

MULETAS, VACUNAS Y FRAGMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD. EL CASO DE LA POLIOMIELITIS EN LA ARGENTINA DE MEDIADOS DEL SIGLO XX¹

ADRIANA Álvarez²
acalvarmdp@gmail.com

Resumen:

A mediados de la década de 1950, se gestaron diversos cambios en el cuadro epidemiológico, sanitario, e ideológico de la sociedad argentina. Mientras el mundo se dividía en dos bloques (Estados Unidos/Unión Soviética), que se disputaban los escenarios políticos periféricos, se expandía la parálisis infantil. Miles de niños dejaban de correr para pasar a estar postrados en camas o apoyados en aparatos ortopédicos. Este trabajo se esfuerza en pensar ambos acontecimientos de forma conectada, considerando los episodios epidémicos no como meros hechos biológicos y sin reducir la disputa rusa-norteamericana al plano meramente ideológico. Por el contrario, mirar ese proceso por medio del lente de la poliomielitis, no sólo los conecta sino que explica tanto los tipos de intervención que se aplicaron en cuanto a prevención y rehabilitación de las personas con discapacidad motora, como también los cambios macro sanitarios en los cuales se dieron.

Palabras claves: Poliomielitis – Argentina – Vacunas – Rehabilitación – Guerra Fría

Abstract:

In the mid-fifties (S. XX), several changes occurred in the epidemiological, political, health and ideological of Argentine society. While the world is divided into the political blocs (US / USSR) that disputed peripheral political

¹ Agradezco al Dr. Francisco Aiello por la atenta lectura.

² Docente regular del Departamento de Historia de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Independiente del CONICET. CEHIS.

scenarios, child paralysis expanded. Thousands of children stop running to be bedridden, or supported by orthopedic devices. This work strives to make the biological events for me, not understanding the epidemic episodes as mere, biological facts, nor the dispute, Russian – American, reduced, to the context, merely, ideological, on the contrary, to look, this, process, by, means, of, poliomyelitis, not only the connectors that require the types of intervention that were applied in terms of prevention and rehabilitation of people with motor disabilities, such as the macro sanitary changes in which they occurred.

Keywords: Poliomyelitis – Argentina – Vaccines – Rehabilitation – Cold War

INTRODUCCIÓN

El siglo XX, identificado con los avances médicos, la tecnología y la higiene, estuvo amenazado por una dolencia que atacó a gran parte del mundo y Argentina no fue la excepción. La aparición de la poliomielitis traía aparejada la muerte o la parálisis motora permanente. Atacaba con mayor intensidad a la población de entre 0 y 15 años. La infancia estaba siendo amenazada por una enfermedad que marcaba sus cuerpos, que los inmovilizaba afectando diversos órganos, entre ellos los pulmones, lo cual provocaba insuficiencia respiratoria y obligaba a los pacientes a permanecer dentro de pulmotores que los ayudaban a respirar. Hasta mediados del siglo XX no hubo vacunas para prevenir su desarrollo, de modo que sólo se enfrentaba la enfermedad a través de algunas instituciones generadas básicamente por el nucleamiento de médicos y padres de hijos con polio, quienes se unieron para brindarles tratamientos que los ayudaran a rehabilitar la movilidad perdida. La aparición de las vacunas a mediados del siglo XX, fue el inicio de un largo camino, ya que la desaparición de la polio no fue inmediata. En nuestro país se realizaron campañas de vacunación sistemáticas entre fines de los años cincuenta y parte de la década del sesenta, pero las falencias en los programas de vacunación desencadenaron un aumento de casos. Este trabajo es una mirada integral de dos aspectos centrales del problema: por un lado, las acciones médicas, sociales y políticas, en relación a la principal consecuencia, “la parálisis”, y, por el otro, las tareas de prevención, interpretadas en función del comportamiento epidemiológico

de la poliomielitis pero vinculándolo al marco político del momento signado por la llamada Guerra Fría.

LA “ENFERMEDAD DE LA CIVILIZACIÓN”

Si bien la poliomielitis es una enfermedad muy antigua, fue a finales del siglo XIX cuando se empezaron a detectar algunos casos³. En la Argentina hubo episodios esporádicos de poliomielitis desde inicios del siglo XX⁴, aunque fue en la década del cincuenta cuando esta enfermedad atacó a un gran número de personas, por lo que el pavor se apoderó de las poblaciones en general. La década del cuarenta encendió la alarma y, por lo tanto, se mostraba con especial interés y asombro el recrudecimiento de la “polio” en países como Estados Unidos y Canadá, cuyos altos estándares de vida, marcados por el “sueño americano” y con un importante desarrollo socio sanitario, no hacían pensar que podían ser escenarios de una de las pestilencias de la modernidad⁵. La poliomielitis no respetó barreras sociales, multiplicándose los casos entre los sectores adinerados, situación que la hizo más peculiar aún, pues –a diferencia de otras epidemias– ésta no parecía ser fruto de la “mugre” y de la “pobreza”, en cuyas márgenes habían proliferado el cólera, el sarampión, la escarlatina, etc.; por el contrario, en paralelo a la consolidación de la medicalización en las sociedades y de la mejora higiénica y sanitaria, aumentaba la frecuencia de la poliomielitis paralítica⁶. Fueron estas características, sumado a que paralizaba a la infancia, las que le otorgaron una visibilidad distinta a la del resto de las enfermedades.

³ La primera descripción sistemática fue hecha en 1840 por Heine Medin. Es una enfermedad infecciosa con alta capacidad de difusión. El medio de propagación es el contacto a través de la saliva, las heces y la mucosa respiratoria.

⁴ Sobre el tema de la polio y sus apariciones en Argentina y otros países de América Latina consultar: ADRIANA C. ÁLVAREZ “An account of a strategy to eradicate poliomyelitis in Uruguay and Argentina”, en *Hygiea internationalis*, Volumen 11, N° 1, Suecia, Universidad de Linköping, 2015, pp. 33-53.

⁵ Un clásico sobre el desarrollo de la poliomielitis en la pujante Norteamérica es el texto de DAVID M. OSHINSKY, *Polio. An American story. The Crusade That Mobilized The Nation Against the 20th century's Most Feared Disease*, New York, Oxford University Press, 2005.

⁶ NAOMÍ ROGERS, *Dirt and disease: poliomyelitis before FDR*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1996.

María Rosa Oliver⁷ fue hija de un influyente abogado y político⁸ que se convirtió en una reconocida intelectual feminista, escritora, miembro fundadora de la revista *Sur* y de la Unión de Mujeres Argentinas. Nació en 1898 y diez años más tarde contrajo poliomielitis, lo que la obligó a permanecer de por vida en una silla de ruedas. La historia de vida de Oliver es un cristal que muestra el amplio abanico social sobre el cual se extendió este padecimiento, lo temprano de su aparición en el escenario argentino, así como las escasas herramientas existentes durante el período prevacunal, cuando ni la prevención ni la rehabilitación eran recursos disponibles⁹.

Las memorias de María Rosa Oliver muestran que, durante los primeros años del siglo XX, había dificultad para diagnosticar correctamente la dolencia. Ella recuerda: “Entraban médicos a ese cuarto. Yo no sabía lo que decían pero los veía mover la cabeza con aire de duda. Como veladas y dichas muy lejos oía palabras entrecortadas: “...iodo en la rabadilla...”, “inflamación en la médula...”, peligro de meningitis”¹⁰. Dudas propias de una dolencia cuya primera descripción sistemática fue hecha en Europa en 1840, pero sobre la cual, a principios del siglo XX, aún había numerosas incógnitas respecto de su etiología.

A lo largo de los años el concepto de la poliomielitis fue cambiando, dado que en los primeros años del siglo pasado era enteramente diferente de lo que se entendió por tal veinte años más tarde. En un principio, por polio solo se consideraban los casos de parálisis espinal y no fue sino en los años treinta

⁷ HEBE CLEMENTI, *María Rosa Oliver*, Buenos Aires, Planeta, 1992.

