federal, esta ley dejaba a criterio de las autoridades sanitarias provinciales y municipales la oportunidad de su aplicación “ante un brote epidémico y/o cuando la autoridad sanitaria lo considere oportuno (...) en las áreas que se determinen”, pudiéndose convenir con dichos organismos las medidas necesarias para cumplir con tal fin. (Decreto 12.308, 7/10/1960). Finalizados los debates parlamentarios, no quedó establecido el monto de dinero que el Estado destinaría a la vacunación, cuestión que resolvería el Poder Ejecutivo. La Dirección de Enfermedades Trasmisibles del Ministerio de Acción Social y Salud Pública quedó encargada de la

provisión gratuita de las vacunas entre las dependencias sanitarias, secretarías de Estado, hospitales y centros de salud, que podían solicitar los insumos al Instituto Nacional de Microbiología.

En definitiva, esta ley mantenía un delicado equilibrio de contradicciones y ambigüedades, y por su intermedio se intentaba dar solución a las coyunturas del momento: por un lado, establecía el reconocimiento oficial de la importancia de la vacunación masiva; mientras que por el otro, cedía parte de las responsabilidades de la vacunación a las organizaciones privadas autorizadas y a las familias. Asimismo, mientras declamaba la intención de control de la enfermedad, delegaba en las autonomías provinciales las iniciativas para la realización de la vacunación en cada distrito.

Según informa el *Boletín Epidemiológico Nacional*, (1977) durante el lapso 1956-1961 se aplicaron en Argentina más de 11.000.000 de dosis de vacunas Salk. De este total de dosis aplicadas, sólo el 25% había sido inoculado a niños que habían completado la inmunización básica con tres dosis. Era evidente que su aplicación durante seis años, no obstante que logró controlar la ocasión epidémica, resultaba aún ineficaz para lograr la protección antipoliomielítica. Este hecho quedaba demostrado en las cifras de alta endemia que se revelaron en el lustro mencionado, situación que se extendió hasta 1968.

Ciertamente, durante los años en que se utilizó esta vacuna, las notificaciones anuales de casos paralíticos ascendían a 1.000 a nivel nacional, y en la zona de la ciudad de Buenos Aires y partidos del Gran Buenos Aires (con una población de 7 millones de habitantes) los casos alcanzaban la cifra de 400. (Shepherd, 1968:43)

La opinión de epidemiólogos de la época reconocía que el control epidémico pudo haber sido favorecido por la aplicación de la Ley de Vacunación Obligatoria. (Shepherd, 1966:212-218; *Boletín Epidemiológico Nacional*, 1971). Aunque aceptado el mérito de tal evento, una vez pasado el entusiasmo del descubrimiento de la vacuna, los especialistas adjudicaron parte del relativo fracaso de la vacunación con Salk a las características de la vacuna, la insuficiencia de dosis y la falta de infraestructura y de personal capacitado para realizar las campañas masivas. (*Boletín Epidemiológico Nacional*, 1977). Quedaba así desdibujada la forma asistemática en que se había implementado la inmunización masiva, y el relativo abandono de un problema de magnitud nacional en manos de iniciativas provinciales, en contradicción con las recomendaciones sanitarias que proponían la labor aunada y la indispensable de colaboración y coordinación entre los gobiernos. Más allá de las ventajas que la

vacunación oral proveería luego a través del efecto de “inmunización rebaño” (que extendía la inmunización a personas cercanas sin vacunación a través de la expulsión fecal de los virus atenuados), su bajo costo y la relativa simplicidad de aplicación, quedaba solapada la discontinuidad de las acciones vacunatorias que, como veremos, continuaría con las posteriores acciones sanitarias de inmunización con vacuna oral.

“Protegerse es proteger”. Las primeras campañas con la vacuna *Sabin* en Argentina.

En sintonía con las tendencias internacionales, en 1963 se introdujo en nuestro país la utilización de la vacunación oral. Avalada por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud sobre Poliomiélitis y otros organismos, este tipo de inmunización presentaba beneficios relativos al tipo de inmunización y a la baja neuropatogenicidad del suero. Debido a que el efecto de inmunización era prolongado los esquemas de vacunación requerían de una menor cantidad de dosis para ser efectivos. Además, el bajo costo y la fácil metodología de aplicación oral, que consistía en beber dos gotas, presentaban las ventajas de reducir el gasto y simplificar la operatoria de administración que resultaba más aceptable por no requerir la aplicación de inyecciones.

