

HITOS Y PROTAGONISTAS

REVISTA ARGENTINA
DE SALUD PÚBLICA

FECHA DE RECEPCIÓN: 03 de septiembre
de 2020

FECHA DE ACEPTACIÓN: 13 de septiembre
de 2020

FECHA DE PUBLICACIÓN: 10 de diciembre
de 2020

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:
abelluisaguero@gmail.com

POLIOMIELITIS EN ARGENTINA: EPIDEMIAS, POLÍTICAS SANITARIAS, TRATAMIENTOS E INSTITUCIONES

*Poliomyelitis in Argentina: epidemics, public health policies,
treatments and institutions*

* Abel Luis Agüero. Doctor en Medicina.

Instituto de Historia de la Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN. El presente artículo tiene como finalidad historiar las epidemias de poliomielitis sufridas en Argentina en el transcurso del siglo XX. Se describen sus consecuencias médicas, las políticas llevadas a cabo por los distintos gobiernos para enfrentarlas, la reacción de la sociedad frente a la amenaza de la enfermedad, los diversos trámites efectuados para conseguir la vacuna y su aplicación a la comunidad. Dado que la poliomielitis es una enfermedad capaz de dejar secuelas invalidantes, la segunda parte de este estudio analiza las diferentes entidades y medidas, oficiales y privadas, que se abocaron a la rehabilitación de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Epidemia; Poliomielitis; Rehabilitación

ABSTRACT. The purpose of this article is to record the polio epidemics suffered in Argentina during the 20th century. It describes the medical consequences, the policies carried out by the different governments to confront them, the reaction of society to the threat of the disease, the various procedures performed to obtain the vaccine and its application to community. Since poliomyelitis is a disease capable of leaving disabling sequelae, the second part of this study analyzes the different entities along with public and private measures that were taken for the rehabilitation of patients.

KEY WORDS: Epidemic; Poliomyelitis; Rehabilitation

LAS EPIDEMIAS

La poliomielitis es una enfermedad exclusivamente humana de muy antigua data. Sus secuelas de parálisis se encuentran documentadas en una estela del antiguo Egipto, pero su ingreso como entidad nosológica se remonta a mediados del siglo XIX. En 1840 el ortopedista alemán Jakof Heine (1800-1879) la reconoció y describió. Posteriormente, el pediatra sueco Karl Oscar Medin (1847-1927) hizo notar su potencial epidémico.

En realidad, la también llamada "parálisis infantil" constituye una enfermedad viral producida por un enterovirus con tres serotipos que no dan inmunidad cruzada. Se caracteriza por su contagio fecal-oral y su gran facilidad de contagiosidad, sobre todo en la infancia y en los meses cálidos. No todos los afectados desarrollan una enfermedad grave. La mayoría pasa la enfermedad como asintomáticos, con un cuadro símil gripal o con cefaleas febriles. Sin embargo, en promedio, uno de cada 200 niños infectados sufren un ataque vírico a las neuronas motoras del sistema nervioso central, lo que produce grandes dolores y fiebre, y deja como secuela una parálisis flácida muscular. De estos afectados, un 10% termina con parálisis de los músculos respiratorios, y la mortalidad de los enfermos oscila en los casos graves entre el 5 y el 10%¹.

Lo que desconcertó a la medicina era que esta enfermedad, a diferencia de otras infectocontagiosas, atacaba no solo a las clases menos favorecidas, sino también a los sectores medios y altos. Dice al respecto Testa¹:

En Argentina, esta enfermedad afectó tanto a grupos sociales acomodados como populares de Buenos Aires y desafió la capacidad de la medicina y las prevenciones de las medidas higiénicas.

Tal vez la primera referencia local sea Poliomielitis Anterior Aguda, tesis escrita en 1895 por uno de los iniciadores de la Salud Escolar en Argentina: el Dr. Genaro Sisto². Ya a comienzos del siglo XX se publicó otra tesis sobre la poliomielitis, elaborada por A. Pico, así como varios artículos en los Anales del Círculo Médico Argentino. Por medio de su revista, la Asociación Médica Argentina solicitó en 1909 la denuncia obligatoria de los casos de poliomielitis y la toma de medidas, como el aislamiento de los pacientes y la profilaxis de sus familias. Pero, como hace notar Adriana Álvarez³, la incidencia de la polio era muy baja comparada con la de otras enfermedades (por ejemplo, la tuberculosis), por lo cual ninguna medida contra la parálisis infantil prosperó en ese momento.