⁸ Francisco José Oliver fue abogado y político, ejerció como Ministro de Hacienda del presidente Victorino de la Plaza, durante la segunda década del siglo XX. Se recibió de abogado en la Universidad de Buenos Aires, donde también ejerció como profesor de Economía Política. En 1904 fue elegido diputado nacional. Durante su mandato propuso la reforma de la Universidad de Buenos Aires, la reforma general del Código Civil y la reformulación de la concesiones de los ferrocarriles. Fue también presidente de la Comisión de Agricultura. Tuvo un segundo período como diputado nacional, cargo que ejerció hasta su designación en el ministerio durante el gobierno de De la Plaza. Fuente: <https://www.geni.com/people/Francisco-Jos%C3%A9-Oliver/6000000030212320011>

⁹ Desde el punto de vista epidemiológico, la historia de la poliomielitis se divide en tres fases: 1) endémica, desde la Antigüedad hasta el siglo XIX, con actividad clínica esporádica; 2) epidémica, desde mediados del siglo XIX hasta los años cincuenta del siglo pasado, con brotes de creciente magnitud y extensión geográfica y 3) fase de control epidémico con los programas de inmunización masiva.

¹⁰ CLEMENTI, *ob. cit.*, p. 171.

cuando se incluyeron formas encefálicas, meningíticas y no paralíticas y, hacia los años cincuenta, la polio incluía las formas paralíticas junto a las meníngeas y las gripales. Los registros de esta enfermedad fueron parciales y muchos casos erróneamente diagnosticados. Además, en la Argentina, y a pesar del sub registro antes señalado, la presencia de la poliomiелitis había sido esporádica y no muy significativa, puesto que entre 1906 y 1932 se detectaron 2.680 casos en total¹¹. Por ende, no era un diagnóstico frecuente de encontrar en la labor cotidiana de los médicos. De ahí que María Rosa Oliver recordara que era una enfermedad casi desconocida: “Los médicos sabían, no obstante, que cuando sus síntomas eran patentes solía tener consecuencias definitivas que iban desde la muerte o la total inmovilidad del cuerpo hasta la imperceptible atrofia de algún pequeño músculo”¹².

Dichos desenlaces se debían a que en los primeros años del siglo XX no había tratamientos efectivos. En cambio, se aplicaban las mismas herramientas que se habían difundido para la tuberculosis ósea, entre las que se destacaba la fisioterapia¹³, pero sin grandes resultados. En parte –solo en parte– esto puede ser explicado por el hecho de que la ortopedia fue incorporada recién a los programas de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1919, cuya cátedra respectiva se creó en 1922. Así, esta especialidad esencial para el tratamiento de los enfermos con problemas de motricidad no logró notoriedad sino hasta una década más tarde.

De esta manera, la experiencia de los enfermos de polio en esos primeros años del siglo XX era poco esperanzadora en cuanto a recuperar la motricidad. Los más pudientes emprendieron viajes terapéuticos a centros europeos, donde las técnicas y métodos no eran más avanzados que los utilizados a nivel local, aunque el desarrollo de la ortopedia estaba más afianzado y esto estimulaba básicamente a los progenitores a buscar allí alguna salida a la parálisis que padecían sus hijos.

Entre los recuerdos de María Rosa Oliver se insiste en la idea de los avances médicos europeos, aunque los tratamientos aplicados a la pequeña

¹¹ ALBERTO MARQUE, “Enfermedad de Heine Medín”, en: *La Semana Médica*, Buenos Aires, n.º 49, 1936, p. 1537.

¹² CLEMENTI, *ob. cit.*, p. 175.

¹³ ADRIANA ÁLVAREZ, “Los niños y las enfermedades osteoarticulares entre principios y mediados del siglo XX”, en: *Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, Buenos Aires, 2012, pp. 11-17.

en Heidelberg (basados en descarga de electricidad y masajes en los músculos atrofiados) no se distinguían en mucho de los que hubiese recibido en el Hospital de Niños o el Asilo Marítimo: “lo único nuevo en el tratamiento eran las grajeas de ácido fórmico”¹⁴. A pesar “del viaje”, como lo narra Oliver en sus memorias, no fue posible modificar la situación de permanecer el resto de sus días en una silla de ruedas, pues aún faltaban algunas décadas para que se desarrollara el concepto de rehabilitación, tal como se lo conoció más tarde, en pos de devolverle al “paralítico” (término con el cual se designó y llamó a las personas con parálisis) tanto la movilidad como un lugar en la sociedad en tanto un ser activo y no pasivo, al que estaba condenado no sólo por las consecuencias de la enfermedad sino por la concepción social entorno de la parálisis.

De esta forma transcurrió la primera etapa de la polio en nuestro país, conocida como pre vacunal, que se extendió hasta los años previos a la aparición de las primeras vacunas, cuando se avizoraba un cambio en el modelo médico asistencial. Hasta entonces, el eje estuvo puesto en la rehabilitación física del enfermo, lo que estaba en correspondencia con un modelo médico-céntrico, donde la invalidez del aparato motor estaba focalizada en lo patológico, en la deficiencia, en la “anomalía” funcional, física, sensorial o intelectual que afectaba al sujeto¹⁵. Vinculado a esto, la percepción social sobre estos enfermos oscilaba entre la compasión y la estigmatización, que se materializaba en expresiones tales como “tullido”, “deforme”, “rengo”, etc., estigmas contruidos sobre una base conceptual que denotaba jerarquías en función de lo que esa sociedad consideraba como normal o válido para el progreso social¹⁶. Un cambio de rumbo integral se inició a mediados del siglo XX, cuando la amenaza y la esperanza formaron parte de un mismo entramado sanitario, cruzado por un cambio de paradigma en el modelo médico asistencial.

¹⁴ CLEMENTI, *ob. cit.*, p. 176.

¹⁵ CARLOS ACUÑA, “Discapacidad: derechos y políticas públicas”, en: CARLOS ACUÑA, LUIS BULIT GOÑI (Comps.), *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina, el desafío de hacer realidad los derechos*. Buenos Aires, Siglo XXI, 2010, p. 34.

¹⁶ ADRIANA ÁLVAREZ, “Los desafíos médicos, sociales e institucionales que dejó la poliomielitis: la rehabilitación integral en la Argentina de mediados del siglo XX”, en: *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol. 22, no. 3, Casa Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro Brasil, 2015, pp. 941-960, p. 946.

ENTRE AMENAZAS, ESPERANZAS Y TEMORES

A mediados del siglo XX se comenzaba a entretejer una historia distinta, signada en principio por un cambio epidemiológico en el comportamiento de la enfermedad. En el verano de 1942, la prensa política –anticipándose a la información médica y sanitaria– denunció focos en el país que tuvieron su representación más culminante en Mar del Plata, Santiago del Estero y Rosario¹⁷. En los inicios de la década del cuarenta se registraron en menos de 12 meses (1942-1943) casi la misma cantidad de infectados por el virus que en los diez años anteriores (2.280 casos)¹⁸. Las esperanzas por entonces no eran muchas, ya que la ausencia de vacunas provocaba incertidumbre y desvanecía las barreras del contagio. Mayores expectativas despertaban las nuevas instancias que se comenzaban abrir para tratar las secuelas de la polio.

Por entonces, en la Argentina eran pocas las alternativas médico-asistenciales para tratar las consecuencias que podía dejar la enfermedad: la parálisis. Por ello, al igual que en otros países, la poliomiелitis generó un movimiento asociativo lo suficientemente fuerte como para intervenir en el desarrollo de políticas específicas, cumpliéndose –como veremos a continuación– lo señalado por algunos estudiosos del asociacionismo, respecto a que estas instituciones pudieron influir tanto sobre líderes políticos como sobre los valores de los ciudadanos¹⁹.

Los modelos asociativos que surgieron en torno de la poliomiелitis fueron variados y tuvieron características organizativas distintas, aunque un denominador común: se trató en todos los casos de organizaciones civiles sin fines de lucro, compuestas por gente común y médicos de especialidades diversas, cuyo financiamiento dependió básicamente tanto de la colaboración monetaria popular como de grandes empresas, más no del Estado.

Estas asociaciones se formaron sobre la base de construir espacios específicos para los pacientes en cuyos cuerpos la poliomiелitis hubiera ocasionado

¹⁷ PEDRO PIÑEIRO GARCÍA, “Consideraciones bioestadísticas sobre el Sexto Paroxismo de la Poliomiелitis aguda en Rosario”, en: *La Semana Medica*, año XLIX, n.º 45, Buenos Aires, 1942, p. 3209.