Sabin Oral Septiembre 27-28 fue el eslogan de la primera campaña de inmunización con vacuna oral de virus atenuados en Argentina. Durante esos dos días, bajo la responsabilidad del personal docente que estaría a cargo de la aplicación, se realizaría vacunación intensiva en forma simultánea en todas las escuelas primarias, dirigida a embarazadas y a niños de entre dos meses y 14 años. A tono con otras campañas de vacunación a lo largo del siglo XX, las relaciones entre las agencias sanitarias y educativas fueron fluidas. (Di Liscia, 2011; Ramacciotti, 2009)

El acto inaugural se llevó a cabo en el despacho del Director de Sanidad Escolar, Dr. Ángel Ardaiz, con la presencia de autoridades de la cartera de Sanidad Escolar y del Ministerio de Salud. En esa oportunidad, el ministro de Asistencia Social y Salud Pública, Dr. Rodríguez Castells, afirmó que la vacuna oral Sabin era el “instrumento más poderoso descubierto hasta el presente para luchar contra la poliomiélitis”. (*La Razón*, 27/9/1963:7). El eslogan de la campaña apelaba a la solidaridad de la población que, bajo las consignas “Protegerse es proteger” y “No enfermarse ni enfermar”, era convocada a superar sus posibles temores o rechazos hacia la inmunización. *El SOS de Sabin Oral Septiembre* guardaba el significado de un permanente llamado a la solidaridad para lograr el objetivo de la salud.

En el año 1962, previamente a la campaña *SOS 27-28*, el equipo de la Dirección de Enfermedades Trasmisibles del Ministerio de Salud había realizado una serie de programas piloto para evaluar las cualidades del antígeno y la planificación de las campañas realizadas. El equipo, liderado por el experimentado epidemiólogo Julio César Blaksley, se basaba en la evaluación de los resultados obtenidos por la inmunización con Salk, que, como ya sabemos, lejos había estado de lograr el control de la enfermedad, y proponía que la utilización de la vacuna oral sería un elemento clave en relación con el propósito de lograr no sólo el control sino la erradicación de la enfermedad. Los argumentos esgrimidos destacaban algunas ventajas que el suero oral presentaba con respecto a la utilización de la vacuna inyectable, que resultaría más favorable al éxito de los operativos a gran escala: su bajo costo, la fácil administración de la misma, (que consistía en cada niño bebiera dos gotas), y que el mecanismo de acción de dicho antígeno se asemejaba a la infección poliomiélica natural y tenía entonces mayor eficacia para la supresión del poliovirus salvaje.

El Programa Piloto consistía en campañas realizadas en distintas provincias usando diferentes antígenos (monovalente y trivalente). La selección de las localidades y las edades consideradas prioritarias para la inmunización se basaron en lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, que aconsejaba iniciar la vacunación oral en aquellas regiones donde las condiciones epidemiológicas fueran más aptas para la difusión de la enfermedad. Así pues, se eligieron localidades de más de 5.000 habitantes que fueran potencialmente aptas para el incremento de la endemia o para la ocurrencia de una epidemia. Esto es, localidades que en los últimos cuatro años hubieran presentado baja incidencia anual de casos paráliticos y donde la administración de Salk hubiera sido insuficiente o irregular. Sobre la base de estas consideraciones y en coordinación con las autoridades sanitarias provinciales, el Ministerio de Salud Pública de la Nación y la División de Enfermedades Trasmisibles decidieron la iniciación de la profilaxis oral en Posadas, Catamarca Capital, y en algunas localidades de Corrientes que se encontraban frente a un brote epidémico: Goya, Paso de la Patria y San Luis Palmar.

De la evaluación final del Programa Piloto se destacó el cumplimiento del objetivo epidemiológico, que era el de inmunizar al 60% de la población infantil en aquellas edades consideradas prioritarias, y quedaron verificados para nuestro medio y en distintos lugares del país los resultados obtenidos en otras latitudes respecto de la inocuidad y efectividad del antígeno. Posteriormente a esta experiencia, a partir de 1963, fue reemplazada la inmunización con vacuna Salk por la vacunación

antipoliomielítica oral Sabin, presente en el Calendario Nacional de Vacunación del país hasta nuestros días.

Las posteriores evaluaciones revelaron que los resultados de la campaña de 1963 sobre la morbilidad en la ciudad de Buenos Aires y también a nivel nacional quedaron evidenciados en el descenso de las notificaciones en el año posterior. En la ciudad de Buenos Aires se descendió de 230 a 42 casos, lo cual llevó a la esperanza de alcanzar la erradicación. Sin embargo, a pesar de la vacunación masiva, a fines de 1965 y principios de 1966 acontecieron nuevos brotes en el conurbano y en algunas provincias.

Así es como, lejos de cumplirse los ideales de una ciencia al alcance de todos los niños del mundo, pregonados con la vacuna Salk y a sólo dos años de la introducción de la vacuna Sabin, un alto porcentaje de niños afectados ubicados en los estratos socioeconómicos más bajos recordaban las inequidades del sistema sanitario argentino.

