

INFORME LA POLIOMIELITIS EN LA ÉPOCA FRANQUISTA

Actualización de octubre de 2022



SECRETARÍA DE
ESTADO DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE SALUD PÚBLICA

ÍNDICE

ÍNDICE.....	0
I. LA POLIOMIELITIS. EPIDEMIOLOGÍA E HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	1
II. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA ENFERMEDAD	3
III. EL COMPORTAMIENTO DE LA POLIOMIELITIS EN ESPAÑA DURANTE EL FRANQUISMO ⁰	4
✓ La introducción de las vacunas de la poliomiélitis en España.....	5
IV. DATOS SOBRE LA POLIOMIELITIS EN ESPAÑA EN EL PERIODO 1949– 1988	8
V. ALGUNOS ASPECTOS CLAVE DE LA GESTIÓN DE LA EPIDEMIA DE POLIOMIELITIS DURANTE LA ÉPOCA FRANQUISTA.....	9
VI. VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LAS SECUELAS DE LA POLIOMIELITIS DE LA EPOCA FRANQUISTA EN LA ACTUALIDAD	11

I. LA POLIOMIELITIS. EPIDEMIOLOGÍA E HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

La poliomiелitis es una enfermedad infecciosa aguda causada por los poliovirus (tipos 1, 2 -en la actualidad ya erradicados- y tipo 3), un grupo de virus de la familia de los picornavirus (*Picornaviridae*), género Enterovirus.

La infección afecta principalmente a niñas y a niños, entre los seis meses y los nueve años de edad y se presenta en la población tanto forma endémica como esporádicamente en brotes epidémicos.

En 1988 la Asamblea Mundial de la Salud inició el Plan de acción para la erradicación de la poliomiелitis en el mundo. Desde entonces, varias regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya han sido certificadas “libres de polio”: la Región de las Américas (1994), la Región del Pacífico Occidental (2000), la Región Europea (2002), la Región del Sudeste de Asia (2014) y la Región de África (2020), y gracias a las intensas campañas de vacunación y al fortalecimiento de la vigilancia conservan dicho estatus. Actualmente quedan focos endémicos de poliomiелitis en dos países: Afganistán y Pakistán. (1) Además de los países endémicos, existen otros donde se siguen produciendo brotes. (2) Se trata de países que han detenido la circulación del poliovirus salvaje autóctono, pero en los que aparecen nuevas infecciones. Estas nuevas infecciones pueden ser casos importados, a través de la importación de poliovirus salvaje o derivado de la vacuna de otro país, o por la aparición y circulación de poliovirus derivado de la vacuna oral atenuada en los países que no están libres de polio (en los cuales se utiliza esta vacuna al ser la que induce protección no solo en el individuo vacunado sino también entre sus contactos).

Es por ello que, a pesar de los logros conseguidos, hasta que la polio no se haya erradicado del mundo, todos los países tienen riesgo de importación de poliovirus. En España el último caso de poliovirus salvaje autóctono se notificó en 1988.

El único reservorio conocido de los poliovirus es el hombre, particularmente las personas con infecciones subclínicas, sobre todo los niños. La transmisión se produce de persona a persona, principalmente por vía fecal-oral y también respiratoria a partir de secreciones faríngeas. Este mecanismo de transmisión requiere contacto directo, estrecho, con secreciones faríngeas o heces, lo que se produce de forma más habitual en el medio familiar. La transmisión fecal-oral se facilita cuando existen condiciones deficitarias de higiene y saneamiento ambiental (3).