Efectivamente, entre 1906 y 1932 se produjeron en el país 2680 casos, es decir, un promedio de 104 anuales⁴. En 1936, a raíz de un brote de poliomielitis, el profesor de pediatría Juan Pedro Garrahan alertó sobre el potencial epidémico de la enfermedad, y ese mismo año la ley 12317 obligó a la denuncia de enfermedades infecciosas transmisibles¹.

Los registros llevados a cabo desde ese momento permiten establecer que la Argentina tuvo varias epidemias de poliomielitis a lo largo del siglo XX: en 1936, con una tasa

de incidencia de 10 por cien mil; en 1942 y 1943, con 9,01 y 10,60 por cien mil; en 1953, con 14 por cien mil; y en 1956, con 33 por cien mil⁵.

En los inicios de la primera epidemia, el estado sanitario de la niñez argentina distaba de ser el mejor para enfrentarla. Vale como ejemplo lo expresado en la memoria de 1935 por el Dr. Miguel Susini, Director del Departamento Nacional de Higiene⁶:

La mortalidad infantil, o lo que es peor, la supervivencia de seres insuficientemente dotados, constituye un serio problema para nuestro país. Los índices de ineptos, cada día más altos, que dan los exámenes médicos para el servicio militar, es una evidencia de ello...

El mal debe ser abordado en tres etapas: 1º En la primera infancia, edad en que se adquieren o se manifiestan las taras; 2º En la edad escolar, en que dichas taras se agravan; 3º En la adolescencia, donde se consolidan definitivamente.

La epidemia de poliomielitis ocurrida en Buenos Aires en 1936 fue precedida por un brote en Santa Fe durante 1933-35. Se registraron en esa provincia 873 casos, y según las fuentes fallecieron 6 o 7 de cada 100 pacientes afectados.

En 1936 la epidemia llegó a Buenos Aires, que registró 1000 enfermos. Además, hubo constancia de otros 127 casos en Tucumán y 42 en Santiago del Estero.

El brote epidémico fue descrito en 1938 por el profesor Garrahan en su libro Medicina Infantil. En dicha obra, Garrahan se muestra escéptico respecto de los tratamientos implementados hasta ese entonces y esperanzado en que la solución definitiva se encuentre en una vacuna⁷.

Superada la epidemia de 1936, la incidencia de la poliomielitis volvió a niveles que seguían siendo más altos que a principios del siglo y que debieron haber llamado la atención de las autoridades, pero que no implicaban una prioridad urgente. Entre 1932 y 1942 se denunciaron 2425 casos en el país, es decir, el doble del período anterior.

Desde fines de 1942 y en 1943 la cantidad de enfermos de Heine-Medin fue de 2280. Se configuró así una segunda epidemia, para la cual el sistema de salud no estaba preparado en términos de respuesta, ni de cantidad de camas, ni de personal, ni de aparatología⁸.

En este nuevo recrudescimiento de la polio, Buenos Aires fue castigada con unos 2000 casos. Como era verano y época de vacaciones, el éxodo de familias llevó la enfermedad a Mar del Plata, Rosario y Santiago del Estero, que tuvieron sus casos en 1943⁴.

Por entonces se inauguró en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez una sala de poliomiélicos, y en 1943 se creó la Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI).

También en ese tiempo se produjeron hechos políticos que tuvieron trascendencia en el aspecto sanitario. Un Gobierno de facto se instaló en 1943 y en el último mes del ejercicio de su poder, el 23 de mayo de 1946,

creó la Secretaría de Salud Pública a cargo del prestigioso neurocirujano Ramón Carrillo. El nuevo Gobierno surgido de las elecciones, encabezado por Juan Domingo Perón, mantuvo al funcionario en su puesto. Con el apoyo del presidente se produjo entonces una importante reforma de la política de salud bajo la dirección de Carrillo, que demostró ser un gran sanitarista y actuó como secretario y luego como ministro hasta su renuncia en julio de 1954.