En oportunidad del comportamiento epidémico de 1965/1966, la médica pediatra Gwendolyn Shepherd enfatizaba, en medios públicos y científicos, que eran suficientes sólo 18 meses sin vacunación de los que nacieran después de una campaña con Sabin para que se acumularan suficientes lactantes susceptibles para el estallido de un nuevo brote: la falta de vacunación rutinaria de los lactantes sería causa inevitable de reaparición de poliomielitis parálítica. Nuestra especialista declaraba que después de la campaña masiva de 1963 se había llevado a cabo un programa permanente de vacunación de lactantes con buenos resultados en la ciudad de Buenos Aires, pero de manera “totalmente irregular” en la zona conurbana y en el interior del país debido a la falta de vacuna de fácil acceso para las madres. (Damonte, Fortunato y Acosta, 1967:47-49)

Preocupada por el recrudecimiento de la enfermedad, Shepherd presentaba en la 5ª Sesión Científica de la Sociedad Argentina de Pediatría el Esquema de Inmunización Antipoliomielítica adaptado a la República Argentina. Con este programa, la pediatra aspiraba, en primer lugar, a cumplimentar la inmunización de la población infantil tal como lo establecía la Ley N° 15.010 de 1959, a disminuir los casos de poliomielitis parálítica; y luego, a la probabilidad de alcanzar eventualmente la erradicación de la enfermedad.

Dicho plan proponía la vacunación en masa del incremento de la población susceptible (niños menores de 1 año y embarazadas) en forma simultánea en todas las provincias en fechas fijas. Se sugerían los días 27-28 de los meses de julio, septiembre y noviembre

debido a que la sigla *SOS 27-28* ya estaba asociada en el conocimiento de la comunidad con la vacunación antipoliomielítica en masa en razón del éxito de la campaña inicial.

También abarcaba la revacunación en masa simultánea en todo el país de la población infantil cada tres años, aprovechando una de las fechas sugeridas para la vacunación del crecimiento vegetativo, y se sugirieron entonces los días 27 y 28 de julio, a intervalos de 3 años.

En 1967, las autoridades sanitarias nacionales tomaron la propuesta y extendieron el calendario de vacunaciones, en el que incluyeron tres dosis de revacunación de acuerdo con el esquema de la Dra. Shepherd. No obstante lo positivo que dicha medida representaba, no significó que se asegurara la continuidad de las acciones que el mismo Programa establecía.

Así fue cómo durante el curso de 1971 se produjo una epidemia que causó 434 casos paralíticos y afectó principalmente a las provincias de Tucumán y el conurbano bonaerense. Este evento significó la decisión, por parte de las autoridades nacionales, de tomar medidas a los efectos de controlar en forma definitiva la enfermedad. Con ese objeto, el Poder Ejecutivo Nacional dictó la ley N° 19.218, que declaró de interés nacional la vacunación antipoliomielítica y estructuró un sistema nacional de vigilancia epidemiológica de la poliomyelitis, reforzando la voluntad centralizadora del Estado para coordinar e instrumentar esta política sanitaria, que ya no quedaría sólo a criterio de las provincias.

A partir de esta ley se efectivizaron en forma relativamente continua las vacunaciones masivas simultáneas en todo el país, hecho que permitió el control de la enfermedad: en 1972, la tasa de incidencia fue de 0,02 por 100 mil habitantes, cinco veces inferior a la que establecía el mismo año la Oficina Sanitaria Panamericana (de 0,1 por 100 mil habitantes). (Boletín Epidemiológico Nacional, 1977)

Como veremos a continuación, para lograr el anhelado objetivo de 1971, la epidemia ocurrida en Tucumán sería el detonante que obligaría al gobierno nacional a tomar cartas en el asunto e impulsaría la toma de postergadas decisiones. Al igual que en la epidemia de 1956, ocasión de una fuerte politización en torno al episodio y a sus víctimas, una grave denuncia realizada en Tucumán politizaría esta epidemia para convertirla en tema de interés nacional durante un tiempo.

¡Una vacuna que es agua!

Como ya indicamos, Tucumán sufrió un brote de poliomielitis entre finales de 1970 y 1971. De acuerdo con los procedimientos establecidos, se realizó una campaña acelerada de vacunación a todos los niños con el fin de limitar la extensión del brote. Unidades móviles en combinación con efectivos del Ejército que colaboraban en la tareas efectuaban la vacunación masiva casa por casa, además de la que se realizaba en los puestos fijos ubicados en centros sanitarios y farmacias.

