

INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y RESPONSABILIDAD: ESTRATEGIAS
DE VACUNACIÓN CONTRA LA POLIO EN PORTUGAL Y ESPAÑA

INÊS GUERRA SANTOS, JUAN ANTONIO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ,
SANDRINE MARTINS PINTO, JOÃO RUI PITA Y ANA LEONOR PEREIRA

INTRODUCCIÓN: LA POSTERGACIÓN DE LAS DECISIONES
SANITARIAS EN LAS DICTADURAS IBÉRICAS

Las epidemias de polio suscitaron en los países de la Península Ibérica, desde mediados de los años cincuenta, con un intenso debate previo sobre la necesidad de vacunar y la pertinencia de aplicar la nueva vacuna de Jonas Salk, tal y como se estaba realizando en Estados Unidos. En ambos países fue común la negación de las epidemias poliomiélicas, el cuestionamiento de la necesidad de la vacunación y la ponderación económica de lo que tal intervención sanitaria supondría¹, si bien estas actitudes fueron presentadas ante la población como prudencia ante una vacuna de breve andadura y de la que se esforzaron en alimentar la incertidumbre generada por el incidente Cutter². A ambos lados de la frontera los discursos divulgadores en la prensa de Almeida Garrett o de Octavio Aparicio eran coincidentes en estos aspectos (Pita y Rodríguez Sánchez, 2008; Rodríguez Sánchez, 2010).

El año 1958 supuso en ambos países un inicio testimonial y publicitario de campañas de vacunación con la vacuna inyectable de polio (IPV), promovidas por la situación sanitaria, los criterios internacionales y la celebración en

1. En este sentido se reproduce el esquema clásico expuesto por Charles E. Rosenberg (1992: 293-304).

2. Los laboratorios Cutter comercializaron 120.000 unidades de vacuna Salk que contenían virus vivo ocasionando no solo la afectación de muchos de los niños vacunados sino también la aparición de un brote epidémico. Véase Axelsson (2012); Tuells y Arístegui (2006), y Offit (2005).

Madrid del V Symposium Europeo sobre Poliomiélitis (Porras, Báguena, Ballester y De las Heras, 2012). La vacunación contra la polio se realizaba en Portugal de forma desorganizada y con resultados insuficientes, lo que llevaba a que todos los años se produjesen numerosos, aunque difícilmente cuantificables, casos de parálisis infantil. En noviembre de 1958 se inició la vacunación con vacuna Salk tras una epidemia en Oporto (Gonçalves *et al.*, 2003: 34), pero su alcance fue limitado tanto por los problemas de abastecimiento como por las consideraciones económicas planteadas (Motta, 1959-1960) de modo que las campañas fueron localizadas y como forma reactiva a la aparición de brotes epidémicos en algunas ciudades o regiones (Santos, 2010). Sin embargo, pasados estos, la polio seguía sin ser considerada un problema que preocupase a las autoridades sanitarias dada su menor morbilidad y mortalidad en comparación con otras enfermedades. De hecho, en 1961, durante el debate del Estatuto da Saúde e Assistência se contempló la conveniencia de la vacunación aunque los casos no eran “extraordinariamente elevados”³.

En España las intervenciones de la Dirección General de Sanidad fueron más ambiciosas en su formulación al darles el nombre de campañas nacionales, aunque este no se correspondió con la realidad, dado que no existió publicidad de las mismas, ni gratuidad de la vacuna y, en muchas ocasiones, ni siquiera disponibilidad de esta (Rodríguez y Seco, 2009). El factor económico fue decisivo para disuadir a la población de vacunar a sus hijos, según se desprende de los escritos y testimonios de los Jefes Locales de Sanidad (Rodríguez Sánchez, 2010: 203-204). Si el ministro de Gobernación español se ufanaba, inconsecuente, de que se habían vacunado entre 1958 y principio de 1963 a un millón de niños⁴, en Portugal las vacunaciones con Salk previas a las masivas con vacuna oral se saldaron oficialmente con 279.234 niños que habían recibido al menos una dosis (Santos, 2010). Unas cifras claramente insuficientes y que permiten comprender la evolución ascendente de la infección en ambos países: en el caso de España los años de supuesta vacunación Salk se saldaron, según las estadísticas oficiales, con 11.429 niños afectados y 1.301 fallecidos⁵.

La aparición de la vacuna de virus atenuados de Albert Sabin, sus exitosos resultados y su potencialidad para el control y erradicación de la poliomiélitis introdujeron nuevos elementos en el debate: ante la evidencia del carácter epidémico en Portugal y España (1958 y 1962, o 1958, 1959 y 1962, respectivamente, como los años con tasas de morbilidad más altas), la necesidad de una

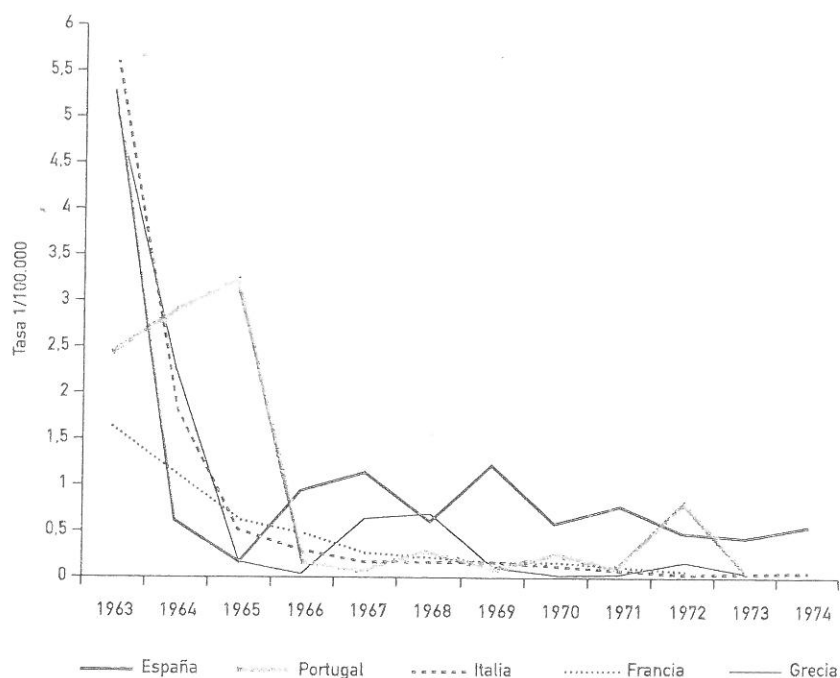
3. Luta contra as doenças. Parecer nº 42/VII da Câmara Corporativa referente ao Projecto de proposta de lei nº 154 do Governo sobre Estatuto da Saúde e Assistência, Capítulo III, Ponto 4º, alínea E. Diário das Sessões, 19-12-1961.

4. Así figuraba en la Orden de 26 de enero de 1963 de Ministerio de la Gobernación (B.O.E., 30-1-1963, nº 26, pp. 1649-50, p. 1649). Según los datos censales de 1960 la población española menor de cinco años era de 2.969.207 y, entre 1958 y 1962, hubo más de 650.000 nacimientos, por lo que un millón de niños vacunados en ese periodo no constituía ni una tercera parte de la población susceptible de ser inmunizada (Instituto Nacional de Estadística).