¹⁸ CLEMENTI, *ob. cit.*, p. 214.

¹⁹ JOSÉ RAMÓN MONTERO, JOAN FONT JOAN, MARIANO TORCAL (eds), *Ciudadanos, Asociaciones y participación en España*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 2006, p. 274.

problemas motrices. Se trataba de formar centros de rehabilitación concebidos como unidades integrales, cuya función era devolver parte de la movilidad perdida, lo cual no suponía entender esa rehabilitación como un mero conjunto de técnicas ortopedistas, sino como un proceso que le permitiera al enfermo recuperar su rol en la vida productiva, pasando de una actitud pasiva (propia del modelo anterior) a una activa, que le facilitara la reincorporación a la familia y al trabajo. De ahí que en estas entidades estuvieran formadas por programas interdisciplinarios, talleres, escuelas, gimnasios, etc., que en forma sectorizada se integraban a los espacios destinados a la internación²⁰.

La pionera fue ALPI, Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil, creada el 17 de diciembre de 1943. Se trató de una iniciativa conformada por un grupo de mujeres (algunas fuertemente vinculadas a la Iglesia católica) y un reconocido médico ortopedista, Marcelo Fitte. Sus acciones incluyeron un conjunto de medidas de tipo médico-social tendientes a favorecer y poner en práctica las novedades de la medicina en el campo de la poliomielitis. Para ello, no solo brindaron una estructura institucional asistencial, sino que destinaron esfuerzos para fomentar la continua formación del equipo de profesionales y su participación en intercambios científicos. El otorgamiento de becas de perfeccionamiento, la continua participación de representantes de la entidad en eventos científicos internacionales y nacionales, la divulgación de materiales educativos y de prevención sobre el contagio dirigidos a la población en general demuestran el interés en apoyar el desarrollo del conocimiento en el área y en posicionarse como una entidad de referencia en el tema²¹. ALPI surgió en los años cuarenta y su modelo tuvo diferencia con las organizaciones que nacieron casi una década más tarde, pues en ella aún convivieron concepciones religiosas, médicas y filantrópicas.

Fue en la década del cincuenta cuando cobró auge la idea del tratamiento integral, cuya finalidad era tratar al paciente en su problema físico, considerando los efectos e interrelaciones entre el espacio social y la realidad biológica. Su objetivo era la incorporación del “inválido” a la vida social, el camino hacia el modelo médico social que enfoca la situación desde el punto de vista de la integración de personas con discapacidad en la sociedad, lo

²⁰ Sobre el tema recomendamos Álvarez, *Los desafíos médicos...*, cit., p. 950.

²¹ DANIELA TESTA, “La Lucha contra la poliomielitis: una alianza médico social, Buenos Aires, 1943”, en: *Salud Colectiva*, Buenos Aires 8 (3), 2012, pp. 211-314.

cual supone considerar que la discapacidad no es un problema de la persona, sino un complejo conjunto de situaciones que incluye lo social. Estos centros tuvieron un común denominador: fueron impulsados por médicos que habían realizado estudios en el extranjero y conocían los beneficios de la nueva orientación. Así, buscaban la excelencia mediante la formación de sus recursos humanos en diferentes centros de referencia y eran producto de la organización ciudadana con el aval de una vieja y tradicional entidad como el Rotary Club, en cuyas instalaciones se llevaron adelante la mayoría de los momentos fundacionales de estas entidades, viéndose el rol de la Iglesia –a diferencia de ALPI– diluido en un marco de carácter laico, remarcado también por los estatutos fundacionales.

En la provincia de Mendoza, y de la mano del pediatra Humberto Notti y con el aval y acompañamiento del Rotary, el 27 de julio de 1952 se fundó el Instituto Cuyano de Rehabilitación del Inválido y Lucha contra la Parálisis Infantil (I.R.P.I.), que abrió sus puertas al público en 1954. En pleno peronismo, y en medio de una reforma sanitaria con protagonismo indiscutible del Estado, surgían estas iniciativas financiadas por el donativo de “miles de monedas” mediante alcancías ubicadas en calles del gran Mendoza, canchas de fútbol, hipódromos, cines, teatros, comercios y fiestas de todo tipo,²² en cuya organización el Ministerio a cargo de Ramón Carrillo no tenía injerencia. Cuando abrió sus puertas en 1954, la capacitación del personal fue realizada en el mismo instituto por los hermanos Notti. Este centro, además de las tareas mencionadas, sumó la de profilaxis. Una vez que las vacunas fueron aprobadas y llegaron al país, en 1958, compró vacunas Salk en Estados Unidos, lo que dio inicio a la vacunación antipoliomielítica, en un contexto en que el propio Ministerio de Salud carecía de las dosis necesarias para vacunar a la población. Fueron centros como éste los que en parte suplieron las campañas de vacunación estatal. En la segunda parte de este trabajo, se podrá observar que este hecho no era menor dado el alto costo de las dosis y los problemas de distribución imperantes.

Muchos fueron los centros que, como el Notti, proliferaron en el país, reafirmando la idea de participación comunitaria, pues eran fruto exclusivamente de ella. Así, en el sudeste de la provincia de Buenos Aires, en la

²² JUAN SALVADOR ROMERO, *Memorias de un pediatra. Dr. Humberto Notti. Historia de un Juramento*, Ministerio de Cultura Ciencia y Tecnología, Mendoza, 1992, p. 40.

localidad de Mar del Plata, otro médico, Juan Tesone, impulsó la idea de crear un Centro de Rehabilitación y, de esta manera, dio inicio al Sanatorio Escuela fundado en mayo de 1952. CERENIL (Centro de Rehabilitación para los Niños Lisiados) fue una institución de la comunidad de Mar del Plata, que se sumó a la construcción de una obra compuesta por un predio de seis hectáreas y un edificio con una superficie total de 25.500 m². Primero fueron los médicos y luego un grupo de vecinos los que pusieron en marcha una obra que contó con el apoyo masivo de la ciudad. Algunos aportaron dinero y otros horas de trabajo en una construcción que llevó seis años y que se inauguró en 1958²³.

Pero sin duda fue la gran epidemia de 1956 la que aceleró la aparición de estos centros. En Mendoza se fundó el CIPPI (Centro de Investigación y Prevención de las Enfermedades Infantiles) en septiembre de 1956²⁴. En Santiago del Estero, y por idénticas razones, se creó el Instituto de Rehabilitación del Lisiado el 31 de agosto de 1956, motorizado por José Francisco Luis Castiglione, un reconocido periodista que, desde el Rotary Club, impulsó la apertura de esta institución. Estos centros siguieron apareciendo a lo largo de la década y del territorio nacional como fue el IRELC, Instituto de Rehabilitación del Lisiado, Córdoba (1957); el Instituto de Lucha Anti Poliomiéltica y Rehabilitación del Lisiado (ILAR) en la provincia de Santa Fe (1957), el Centro de Rehabilitación de la Parálisis Infantil (C.O.R.P.I.) en la ciudad de Olavarría (1959), entre otros. Desde entonces, en estas instituciones las personas con dificultades motoras podían encontrar tratamiento médico, kinesiológico y psicológico, así como actividad física, educativa y formativa en distintos talleres. Las imágenes que a continuación se presentan pertenecen a las diversas actividades que en CERENIL realizaban los niños ahí internados, las cuales grafican parte de lo que se comprendía como tratamiento integral.

²³ Álvarez, *Los desafíos médicos...*, ob. cit., p. 5.

²⁴ Ver sitio web: <http://www.cippivacunatorio.org.ar/articulo.php?seccion=8&clave=2>

Imagen 1: En el aula.



Fuente: Archivo Tesone, donado a la Biblioteca para Ciegos, Municipalidad de General Pueyrredón.

Imagen 2: Con la terapeuta ocupacional.



Fuente: Archivo Tesone, donado a la Biblioteca para Ciegos, Municipalidad de General Pueyrredón.

Imagen 3: Kinesiología.



Fuente: Archivo Tesone, donado a la Biblioteca para Ciegos, Municipalidad de General Pueyrredón.