¹ Polio Global Eradication Initiative. Endemic Countries. Disponible en: <https://polioeradication.org/where-we-work/polio-endemic-countries/>

² Polio Global Eradication Initiative. Outbreak Countries. Disponible en: <https://polioeradication.org/where-we-work/polio-outbreak-countries/>

³ La canalización de las aguas residuales en nuestro país, fue una *estrategia preventiva* importante, en el caso de la poliomiелitis, al tratarse de una infección de transmisión fecal-oral. Las primeras redes de alcantarillado se crearon principalmente para evacuar las aguas de la lluvia. Desde los primeros asentamientos, donde se empezaron a construir las pequeñas ciudades, surgió la necesidad de drenar el agua de la lluvia de modo que no se estancara. En un primer lugar esta fue la primera función de los alcantarillados, sin embargo, junto con el crecimiento de la población, surgieron otras necesidades. El elevado índice de enfermedades fue el motivo principal, por el que surgió la necesidad de deshacerse de este tipo de residuos. Si tomamos como ejemplo Madrid, cuando la ciudad se convirtió en la capital de España, allá por 1561, apenas disponía de unas cuantas regueras para canalizar las lluvias y las aguas residuales, así como algún que otro sumidero para absorberlas. Esto, y una norma que sancionaba el vertido de aguas sucias a las calles y plazas desde el

El periodo de incubación varía de 7 a 14 días para los casos paráliticos, aunque el rango puede oscilar entre 3 y 35 días. El periodo durante el cual un individuo infectado puede transmitir el virus (periodo de transmisibilidad) no está definido pero el virus puede transmitirse durante todo el periodo en que se excreta en secreciones faríngeas y en heces, con mayor facilidad y durante más tiempo en estas últimas. De forma aproximada, en secreciones faríngeas el virus se excreta desde 36 horas tras la infección y persiste durante una semana. En las heces se excreta a partir de las 72 horas tras la infección, tanto en los casos clínicos como en los casos asintomáticos, y hasta un rango de 3 a 6 semanas en personas inmunocompetentes, pudiendo aparecer excretoras crónicas en personas inmunocomprometidas.

Los poliovirus son altamente infecciosos con una tasa de transmisión secundaria en contactos susceptibles que oscila entre el 73 %- 96 %. Los casos son más contagiosos en los días inmediatamente anteriores y posteriores al inicio de síntomas. La susceptibilidad entre los no inmunizados es universal.

- **Historia natural de la enfermedad**

Más del 90 % de las infecciones son asintomáticas.

Para las formas clínicas se describen 3 cuadros: síndrome febril, meningitis aséptica y Poliomielitis parálitica.

En aproximadamente un 5% de los casos la infección se manifiesta como un síndrome febril, una infección leve (a veces descrita como poliomielitis abortiva o catarral), en la que el sistema nervioso central no se ve afectado, y que se caracteriza por fiebre, malestar general, faringitis, mialgias, síntomas digestivos y cefalea que casi siempre se resuelve en tres días.

En casi el 1% de los pacientes la infección causa una meningitis aséptica (no parálitica).

Por último, la variedad parálitica es la menos frecuente. Se trata de un cuadro de una parálisis flácida aguda asimétrica, también conocida históricamente como parálisis infantil, parálisis espinal infantil o enfermedad de Heine Medin, que en ocasiones persiste dando lugar a una parálisis permanente. En estos pacientes, aproximadamente un día después de la presentación de meningitis aséptica, aparece dolor intenso de espalda, cuello y músculos, así como debilidad motora gradual:

- La debilidad es asimétrica y proximal, principalmente de las extremidades inferiores; con frecuencia se extiende también hacia los músculos de los brazos, abdomen, tórax y bulbares.
- La parálisis ocurre sólo durante la fase febril.
- La parálisis bulbar se acompaña de disfagia, dificultad para expulsar las secreciones o disfonía.
- En algunos pacientes se acompaña de insuficiencia respiratoria por aspiración o daño neurológico. La infección medular grave provoca colapso circulatorio.

La mayoría de los pacientes recupera la función, pero cerca del 66% sufre secuelas neurológicas residuales (se estima que en una de cada 200 infecciones persiste una parálisis residual). Entre un 5 %- 10 % de los casos con parálisis fallece por la afectación de los músculos respiratorios.

Síndrome pospoliomiélitis: nueva aparición de debilidad entre 20 y 40 años después de la poliomiélitis. El comienzo es insidioso, el avance es lento y el periodo de meseta ocurre entre uno y 10 años.

Deterioro funcional progresivo que sobreviene varias décadas después de un episodio agudo de poliomiélitis con secuelas motoras.