El diario local *La Gaceta de Tucumán* informaba cotidianamente sobre la evolución de la epidemia y la aparición de nuevos casos y decesos. Fue este periódico el que dio la primera voz de alarma en relación con posibles fallas en la aplicación de la vacuna. En clave moralista señalaba que era la resistencia de “cierto sector de la población” que se negaba a vacunar a sus hijos la causa principal de que el mal hubiera encontrado campo propicio en Tucumán. (*La Gaceta de Tucumán*, 19/04/1971:9). En contraposición, mencionaba que la zona céntrica de la ciudad se había mantenido inmune desde 1962. A la vez que emulaba la actitud responsable de aquellos que eran conscientes y responsables de la salud de sus hijos en contraste con las conductas de los ciudadanos de las zonas periféricas, señalaba que algunos, además, se habían visto desfavorecidos por fallas en la vacunación. En una extensa nota se hipotetizaba que sólo alguna falla en la conservación o aplicación de la vacuna explicaba que entre los 46 niños tucumanos afectados hubiera 11 inmunizados con tres dosis y otros tantos inmunizados con una o dos dosis. (*La Gaceta de Tucumán*, 19/04/1971:9) Se ponían en juego aquellas ideas que presuponían la modernidad y la cultura ligada a las ciudades, en oposición a la ignorancia y la barbarie que se reconocían pertenecientes a los modos de vida de la población rural para atenuar o invisibilizar posibles negligencias de las autoridades sanitarias.

Pero el anuncio tomó verdadera relevancia cuando lo mismo fue dicho por el médico Napoleón Baaclini, ex ministro tucumano de Salud Pública. El día 20 de abril, el ex funcionario denunció públicamente que se habían aplicado a la población vacunas vencidas o en mal estado y que por ello se habían registrado 62 casos en la provincia –entre ellos, su hijo de 4 años– a pesar de la vacunación masiva.

El médico pediatra, alineado a la Unión Cívica Radical Intransigente, había dirigido la cartera sanitaria de la provincia en el período 1958-1962, bajo la gobernación de Celestino Gelsi y la presidencia de Arturo Frondizi. Hacia 1971, se desempeñaba como docente libre de Pediatría de la Facultad de Medicina de Tucumán e Instructor de Residentes del Hospital de Niños, donde era jefe de la Sala de Terapia Intensiva.

Esta noticia tuvo una rápida repercusión nacional y en los medios capitalinos y provocó una serie de intervenciones por parte de las autoridades sanitarias nacionales y provinciales. El titular del Ministerio de Bienestar Social de la Nación era Francisco Manrique, simpatizante de la autodenominada Revolución Libertadora, declarado antiperonista y franco opositor de Arturo Frondizi. Francisco Manrique, submarinista retirado, había sido designado ministro de Bienestar Social a mediados de 1970 por el presidente de facto Roberto Levingston, cargo que ocupó algunos meses –debido a que divergencias con el resto del gabinete lo obligaron a presentar la renuncia en febrero de 1971–, pero que recuperó en marzo del mismo año al asumir como presidente de la Nación el General Alejandro A. Lanusse.

Como primera reacción, el Ministerio de Bienestar Social tucumano dispuso la realización de una “investigación administrativa” para deslindar responsabilidades. Se invitó al Colegio Médico a designar un veedor en la investigación, propuesta que la entidad médica rechazó firmemente y convirtió en una oportunidad para denunciar la grave situación sanitaria de la provincia, el recrudecimiento de enfermedades como la tuberculosis y el Chagas y el cierre de las fuentes de trabajo, como consecuencia de las políticas económicas que este cuerpo médico catalogaba como “inconsultas e irresponsables”. (La Razón, 24/04/1971:2)

Por su parte, el gobierno nacional, alarmado ante el pánico y el descontento generalizados que esta noticia podía provocar en plena epidemia, que afectaba también a la ciudad de Buenos Aires y el conurbano, envió rápidamente a Tucumán al secretario de Salud Pública, Dr. Horacio Rodríguez Castells para investigar *in situ* la denuncia del ex ministro. El secretario (que había implementado la exitosa campaña SOS de 1963) llegó a la provincia acompañado por otras autoridades, el director del Departamento de Atención Primaria a cargo del Programa Nacional Antipoliomielítico, Dr. Raúl Palais, y por el jefe del Laboratorio de Salud Pública, Dr. Arturo Sáenz. Mantuvo reuniones con el Ministro de Bienestar Social, Miguel Ángel Torres, con el Secretario de Salud Pública, José Garzón, y con otros funcionarios y expertos tucumanos, incluido Baaclini.

En una convocatoria a los medios tucumanos, los enviados por el gobierno nacional puntualizaron que la vacuna utilizada en el país era la de mejor calidad –aunque aceptaban que era posible que sucedieran problemas en la administración debido a su labilidad frente a los cambios de temperatura–, afirmaron que la vacuna que se estaba usando “no era en manera alguna ni podía ser nunca agua como se dice”. (La Gaceta de Tucumán, 25/04/1971:4) También expresaron su apoyo a las autoridades provinciales

manifestando satisfacción sobre la forma en que se estaba llevando la campaña de vacunación masiva en la provincia y exhortaron a los padres a que cumplieran con la vacunación completa en sus hijos. Nuevamente, los padres recibían la carga de asumir la responsabilidad del éxito de la inmunización y eran sospechados en manera inherente de posibles incumplimientos en el cuidado de los hijos que ponían en riesgo la salud pública.