Durante la gestión de Carrillo se logró unificar la política sanitaria y atender así las necesidades de las distintas regiones. Argentina fue el primer país que erradicó el paludismo endémico, el Estado estuvo presente en todas las provincias y territorios de la Nación, se fomentó organizadamente la formación de médicos sanitaristas, y la solidaridad social en salud se transformó en un derecho. Se aceleró notoriamente la construcción y el equipamiento de nuevos hospitales: prácticamente se duplicó la cantidad de camas instaladas, con un sector público que era titular del 80% y asistía de esa manera a los más desamparados. El Ministerio de Salud Pública se ocupó así de la atención médica de gran parte de la población⁶.

En lo que respecta a la poliomielitis, el Plan Analítico de Salud Pública de 1947 —más específicamente, el capítulo de Epidemiología y Endemias— contempló la necesidad de atender la poliomielitis como enfermedad y sus secuelas discapacitantes. Otros proyectos, como la construcción de un nuevo hospital de niños o un censo de afectados de poliomielitis, no llegaron a concretarse⁸.

El aumento de casos de 1953 presentó algunas características polémicas. Durante los años previos se había registrado un cierto aumento de casos y el Ministerio había reforzado el adiestramiento de personal, pero el propio titular de la cartera declaró en abril que no había una epidemia y que los 783 casos registrados, si bien superaban la media, no constituían un motivo de alarma. Además, Carrillo aseguró a la población que existía disponibilidad de camas de internación y pulmotores para los casos de insuficiencia respiratoria. En resumen, la estrategia comunicacional del Gobierno consistió en silenciar datos acerca de la epidemia y en acusar a la oposición de expandir ideas alarmistas⁸. En lo interno, no pareció haber habido problemas con el equipamiento hospitalario ni la atención de los enfermos.

En julio de 1954 se produjo el alejamiento de Carrillo de sus funciones, lo que fue seguido por su exilio en Estados Unidos, la persecución y el embargo de sus bienes (que lo dejó en la miseria), la emigración para trabajar como médico de una mina en Brasil y su fallecimiento en diciembre de 1956.

En tanto, en Argentina, un golpe de Estado había derrocado al gobierno de Perón. Asumió a fines de septiembre el general Eduardo Lonardi como presidente, proclamando su intento de reconciliación de los bandos políticos. Sus ideas, contrapuestas a los deseos punitivos de otra línea interna cívico-militar, motivaron en noviembre su desplazamiento de la presidencia y el reemplazo por el

general Pedro Eugenio Aramburu. Se dio inicio entonces a una proscripción política del peronismo y a lo que Veronelli y Veronelli Correch llamaron “la sanidad adversativa” del Gobierno de la Revolución⁶.

A poco de asumir el poder, el régimen militar tuvo como primera urgencia sanitaria la última y peor epidemia de poliomielitis en Argentina. Había en el país unos cuatro millones de niños menores de nueve años, aunque el mal atacaba sobre todo desde la lactancia hasta los tres. Dado que 1955 había cerrado con un total de 435 afectados, nada hacía temer lo que ocurriría desde ese fin de año y hasta bien entrado el otoño de 1956.

Súbitamente los casos se dispararon y trajeron una gran alarma en la población. En Buenos Aires, las 140 camas disponibles para esta enfermedad en el Hospital Muñiz no dieron abasto, y lo mismo ocurrió en el recién creado Centro Municipal de Rehabilitación. En sus primeros momentos el nuevo Gobierno, al igual que el anterior, intentó negar la epidemia. Pero el índice de contagiosidad hizo que la enfermedad fuera altamente manifiesta, lo que sumado a la inexperiencia de las autoridades impidió el ocultamiento.

La población debió atravesar entonces una etapa de gran desconcierto: no se conocía popularmente casi nada acerca de la polio, salvo sus terribles secuelas. Así pues, espontáneamente en la capital y en muchas ciudades de provincia, la comunidad empezó por sí sola a extremar las medidas de higiene, a encalar los cordones de las aceras, a colocar bolsitas con alcanfor en la ropa interior de sus hijos, a confiar en los vahos con eucalipto y otras medidas similares. Además, comenzaron los rumores y las acusaciones mutuas: el Gobierno hablaba del desastre sanitario encontrado, mientras la oposición decía que era un castigo divino por haber echado a Perón.

Lo cierto es que la epidemia y el temor recrudecieron a tal punto que hubo que reconocer oficialmente la gravedad del caso. Se suspendieron las clases, que solo podían reanudarse ante la evidente ausencia de casos en la ciudad o el pueblo. A modo de ejemplo, en Tres Arroyos (Provincia de Buenos Aires) las clases comenzaron en el otoño⁹, en tanto que en Tucumán se demoró el inicio hasta el mes de julio¹⁰.