5. Datos procedentes de la Revista de Sanidad e Higiene Pública y del Instituto Nacional de Estadística.

vacunación general y organizada era evidente y solo quedaba optar por el tipo de vacuna a aplicar y el modelo que se iba a introducir para ello. Si los beneficios de la vacuna Sabin (inmunización pasiva y menor coste) acabaron por imponerse avalados por la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ballester Añón, Porrás Gallo y Báguena Cervellera, 2013; Porrás, Báguena y Ballester, 2010), las estrategias para su aplicación iban a marcar diferencias entre ambos países y condujeron a unos resultados también dispares: mientras que la morbilidad por polio en Portugal empezaba a ser equiparable a la de otros países del área mediterránea, en España se mantenía muy por encima, con una cifras inaceptables según se atrevieron a manifestar en 1975 los principales epidemiólogos (Nájera *et al.*, 1975).

GRÁFICO 1
POLIO. TASAS DE MORBILIDAD EN LA EUROPA MEDITERRÁNEA (1963-1974)



Fuente. Elaboración propia a partir de Nájera *et al.* (1975).

El caso de la poliomielitis en Portugal y España expone la necesidad de ir más allá de los estudios de conjunto para realizar estudios comparados que permitan el análisis del papel de los condicionantes locales en la recepción y aplicación de estrategias globales, la adaptación de las mismas y los resultados obtenidos. Si bien los estudios nacionales pueden ilustrar muchos de estos

aspectos, es la perspectiva comparada la que detecta aspectos críticos para la investigación. Resulta ya clásico el artículo de Lindner y Blume sobre el desarrollo de vacunas (IPV y OPV) y la adopción de un tipo u otro en Reino Unido (Inglaterra y Gales), Países Bajos y Alemania Occidental, mostrando tres procesos diferentes de introducción y uso. Su análisis de la intensidad de la epidemia, organización de los servicios de salud y su financiación, la producción (privada o estatal) de la vacuna y las actitudes (de científicos y políticos) hacia ella, las relaciones internacionales y, sobre todo, la existencia de trayectorias nacionales previas respecto a la enfermedad y la vacunación son algunos de los elementos que los autores aportaron al enriquecimiento del estudio comparativo (Lindner y Blume, 2006).

En el contexto iberoamericano, aunque con un estudio pionero para Brasil y Perú (Nascimento, Cueto, Maranhão y Sobti, 2010) y otro para Argentina y Uruguay (Álvarez, 2015), no existe aún una propuesta específica, aunque sí un marco con una sólida cimentación intelectual y minuciosamente organizado por un amplio equipo internacional, coordinado por Emilio Quevedo, para el estudio comparativo de la salud pública, las profesiones de la salud y su relación con la sociedad (Quevedo, Hernández, Cortés y Eslava, 2013). El trabajo que aquí presentamos forma parte de una investigación comparada hispanolusa de la que hasta ahora hemos indagado fundamentalmente en la imagen social de la polio a través de los medios de comunicación (Rodríguez Sánchez y Guerra Santos, 2015a y 2015b).

LAS ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN: LAS CAMPAÑAS ESPAÑOLAS

La situación en España estuvo claramente condicionada por una división entre dos sectores políticos del franquismo, cuyas posiciones, como veremos, fueron trascendentes a la hora de optar por un modelo de intervención⁶. Durante la dictadura existió un reparto de carteras ministeriales en el que los militares católicos ocupaban Gobernación (y con ello la Dirección General de Sanidad), en tanto que los falangistas se hacían cargo de Trabajo, del que dependía el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), obra del Instituto Nacional de Previsión (Rodríguez Ocaña, 2001). El sector falangista había ido perdiendo influencia y el desequilibrio de fuerzas les llevó a centrar sus esfuerzos en la transformación del SOE a través de la Ley de Bases de la Seguridad Social de diciembre de 1963 (Moradiellos, 2000: 151; Maset Campos, Sáez Gómez y Martínez Navarro, 1995: 238). De esta forma el Instituto Nacional de Previsión

6. Las motivaciones, circunstancias y resultados de la campaña piloto y las campañas sucesivas han sido desarrollados por nosotros en las publicaciones ya citadas a las que remitimos para mayor información (Rodríguez Sánchez y Seco Calvo, 2009; Rodríguez Sánchez, 2010).

se transformaba en el principal pilar de la política social franquista y centro de poder sanitario. La siguiente tabla muestra las principales características de ambos grupos.

TABLA 1
SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA EN ESPAÑA ANTE LAS VACUNAS CONTRA LA POLIO

	SALK	SABIN
Mínisterio	Trabajo	Gobernación
"Familia" ideológica	Falange	Militares católicos
Organismo	Seguro Obligatorio de Enfermedad	Dirección General de Sanidad
Figura representativa	Bosch Marín	Pérez Gallardo
Especialidad	Pediatría	Salud Pública

Fuente: Elaboración propia.

Si bien es cierto que existió también un debate médico entre partidarios de la vacuna de virus muertos y la de virus atenuados (Ballester, 2008; Valenciano Clavel, 2013), las campañas de vacunación antipoliomielítica tuvieron una trascendental dimensión de búsqueda de imagen publicitaria y espacio en el que disputar quién iba a asumir la prevención sanitaria en España: el año 1963 el SOE lanzaba su campaña gratuita con vacuna Salk para sus afiliados, forzando así a la Dirección General de Sanidad a establecer también la gratuidad en la suya y a anunciar precozmente que estaban preparando una campaña nacional con vacuna Sabin, aunque aún no era posible realizarla (Rodríguez Sánchez y Seco Calvo, 2009).

En España, tras los estudios de Florencio Pérez Gallardo y su equipo sobre los tipos de poliovirus más frecuentes en la población a través de una encuesta de seroprevalencia (Ballester y Porras, 2009), se realizó una Campaña Piloto de Vacunación en las provincias de León y Lugo en 1963. Dicha campaña, presentada como mero ensayo logístico y administrativo, supuso una valoración de las posibilidades de efectos inmunizantes en la población con el uso exclusivo de una vacuna oral trivalente en una única dosis. La falta de coincidencia entre tipo de vacuna, fechas de las fases de la campaña, énfasis en conseguir una cobertura vacunal y anuncio de la campaña nacional tras obtener los resultados de León (sin esperar a los de Lugo) apuntan en este sentido (Rodríguez-Sánchez y Seco Calvo, 2009 y Rodríguez Sánchez, 2010). Es necesario tener presente la presión que existía en esta campaña, no solo por el enfrentamiento entre grupos, sino por el anuncio anticipado que de una campaña nacional hizo el Ministerio de Gobernación y el propio compromiso adquirido por Pérez Gallardo con José Manuel Romay Beccaría, Secretario General de Sanidad, garantizándole el éxito de la campaña (Tuells, 2008; Valenciano Clavel, 2013).