Otra de las características que tuvieron estos centros fue la formación específica, por lo que contaron con la presencia de expertos extranjeros que capacitaban al personal en distintas técnicas y procedimientos. Dichas actividades fueron impulsadas por la Comisión Nacional Permanente para la Rehabilitación de los Lisiados²⁵, creada durante el gobierno de Aramburu, pero que consolidó su rol con el gobierno de Arturo Frondizi, en parte debido a que había sido apoyada y orientada desde su fundación por un grupo de médicos que estaban embarcados en la realización de estos centros, como fue el caso de Tesone.

Fue el Departamento de Rehabilitación de las Naciones Unidas el organismo que efectuó una evaluación y elaboró un programa conjuntamente con la mencionada Comisión Nacional Permanente para la Rehabilitación de los Lisiados. El objetivo era estimular y establecer normas para la organización en cada región, en cada una de las cuales había una Comisión, que eran las

²⁵ Decreto n° 5.433 del Poder Ejecutivo Nacional del 23/3/56, cuya denominación fue cambiada por el Decreto Ley n° 9.276 del 23/5/56 como Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado.

responsables directas de la formulación de los Programas de cada Provincia. Es decir que se fortaleció la idea de descentralización administrativa que fue propia del frondizismo, puesto que el rol que tuvo esa Comisión Nacional quedaba reducido al asesoramiento técnico, formación de personal médico, etc. Esta línea de acción no fue sólo inherente al área de rehabilitación, sino que también se hizo presente en la prevención, marcando un punto de quiebre en cuanto al diseño de políticas sanitarias se refiere.

LAS VACUNAS: ¿SOBRIAS ESPERANZAS?

Las esperanzas sanitarias no solo estaban representadas por la rehabilitación integral y los nuevos centros que en torno de ese concepto trabajaban, sino por las vacunas, sobre las cuales hacía tiempo se venía investigando y eran esperadas ansiosamente entre la población para prevenir el desarrollo de este mal. Uno de los grandes triunfos de la virología moderna ha sido la elaboración de una vacuna contra la poliomielitis. Las primeras vacunas humanas contra virus se basaron en virus débiles o atenuados que generaban la inmunidad. Por ejemplo, para la vacuna contra la viruela se utilizó la viruela vacuna, debido a su similitud con el virus humano, que tenía la capacidad de brindar protección contra la enfermedad sin provocar consecuencias graves. No obstante, durante muchos años no se encontró el modo de cultivar el virus poliomielítico en ningún laboratorio. Sin un suministro abundante de virus era imposible pensar en la elaboración de una vacuna.

El hecho decisivo se produjo en 1948, cuando el Dr. John Enders y sus colaboradores de la Universidad de Harvard encontraron por fin la solución al problema, ya que habían conseguido cultivar virus de la poliomielitis. Jonas Salk, un investigador y virólogo estadounidense que había colaborado con Thomas Francis en el desarrollo de la vacuna contra la influenza, experimentó el mismo método para la polio, en un momento de máxima difusión de la dolencia. Es decir, inactivó el virus poliomielítico mediante formol para anular la capacidad del patógeno de replicarse, pero manteniéndolo intacto para que el sistema inmune lo pudiera reconocer. Luego de no muchos ensayos experimentales y dada la premura por la multiplicación de casos por parálisis infantil que azotaban el mundo, el 12 de abril de 1955, el profesor Thomas Francis, del Departamento de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Univer-

sidad de Michigan en Ann Arbor, anunció que la vacuna anti poliomielitis con virus inactivados era efectiva, inocua e inmunogénica²⁶.

Las sociedades y los Estados dieron la bienvenida a este anuncio. En la Argentina, los matutinos en primera plana anunciaban y describían el trabajo realizado por Salk, las declaraciones de Thomas Francis al respecto, las acciones a seguir, todo en un marco muy esperanzador, que fue apropiado por el espacio político gubernamental de la época. El propio presidente Juan Domingo Perón envió un telegrama a Jonas Salk, al tiempo que la Fundación Eva Perón anunciaba que contemplaba la posibilidad “de la vacunación infantil en todo el territorio nacional con el suero Salk para prevenir la parálisis”²⁷. El gobierno no atravesaba su mejor momento, estaba próximo a ser destituido por un golpe militar que desde tiempo antes venía instalando un clima de inestabilidad y desasosiego social, que la presencia de la poliomielitis agudizaba aún más. Posiblemente, y con la finalidad de contrarrestar ese clima, fue que el 19 abril de 1955 –casi de forma contemporánea de haber sido dada a conocer por Salk el 12 de abril de ese mismo año–, el gobierno anunciaba que “llegará al país la primera partida de vacuna anti poliomielítica Salk procedente de los laboratorios Parke Davis”, uno de los laboratorios a los que la Agencia Federal de Drogas (FDA) de Estados Unidos había autorizado la licencia sanitaria para producir la vacuna, junto a otros como Eli Lilly, Wyeth, Pittman Moore y Cutter.

La Argentina, como muchos países, incluso europeos, no contaba con laboratorios capaces de preparar la vacuna, lo que explica la necesidad de recurrir a Estados Unidos y al laboratorio Parke Davis, que no pudo entregar las partidas de vacunas de forma inmediata debido a la gran demanda mundial. La demora en dicha entrega dilató los plazos pautados para planes vacunales, alimentando una situación de zozobra que no daba tregua y que se incrementó cuando los titulares periodísticos informaron sobre nuevos contagios, pero en este caso por la aplicación de vacunas defectuosas. En efecto, a mediados de abril de 1955, cerca de 400.000 personas –en su mayoría escolares– fueron vacunadas en los Estados Unidos con la vacuna Salk fabricada por Cutter

²⁶ Sobre el tema se ha consultado: ARNOLD MONTÓ, “Francis Field trial of inactivated poliomyelitis vaccine: Background and lessons for today”, en: *Epidemiology Review*, The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, n.º 21, 1999, pp. 7–23.

²⁷ Diario *La Capital*, Mar del Plata, 19 de Abril de 1955, p. 1.

Laboratories²⁸, más de 200.000 niños²⁹ fueron inyectados con vacunas en los que el proceso de inactivación del virus vivo demostró ser defectuoso. Las vacunas producidas por Cutter terminaron causando 40.000 casos de polio³⁰.

Si bien el gobierno argentino había realizado la compra de vacunas a otro laboratorio, a nivel social no se percibían esos detalles y hubo temor a la vacuna, en un momento en que la gran difusión de todos los medios de comunicación la convirtió en una de las enfermedades más comentadas y retratadas. De ahí entonces que, frente al llamado incidente Cutter, médicos, epidemiólogos y autoridades debieron difundir y defender los beneficios de la inoculación repitiendo de manera sistemática en conferencias, diarios, y radios que “no hay riegos consecutivos de la vacuna Salk, cuya inocuidad ha sido demostrada en forma fehaciente”³¹, relegando el incidente mencionado a erróneos procedimientos en los laboratorios Cutter, aunque en realidad se cree que hubo otras compañías farmacéuticas que también cometieron el mismo error debido a la inexperiencia y a las urgentes demandas. Esto significa que, potencialmente, decenas de millones de dosis de forma incorrecta inactivadas “vivas” de la vacuna Salk se vendieron y se inyectaron en los niños en los Estados Unidos y en todo el mundo hasta que la vacuna Salk “inactiva” fue reemplazada por la vacuna Sabin oral viva a principios de 1960³².

La Argentina estaba en un momento muy álgido de su historia política y epidemiológica. En septiembre de 1955, el presidente Juan Domingo Perón había sido derrocado por un Golpe Militar, tras lo cual asumió los destinos del país un gobierno de facto. Además se estaba a meses de padecer el brote epidémico más alarmante, conocido como la epidemia del 56. A principios de 1956, y ya bajo el gobierno de facto del General Pedro Eugenio Aramburu,

²⁸ NEAL NATHANSON, ALEXANDER D. LANGMUIR, “The Cutter Incident: Poliomyelitis Following Formaldehyde-Inactivated Poliovirus Vaccination in the United States During the Spring of 1955”, en: *American Journal of Epidemiology*, Volume 78, July 1963, pp. 16-28. Consultado en: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a120327>

²⁹ PAUL OFFIT, *The Cutter Incident: How America's First Polio Vaccine Led the Growing Vaccine Crisis*, Yale University Press, 2005, p. 84.