El tiempo medio estimado entre el episodio de polio parálítica aguda y la aparición de los síntomas relacionados con el Síndrome pospoliomiélitis oscila entre 15 a 38 años y su rango en años desde la aparición de los síntomas oscila de 12 a 50 años.

Aunque se ha descrito un amplio rango de síntomas, las manifestaciones clínicas más citadas son: fatiga, debilidad muscular y dolor.

II. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA ENFERMEDAD

La aparición de casos de poliomiélitis es muy antigua, pero fue a finales del siglo XIX, y especialmente en el siglo XX, cuando la incidencia de la enfermedad se incrementó especialmente en Europa y Estados Unidos, presentándose en forma de sucesivos brotes epidémicos, con las graves epidemias que asolaron los países nórdicos al mejorar sus condiciones higiénico-sanitarias. Según Joaquín Boronat Rom (4), en “Europa, durante la primera mitad del Siglo XX, entre el final de la Primera Guerra Mundial (1914- 1918) y el de la Segunda (1939-1945) y en general entre los años 1920- 1945, el estado de salud de la población se vio terriblemente afectado por un gran aumento de la morbilidad, derivado de la prevalencia de las enfermedades infecciosas (tuberculosis y poliomiélitis infantil) y las enfermedades carenciales, entre ellas el raquitismo. Todas ellas aparecían agravadas por las situaciones sociales de pobreza y carencias post-bélicas, que incidían especialmente en las clases sociales más desfavorecidas. La consecuencia de esta gran morbilidad era la aparición de secuelas especialmente en la infancia que acarrearán situaciones invalidantes cuando no favorecedoras de patologías sobreañadidas que, a la postre, mellaban la supervivencia de esta población afectada. El incremento de las infecciones poliomiélicas, con la aparición de casos parálíticos, visibilizó el problema social de la invalidez asociada a la enfermedad”.

Se extendió a la Europa continental (5), siguiendo un patrón de difusión de norte a sur, y posteriormente a los Estados Unidos, registrándose un brote importante en Nueva York en 1916 y alcanzando gran intensidad en los años veinte no sólo en los Estados Unidos sino también en Canadá.

⁴ Boronat Rom, Joaquín. Tesis doctoral de 2018 titulada: El hospital de San Juan de Dios, Palma de Mallorca. Una institución sanitaria imprescindible. Universitat de les Illes Balears (UIB). Página 88.

⁵ Según Joaquín Boronat Rom, “en el siglo XX, los episodios más relevantes se desarrollan en Suecia en 1905 con más de mil casos diagnosticados, en Noruega con una situación similar entre 1905 y 1906 y en los Países Bajos. En Islandia en 1924 y 1949 la incidencia de casos supera la tasa del 400 x 100.000. En Dinamarca, en 1952, la tasa era de 131,7 x 100.000, mientras que, en EEUU, ese mismo año, la tasa era de 36,2 x 100.000. En 1955 los países más intensamente afectados fueron Islandia, Dinamarca, Suecia, Noruega, Suiza, Inglaterra y Alemania”. Página 91 de su Tesis Doctoral anteriormente citada.

En España (6), tras una presencia esporádica en el tránsito del siglo XIX al XX, la poliomielitis provocó un incremento de su morbilidad en la segunda década y en 1929 ocasionó la primera epidemia importante en Madrid a la que siguieron otras en diferentes lugares de la geografía española, preludio de la fase epidémica instaurada tras la Guerra Civil, cuando se convirtió en un serio problema de salud pública para la Dictadura franquista.

En 1954 el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, en un Primer Informe decía: “La transformación de la parálisis infantil, relativamente rara en el siglo XIX, en la poliomielitis epidémica que hace estragos en casi todas las partes del mundo, plantea en nuestros días uno de los más angustiosos problemas sanitarios”.

III. EL COMPORTAMIENTO DE LA POLIOMIELITIS EN ESPAÑA DURANTE EL FRANQUISMO⁽⁷⁾

Entre los años 1945- 1963 se produjeron en España varios brotes epidémicos de poliomielitis con aproximadamente 20.000 personas afectadas con secuelas neurológicas (8,9).