TABLA 2
DESARROLLO Y RESULTADOS DE LA CAMPAÑA PILOTO

	LEÓN			LUGO		
	Fechas	Tipo de vacuna	Cobertura	Fechas	Tipo de vacuna	Cobertura
Primera fase	30 abril – 23 junio	Trivalente I, II y III	71.228 90%	16 mayo – 12 junio	Monovalente I	48.666 97.33%
Segunda fase	2 julio – 31 julio	Trivalente I, II y III	52.241 66%	22 octubre – 30 noviembre	Bivalente II y III	41.889 83.77%

Fuente: Elaboración propia a partir de Pérez Gallardo *et al.* (1964).

La favorable respuesta de la población (plasmada en una alta cobertura vacunal) y la ausencia de efectos indeseables fueron decisivas para que la Dirección General de Sanidad decidiera poner en marcha entre 1963 y 1964 una ambiciosa campaña nacional para vacunar a todos los niños entre los dos meses y los siete años de edad. Dividida en dos fases, la primera se realizó con una vacuna Sabin monovalente de tipo I entre los meses de noviembre y diciembre de 1963, en tanto que la segunda fase fue durante el mes de abril de 1964, con una vacuna trivalente. Los resultados fueron una espectacular disminución de los casos de poliomielitis, que se redujeron a un 10 por ciento de las cifras anteriores (Rodríguez Sánchez, 2015).

TABLA 3
CAMPAÑAS NACIONALES DE VACUNACIÓN ORAL ANTIPOLIOMIELÍTICA

CAMPAÑA	FASE	FECHAS	TIPO DE VACUNA	EDADES
Primera	Primera	1963 (20 nov – 20 dic)	Monovalente I	2 meses – 7 años
	Segunda	1964 (30 mar – 20 abr)	Trivalente	Id.
Segunda	Primera	1965 (22 feb – 18 mar)	Trivalente (y DPT)	1 mes – 1 año
	Segunda	1965 (5 abr – 8 may)	Trivalente (y DPT)	Id.
Tercera	Primera	1966 (11 abr – 7 may)	Trivalente y recuerdo (y DPT)	3 meses – 1 año
	Segunda	1966 (16 may – 11 jun)	Trivalente y recuerdo (y DPT)	Id.

Fuente: Elaboración propia.

LOS ORÍGENES DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN PORTUGUÉS

La primera campaña de vacunación oral contra la polio fue llevada a cabo en Portugal dos años más tarde que la española, aunque con ciertas particularidades trascendentales debido a que marcaron la diferente evolución de la polio en ambos países.

Los estudios científicos previos fueron abundantes y ya en 1958 las sociedades de Pediatría y de Medicina Interna habían organizado un simposio sobre el valor de la vacuna contra la poliomiélitis que concluyó con la recomendación de la misma. En esos momentos Arnaldo Sampaio, destacado salubrista que junto a su equipo estudió los anticuerpos circulantes de los tres tipos de poliovirus, había expuesto una serie de principios que deberían sustentar una campaña pública de vacunación, si bien mostró su escepticismo ante la utilidad de una campaña que se realizase con una vacuna parenteral (Sampaio, 1964: 80). El estudio realizado en 1961 sobre la epidemiología de la poliomiélitis en Portugal fue decisivo para plantear una futura campaña, pues en él se presentaba la distribución de los anticuerpos en niños con edades comprendidas entre los cero y los nueve años, del Distrito de Viana do Castelo. Una de las conclusiones fue que a los nueve años de edad, solamente el 68,4 por ciento de los niños tenían anticuerpos para los tres tipos de virus.

TABLA 4
SEROPREVALENCIA SEGÚN TIPO DE POLIOVIRUS

Tipo 1	73,6%
Tipo 2	92,1%
Tipo 3	76,3%

Fuente: Sampaio, Arnaldo *et al.* (1968).

Tanto el Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana como los Servicios de Salud, contribuyeron a la investigación epidemiológica en la búsqueda de la inmunidad específica en cada grupo etario. Los resultados de los trabajos emprendidos por la Direcção Geral de Saúde se resumen en la tabla 5 y los gráficos 2 y 3.

TABLA 5

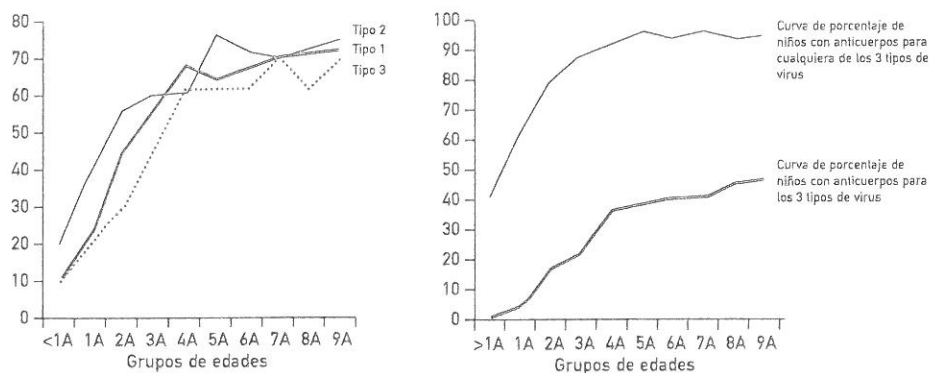
PORTUGAL CONTINENTAL. DISTRIBUCIÓN DE ANTICUERPOS NEUTRALIZANTES CONTRA EL POLIO VIRUS. POBLACIÓN DE 0 A 9 AÑOS DE EDAD (1960-1961)

AÑOS	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3	AÑOS	CURVA DEL PORCENTAJE DE NIÑOS CON ANTICUERPOS PARA LOS 3 TIPOS DE VIRUS	CURVA DEL PORCENTAJE DE NIÑOS CON ANTICUERPOS PARA CUALQUIERA DE LOS 3 TIPOS
<1ª	9,9	20	10,1	>1A	2	41
1ª	23	41	21	1A	5	61
2ª	45	56	30	2A	16	79
3ª	56	60	43	3A	22	88
4ª	68	61	62	4A	36	92
5ª	64	76	62,1	5A	38	95
6ª	67,5	72	62,2	6A	40	93
7ª	70	70	70	7A	41	95
8ª	71	73	62	8A	45	93
9ª	72	75	70	9A	46	94

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICOS 2 Y 3

DISTRIBUCIÓN DE ANTICUERPOS EN NIÑOS ENTRE LOS 0 E 9 AÑOS (EN %)



Fuente: Adaptado del Boletín de Salud Pública, 1968.

A partir de estos estudios se consideró que una campaña de vacunación debería abarcar a todos los niños con edades comprendidas entre los 3 meses y los 9 años, pues de esta forma se reducirían drásticamente las posibilidades de contagio de otros con más edad. No obstante se estableció que no se negaría la vacuna a todos los que, hasta los 20 años, se dirigiesen voluntariamente a los servicios de salud.