³⁰ MICHAEL FITZPATRICK, “The Cutter Incident: How America's First Polio Vaccine Led to a Growing Vaccine Crisis”, en: *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 99, 2006, p. 156.

³¹ Diario *La Nación*, Buenos Aires, 10 de febrero de 1957. “Resultados de la Vacuna Salk. Exposición del Director de la lucha contra la Parálisis Infantil”.

³² MONTA, *ob. cit.*, p. 20.

el brote más cruento de poliomielitis castigaba a la Argentina. Desde los últimos meses de 1955 se habían registrado casos, que la prensa denunciada y las nuevas autoridades negaban, a semejanza de lo que habían criticado de las anteriores. Se produjeron casi 6.500 casos, lo que implicó una tasa de 32,8 por 100.000 habitantes, 5.320 de los cuales fueron notificados en los seis primeros meses del año. Argentina pasó a ser noticia en los medios internacionales y las autoridades ya hablaban de epidemia.

El clima era pavoroso, la desesperación se apoderó de las familias ya que cada vez era más frecuente anoticiarse de casos cercanos. Precisamente por esa mezcla de incertidumbre, angustia y temor, se buscaron diversas alternativas para que actuaran como preventivos aunque la mayoría no era de probada eficacia. Algunos protagonistas recuerdan que:

Espontáneamente, los vecinos se dedicaban a limpiar baldíos y desmalezar. Las casas olían a lavandina y acarolina y entre las ropas de los más chicos asomaban las bolsitas con alcanfor despidiendo un inconfundible perfume acre. El pavor era comprensible porque la enfermedad atacaba a los niños. Cualquier método o sugerencia se adoptaba de inmediato con tal de prevenir el contagio. Era común ver paredes y árboles pintados con una mano de cal, lo que les daba un aspecto extraño, de un blanco fantasmal³³.

La búsqueda de un preventivo en 1956 ocupaba la centralidad de la agenda pública y privada. De hecho, cuando los peores meses de la epidemia habían pasado se instalaba con más intensidad esa demanda, pues se acercaba nuevamente la temporada estival y otoñal que eran los meses en que se había sufrido el embate epidémico, frente a lo cual la provisión de la vacuna se volvía indispensable. La escasez, unida a una demanda angustiante, hizo que el contrabando de vacunas Salk también formara parte de ese escenario.

El mencionado contrabando fue denunciado por el *Journal-American* bajo el título “Tráfico ilegal de vacunas Salk entre Nueva York y Buenos Aires”, el cual –según este prestigioso periódico– era efectuado por las tripulaciones aéreas que realizaban vuelos entre Argentina y Estados Unidos, añadiendo que la fiscalía del distrito de Nueva York había iniciado la investigación del caso³⁴. El Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública condenó el contrabando (no lo

³³ María Angelina Sánchez afectada por la epidemia de poliomielitis de 1956. Testimonio en https://www.clarin.com/sociedad/epidemia-polio-marco-siempre_0_SkWtiW8sv7g.html

³⁴ Diario *La Nación*, Buenos Aires, 26 de Octubre de 1956, p. 4.

desmintió). No obstante, mediante un comunicado oficial explicó que los pedidos de distintos países a los Estados Unidos alcanzaban la cantidad de 40.000 millones de dosis mientras que ese país tenía una cuota para la exportación de solo 15 millones. Por lo tanto, aún no habían llegado los 8 millones de vacunas que ese Ministerio había solicitado con el fin de poder ampliar la vacunación a los niños mayores de seis años³⁵. A su vez aclaraba que se prohibía la venta al público, razón por la cual no podía ser adquirida en farmacias. Hasta octubre de 1956 se habían recibido 1.105.000 dosis y en los meses siguientes llegaron 500.000 dosis más. Esta cantidad no alcanzó a cubrir el millón y medio que faltaba para completar la primera de fase de la vacunación³⁶. Por ello, sólo se había vacunado a las edades más expuestas, pese a la existencia de todo tipo de demanda y acciones por parte de padres. Aunque las partidas estaban pedidas y la razón principal era la cuota de exportación vigente por entonces en los Estados Unidos, algunos funcionarios de segunda y tercera línea no dudaban en culpar a la herencia peronista por la situación que se vivía³⁷.

Debido a esta falta de dosis necesarias, en el mes de marzo se iniciaron las primeras aplicaciones en las escuelas con gamma-globulina³⁸ a fin de inmunizar a 300.000 niños, como forma de complementar las escasas dosis de Salk que habían llegado al país. De hecho, se planteó a ambas vacunas como complementarias, pues desde la Dirección de Sanidad Escolar se informaba que la gamma globulina:

es una protección para evitar la poliomielitis o para tratar de que si ella se presenta sea en forma benigna y sin complicaciones. Los niños quedan protegidos por un tiempo prudencial. La vacuna antipoliomielítica [...] produce inmunidad, es decir, una protección para no contraer esta terrible enfermedad³⁹.

En corto tiempo, el suministro externo de vacunas se normalizó, de manera que durante el período 1957 a 1960 se emprendieron varios programas

³⁵ Diario *La Nación*, Buenos Aires, 27 de octubre de 1956, p. 3.

³⁶ Diario *La Nación*, Buenos Aires, 27 de octubre de 1956.

³⁷ Diario *La Nación*, Buenos Aires, 14 de marzo de 1956, p. 1.

³⁸ Diario *La Nación*, Buenos Aires, 23 de marzo de 1956, p. 1; Diario *La Nación*, Buenos Aires, 22 de marzo de 1965, p. 1.

³⁹ MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN, Dirección General de Sanidad Escolar, *Poliomielitis- Rabia. Su profilaxis*, Departamento de Educación Sanitaria, Buenos Aires, 1956, p. 7.

de vacunación antipoliomielítica obligatoria de los niños entre dos meses y 14 años, medida que se extendió a las embarazadas⁴⁰.

Por otro lado, hay que contemplar que la vacuna Salk demostró eficacia en la prevención de la parálisis poliomiélica, pero su uso presentaba algunas dificultades. Su elevado costo obstaculizaba su adquisición, de ahí que fue común encontrar, a medida que avanzó el siglo, grandes campañas que buscaban aportes solidarios de la población con el fin de cubrir los alicaídos presupuestos públicos. Además, cada vacunado necesitaba tres dosis que debían ser colocadas en el largo lapso de por lo menos 8 meses para que la inmunización fuera correcta, con el inconveniente de que esta vacuna protegía sólo a los vacunados, mas no cortaba la infección poliomiélica, debido a que la persona vacunada con vacuna Salk podía continuar llevando en su intestino abundante cantidad de poliovirus, sin interrumpir la cadena de contagios.

Debido al alto costo de las dosis y a la gran demanda, diversas organizaciones sociales realizaron campañas para recaudar fondos. En 1957 fueron las propias autoridades sanitarias las que convocaron a varias asociaciones civiles como ALPI, CIPPI, IRPI, etc., para la realización de la Primera Campaña de Recaudación de Fondos Pro Vacunación, con el propósito de reunir dinero entre la población y de ese modo “morigerar el impacto económico que la inmunización a gran escala significaría para las arcas estatales”⁴¹. Estas acciones de particulares, que también proliferaron en otros países y que adquirieron diversas modalidades, fueron un rasgo común del comportamiento ciudadano frente a esta enfermedad. Desde simples rifas o alcancías en lugares públicos hasta programas de radio y televisión fueron algunas de las iniciativas características del período analizado. A modo de ejemplo, La Campana de Cristal (imagen 4) fue un programa organizado por el Canal 8 de televisión de la ciudad de Mar del Plata, que se emitía desde la populosa Playa Bristol con el fin de recaudar fondos para CERENIL. Es decir, tal cual vimos en la primera parte del artículo, era el modo por el cual estas asociaciones sin fines de lucro buscaban financiamientos, el cual a la postre funcionaba como complemento del presupuesto oficial, ya fuera para tratar o para prevenir esta dolencia.