En España la evolución de la poliomielitis presentó características similares a las de otros países europeos, aunque con una incidencia inferior. La morbilidad y mortalidad fueron relativamente bajas, con la presentación de ciclos cada dos o tres años de rápida difusión y afectando a amplios territorios. Las tasas de incidencia más elevadas se manifestaron en la década de los años cincuenta, presentando el año 1958 los valores más elevados con una tasa de incidencia de 6,9 casos/ 100.000 hab./año y una tasa de mortalidad de 1,07/100.000 hab./año. La introducción de la campaña de vacunación entre finales de 1963 y 1964 produjo un acusado descenso de la morbilidad con una tasa de incidencia de 0,6/100.000 hab./año en 1964. (10)

⁶ Es a partir de 1916 cuando las autoridades competentes empezaron a adoptar en España las primeras medidas contra la expansión de la enfermedad. La Inspección General de Sanidad, siendo, Directores Generales, D. Manuel Salazar y D. Ruiz Giménez, publicaron circulares con disposiciones y recomendaciones para la lucha contra la poliomielitis y también se ordenó la recopilación estadística de los casos observados, con el fin de conocer exactamente el grado de afectación que pudiera sufrir el país. Una Real Orden del 14 de noviembre de 1916 dispuso que la parálisis infantil (poliomielitis aguda) fuera comprendida entre las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria. Los primeros brotes epidémicos oficialmente registrados se presentaron en 1917 en Manzanares, Ciudad Real, Huesca, Fraga, Barcelona, Mataró y Reus (1917). La mayor documentación disponible corresponde a los años 1929-1960, cuando se investigaron y publicaron los brotes acontecidos en Madrid, Cantabria, Mallorca y Andalucía.

⁷ El franquismo se suele dividir en tres periodos: 1) el “primer franquismo” o “etapa autárquica”, desde el término de la Guerra civil española hasta finales de los años cuarenta, que se caracteriza por el aislacionismo político y económico; 2) la “etapa intermedia”, que ocupará prácticamente el decenio de los años cincuenta, registrándose importantes cambios políticos, económicos y sociales; y 3) el “tardofranquismo” desde 1959 hasta la muerte de Franco en 1975 marcado por el denominado desarrollismo.

⁸ En España es interesante comparar las series históricas de 3 momentos distintos en la evolución de la enfermedad: los años 1931-1941 donde se observa una situación estable de la incidencia de presentación; años 1942-1963 con brotes epidémicos y, la etapa de 1964-1990, correspondiente a la época posvacunal.

⁹ Uriarte Xavier. El comportamiento de la poliomielitis en España, durante el periodo 1945-1995. *Natura Medicatrix* nº 55, de octubre de 1999. Página 8.

¹⁰ Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia en Salud Pública- RENAVE. Serie de casos e incidencia de poliomielitis en España, 1949- 1988. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Resultados_Vigilancia_Polio.aspx

Desde 1988 no se han notificado nuevos casos autóctonos de poliomiélitis por poliovirus salvaje.
(11)

✓ **La introducción de las vacunas de la poliomiélitis en España**

Con la introducción de las vacunas frente a la poliomiélitis, primero la vacuna inactivada inyectable de Salk, año 1957 (12) y después la vacuna atenuada oral de Sabin, año 1963 (13), aparecen las primeras estrategias preventivas basadas en vacunas frente a la poliomiélitis, aunque la realidad es que, hasta la década de los años 80 y más concretamente el año 1982, no se llega a niveles de cobertura vacunal de cierta significación (el 50%).

La vacuna Salk tenía un coste elevado –según señala Rafael Nájera Morrondo- “cobraban por ella, unas doscientas pesetas” –de aquel año y por las tres dosis que había que administrar- (al cambio actual unos 600 euros aproximadamente), por lo que en aquellos años se vacunaron un número muy reducido de personas.

Posteriormente se estableció el pago de diferentes tasas por la vacunación, acordes con el nivel económico de las familias: beneficencia, débiles económicos y pudientes. A pesar de esta estratificación social en función de los ingresos familiares, la vacunación tuvo una difusión mínima entre la población, por lo que no tuvo ningún valor sanitario, teniendo exclusivamente un valor de protección individual para los escasos niños correctamente vacunados.