Además de las medidas de higiene, la profilaxis médica se basó en las inyecciones de gammaglobulina con el fin de conseguir una infructuosa inmunidad. Entre las otras acciones adoptadas por el Poder Ejecutivo se destacó la creación de una junta para asesorar en la lucha antipoliomielítica. Esta comisión estaba formada por prestigiosos profesionales provenientes de los campos de la investigación y la clínica: los Dres. José Valls, Raúl F. Vaccarezza, Alois Bachman, Juan P. Garrahan, Hernán D. González, Manuel Oribe, Carlos Otolenghi, Isidoro Castillo Odena, Juan M. Nájera y Daniel Greegway¹¹. Al mismo tiempo se aumentó el presupuesto de salud para emergencias sanitarias. La disponibilidad al comienzo de la epidemia era de \$99.048.730, monto que se amplió con 40 millones del presupuesto y otros 37 millones obtenidos a partir de

donaciones particulares. Estas importantes sumas se invirtieron en nuevos centros médicos, en el refuerzo del área de investigaciones del Instituto Malbrán, en la compra de aparatos de ortesis y de pulmotores (pues la epidemia estaba dejando, como grave secuela, una inusitada cantidad de afectados de parálisis de músculos respiratorios) y en el envío de científicos argentinos al exterior¹¹.

Entre los enviados a interiorizarse de los avances del Dr. Jonas Salk acerca de las vacunas antipolio estuvo Eugenia Sacerdote de Lustig, una médica italiana radicada en Argentina que se especializaba en cultivos celulares. Lustig regresó con unas dosis recién elaboradas y, para quitar el miedo a inyectarse una vacuna con virus inactivado, se inoculó públicamente ella y luego hizo lo propio con sus hijas¹².

Los refuerzos presupuestarios y los envíos de científicos al extranjero no compensaban la falta de una vacuna que protegiese a los niños y terminase la ola de terror que se expandía por el país. Además, la política adversativa del Gobierno aumentaba los errores de conducción, tal como expresa Mario Rovere¹³:

El furor por desmontar la estructura nacional no se detuvo ni siquiera por la grave epidemia de poliomielitis que como toda crisis podría haber creado condiciones para el fortalecimiento del «sistema» y que probablemente retrasó el desmontaje programado.

Este desmontaje al que se refiere Rovere consistía en desligar al Estado nacional de los auxilios prestados y delegar las acciones de salud en provincias y municipios, muchos de los cuales no poseían los recursos mínimos necesarios para enfrentar la epidemia. En otras palabras, en lugar de aprovechar la construcción legada por Carrillo y sustentada por el Estado, la salud —considerada probablemente como un gasto, no como una inversión y menos como un derecho— fue confiada “federalmente” a cada provincia, sin importar que la debilidad de algunas agravara la epidemia.

En diciembre de 1955 el Gobierno de facto solicitó al representante en el país de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) que esos organismos ofrecieran asesoramiento acerca de la política sanitaria a seguir. El pedido fue aceptado y se creó una comisión, cuyo informe tuvo un adelanto en 1956 y finalmente se conoció en 1957. Rovere resume sus conclusiones¹³:

La comisión presentó en junio del 57 su informe que fue adoptado como política en ese año y el comienzo de sus conclusiones parece por demás revelador. «La Comisión está de acuerdo con el deseo expresado por el Gobierno de la Nación de transferir a las provincias y municipios las actividades de salud pública que son de carácter exclusivamente federal, de estimular la iniciativa privada de asumir cada vez más un papel importante en estos problemas».

Pero, como dejan constancia Veronelli y Veronelli Co-rech, el Gobierno no esperó este informe para comenzar las transferencias de unidades de salud y las autorizó por decreto⁶. Las transferencias dejaron a muchas comunidades en absoluta desprotección. Vale como ejemplo lo informado por el periódico *La Voz del Pueblo* de Tres Arroyos, que revela la ausencia de una planificación seria sobre sus consecuencias⁹:

En el mientras tanto se formó una comisión de vecinos para realizar tareas de prevención y contención puesto que no existía nada previo. La misma estuvo presidida por José Carrera y como presidente honorario el comisionado municipal Dr. Pedro Aguirre [...] Se logró comprar un pulmón y paliar situaciones, sobre todo de los niños de hogares pobres y de los viajes a Buenos Aires cuando la urgencia así lo exigiera.