⁴⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Actas Oficiales. Segundo Informe de la situación sanitaria mundial 1957-1960*, N° 122, Ginebra, 1963, p. 100.

⁴¹ DANIELA TESTA, “¡SOS vacunas”. Tensiones entre Estado y sociedad civil (1957-1971)” en: CAROLINA BIERNAT Y KARINA RAMACCIOTTI (EDS.), *Políticas sociales. Entre demandas y resistencias. Argentina 1930-1970*, Buenos Aires, Editorial Biblos, 2012.

Imagen 4: Campaña de colaboración con CERENIL.



Fuente: Diario *La Capital*, Mar del Plata, 11 de enero de 1963.

Sin duda que el Desarrollismo estimuló estas tareas, las cuales no sólo deben ser entendidas en términos económicos, sino –de acuerdo con varios autores– como parte de un novedoso modelo de intervención del Estado donde la salud pública se conformó en torno de tres ejes: el seguro de salud, la centralización normativa-descentralización ejecutiva y la participación comunitaria⁴². Este último aspecto abrió paso a diversas entidades civiles que como los Centros de Rehabilitación (ALPI, CERENIL, NOTTI, etc.), la Cruz Roja y el

⁴² Sobre este período sugerimos: SUSANA BELMARTINO, “Políticas de salud en Argentina: perspectiva histórica”, en: *Cuadernos Médico Sociales*, N.º 55, 1991, pp. 13-33 y, de la misma autora, “Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo”, en: *Cuadernos Médico Sociales*, N.º 68, 1994, pp. 5-26 y *La atención médica argentina en el siglo XX*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2005. Ver asimismo MELISA CAMPANA, “La invención de la comunidad: el programa sanitarista para el trabajo social en la Argentina desarrollista”, en: *Revista Tendencias & Retos*, n.º 16, Colombia, 2011, pp. 127-143 y MARIO RÓVERE, “La salud en la Argentina: Alianzas y conflictos en la confección de un sistema injusto”, en: *Revista electrónica la Esquina del Sur*, mayo del 2004.

Rotary Club participaron activamente de distintos emprendimientos, desde la búsqueda de fondos hasta la vacunación. Tal instancia fue voluntaria durante el frondizismo pero, a medida que el modelo se afianzó, pasó a ser obligatoria, como veremos más adelante, durante los años setenta.

Volviendo a la problemática de las vacunas, lo concreto fue que en 1959 el gobierno de Arturo Frondizi adquirió dos millones de dosis (cm³) Salk, 3,88 millones en 1960 y 5 millones de dosis en abril de 1961. De manera tal que fue durante el gobierno de facto de Aramburu cuando se iniciaron las primeras inoculaciones (gammaglobulina/Salk, 1956/57), las cuales se profundizaron en el gobierno de Arturo Frondizi (1958-1962), durante el cual se continuó predominantemente con vacuna inyectable Salk.

La aplicación de la vacuna Salk se enmarcó en un proceso de cambios organizativos a nivel sanitario, además de la participación comunitaria arriba mencionada. Susana Belmartino caracteriza dicho período como un momento de afirmación de la idea “cepaliana”, que asignaba características muy particulares a la instancia estatal, donde la planificación se valorizaba al ser pensada como instrumento por excelencia que debía incorporar a su dinámica el aparato estatal⁴³. Participación y desarrollo de la comunidad se convirtieron en los términos fundamentales con los que se expresaba el discurso desarrollista, a lo que se sumaba el alineamiento del país con las directivas de los organismos internacionales⁴⁴.

Héctor Noblia asumió el cargo de Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación durante el gobierno de Arturo Frondizi y se basó en los informes realizados por expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que fueron críticos en cuanto diagnosticaban una excesiva burocratización, presupuestos insuficientes y fragmentación en los servicios sanitarios públicos en los tres niveles (nacional, provincial y municipal)⁴⁵. Por esto, Héctor Noblia encabezó una reforma sanitaria bajo las ideas desarrollistas de

⁴³ BELMARTINO, *La atención médica argentina...*, cit., p. 50.

⁴⁴ SONIA ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN, *Pobreza y desarrollo en América Latina*, Editorial de la Universidad Nacional de Salta, 2008, p. 103.

⁴⁵ JUAN CARLOS VERONELLI Y MAGALI VERONELLI CORRECH, *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*, Buenos Aires, OPS, 2004, p. 554.

la época, durante la cual la planificación, de acuerdo con Belmartino, era una parte sustancial de la misma⁴⁶.

En materia de medicina preventiva se planificaron y ejecutaron varios programas de inmunización que alcanzaron amplios niveles de cobertura (si se los comparan con las etapas precedentes), centrados básicamente en la Triple, BCG, antipolio y viruela. Además se declaró obligatoria la vacuna antituberculosa (ley. 14.837), se modificó la normativa referida a la notificación de enfermedades transmisibles (ley 12.317, modificada por la ley 15.465) y la Ley de vacunación obligatoria (ley 15.010) en 1959, que estableció la gratuidad y obligatoriedad de la vacunación antipoliomielítica para los niños recién nacidos y hasta los 14 años. La obligatoriedad fue un paso sustancial que mucho tuvo que ver las acciones emprendidas por Eugenia Sacerdote de Lustig, quien había estado becada por la Organización Mundial de la Salud en Estados Unidos y Canadá para estudiar los efectos de esa vacuna. Esta prestigiosa científica fue una las voces más firmes que se hizo escuchar en las instancias del debate de la mencionada Ley⁴⁷.

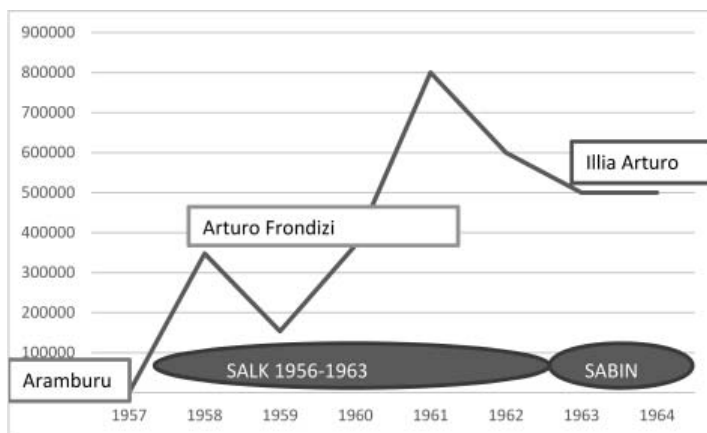
Fue una etapa significativa en lo que a medicina preventiva se refiere, aunque los proyectos no obtuvieron resultados inmediatos. En relación a la poliomielitis, sin duda que el abastecimiento de vacunas, la ley, la capacitación del personal sanitario en el extranjero, como así también la aplicación de las recomendaciones realizada por los expertos de la Organización Panamericana de la Salud constituyeron sumatorias positivas y distintivas en cuanto a la historia de las vacunas en nuestro país, pero también es cierto que los resultados no fueron inmediatos. En relación a la cantidad de personas inmunizadas, los organismos internacionales recomendaban alcanzar un 80% de cobertura; durante el periodo 1958-1962 la cobertura se amplió en Argentina pero no se alcanzaron esos valores, como tampoco el aspecto vinculado a la regularidad de la cobertura. El Gráfico 1 pone de manifiesto que, a partir de 1959, la cantidad

⁴⁶ Durante la gestión de Noblia se pusieron en marcha la Escuela Nacional de Salud Pública, el Bachillerato en Sanidad, el Instituto del Trabajador Social, el Instituto Nacional de Pediatría Social y el Centro de Capacitación en la Lucha contra la Tuberculosis.

⁴⁷ La trayectoria científica de ésta médica denota un camino seguido por muchos profesionales de la época en cuanto a su formación externa, las becas obtenidas, los laboratorios de acogida, etc. Sobre el tema consultar JOSÉ BUSCHINI, "La construcción de una trayectoria científica en la Argentina de mediados del siglo XX: Eugenia Sacerdote de Lustig y el cultivo de tejidos in vitro (1941-1961)", en: *Revista Saber y Tiempo*, San Martín, Buenos Aires, 2009, vol. 6, pp. 67-99.

de personas inoculadas se fue ampliando, lo que coincide con la sanción de la Ley. Su pico máximo se registra en 1962/63 con 800.000 personas, para luego descender, es decir, se estaba lejos de abarcar a los seis millones y medio (entre niños y embarazadas) que se encontraban en condiciones de ser inoculados⁴⁸.