La campaña de vacunación contra la poliomielitis adquiriría sin embargo un carácter diferencial e importante, pues fue concebida como factor de cambio para la recepción por parte de la población de un amplio Programa Nacional de Vacinação (PNV). Las consideraciones que realizaron buscaban aprovechar el imaginario social de la poliomielitis como elemento sensibilizador, siendo, según Van Zeller:

- a) A vacinação contra a poliomielite é de todo as a que tem maior aceitação pelo público, não somente por ser ministrada por via oral, mas também porque previne contra uma doença muito temida.
- b) A aceitação da vacina faria ocorrer aos locais de vacinação a maioria das crianças a vacinar (grupo dos 0-9 anos).
- c) Aproveitar-se o estado emocional criado por uma campanha em massa para que as fichas de identificação fossem preenchidas por voluntários e, assim, evitar-se-iam perdas de tempo aos vacinados e economia de trabalho aos vacinadores.
- d) Aproveitar-se a campanha de massa para propaganda de todas as vacinas empregadas no P.N.V. (Van Zeller, 1968: 19).

María Luísa Van Zeller, como Diretora Geral de Saúde desde 1963 (Cova y Pinto, 2010: 664), refería también las dificultades económicas para poner en marcha el proyecto debido a "os poucos recursos financeiros de que dispunham e sem o apoio de infraestruturas suficientes" (Van Zeller *et al.*, 1968). De hecho, el Plan Nacional de Vacunación solo fue posible cuando el Ministério da Saúde e Assistênciã contó para sufragar los gastos con el apoyo de la iniciativa privada representada por la Fundação Calouste Gulbenkian⁷, la que asumió más de una tercera parte de un presupuesto que superó los nueve millones de escudos⁸.

Los acuerdos adoptados permitieron que el Ministro de Saúde e Assistênciã anunciase el 4 de octubre de 1965, en una conferencia de prensa, la puesta en marcha de un Programa Nacional de Vacinação e Educação Sanitária. En la misma expuso que "estas medidas deveriam ser aplicadas em massa e em estreita colaboração com as populações". Efectivamente, para la viabilidad del programa era imprescindible la sensibilización y para ello fue preciso implicar a los medios de comunicación social, a la Iglesia, al Ministério da Educação Social, al Ministério das Corporações, al Ministério do Interior y a todas las autoridades civiles, tanto regionales como locales.

El PNV se desarrolló con el trabajo de una comisión de funcionarios de la Direcção-Geral de Saúde, con la colaboración de un representante del Instituto de Assistênciã Nacional aos Tuberculosos y otro del Instituto Maternal.

7. Diário das Sessões (1965), 204, p.1.192; (1965), 251, pp. 1.427-8.

8. Diário das Sessões (17 fevereiro 1967), 69, p. 1.247.

El mayor dilema al que hubo de enfrentarse fue si organizar un servicio vertical para la ejecución, o bien integrarlo en los servicios ya existentes. La primera opción fue considerada más costosa, siendo, además, contraria a las indicaciones de la OMS e incompatible con el número reducido de técnicos existentes en Portugal. La segunda, que fue la elegida, era aconsejada por los administradores sanitarios (a nivel internacional) y por la OMS. Pese a todo, la inexistencia de una red adecuada de servicios de salud, la carencia de personal y la pesada estructura administrativa de los servicios crearon algunas dificultades que intentaron ser compensadas con programas formativos y refuerzos de personal. El resultado fueron 2.130 puestos de vacunación en funcionamiento el año 1967.

EL DESARROLLO DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN PORTUGUESA

El 11 de enero de 1965 el Ministro de Saúde e Assistêcia, Francisco Neto de Carvalho, aprobaba las "Normas de Vacinação" elaboradas por una comisión que había trabajado sobre ellas los dos años anteriores. Las normas incidían fundamentalmente en la vacunación oral antipoliomielítica, pero se iniciaban de forma muy significativa con la presentación de un calendario vacunal, desde el nacimiento hasta los siete años, en que se incluían también las vacunas B.C.G, la triple ante difteria, tétanos y tosferina y la antivariólica. El decreto-ley de 27 de octubre de 1965 instauraba el "Boletim Individual de Saúde" en el que se hacían constar todas las vacunaciones y cuya presentación era obligatoria tanto en cualquier acto médico como en la escolarización. El inicio de este PNV se efectuó con la campaña de vacunación contra la polio, que sirvió, como estaba previsto, de propaganda del programa y permitió logísticamente dar un boletín a cada niño y crear un fichero central de vacunaciones.

Las "Normas de Vacinação" incluían el esquema general de vacunaciones: instrucciones, edades, concentración, dosis, épocas del año más aconsejadas, contraindicaciones, precauciones y modo de conservación. Entre los principales aspectos considerados se encontraba la focalización en los niños en edad escolar y el uso exclusivo de vacuna trivalente. Dado que la campaña se emprendía con los recursos materiales y humanos existentes, las normas fueron dadas a conocer a los Delegados de Saúde antes del comienzo de la misma mediante un curso de actualización sanitaria realizado en Lisboa entre el 21 y 26 de junio de 1965. El programa constaba de una parte general sobre las enfermedades infectocontagiosas y otra específica sobre cada una de ellas, para concluir con informaciones sobre las campañas de vacunación planeadas (posibilidades y dificultades esperadas) y sobre educación sanitaria.

En lo que se refiere a la poliomiélitis, fue Arnaldo Sampaio quien estuvo a cargo de la formación, conocedor íntimo de las normas ministeriales de vacunación y encargado ya un año antes de este tema en un curso de perfeccionamiento para los médicos de los Hospitales Civiles de Lisboa, especialmente de

esos internos que constituyeron el "movimiento dos novos" (Sampaio, 1964). Se discutió la clasificación, importancia y diagnóstico de laboratorio del enterovirus, las vacunas, las posibilidades y las dificultades de la erradicación de la polio en Portugal. Con este curso se hizo posible tomar conocimiento de todos los problemas científicos, técnicos y administrativos asociados a la vacuna, así como del Programa Nacional de Vacunación en su conjunto.

Los subdelegados de salud fueron los responsables de elaborar los programas de cada ayuntamiento, que después eran revisados por los delegados en colaboración con los servicios centrales, desde donde se mantenía la coordinación con los anteriores.

La primera dosis de la vacuna fue aplicada en días predefinidos para cada ciudad para que el personal técnico y los vehículos de los servicios centrales y regionales pudiesen colaborar con los servicios locales. Las fichas de inscripción y los boletines individuales de salud fueron previamente distribuidos por todas las delegaciones y subdelegaciones de salud y su cumplimiento era hecho quince días antes de la fecha marcada. En ese momento los niños y sus familiares eran informados del local y hora de la aplicación de la vacuna debiendo hacerse acompañar de las fichas y boletines en buen estado de conservación.

Los servicios centrales regionales y locales pidieron todo el apoyo posible, principalmente de prensa, radio y televisión, pero también del episcopado y, como queda dicho, de los ministerios de Educación y del Interior para la educación sanitaria de la población. Los profesores de las escuelas primarias tuvieron un papel importante en la labor de sensibilización, pero también en la cumplimentación de fichas y boletines. Para esta labor las autoridades locales distribuyeron folletos⁹ y el clero informó de la campaña en las ceremonias religiosas. La respuesta no fue igual para todos los grupos etarios, con una mayor resistencia en los más pequeños, pero evidenciaba el inicio de un cambio en la actitud de la población hacia la vacunación (tabla 6).