En los Estados Unidos, en tanto, el Dr. Jonas Salk estaba probando su vacuna desde 1952; y el 12 de abril de 1955 anunció que estaba lista para su uso en la comunidad. Pero existía una dificultad adicional: solo una muy pequeña cantidad (23 481 frascos) había sido exportada en agosto de 1956, pues los propios Estados Unidos la necesitaban para uso interno porque consideraban que la poliomielitis era el mayor problema de salud pública del país.

Solamente otros países avanzados, como Canadá y Gran Bretaña, estaban en condiciones de elaborar la vacuna, pero en Argentina no existía un desarrollo tecnológico adecuado para ello. Las dificultades eran diversas. El virus se inactivaba o moría sembrándolo en células renales de mono Rhesus. Estos ejemplares se conseguían no muy fácilmente en un solo país: la India, donde eran venerados por cuestiones religiosas.

Además, el complicado proceso de siembra y recuperación del virus supuestamente inactivado duraba 120 días como mínimo. Una vez efectuado el procedimiento, había que asegurar que el virus estuviera inactivado o muerto, pues cualquier error invalidaba la vacuna y generaba el peligro de inyectar el virus salvaje y desarrollar la enfermedad. En resumen, aun cuando los científicos nacionales adquirieran la destreza necesaria, la vacuna era económicamente inviable. Aunque en un noble gesto el Dr. Salk renunció a la patente, los monos eran caros y sus riñones rendían pocas vacunas, el proceso de fabricación era lento y complicado, y el equipamiento requerido era inalcanzable para un país que necesitaba urgentemente un millón de dosis.

En este estado se encontraba la lucha contra la epidemia a mediados de 1956 cuando, ante la emergencia, las negociaciones de la embajada argentina en Washington fueron reforzadas por el apoyo de las Naciones Unidas y de la OMS. De esta manera, el embajador Adolfo Ángel Vichi informó que existía la posibilidad de comprar un millón de dosis para el mes de agosto. Una vez conocida la noticia, el secretario de Salud

argentino viajó para agilizar los trámites. Finalmente el 1 de septiembre, en un avión especialmente acondicionado, llegaron 470 000 dosis, que fueron distribuidas de inmediato en todo el país^{4,11}. La vacunación comenzó en la capital el 12 de septiembre en 44 escuelas, otorgando prioridad a los grupos de riesgo.

El 6 de octubre llegaron otras 507 000 dosis, y el 20 de diciembre hubo una tercera entrega de 2 millones. El apoyo internacional para recibir las vacunas fue reconocido con un sello postal en el que los "niños argentinos" agradecían a los "pueblos del mundo".

La contención de la epidemia le evitó al país un conflicto diplomático cercano. Por el desarrollo de los acontecimientos Chile y Uruguay, que no tenían epidemias en ese entonces, habían puesto en estudio la posibilidad del cierre de fronteras⁵.

Durante los años posteriores la administración de la vacuna Salk o la Sabin llevaron a una importante disminución de casos, y Argentina fue declarada libre de poliomiélitis en 1964.

LAS SECUELAS Y LA REHABILITACIÓN

Como puede apreciarse, la enfermedad de Heine-Medin fue descrita desde el inicio por dos médicos cuyas especialidades serían críticas a la hora de encarar su tratamiento: Medin como pediatra y Heine como ortopedista. En efecto, los casos graves de poliomiélitis no podían ser dados de alta una vez terminado el ataque agudo del mal. Las parálisis motoras ocasionadas requerían una rehabilitación física, pero también psicológica y social. Es por ello que la segunda parte de este artículo enumera las acciones y las principales instituciones que llevaron adelante la rehabilitación de los pacientes desde los primeros años del siglo XX hasta la década de 1960.

A comienzos del siglo XX, época que marca el inicio de este relato, solo la Sociedad de Beneficencia (también conocida como Sociedad de Damas de Beneficencia) podía ocuparse de las personas con secuelas de poliomiélitis. Creada en 1823 a instancias del entonces ministro Bernardino Rivadavia, tenía a su cargo las obras de caridad para con los desamparados, que hasta allí habían estado en manos exclusivas de la Iglesia. Formada por las damas de más alta alcurnia, todas ellas muy acaudaladas, la Sociedad de Beneficencia cumplía con dos condiciones que la guiaban desde su fundación: una indicaba que las acciones piadosas, si bien eran una obligación moral para toda la sociedad, constituían un patrimonio predominante del sexo femenino; la otra premisa consistía en que su beneficencia, en muchos casos innegable, se hacía por caridad o como limosna, pero nunca representaba un derecho.