Gráfico 1: Personas inmunizadas contra la poliomielitis en la Argentina, 1957-1964



Fuente: Elaboración propia en base al *Resumen de los Informes cuadriennales sobre las condiciones de Salud en las Américas 1957-1960*, preparado para la Conferencia Sanitaria Panamericana OPS/OMS. Publicaciones científicas, n.º 64, julio de 1952. Washington, D.C., p. 53, y *Condiciones de Salud en las Américas 1961-1964*, OPS-OMS, Publicación Científica n.º 138, agosto de 1966, p. 64.

La pregunta obligada es ¿cómo impactó esa ampliación de inmunización en relación al control de la parálisis infantil? A juzgar por los datos, no se repitió el cuadro extremo de la epidemia del 56, aunque no se logró un control de la dolencia, pues hubo un incremento en la cantidad de casos notificados en ese mismo período. Si en 1957 la tasa cada 100.000 habitantes era de 3,8, en 1963 (último año en que se aplicó la Salk) era de 4,4 (Cuadro 1). Se puede conjeturar que esa situación se debió posiblemente a un conjunto de razones:

⁴⁸ Cámara de Diputados de la Nación, *Diario de Sesiones de 1959*, Tomo VI.

por un lado, se constatan defectos en las campañas de vacunación; de hecho, como afirmamos anteriormente, la curva de cobertura no fue ascendente sino irregular, tendiendo a la baja a partir de 1962, lo que coincide con el aumento de casos notificados en 1963. Por otro lado, también es reveladora la falta de revacunación con las dosis Salk necesarias, o bien el uso de partidas de dosis defectuosas o de dudosa calidad. Esta última variante cobra relevancia cuando el mismo Sabin expresó en el marco de las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (órgano rector en este proceso), en un estudio científico, sobre Argentina, que:

llama la atención el hecho de que en 1960 se adjudicaran los contratos a dos compañías estadounidenses, el primero a razón de diez centavos por dosis; en 1961 obtuvo el contrato una compañía europea que ofrecía cada dosis a 5 centavos, precio extraordinariamente bajo en comparación con los habituales en Estados Unidos, Europa y países de América del Sur⁴⁹.

La cuestión de partidas defectuosas formó parte del cuadro sanitario del momento, del cual el ya mencionado incidente Cutter fue sólo un emergente de varios casos de infectados debido a las vacunas de baja calidad o mal elaboradas. También debe formar parte de la explicación el hecho de que, a pesar de que las aspiraciones del ministro Noblía eran superar la fragmentación sanitaria que vivía la Argentina, esa meta estuvo lejos de ser cumplida en el caso de la vacuna antipolio. El hecho de que la ley habilitara a los estados municipales y provinciales a realizar la inoculación, cuando las autoridades sanitarias lo consideraran oportuno⁵⁰, iba en consonancia con la idea frondizista de descentralizar el aparato burocrático, pero terminó alimentando aún más esa fragmentación en una tarea en la que los controles jugaban un rol protagónico, pues para que la Salk fuera efectiva se necesitaban las tres dosis, a lo que se suma la necesidad de realizar el seguimiento oportuno de los vacunados y ampliar organizadamente al grupo etario involucrado. Este último aspecto fue escasamente cumplido, pues además de los organismos sanitarios en todos sus niveles, también podían vacunar la Cruz Roja, diversas organizaciones civiles, los establecimientos educativos, entre otros.

⁴⁹ ALBERT SABIN, “Planeamiento de la eliminación de la poliomielitis en Brasil, Uruguay, Argentina y Chile”, en: *Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana*, diciembre de 1962, pp. 497-512, p. 505.

⁵⁰ Decreto 12.308 del 7/10/1969.

**Cuadro 1. Número de casos notificados y tasas
por 100.000 habitantes en Argentina, 1957-1960**

1957	Tasa	1958	Tasa	1959	tasa	1960	Tasa	1961	Tasa	1962	tasa	1963	Tasa
760	3.8	842	4.2	1030	5.0	1097	5.2	1.197	5.7	1082	5.1	955	4.4

Fuente: *Resumen de los Informes cuadriennales sobre las condiciones de Salud en las Américas 1957-1960*, preparado para la Conferencia Sanitaria Panamericana OPS/OMS, Publicaciones científicas, n° 64, julio de 1952, Washington, D.C., p. 50.

A partir de 1960, el Comité de expertos en Poliomielitis de la OMS, luego de considerar los adelantos de la época, realizó recomendaciones de aplicación de la vacuna oral (Sabin) en zonas donde la poliomielitis infantil era endémica, o bien frente a una epidemia o su pleno desarrollo. Esto último recomendado en virtud de que la vacuna Salk, según lo explicado anteriormente, no actuaba de inmediato ni interrumpía la transmisión del virus, cosa que la oral sí hacía, pues actuaba rápidamente y producía anticuerpos en pocos días. Asimismo, al actuar sobre el intestino, impedía la multiplicación intestinal de los poliovirus epidémicos⁵¹. Ese mismo año se autorizó en Estados Unidos el uso de vacuna antipoliomielítica oral de virus vivos obtenida por Sabin.

Esta recomendación se introdujo en la Argentina durante el gobierno de Arturo Illia (1963-1966), cuyo ministro de Salud, Arturo Oñativia implementó el cambio en el calendario de vacunas, lo que modificó la aplicación de Salk por Sabin. La inoculación mediante gotitas facilitó la difusión de esta vacuna. Se inició así una etapa en la que la población fue relajándose y el miedo a la enfermedad se diluyó de forma discreta y paulatina. Si bien la dolencia no había desaparecido, la ausencia de episodios epidémicos la despojaron del temor provocado por años. De hecho, al asumir la presidencia Arturo Illia, la cantidad de casos estaba representada por una tasa de 4.4 y al momento de ser destituido (1966) por el golpe de estado encabezado por el General Juan Carlos Onganía había descendido a 2.5.

⁵¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe del Comité de Expertos en Poliomielitis* (tercer informe), Serie Informes técnicos n° 203, Ginebra, Junio de 1960, p. 53-55.

Durante el gobierno de Onganía, la Revolución Argentina se concentró en la cuestión política y económica; los aspectos sanitarios y más aún la vigilancia de la poliomielitis no tuvieron la centralidad en la agenda pública de la que había gozado años anteriores. Las autoridades sanitarias no pudieron superar los problemas que el país venía acarreado como, por un lado, la imposibilidad de establecer programas sistemáticos de vacunación para proteger a toda la población susceptible mediante campañas masivas utilizando la vacuna oral Sabin y, por el otro, las deficiencias en los controles sobre la calidad de las dosis ofrecidas.

El resultado fue el regreso de la poliomielitis en los umbrales de los años setenta, cuyo desarrollo es analizado por Daniela Testa, quien pone el lente en la provincia de Tucumán, que fue uno de los epicentros epidémicos pero también de un debate que, hasta ese momento, había permanecido latente, como era el relativo a la calidad de las vacunas. Fue “Napoleón Baaclini, ex ministro tucumano de Salud Pública quien 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”⁵², situación que impuso una serie de reacciones políticas y sociales que le devolvieron a la poliomielitis la centralidad que había perdido dentro de la agenda pública.

Cuadro 2. Casos notificados y tasas anuales de poliomielitis en la Argentina cada 100.000 habitantes, 1964-1974

Años	1964	1965	1966	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Casos	557	260	574	210	253	232	462	4	12	1
Tasa	2.5	1.2	2.5	0.9	1.0	0.9	1.8	0.01	0.04	0.03

Fuente: Elaboración propia en base a *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 64, 1968, Washington, pp. 525-526, y *Boletín Epidemiológico Nacional*, año 5, n° 3 y 4, 1974.

⁵² DANIELA TESTA, *Las primeras campañas...*, cit.