Tres días antes de la fecha fijada, las vacunas eran llevadas para las sedes de las Delegações de Saúde y en la víspera para las subdelegaciones. En las regiones con menor población la vacuna fue aplicada en un día. Las Casas do Povo, las subdelegaciones de salud y los hospitales fueron los locales elegidos para la vacunación. Ahí se administraban tres gotas de la vacuna (producida por Pfizer) con un terrón de azúcar y se registraba su aplicación, lo que permitió elaborar posteriormente unas pormenorizadas estadísticas.

9. Se trataban de folletos rectangulares multicolores de divulgación de la campaña con el siguiente texto: "A poliomielite, doença muitíssimo grave, também conhecida por paralisia infantil ataca não só as crianças como os adultos. Ela causa paralisias tão graves que podem obrigar o doente a passar o resto da vida numa cadeira de rodas. Noutros casos pode mesmo levar o doente até à morte em poucos dias. Para se proteger desta terrível enfermidade deve vacinar-se, bem como a todas as pessoas da sua família, sempre que lhe for indicado. Lembre-se a saúde é a nossa maior riqueza. Seja prudente: vá sem demora vacinar-se e leve também todos os seus familiares. A vacina é absolutamente de graça. Vacine-se contra a poliomielite".

TABLA 6
 INOCULACIONES POR DOSIS Y POR AÑOS DE EDAD (OCTUBRE, 1965 - JUNIO, 1966)

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN CENSO DE 1960	INOCULACIONES			
		1ª Dosis	%	2ª Dosis	%
< 1 año	171.455	124.516	72,6	91.625	53,4
1 año	162.124	127.357	78,5	110.296	68
2 años	169.033	131.244	77,6	116.221	68,7
3 años	164.609	133.843	81,3	119.721	72,7
4 años	159.743	134.688	84,3	119.730	74,9
Total de 0 - 4 años	826.964	651.648	78,8	557.593	67,4
5 - 9 años	785.116	725.962	92,4	683.128	87
10 e + años	6.680.895	146.199	-	143.588	-
Total de Dosis administradas	-	1.523.809	-	1.384.309*	-

Fuente: Adaptado del *Boletín de Salud Pública*, 1968

Aunque es presumible que los porcentajes obtenidos no se correspondiesen con la realidad, debido a los movimientos migratorios que se produjeron en Portugal en la década de los sesenta, el análisis de la tabla anterior (tabla 6) evidencia claramente la dimensión de la campaña.

El 23 de diciembre de 1965 se concluyó la primera fase de la vacunación, dando comienzo la segunda fase en enero de 1966 para durar hasta junio de ese año. La organización de la segunda fase fue, en todo, semejante a la anterior. El intervalo entre las dosis en ambas fases fue diferente en cada región pero nunca inferior a dos meses pues se consideraba que el virus se podría multiplicar en el intestino durante cerca de 60 días.

En realidad, la campaña ocurrió entre octubre de 1965 y junio de 1966 habiendo sido administradas 1.523.809 primeras dosis y 1.384.309 segundas dosis. Los datos obtenidos sugieren que aproximadamente el 91 por ciento de los niños que habían recibido la primera dosis recibieron también la segunda.

En el verano de 1966 no se notificaron nuevos casos de polio, lo que se interpretó como un éxito de la campaña y llevó a que no se programase la tercera dosis en el mismo año¹⁰, concentrando los esfuerzos en la primovacunación de los que nacieron después de empezar la campaña. No obstante, la comisión responsable decidió inocular la tercera dosis siguiendo los plazos del PNV (Van

10. "A comissão resolveu, com o fim de erradicar a doença, inocular a terceira dose, não em campanha mas dentro das normas do PNV, isto é, incorporada no esquema geral de vacinações. Interessa sublinhar que, apesar do contexto epidemiológico em que a urgência recaía sobre o controlo da doença, o objetivo a longo prazo era já eliminá-la em Portugal" (Van Zeller *et al.*, 1968).

Zeller *et al.*, 1968). En 1967 continuaron las vacunaciones contra la polio mediante la convocatoria de los individuos a vacunar.

ÉXITO Y DIVERGENCIA

La campaña piloto española y las primeras campañas tanto en Portugal como en España tuvieron unos resultados que permitían calificarlas de gran éxito. En España, la campaña piloto de León se realizó con dos fases ininterrumpidas y con el mismo tipo de vacuna (una trivalente), obteniendo un 90 por ciento de cobertura en la primera fase y solo un 66 por ciento en la segunda, pero, pese a este escaso resultado, se consideró un éxito pues el tipo de vacuna permitía la inmunización ante los tres tipos de virus en cualquiera de las fases. Sin embargo, en Lugo, la cobertura de una primera fase con monovalente tipo I fue del 97,33 por ciento, mientras que la segunda, con los tipos II y III, solo llegó al 87,33 por ciento.

La campaña nacional transcurrió en dos fases entre el 20 de noviembre de 1963 y el 20 de abril de 1964. En la primera fase se aplicó una monovalente tipo I y se logró vacunar a 4.200.000 niños, un 95 por ciento de los pretendidos. La segunda fase supuso la aplicación de una vacuna trivalente a 4.631.154 niños, un 98,8 por ciento del total. Superado el 80 por ciento planteado por Sabin, los efectos directos e indirectos de la inmunización se plasmaron en un descenso abrupto de la morbilidad: 155 casos en 1964 y solo 30 en 1965, lo que suponía una reducción del 90 por ciento (Rodríguez Sánchez, 2010).

En Portugal, la campaña se desarrolló en una primera fase iniciada en octubre de 1965 y que se prolongó hasta el final del año, y una segunda fase que ocupó el primer semestre de 1966. En ambas se usó la vacuna trivalente para la inmunización de los niños hasta los nueve años de edad. Los resultados supusieron una cobertura vacunal de un 91 por ciento de niños con dos dosis y una reducción de un 95,26 por ciento de los casos de polio.

Según Sampaio la campaña tuvo también otros aspectos positivos, pues permitió organizar un fichero nacional de vacunación, experimentar las estructuras de la Dirección General de Salud y permitir que los Servicios médicos del Ministério de la Salud y de la Asistencia empezasen a hacer administración sanitaria (Sampaio, 1968). Lo mismo sería dado pensar en España, pues en ese mismo año de 1965, en la segunda campaña nacional, la introducción de la vacuna contra difteria, tétanos y tosferina (DTP) suponía, en cierta medida, el intento de iniciar un calendario de vacunaciones. No obstante, esta misma vacuna en ambos países marcaba la diferencia entre los modelos elegidos y las consecuencias de los mismos, pues se trataba de una vacuna inyectable. Las necesidades de este tipo de vacuna supusieron un test para la infraestructura sanitaria y un reto económico, con exigencias de un mayor compromiso participativo por parte de la población pues era más

costoso llevar la vacuna y, por tanto, fundamental que la población acudiese a los puestos de vacunación.