Mientras Baaclini ratificaba sus declaraciones en los medios gráficos, radiales y de televisión locales, el caso pasaba a fueros de la Justicia. A pedido de la defensora de menores Elena Guraiib de Ahualli, el Juez de instrucción Mauro Sosa iniciaba una investigación de los casos de poliomielitis en niños vacunados con Sabin para determinar si la vacuna había sido administrada correctamente, si había sido adquirida en buen estado y si se habían guardado las elementales normas de seguridad.

En medio de polémicas declaraciones que dejaban expuestas las deficiencias y las diferencias en cuanto a la manera de encarar los problemas de salud pública de los tucumanos, las autoridades provinciales habían decidido llevar adelante una campaña masiva de inmunización en toda la provincia los días 22 y 23 de abril destinada a niños de hasta 6 años de edad y a mujeres embarazadas. Durante esos días se dispuso la suspensión del dictado de clases y los establecimientos escolares y su personal quedaron asignados exclusivamente a las tareas de inmunización.

Para lograr la aceptación por parte del público, que manifestaba desconcierto y temor ante la vacunación, el gobierno apeló, previo al operativo del 22 y 23 de abril, a una estrategia comunicacional basada en el temor al castigo. El Secretario de Salud de la Nación declaró y difundió por los medios de comunicación que las autoridades estarían dispuestas a aplicar severas sanciones a aquellos padres que no hicieran vacunar a sus hijos, y que además se establecería un estricto control en los certificados de vacunación para evitar posibles adulteraciones. (La Gaceta, 21/04/1971, tapa)

La resistencia a la vacunación por parte de la población era considerada como una resistencia al progreso, como una actitud de los “más ignorantes”, en contraste con los sectores de la población catalogados como “mejor educados”. De acuerdo con la perspectiva de Moulin, la vacunación es “básicamente un fenómeno de ciencia y de creencia”, y la resistencia a ser inmunizado puede significar una reacción a un procedimiento médico considerado como falible e insuficientemente validado, inoportunamente aplicado y, muchas de las veces, escasamente explicado. Tal oposición puede ser también expresión de rechazo hacia los distintos actores que persiguen

alcanzar sus objetivos a través de las intervenciones de inmunización, sean estos de prestigio de la corporación médica o el control administrativo y sanitario de la población. (Moulin, 2003:503).

En este contexto, puede entenderse la colaboración de personal del Ejército en la vacunación domiciliaria como una forma de incrementar el control sobre la población y de asegurar su procedimiento compulsivo. La necesidad de atenuar el rechazo y el descrédito generalizados respecto de la efectividad de la vacuna y la desconfianza manifestada hacia los vacunadores y los funcionarios a cargo del suministro y conservación llevaron a las autoridades sanitarias a extremar las medidas de control de tipo autoritarias e intentar tender un manto de olvido sobre la fatal experiencia que los casos gravemente afectados demostraban. En este caso, la resistencia a la vacuna reflejaba críticas más que valederas hacia la ineficacia y el carácter dudoso de la calidad y la correcta conservación de los lotes de vacunas utilizadas.

Ante la vigencia del tema y el clima de desasosiego, el ministro de Bienestar Social, Francisco Manrique, ofreció una conferencia de prensa en Buenos Aires, en la cual se mostró acompañado por el Secretario y el Subsecretario de su cartera, el Director de Normalización Médica y Sanitaria, el Director de Microbiología y el gobernador de Tucumán, Oscar Sarrulle, para presentar un Plan de lucha contra la poliomielitis.

Las medidas anunciadas fueron la continuidad de la difusión de la vacunación y atención de los enfermos y la organización de una vacunación masiva en todo el territorio nacional para agosto/septiembre, previa preparación de un plan de acción directa para establecer la necesidad de la vacunación en la población, tanto por medios persuasivos como compulsivos. En coordinación con el Ministerio de Cultura y Educación, se desarrollaría un plan de educación en las escuelas públicas y privadas de todo el país y se revisaría y adaptaría la legislación vigente para el sistema de vacunación normal. Finalmente, fue reiterado que la calidad de la vacuna era total, importada directamente de laboratorios de Yugoslavia, Canadá y Bélgica y adquirida a través de la Organización Mundial de la Salud.

Al día siguiente, el Ministro Manrique arribó a Tucumán en un avión de Yacimientos Petrolíferos Fiscales procedente de Paso de los Libres, y entregó 20 millones de pesos para reacondicionar el Hospital del Niño Jesús de Tucumán y mejorar las condiciones de atención de los niños afectados.