Por ello, en medio del recrudecimiento de la dolencia y de un clima de sospechas respecto de la calidad de las vacunas, en 1971 y bajo el gobierno del General Agustín Lanusse (1971-1973) se sancionó la ley conocida como “Programa Extraordinario de Vacunación antipoliomilitica” (Ley 19.218 del 7/9/71)⁵³. Esta nueva ley estableció que a partir de entonces la elaboración de programas, provisión de vacunas y coordinación de actividades con las provincias y con la Municipalidad de Buenos Aires quedaba bajo la órbita del ministerio nacional, es decir, se centralizaba en el Poder Ejecutivo Nacional, instancia que aspiraba a mejorar los controles de calidad, pero también a suplir falencias de tipo organizativas, que impedían llevar adelante un control efectivo de la población vacunada, lo cual en parte (solo en parte) era producto de la legislación frondizista que al haber descentralizado esa función en los gobiernos provinciales y municipales, había producido una fragmentación que alimentó la falta de controles estatales en cuanto a la calidad y cobertura de las vacunas.

Pero además, se legislaba sobre una acción que se venía dando de hecho, como era la de habilitar la participación de entes paraestatales, asociaciones profesionales y entidades privadas o de bien público. La diferencia es que dicha participación dejaba de ser voluntaria para pasar a ser obligatoria; en efecto, la nueva norma establecía que las entidades que sin causa debidamente justificada se negaran a prestar colaboración serían multadas con 1.000 pesos. Y las personas que impidieran la vacunación serían sancionadas con 5 días de arresto, que sería elevado a 10 cuando la acción se ejerciera sobre la esposa, hijos o personas que trabajaran en su dependencia.

Es decir que se centralizaba la organización del plan vacunal al tiempo que se descentralizaba la vacunación. De todas maneras, para superar las falencias de años anteriores respecto del control en el suministro y aplicación de la inmunización, se perfeccionaron las formas de vigilancia, pues se comenzó a registrar bajo un sistema uniforme a todo el país los datos de la población vacunada para documentar la aplicación de la dosis y determinar la cobertura alcanzada por grupo de edad y áreas geográficas; a su vez, a cada persona vacunada se le otorgaba un certificado, que sería requerido para distintos trámites.

⁵³ MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN, *Boletín de Comunicaciones* XV, 15 de Septiembre de 1971, n° 46. Biblioteca del maestro: www.bnm.me.gov.ar/gigal/documentos/19000541/19000541-0046.pdf

La población obligada a vacunarse eran los menores de 15 años y las mujeres embarazadas, pero también podían vacunarse de forma voluntaria los ciudadanos que quisieran hacerlo. La imagen siguiente muestra a un grupo de hombres adultos siendo vacunados, lo cual es un indicio de la masividad de esta campaña. También en la imagen se puede observar, sobre la mesa, la tradicional alcancía, ya que si bien la vacuna era gratuita la recaudación de fondos era una constante.



Fuente: Archivo Tesone.

El inicio de la aplicación de la vacuna Sabín oral, durante el gobierno de Arturo Illia, en 1964, marcó un cambio en las estrategias de control de la poliomielitis en la Argentina que se fortaleció durante la década siguiente. Es importante acotar que en Uruguay la primera campaña anti polio con vacuna oral (Sabin) fue en 1962 y en Chile en 1961. Una respuesta posible es que el descenso en el número de casos y la ausencia de episodios epidémicos (como sí tuvieron en esos años Chile y Uruguay) consolidaron en las autoridades de la época las esperanzas en la vacuna Salk sobre la Sabín.

CERRANDO Y GENERANDO IDEAS

La gran expansión de la poliomielitis en la Argentina y en otros países de América Latina coincidió con el fenómeno político conocido como Guerra Fría, el cual no puede ser soslayado a la hora de interpretar algunos aspectos particulares que a lo largo del texto se han señalado, entre los que se destacan la participación comunitaria, la asistencia técnica de organismos internacionales de fuerte vínculo con los Estados Unidos y las formas de planificación de programas.

El surgimiento de dos superpotencias, los Estados Unidos y la Unión Soviética, cada una de ellas expresando sistemas económicos y políticos distintos y poniéndose a la cabeza de bloques antagónicos, dio comienzo a la llamada Guerra Fría, cuya denominación se debe a que no implicó otro conflicto bélico a escala mundial y se basó, más bien, en enfrentamientos locales, regionales o en los foros internacionales, directos o indirectos. La temprana Guerra Fría (de carácter sobre todo ideológico y estratégico hasta los primeros años de la década de 1950) fue el origen de la bipolaridad mundial⁵⁴. Como señala Marcos Cueto, estas dos superpotencias tenían diferencias en el modelo de salud pública que proponían para los países en desarrollo. Los norteamericanos difundían un modelo elitista de educación médica, de donde deberían surgir expertos en biomedicina que competirían en un mercado libre de trabajo; ello serviría para formar sistemas de salud mixtos (públicos y privados). Los soviéticos enfatizaron la estatización de la medicina, con cierta influencia de la perspectiva holística de la medicina social europea, que le daba importancia a mejorar las condiciones de vida de la población y priorizaron el liderazgo de los profesionales de salud en los servicios ofrecidos a la población; es decir, para ellos no era necesaria la participación comunitaria en los programas sanitarios, cosa que para los norteamericanos sí⁵⁵.

Pero no solo se trataba de modelos sanitarios, había un objetivo más importante aún para los norteamericanos como era el de contener al comunismo

⁵⁴ MARIO RAPOPORT Y CLAUDIO SPIGUEL, “La Argentina y el Plan Marshall: promesas y realidades”, en: *Rev. bras. polít. int.* [online], 2009, vol. 52, n. 1, pp. 5-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-73292009000100001>.

⁵⁵ MARCOS CUETO, “La “cultura de la sobrevivencia” y la salud pública internacional en América Latina. La Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX”, en: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan.-mar. 2015, pp. 255-273, p. 257.

internacional con políticas que no fuesen solo militares o diplomáticas, sino también con programas de cooperación técnica, social, educativa y de salud pública. En ese contexto, también deben leerse las acciones de cooperación –detalladas a lo largo de este trabajo– entre nuestro país y organismos como la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas a través de su Departamento de Rehabilitación. Además de la cooperación, se trató de adaptación a las sugerencias que de dichos organismos emanaron desde las que tuvieron que ver con las áreas de rehabilitación hasta la planificación de las campañas de vacunación.

A mediados de la década del cincuenta se inició un modelo sanitario diferente y la poliomiélitis fue el catalizador de ese cambio, pues en función de llevar adelante el control y la atención de sus secuelas, fue que cobraron un protagonismo indiscutible la capacitación, la formación y el perfeccionamiento del personal médico, técnico y auxiliar, con constante articulación de las organizaciones mencionadas. Además, la Argentina no se presentaba como cualquier país; por el contrario, por entonces era uno de los pocos donde el comunismo era legal y tenía una activa presencia en la esfera política nacional, como permite ver el hecho de que la Unión Soviética tuviera embajada, lo cual solo se repetía en Bolivia, Ecuador, México y Uruguay. No sabemos si este último aspecto pudo jugar un papel significativo en la trama de relaciones que a lo largo del trabajo hemos explicado, debido a que no contamos aún con documentos que alimenten esta línea, como tampoco sabemos los motivos por los cuales nuestro país fue uno de los últimos en la región en realizar el cambio de las vacunas Salk a la Sabin. Nos preguntamos si el origen ruso de este último virólogo sumado al hecho de que fuera la Unión Soviética la que en 1957 financiara el trabajo de Sabin para que luego el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzaran a producirla y utilizarla masivamente, tuvieron algo que ver con esa dilatada decisión o simplemente obedeció a razones del momento. Más allá de estas dos cuestiones, está claro que hubo en todo el proceso analizado una impronta que nos hace pensar que los vínculos entre los modelos sanitarios argentinos que tuvieron vigencia entre mediados y fin del siglo XX y la Guerra Fría ameritan ser analizados, pues ahí seguramente encontraremos la respuestas a estas y otras incógnitas que aún esperan ser tratadas por la historiografía argentina.

Fecha de recepción: 20-05-2018

Fecha de aprobación: 31-05-2018

Investigaciones y Ensayos N.º 66, abril-septiembre 2018, pp. 149-177.