Ya hemos visto cómo en España y Portugal los planteamientos fueron distintos: la continua disponibilidad de un lugar para recibir las vacunas, la existencia de un calendario personalizado acorde con la edad de cada niño y la obligatoriedad del "Boletim Individual de Saúde" iban a marcar, a medio plazo, diferencias también en los resultados. En España, las pugnas entre Seguro Obligatorio de Enfermedad (transformado en Seguridad Social) y la Dirección General de Sanidad mantenía una división entre la red asistencial (en la que se encontrarían los pediatras) y la de sanidad que, además de encargarse de la vacunación, cubriría la asistencia en los entornos rurales a través de los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD), siendo cada vez más manifiesto el vacío que se iba produciendo en la vacunación de un sector urbano sin cobertura asistencial de la Seguridad Social ni de los médicos APD, cuya atención solo era asumida por la beneficencia y con un seguimiento sanitario sumamente escaso (Nájera *et al.*, 1975; Rodríguez Sánchez, 2015; Nájera Morrondo, 2013). En Portugal en cambio todas las instituciones colaboraron, lo que marcaría las actuaciones de los años siguientes y el incremento de la red de puestos de vacunación.

El Boletim Individual de Saúde tuvo efecto no solo en el control de las vacunaciones y para establecer, de forma relativamente indirecta, la obligatoriedad de las mismas, sino que podemos insertarlo en ese programa dirigido a la población que rezaba en el propio nombre del PNV: educación sanitaria. La forma elegida para la sensibilización, educación y promoción de la participación fue diferente en ambos países. Si en Portugal el recurso fueron las Campanhas de Educação Sanitária, en España fue la divulgación. En España los médicos de la Dirección General de Sanidad responsables de las campañas de vacunación pusieron en marcha durante las mismas escritos divulgativos en prensa y consignas que, en forma de sueltos, aparecían en los periódicos. Estas eran sugeridas a los Jefes Provinciales de Sanidad, a quienes se les incentivaba a que creasen otras nuevas¹¹. El tono general de las mismas era conminatorio, aludiendo a la responsabilidad y la culpa si por no vacunar a un hijo este contrajese la polio, siendo las madres las principales destinatarias de tales arengas:

- ¿Habéis pensado que no llevar a vuestros hijos a vacunar contra la polio-meilitis es abandonarlos al riesgo de la parálisis? Todos los padres deben acudir con sus hijos a los puestos de vacunación¹².
- No dejes a tu hijo en peligro de quedar paralítico, llévalo a vacunar¹³.

11. Archivo Histórico Provincial de Soria, Fondos de Sanidad, Leg. 34503.

12. *El Norte de Castilla*, 19 de diciembre de 1963, p. 14.

13. *El Correo de Zamora*, 16 de febrero de 1964, p. 10.

- El padre que no lleva a sus hijos a los puestos de vacunación los deja abandonados al riesgo de la enfermedad¹⁴.

La divulgación, aunque precisa en su información, mantenía el tono conminatorio y los símiles bélicos: "Cada niño que se quede sin vacunar es un refugio que se le concede al enemigo"¹⁵. Una metáfora muy grata, especialmente a los gobernantes: al aparecer la vacuna Salk, el entonces director general de Sanidad, José Alberto Palanca, daba una conferencia titulada "Otro enemigo a raya: la poliomielitis"¹⁶.

La publicación de estos artículos solía ser previa a cada fase de una campaña y en el inicio de las mismas. Si en las primeras campañas tuvieron mayor importancia los sueltos, la divulgación fue más frecuente en campañas posteriores y se intensificó a partir de 1968 ante el aumento de casos. Octavio Aparicio, Manuel Mezquita López y Alfredo Gimeno de Sande son los médicos que más artículos realizan con esta finalidad. Junto a ellos Enrique Nájera, Luis Valenciano o Francisco Fornieles también serán habituales en la actividad divulgadora. Los jefes provinciales de Sanidad contribuirían a ello con artículos que, aunque con información sobre la poliomielitis y la vacunación, solían tener como función principal la gestión de las campañas a través del anuncio de las mismas, difusión de fechas y sitios.

LOS MODELOS EN LA PRÁCTICA: LA COBERTURA VACUNAL

Si los resultados de las primeras campañas fueron exitosos y supusieron una excelente publicidad internacional para ambos Gobiernos, a partir de 1966 comienza a mostrarse una divergencia que se hace especialmente intensa en 1969, año en el que España alcanza la tasa de morbilidad por polio más alta del periodo de campañas de vacunación (véase gráfico 4).

Como quedó expuesto, esta alta incidencia de la polio en España no solo era diferente a la existente en Portugal, sino a la de los restantes países europeos del área mediterránea (véase gráfico 1), lo que evidenciaba que el problema residía en España.

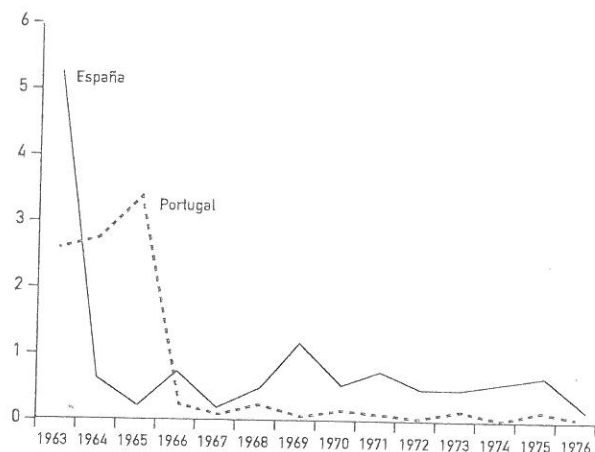
La efectividad de la vacuna era ya incuestionable, por lo que se hacía evidente que el problema debía residir en si esta llegaba a la población y la forma en que lo hacía. En los medios de comunicación se volvía a responsabilizar a las familias, ahora con el agravante de antipatriotismo por no corresponder al gran esfuerzo económico realizado por el Gobierno.

14. *El Norte de Castilla*, 26 de febrero de 1965, p. 3.

15. *El Norte de Castilla*, 3 de abril de 1964, p. 7.

16. *La Gaceta de Salamanca*, 23 de abril de 1955.

GRÁFICO 4
TASAS DE MORBILIDAD POLIOMIELÍTICA EN ESPAÑA
Y PORTUGAL (1963-1976)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos publicados en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*.

Es lamentable e inadmisibles que contando con una vacuna tan eficaz contra esta terrible enfermedad y habiendo aportado el Estado su esfuerzo económico y todos los recursos técnicos necesarios para proporcionarla gratuitamente a todos los niños españoles, haya padres o parientes que por cualquier circunstancia dejan de acudir con los niños a la llamada que por la prensa, radio o televisión se les hace durante los periodos de la Campaña de vacunación masiva [...] lo que justificaría la aplicación de sanciones a quien hace dejación tan grave de sus obligaciones¹⁷.