Hacia la década de 1940, la infraestructura de atención de poliomiélicos incluía 693 camas repartidas entre los hospitales de Niños, de Expósitos, Muñiz, Álvarez e Italiano, con un 60% que dependían de la Sociedad de Beneficencia¹⁴.

En 1945, la cantidad de niños internados en diversos hospitales con secuelas de poliomiélitis motivó un

convenio con el Consejo Nacional de Educación, por el cual los afectados serían ingresados en los establecimientos dependientes de la Sociedad: el Hospital de Niños, la Casa de Niños Expósitos y el Sanatorio Marítimo de Mar del Plata. En esos lugares, además del tratamiento médico, los pequeños recibirían clases de educación primaria por parte de maestros egresados de escuelas normales⁸. Las discrepancias políticas e ideológicas con el Gobierno peronista llevaron a la intervención de la Sociedad en 1946 y a su disolución un año después.

La epidemia de 1956 obligó a crear en marzo la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL), compuesta por nueve integrantes entre representantes del Estado y de instituciones especializadas. Lo primero que hizo el Gobierno respecto a la CNRL fue tomar posesión el 14 de marzo de la Ciudad Infantil y la Ciudad Estudiantil, que habían pertenecido a la Fundación Eva Perón. La primera era un hogar escuela y una pequeña ciudad en escala para la educación de los niños internados; la segunda reproducía, para la educación de los adolescentes, la casa de Gobierno. Su amplio predio se ubicaba entre las calles Echeverría, Ramsay, Húsares y Olazábal. En la Ciudad Infantil se instaló el Instituto de Rehabilitación del Lisiado y en la Estudiantil, la Escuela de Terapia Ocupacional, el Hogar de Becados y la administración. También se cedió una parte del predio (la zona deportiva) al Club Marcelo Fitte pro Superación del Lisiado, entidad particular que existía desde 1950 y que adaptó sus estructuras para el uso de personas con discapacidad¹⁴.

En ese mismo espacio se agregó en 1961 la Escuela de Ortesis y Prótesis, y posteriormente la enseñanza de oficios con salida laboral. También pasó a depender de la CNRL el Centro de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer. El Hospital María Ferrer se había fundado en 1936 en medio de un recrudecimiento de la tuberculosis y 20 años después, en el marco de la epidemia de poliomiélitis, se reconvirtió en un centro para el tratamiento de sus secuelas respiratorias. Su primer director en esta nueva etapa fue el reconocido médico Aquiles Roncoroni. Dado que atendía a pacientes con lesiones de por vida, se le debió anexar un Hogar Respiratorio, donde se alojó por tiempo indeterminado a las personas que utilizaban pulmón. Hay constancias, al menos hasta 2018, de pacientes internados allí desde la epidemia de 1956. Se caracterizó por tener la primera terapia intensiva del país^{15,16}.

Entre las entidades no gubernamentales que intervinieron en la epidemia se destaca ALPI. Como se precisó anteriormente, sus orígenes datan de 1943, cuando los tratamientos y la profilaxis de la enfermedad eran todavía muy nebulosos. Fue entonces cuando un grupo de señoras de la clase alta de Buenos Aires decidieron crear esta Asociación. Tal vez la causa que hizo madurar la idea fue la aficción por polio de los hijos de las Sras. Berthet y Lenhadson, quienes tomaron la iniciativa unidas a sus amigas Budd y Mattaldi. Otra de las coincidencias ideológicas de todas las damas iniciadoras

fue su muy demostrado catolicismo.

ALPI fue fundada oficialmente el 17 de diciembre de 1943. Fue presidida por la asistente social Marta Ezcurra (quien durante varios años ejerció la función), con el Dr. Marcelo Fitte como uno de sus médicos asesores. Su lema era la frase del Evangelio: Levántate y anda¹.

En un principio la Asociación comenzó colaborando con la adquisición de prótesis y ortesis para los pacientes hospitalarios. Pero cuando sus recursos crecieron, se decidió prestar una atención médica propia. Para comprender mejor su doctrina médica y rehabilitatoria, se deben historiar las ideas a las cuales adhería Fitte, que fueron aplicadas en ALPI.