Sólo cinco días habían sucedido desde la denuncia de Baacolini hasta la llegada de Manrique con los 20 millones para la provincia. Luego de esta semana de gran notoriedad en los medios nacionales y provinciales, el tema se diluyó paulatinamente y el protagonismo se trasladó hacia otros eventos. En agosto de 1972, Manrique renunció al cargo para autopostularse como candidato presidencial de su propio partido en las elecciones que se celebrarían en 1973.

Las aspiraciones políticas que comprometían a Manrique en su interés de conquistar legitimidad y votos para su futura candidatura presidencial, la rivalidad política con los radicales intransigentes, por un lado, y la posibilidad de instrumentar recursos tecnológicos eficaces para combatir la enfermedad, por el otro, hicieron posible que la voluntad política actuara favorablemente en pos del mejoramiento de la situación sanitaria. Si bien las motivaciones políticas estaban lejos de representar una genuina preocupación por la salud pública, la coyuntura de la epidemia dio lugar también a la expresión y presión de los médicos comprometidos en el tema de la poliomielitis, que supieron aprovechar la oportunidad para avanzar un paso en la lucha contra la poliomielitis.

A partir de 1971, se realizaron dos operativos de vacunación masiva cada año y se instrumentaron las acciones de vigilancia epidemiológica como actividad continua en todo el país. Dichas actividades consistían en la notificación e investigación de los casos clínicamente sospechosos y de sus contactos cercanos, a los efectos de la detección temprana de brotes, la identificación rápida de las cepas de virus implicadas, la evaluación de la extensión de la enfermedad en las áreas determinadas y la rápida comunicación de los resultados a los interesados competentes en la materia. Para ello se debían realizar investigaciones epidemiológicas, exámenes específicos de laboratorio y encuestas serológicas para evaluar el estado inmunitario de la población vacunada y no vacunada, especialmente en las áreas donde se habían realizado (o se planificaba llevar a cabo) campañas inmunitarias. El Instituto de Virología de Córdoba y el Instituto Nacional de Microbiología “Carlos Malbrán” fueron designados laboratorios de referencia encargados de los exámenes correspondientes.

Tabla N° 1: Número de casos de poliomielitis por año. 1968-1974.

Año	N° de casos
1968	210
1969	253

1970	232
1971	462
1972	4
1973	12
1974	1

Fuente: *Boletín Epidemiológico Nacional*, año 5, N° 3 y 4, 1974.

Como puede observarse en la Tabla N° 1, el éxito de los operativos nacionales de vacunación antipoliomielítica iniciados a fines de 1971 se reflejó cuantitativamente en la brusca disminución de los casos de poliomielitis y permitieron afianzar algunos mecanismos de salud pública. El Programa de Vigilancia Epidemiológica Nacional establecido a partir de la ley de 1971 habilitó una herramienta clave para lograr el control y erradicación de la enfermedad. Este Programa se integró al Sistema de Vigilancia Internacional de la Poliomielitis en virtud de los compromisos internacionales contraídos por los países integrantes de la Organización Mundial de la Salud. En consecuencia, las provincias y jurisdicciones nacionales quedaban también comprometidas al cumplimiento de las recomendaciones internacionales, en su carácter de responsables de la vigilancia en sus áreas y como integrantes del Sistema Nacional de Vigilancia.

A modo de cierre

Los estudios historiográficos referidos a este tema confluyen en demostrar que la eficacia de la vacunación presenta al menos dos caras. Una de ellas revela un importante cúmulo de aprendizajes en torno a las capacidades sanitarias de los Estados para controlar una enfermedad que produce graves secuelas físicas permanentes. Pero, por el otro, también ha provocado que el interés por esta enfermedad haya desaparecido de las agendas públicas y de investigación, para ser vista como un problema del pasado. De esta forma han quedado invisibilizadas una gran cantidad de personas que portan discapacidad a causa de ella y la existencia del síndrome pospolio que muchas de ellas padecen; invisibilización que ubica a la poliomielitis dentro del tipo de “enfermedades huérfanas”, por las que ya nadie se preocupa. (Ballester Añón, 2008; Martínez Pérez, 2009; Nascimento, 2011)

A partir del descubrimiento de las vacunas, de las técnicas serológicas de laboratorio y de los procedimientos de vigilancia epidemiológicos desarrollados a fines de la década

de 1950, fueron posibles las acciones tendientes al control y erradicación de la poliomielitis., El grado de desarrollo científico fue un factor que determinó en gran medida el tipo y oportunidad de las decisiones político sanitarias tomadas. La actuación de científicos, médicos, organizaciones sanitarias internacionales y nacionales constituyeron parte de los numerosos y variados actores sociales que participaron en el complejo y largo proceso previo a las campañas de inmunización. En nuestro país, la vacunación antiopoliomielítica fue introducida en 1957 en el contexto de un gobierno de facto que veía en la politización de la epidemia una de sus principales estrategias de legitimización. En 1963, el Ministerio de Salud introdujo la vacunación oral. El operativo “SOS 27-28” arrojó excelentes resultados epidemiológicos, un éxito que auguraba la posibilidad cercana de controlar la enfermedad. Sin embargo, las interrupciones en las campañas de inmunización se reflejaron rápidamente en la curva ascendente de casos paralíticos declarados cada año.