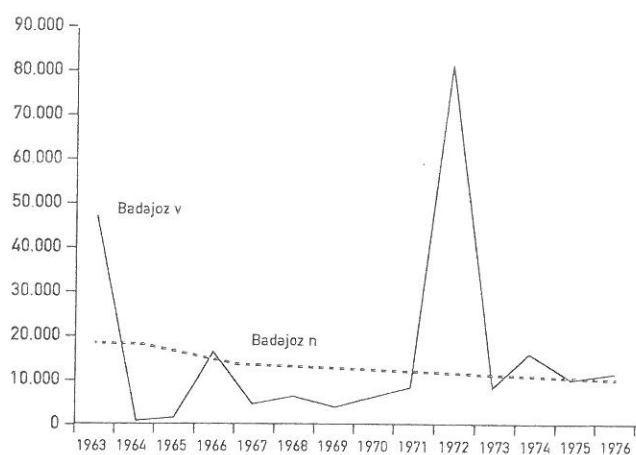
Pero, pese a las amenazas y el amedrentamiento, la vacunación no se estaba llevando a cabo en España de forma satisfactoria, con unos efectos sobre la morbilidad que se ponían claramente de manifiesto al comparar con Portugal. Dado que los dos países habían optado por diferentes modelos de vacunación, ya sea el de campañas seguido en España o el individualizado elegido en Portugal, es preciso considerar si el modelo se correlaciona con la mayor o menor cobertura vacunal y el consecuente efecto en la morbilidad (Pinto *et al.*, 2014). Con este fin hemos comparado cinco provincias españolas limítrofes con Portugal (Badajoz, Cáceres, Salamanca, Zamora y Orense) con cinco distritos portugueses vecinos (Portalegre, Castelo Branco, Guarda, Bragança y Vila Real). Se han descartado las provincias más expuestas a cambios en la morbilidad por movimientos migratorios, como son las que tienen costa y en las que se encuentran los grandes núcleos de población (Pinto *et al.*, 2014).

¹⁷. *El Norte de Castilla*, 5 de noviembre de 1968, p. 15.

Las fuentes empleadas han generado algún problema metodológico para poder efectuar el estudio comparativo, dado que las series temporales se interrumpen y son recogidos datos diferentes en los dos países. Para España hemos consultado el *Anuario Estadístico* y, para Portugal, el *Anuário Estatístico*, el *Boletim Epidemiológico de Informação Sanitária* y, desde 1969, las *Estatísticas da Saúde*. Hemos prescindido del número de inoculaciones (dado que recoge cualquiera de las fases, tipos de vacunas y revacunaciones) y hemos optado por el de personas vacunadas, debiendo hacer constar que en España incluyen a las revacunadas, a diferencia de Portugal, si bien, como veremos, eso ratifica la hipótesis. Por tanto, de forma indirecta, podemos evidenciar la cobertura vacunal a través de la comparación entre el número de nacimientos anuales, las vacunaciones antipoliomielíticas efectuadas y la morbilidad.

Los resultados muestran una clara diferencia entre los distritos portugueses y las provincias españolas: mientras que en los primeros las vacunaciones son iguales o superiores al número de nacidos, en España (especialmente en los casos de Badajoz y Orense), pese a contabilizar primovacunas y revacunaciones quedan por debajo de la natalidad anual de la provincia, lo que significa que un significativo porcentaje de niños quedaba sin vacunar.

GRÁFICO 5
NÚMERO DE NACIDOS (N) Y NÚMERO DE VACUNADOS (V)
EN BADAJOZ (1963-1976)

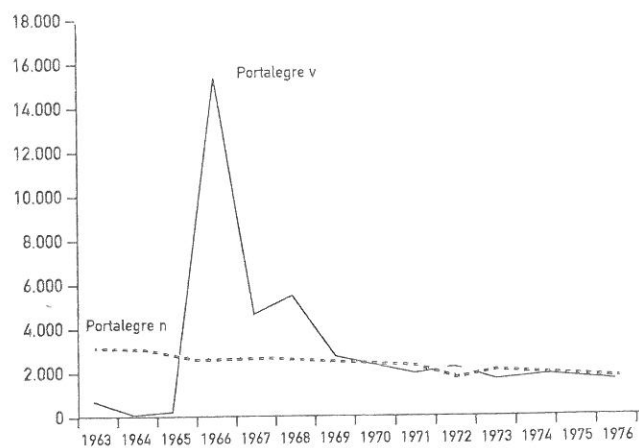


Fuente: Elaboración propia.

Otro de los elementos diferenciales entre ambos modelos fue la evolución de las vacunaciones: el modelo ideal ofrecería una curva cuyas oscilaciones dependería de la natalidad y bastante similar entre provincias. Sin embargo, la curva de vacunaciones en España es irregular mostrando un funcionamiento que obedece a circunstancias locales y no a un programa

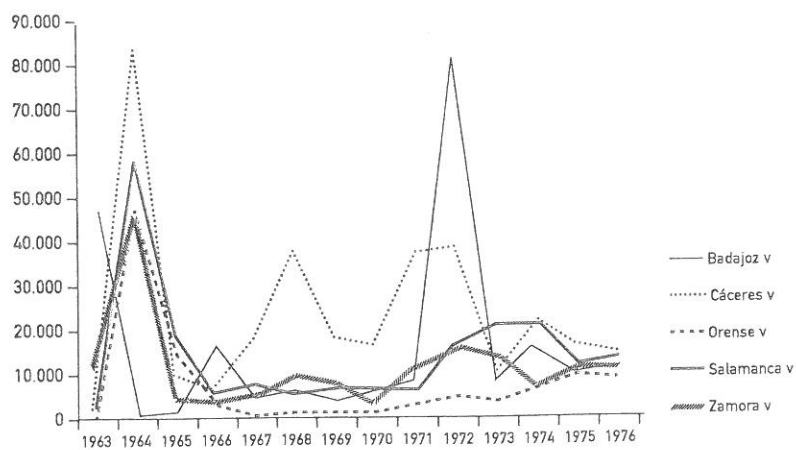
coordinado. Las consecuencias sobre la inmunidad de la población se plasma en el aumento de casos en Salamanca (1963), Orense (1964), Badajoz (1967) o Cáceres y Zamora (1969).

GRÁFICO 6
NÚMERO DE NACIDOS (N) Y NÚMERO DE VACUNADOS (V)
EN PORTALEGRE (1963-1976)



Fuente: Elaboración propia.

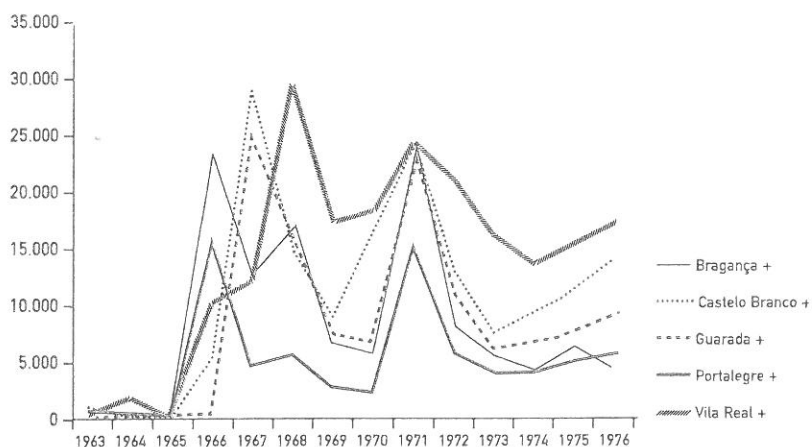
GRÁFICO 7
VACUNACIONES EN ESPAÑA (1963-1976)



Fuente: Elaboración propia.