En 1939 se creó en el Hospital de Niños (por entonces a cargo de las Damas de Beneficencia) una sala de poliomielíticos cuyo jefe era precisamente el Dr. Marcelo Fitte. El servicio disponía de 60 camas y un personal de dos visitadoras, cuatro reeducadoras, tres masajistas, tres enfermeras especializadas, tres médicos y una secretaria, que se complementaban con enfermería común. Se destacaba, además, una piscina destinada a la realización de ejercicios bajo el agua. Este plantel fue reforzado durante la epidemia de 1942-43.

En esa época, el problema era cómo tratar a los pacientes en su período agudo y cuáles eran luego las formas de rehabilitación de las secuelas de poliomielitis. Predominaba como idea de tratamiento un tiempo prolongado de internación, que traía aparejados los vicios del hospitalismo, tan perjudiciales para la salud infantil. Florencio Escardó fue quien puso de relieve esta situación en Argentina, propugnando la internación conjunta de la madre con el niño. Para ello, Fitte había adiestrado a las visitadoras de su servicio a fines del tratamiento para que la eventual revisión periódica de su cumplimiento se pudiese hacer en el hogar del niño¹⁷.

En cuanto al tratamiento en sí, había dos enfoques contrapuestos. El método tradicional propugnaba la inmovilización por un tiempo prolongado con distintas férulas que impidieran deformaciones y el uso de electro y fisioterapia. Frente a esta escuela se desarrolló otra, que se basaba en un método empírico impulsado por la enfermera australiana Kenny y ya se encontraba en uso en los Estados Unidos. El método Kenny, de por sí laborioso, consistía en tratar en el período agudo los espasmos y distorsiones musculares de los pacientes. Posteriormente se colocaban tres capas de vendajes calientes. En la fase crónica se empleaba la cirugía precoz, las movilizaciones de los miembros, los masajes y la hidroterapia. En marzo de 1943 una comisión de un médico y dos enfermeras de los Estados Unidos llegaron al país para enseñar este método¹⁷.

Fitte era un decidido partidario del método Kenny, que implantó como tratamiento también en la sede de ALPI. Aunque tuvo un inconveniente en el Hospital de Niños. En 1937 la por entonces Facultad de Ciencias Médicas (hoy de Medicina) dio inicio a una nueva profesión al inaugurar la Escuela de Kinesiología. Por consiguiente, en 1944 y por decisión del director según las leyes de ejercicio de la medicina y afines, solamente los profesionales médicos y kinesiólogos podrían efectuar los tratamientos de rehabilitación¹⁷.

Ya sólidamente instalada en la sociedad, ALPI fue un factor fundamental en la lucha antipoliomielítica de 1946 y contribuyó a obtener, distribuir y aplicar la vacuna no solamente durante la epidemia, sino también después de ella. Sus filiales de la provincia de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y muchos otros lugares de Argentina se transformaron en un referente en el tratamiento de las discapacidades. Finalmente en 1961, con la disminución de nuevos casos por efecto de la vacunación, reorientó sus tareas a la rehabilitación de discapacidades neuromotoras, no exclusivamente por causas poliomielíticas.

Más moderna que ALPI, otra institución de la provincia de Buenos Aires merece un párrafo aparte. Se trata del Centro de Rehabilitación de los Niños Lisiados (CERENIL), que por iniciativa del Dr. Juan Otimio Tesone surgió y aún funciona en Mar del Plata. Al igual que Fitte, Tesone era un cirujano ortopedista formado en el exterior, que se había perfeccionado en Argentina en la Escuela de Finochietto.

CERENIL comenzó como asociación para crear un sanatorio escuela en 1952, pero la recaudación de fondos (aportados por la comunidad) y la edificación del complejo demoraron su inauguración hasta 1958. En medio de las obras, se produjeron el golpe de Estado de 1955 y la epidemia de 1956. Como ya se ha comentado, esa epidemia llevó a crear la CNRL, de la cual el Dr. Tesone resultó nombrado presidente³.

CERENIL no pudo mantenerse como una fundación privada, por lo cual pasó a depender de la Nación en 1976 con el nombre de Instituto Nacional de Rehabilitación del Sur. Un nuevo cambio de denominación, pero no de dependencia, lo convirtió en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur Dr. Juan Otimio Tesone.