Fue necesario el escándalo político de las denuncias sobre la efectividad de la vacuna, en 1971 en la ciudad de Tucumán, para que se motorizaran algunas modificaciones a la legislación y se efectivizaran medidas de vigilancia y campañas a nivel nacional que llevaron, finalmente, al control de la enfermedad en el país. Este episodio puso en evidencia resistencias de la población, que expresó su oposición y desconfianza hacia la inmunización y afectó la credibilidad del gobierno provincial y nacional. En el marco de un gobierno militar, una estrategia autoritaria intentó acallar las voces a través de amenazas de punición y el establecimiento de un control administrativo más estricto.

Como hemos discutido en este trabajo, no fue suficiente contar con las tecnologías, los conocimientos biomédicos y las capacidades de gestión adecuadas para llevar adelante las acciones de inmunización masiva de manera exitosa. El clima de época, las voluntades políticas, los intereses particulares, el involucramiento del Estado y del mercado y las discursividades médicas y populares formaron parte de los procesos que condujeron al control de la enfermedad en nuestro país.

Las campañas de control y prevención de la poliomielitis fueron, sin duda, oportunidad para justificar políticas de salud, metodologías y prácticas médicas en los contextos locales e internacional. La política de erradicación mundial de la poliomielitis da cuenta de ello, y puede ser considerada como un modelo a replicar para otras enfermedades trasmisibles y como una de las estrategias por medio de las cuales se ha logrado mancomunar múltiples voluntades y compromisos económicos para lograr la conquista

de la misión perseguida, a la vez que fortalecía la legitimidad de los organismos internacionales sobre las naciones.

En 1988, la Asamblea Mundial de la Salud desafió al mundo a erradicar la poliomielitis. Desde entonces, los esfuerzos de Rotary Internacional y entidades colaboradoras, incluyendo la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), el Banco Interamericano de Desarrollo y gobiernos de variados lugares del mundo han desarrollado acciones mancomunadas hacia el mismo fin. El último caso de poliomielitis por virus salvaje en Argentina fue en la ciudad de Orán, Salta, en el año 1984. En 1991, la Organización Panamericana de la Salud detectó el último caso en la región de las Américas. No obstante, la poliomielitis aún existe en forma endémica en Nigeria, Afganistán, Pakistán e India y se registraron brotes en países donde la enfermedad ya estaba controlada.

En nuestro país, un gran número de personas han sobrevivido a la poliomielitis, aunque no existen censos que certifiquen a ciencia cierta cuántos son. En el barrio porteño de Constitución, lindero a la Casa Cuna, se encuentra el Hogar María Ferrer. Allí viven en la actualidad personas afectadas por poliomielitis, que necesitan la asistencia mecánica del pulmón de acero para respirar, desde hace más de 50 años. Estas presencias ofrecen un testimonio –insuficientemente pronunciado pero tangible– de una enfermedad cuyo ciclo aún no se ha cerrado.

La aproximación historiográfica de estos procesos resulta relevante no sólo como aporte al caudal académico sino como rescate de un aprendizaje y legado social, que puede resultar además, de suma utilidad para la prevención de otras enfermedades transmisibles.

Bibliografía

Alonso, Guillermo (2007) “Elementos para el análisis de las capacidades estatales”, en Alonso, Guillermo (editor) *Capacidades estatales, instituciones y política social*, Ed. Prometeo, Buenos Aires. Pp.17-39.

Axelsson, Perl (2009). “Do note at those apples, they’re been on the ground!: Polio epidemics and preventive measures, Sweden, 1880s – 1940s”. *Asclepio*. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, Vol. LXI, N° 1, enero-junio, pp. 23-28.

Ballester Añón, Rosa (2008). “Entre la metáfora y la realidad. Discapacidad e identidad en la historia de la poliomielitis”. *Dynamis* N° 28, pp. 419-425.

Bjerg, María (2009). *Historias de la inmigración en Argentina*. Buenos Aires, Edhasa.

Blume, Stuart. (2005), “Lock in, the state and vaccine development: Lessons from the history of the polio vaccines”, *Research Policy*, 34, pp. 159-173.

Boletín Epidemiológico Nacional (1971) Ministerio de Bienestar Social. Subsecretaría de Salud Pública. Departamento de Atención Médica. Año 2 N°10, Año 5 N° 3 y 4,

Boletín Epidemiológico Nacional, Ministerio de Bienestar Social. Subsecretaría de Salud Pública. Departamento de Atención Médica.