Otro aspecto muy a tener en cuenta es la importancia concedida en Portugal a las revacunaciones: aunque todas las vacunaciones se hicieron con vacuna trivalente, se contemplaron tres dosis entre los tres meses y el año de edad, más otra entre los cinco y los siete años. Sin embargo, aunque en España la "dosis de recuerdo" (o tercera dosis) se introdujo durante la tercera campaña (1966) las cifras de inoculaciones muestran que fueron escasas, pues en algunas provincias apenas superaban el número de nacidos.

GRÁFICO 8
VACUNACIONES Y REVACUNACIONES EN PORTUGAL (1963-1976)



Fuente: Elaboración propia.

REFLEXIONES FINALES: APRENDIZAJE Y COHERENCIA

Lo que ha sido posible deducir a través de este estudio era percibido claramente por el propio grupo de Florencio Pérez Gallardo. Este, en una explícita carta a Albert Sabin, le exponía cómo no se alcanzaba a toda la población a vacunar y cómo la falta de vacunas era uno de los motivos:

In 1966 the situation was not so good because many cases occur as explained in the annex.

As you can see really what happen is that many children under 18 months of age escape vaccination. This in our opinion is so in part because not enough vaccine is available to the children below one year of age. The present program of vaccination extends teoretically only to that group of age because the comercial cost of the vaccine is high and the Government can not buy vaccine for older children.

Only two trivalent doses are administered to the 650.000 children born each year. But really a lot of vaccine is given to children older than a year what means that many of those under one year remain unvaccinated¹⁸.

No obstante, aunque la censura de la época impidiese que estos problemas trascendiesen, algunos médicos dejaban constancia de estos y otros en artículos científicos y en sus comunicaciones con la administración. Las dificultades que encontraban eran de diverso orden: político (ya citado), administrativo (dificultades para censar la población a vacunar), económico (con restricciones en todos los aspectos de las campañas), técnico (especialmente para la conservación de la vacuna), cultural (la escasa educación sanitaria de la población) y personal (como se evidenciaba por la disparidad en el cumplimiento de los protocolos por parte de los profesionales) (Rodríguez Sánchez, 2015).

La persistencia de la morbilidad intentó contrarrestarse con un incremento en la frecuencia de las campañas y el número de fases: desde 1967 se hicieron dos campañas anuales (de primavera y otoño), cada una de ellas con dos fases, regresando, en 1972, a una primera fase con monovalente tipo I y una segunda con trivalente¹⁹. Sin embargo, el número de casos seguía siendo muy superior al de los países de la Europa mediterránea, algo reconocido por Nájera y su equipo en 1975 (Nájera *et al.*, 1975).

Las debilidades del modelo de campaña para mantener un control sobre la correcta inmunización de los niños era evidente y por ello, en 1975, se dio el primer paso en la instauración de un calendario vacunal, si bien con dificultades para su implantación en pequeños núcleos rurales y, especialmente, en población marginada, como las personas de etnia gitana, en gran parte por la falta de cobertura asistencial. Por ello intentó compensarse manteniendo las campañas y realizando tres fases en cada una de ellas, de 15 días al mes²⁰. De este modo se consiguió una reducción de los casos de poliomielitis que pasaron de una media de 250 casos anuales en la década 1966-1975 a una media de 31 casos anuales en la década siguiente.

Portugal, sin embargo, obtenía ya los resultados de su modelo de vacunación y 1977 era el primer año en que no se declaraba ningún caso de polio, algo que solo se vio interrumpido por cuatro casos de polio entre 1978 y 1987, año del último caso declarado por poliovirus salvaje. Las claves para este éxito habría que contemplarla en varios aspectos.

18. Carta de Florencio Pérez Gallardo a Albert Sabin, 23 de febrero de 1967. University of Cincinnati, Hauck Center for the Albert B. Sabin Archives (UC-ABSA), Correspondence. Disponible en: https://drc.libraries.uc.edu/handle/2374_UC/664210

19. Circular 42/75 del Servicio de Epidemiología y Luchas Sanitarias. Archivo Histórico Provincial de Burgos, Caja 712.

20. Circular 045/1978 de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria (Ministerio de Sanidad). Archivo Histórico Provincial de Soria. Fondos de Sanidad. Leg. 34503. Exp. "Vacunas 1978/1979. Varias".

La más importante fue optar por un sistema de vacunaciones individualizado, en el que la edad del niño era la que determinaba la vacuna que correspondía, evitando así los problemas inherentes al modelo de campañas en el que una parte de la población permanece sin vacunar entre unas y otras (Nathanson y Kew, 2010). Aunque la primera actuación para controlar la poliomielitis fue a través de una campaña masiva, una vez conseguida la drástica reducción de la morbilidad, el modelo portugués se centró en el Boletim Individual de Saúde. Para su cumplimiento fueron importantes las campañas de educación sanitaria de la población para hacerla consciente de la necesidad de la vacunación, pero también la obligatoriedad de poseer dicho documento para la escolarización o atención sanitaria.

Este sistema tuvo que sustentarse en una red asistencial ya existente, implementada con nuevos puestos de vacunación. El mayor coste inicial de este modelo pudo salvarse gracias a la implicación de todos los organismos públicos y sectores, incluyendo la financiación privada a través de la Fundação Gulbenkian. Un contraste con la situación española en la que asistencia y prevención estuvieron separadas hasta bien instaurada la democracia.

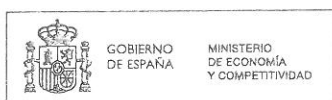
María Isabel Porras Gallo, María José Báguena Cervellera,
Mariano Ayarzagüena Sanz y Noelia María Martín Espinosa (coords.)

La erradicación y el control de las enfermedades infecciosas



INVESTIGACIÓN Y DEBATE

ESTE LIBRO HA CONTADO CON FINANCIACIÓN DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD (REF. HAR2012-39655-CD4-02) Y DE LA UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA



© DE LOS TEXTOS, SUS AUTORES

© LOS LIBROS DE LA CATARATA, 2016
FUENCARRAL, 70
28004 MADRID
TEL. 91 532 20 77
FAX. 91 532 43 34
WWW.CATARATA.ORG

LA ERRADICACIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES
INFECCIOSAS

ISBN: 978-84-9097-201-4
DEPÓSITO LEGAL: M-33 041-2016
IBIC: MBX/MBN/MBNS

ESTE LIBRO HA SIDO EDITADO PARA SER DISTRIBUIDO. LA INTENCIÓN DE LOS EDITORES ES QUE SEA UTILIZADO LO MÁS AMPLIAMENTE POSIBLE. QUE SEAN ADQUIRIDOS ORIGINALES PARA PERMITIR LA EDICIÓN DE OTROS NUEVOS Y QUE, DE REPRODUCIR PARTES, SE HAGA CONSTAR EL TÍTULO Y LA AUTORÍA.