Numerosas instituciones privadas se fundaron por el temor a la poliomielitis, como el Centro Privado de Rehabilitación del Lisiado (9 de Julio, 1957) y el Centro Olavariense de Rehabilitación Infantil (Olavarría, 1957), por mencionar solo algunas.

Tristes recuerdos del pasado, que la vacunación ha hecho desaparecer en la actualidad y que obligan a trabajar para evitar su regreso.

NOTA DEL EDITOR: Los autores son los únicos responsables de las opiniones que se expresan en sus textos, que no necesariamente reflejan la opinión ni la política de la RASP.

Cómo citar este artículo: Agüero AL. Poliomielitis en Argentina: epidemias, políticas sanitarias, tratamientos e instituciones. *Rev Argent Salud Pública*. 2020;12:e21. Publicación electrónica 10 Dic 2020.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Testa DE. La lucha contra la poliomielitis: una alianza médico-social, Buenos Aires, 1943. Salud Colectiva [Internet]. 2012 [citado 10 Nov 2020]; 8(3):299-314. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2012.v8n3/299-314/es/>
- ² Candiotti MR. Bibliografía doctoral de la Universidad de Buenos Aires y catálogo cronológico de las tesis en su primer centenario 1821-1920. Buenos Aires: Talleres Gráficos del Ministerio de Agricultura de la Nación; 1921.
- ³ Álvarez AC. El impacto de los brotes de poliomielitis en las formas de organización ciudadana (Buenos Aires). Revista de Historia de la Medicina y Epistemología Médica. 2013; 5(1).
- ⁴ Wischniewsky S. La epidemia de poliomielitis y la pandemia de coronavirus. Página 12, Buenos Aires. 7 Abr 2020.
- ⁵ Álvarez A. La presencia de la poliomielitis en el siglo XX en Argentina, Chile y Uruguay. Ponencia en VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. Lima: ALAP; 2014.
- ⁶ Veronelli JC, Veronelli Correch M. Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Tomo II. Buenos Aires: OPS/OMS; 2004.
- ⁷ Bello J. Otro virus, otra epidemia. Diario Uno, Santa Fe. 13 Abr 2009.
- ⁸ Ramaciotti KI. Política y enfermedades en Buenos Aires, 1946-1953. Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia. 2006; 58(2).
- ⁹ La poliomielitis: pandemia del ayer. La Voz del Pueblo, Tres Arroyos. 5 Abr 2020.
- ¹⁰ Las clases comenzaron en julio: Testimonio de un sobreviviente de la última epidemia en Tucumán. El Tucumano, Tucumán. 8 Abr 2020.
- ¹¹ Sin vacunas: cómo fue la epidemia de polio del '56 que generó pánico en la Argentina. La Nación, Buenos Aires. 13 Mar 2020.
- ¹² Muguruza Montero A. Livia Lustig nos habla de su madre: "me llevaba de vez en cuando al laboratorio". 1 Mar 2017 [citado 10 Nov 2020]. En: mujeres con ciencia. Blog de la cátedra de Cultura Científica del País Vasco [Internet]. Disponible en: <https://mujeresconciencia.com/2017/03/01/livia-lustig-nos-habla-madre-me-llevaba-vez-cuando-al-laboratorio/>
- ¹³ Rovere M. La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. La Esquina del Sur [Internet]. 2004 [citado 10 Nov 2020]. Disponible en: <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>
- ¹⁴ Testa DE. La poliomielitis y el "surgimiento" de la rehabilitación en Argentina. Un análisis sociohistórico. Apuntes [Internet]. 2018 [citado 11 Nov 2020]; 45(83). Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.21678/apuntes.83.919>
- ¹⁵ El Hospital María Ferrer celebró su 59 aniversario. Clarín, Buenos Aires. 24 Oct 2015.
- ¹⁶ Marinelli A. La lección de Teresa: en su niñez fue víctima de la polio, pero desde hace 60 años busca cada día una razón para ser feliz. Infobae, Buenos Aires. 7 Abr 2018.
- ¹⁷ Testa DE. Poliomielitis, rehabilitación y los "etcétera" del cuidado: visadoras, nurses y voluntarias. Avances del Cesor [Internet]. 2016 [citado 11 Nov 2020];13(15):157-179. Disponible en: <https://ojs.rosario-conicet.gov.ar/index.php/AvancesCesor/article/view/v13n15a08/889>



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.