Buschini, José (2009). “La construcción de una trayectoria científica en la Argentina de mediados de siglo XX: Eugenia Sacerdote de Lustig y el cultivo de tejidos *in vitro* (1941-1961)”. *Saber y Tiempo*. Revista de Historia de la Ciencia, en prensa.

Cámara de Diputados de la Nación. *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de 1959*. (1960) Tomo VI. Publicación del Cuerpo de Taquígrafos del Senado de la Nación, Argentina.

Cámara de Senadores de la Nación. *Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de 1959*.(1960) Tomo III. Imprenta del Congreso de la Nación, Argentina.

Damonte Rogelio, Fortunato Marcelo y Acosta, Juan Carlos. (1967) “Brote de poliomielitis 1965-1966”, *Archivos Argentinos de Pediatría* T65, N° 1, p. 43-46.

Decreto N° 12.308, (7 de octubre de 1960). Vacunación Antipoliomielítica. Reglamentación Ley 13.010/59.

Di Liscia, María Silvia (2011). “Marcados en la piel: vacunación y viruela en Argentina (1870-1910)”. *Ciencia & Saúde Coletiva*, N° 16 (2), pp. 409-422.

Evans, Peter (1996). “El Estado como problema y como solución”, en *Desarrollo Económico*, vol 35 n 140 p 529 562, Buenos Aires.

Gaudilière, Jean Paul. (2002), *Inventer la biomédecine. La France, l'amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, La Découverte, Paris.

Ley N° 19.218 (1971). Declárese de interés nacional la vacunación antipoliomielítica en el territorio de la República Argentina.

Ley de Vacunación Antipoliomielítica N° 13.010. (1959).

Lindner, Ulrike y Blume, StuART. (2006), “Vaccine innovation and adoption: Polio Vaccines in the UK, the Netherlands and West Germany 1955-1965”, *Medical History*, vol. 50, pp.425-446.

Martínez Pérez, José (2009). “La poliomielitis como modelo para el estudio de la enfermedad”. Dossier: La Poliomielitis y sus contextos: experiencias colectivas e individuales ante la enfermedad en el Siglo XX. *Asclepio*. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, Vol. LXI, N° 1, enero-junio, pp. 7-22.

Ministerio de Salud Pública de la Nación. (1952) *Libro de la Salud*, Parálisis Infantil.

Ministerio de Salud. (28/05/2009), *Informe de la Dirección de Epidemiología*.

Moulin, Anne Marie (2003). “A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenómeno histórico”. *Historia, Ciencia, Saúde. Manguinhos*, Vol. 10 (suplemento 2) pp. 499 - 517.

Nascimento, Dilene Raimundo do (2011). “As campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil (1960-1990). *Ciencia & Saude Coletiva*, N° 16 (2), pp. 501-511.

Organización Mundial de la Salud. (1960) Comité de Expertos en Poliomielitis Ginebra, Tercer Informe.

Ortiz Bergia, María José. (2012) “Asistencia benéfica y gobiernos peronistas en Córdoba”, en Ramacciotti, Karina y Biernat, Carolina (compiladoras) *Políticas sociales: entre demandas y resistencias: Argentina 1939-1970*. Buenos Aires: Biblos.

Oshinsky, David (2005). *Polio. An American Story. The crusade that mobilized the nation against the 20th century's most feared disease*. Nueva York, Oxford University Press.

Ramacciotti, Karina (2009). *La política sanitaria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos

Shepherd, Gwendolyn. (1966) “La inmunización antipoliomielítica del grupo etario correspondiente al incremento anual”. *Archivos Argentinos de Pediatría*. T. 64, N° 9-12. pp. 212-218.

Shepherd, Gwendolyn y Fejerman, N. (1967) “Programa de acción en la lucha contra la poliomielitis en la República Argentina”. *Boletín Epidemiológico Nacional*, T. 65, N° 1-6, pp. 47-49.

Shepherd, Gwendolyn. (1968) “Epidemiología de la Poliomielitis en Capital Federal y Zona Conurbana”. *25 años ALPI. Su origen. Su obra*, Buenos Aires, pp.43-49.

Testa, Daniela (2011) *La lucha contra la poliomielitis. Intermitencias de un recuerdo eludido. Buenos Aires (1943-1971)*. Tesis de Maestría. FLACSO, Argentina.

Periódicos

La Razón, 24 y 25 de abril de 1971.

La Gaceta de Tucumán, 19, 21, 24 y 25 de abril de 1971.

La Prensa, 3 de mayo de 1957, p. 6

La Prensa, 13/4/1958 y 6/6/1959

La Razón, 27/9/1963.

<http://interesculashistoria.org/>