En el periodo de epidemia de poliomiélitis 1950-1963 la cobertura vacunal no llegó al 30% del total de la población.

En diciembre de 1962 (14), se publicó en el BOE la decisión de llevar a cabo por parte del Ministerio de Trabajo, una campaña general gratuita con la vacuna Salk, y en 1963 se aprueba por parte del

¹¹ Plan de acción en España para la erradicación de la poliomiélitis. Febrero 2016. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eu/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanPolio/docs/Plan_erradicacion_poliomielitis.pdf

¹² “La vacuna Salk, inactivada, inyectable, se introdujo en España en 1957, autorizándose, pero no financiándose y con un elevado coste”. Página 175 del libro de: Nájera Morrondo, Rafael. El Instituto de Salud Carlos III en el marco de la evolución de la Salud Pública. Editado por el Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2019.

¹³ La vacunación de la poliomiélitis con vacuna atenuada (cepas Sabin) marca el nacimiento de la virología en la España de los años 60.

¹⁴ “La primavera de 1962 en nuestro país, fue especialmente conflictiva en el terreno político. Con huelgas en la cuenca minera asturiana, extendiéndose en pocos meses por distintos sectores y provincias, llegando el régimen a proclamar el Estado de Excepción en el mes de mayo en Asturias, Vizcaya y Guipúzcoa. Pocas semanas después, se celebró una reunión en Múnich en el marco del IV Congreso del Movimiento Europeo, entre los días 5 y 8 de junio de 1.962 y al que asistieron representantes de todas las fuerzas políticas de oposición al régimen de Franco (excepto comunistas). Fue la respuesta a la solicitud del Gobierno español de acercamiento a la Comunidad Europea para su posible integración en ella. Se unieron varias fuerzas políticas no franquistas para pedir una democratización de España, lo que produjo una reacción importante en el régimen. Como consecuencia de toda esta agitación, se produjeron cambios en el Gobierno, que tuvieron lugar el 10 de julio de 1962 con la sustitución de ocho ministros, pero manteniendo en el Ministerio de la Gobernación al general Camilo Alonso Vega, que fue quien informó a las Cortes de la reunión y las medidas adoptadas por el Gobierno. Se produjo mucha represión, pero incrementó la reacción antifranquista en la prensa extranjera, adquiriendo una gran virulencia”. Según explica Rafael Nájera Morrondo en su capítulo 4: “La Poliomiélitis. La vacunación y el nacimiento de la virología en España y del Instituto de Salud Carlos III”, página 176. De su libro: El Instituto de Salud Carlos III en el marco de la evolución de la Salud Pública. Editado por el Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2019. Disponible en: https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/8718/ElInstitutoDeSalud_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ministerio de la Gobernación, una campaña nacional de vacunación con la vacuna atenuada de Sabin, vacunación universal y con carácter gratuito.

En este marco sociopolítico de la época, fue cuando se aprueba por parte del Gobierno, la realización de una campaña de vacunación masiva frente a la poliomielitis para beneficiarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE).

Por otra parte, hay que recordar que la vacuna Salk, se había declarado “segura y efectiva” el 12 de abril de 1955, pero a las dos semanas, se produjo el llamado “incidente Cutter” (15), y aunque se resolvió, según Rafael Nájera, “parece ser que dejó cierta sensación de desconfianza”.

El 27 de diciembre de 1962, se publicó en el BOE la Orden Ministerial sobre una Campaña de Vacunación frente a la poliomielitis con la vacuna Salk por parte del Ministerio de Trabajo, a ser realizada por el SOE. Esta Orden Ministerial en su artículo 1, decía: “El Seguro Obligatorio de Enfermedad realizará una campaña de vacunación antipoliomielítica masiva durante los meses de diciembre de 1962 a junio de 1963. Tendrán derecho a la vacunación, los niños de hasta siete años de edad, que sean beneficiarios del citado seguro”. Esta decisión político-social sorprende cuando en nuestro país, ya se habían producido 9.472 casos y 1.271 defunciones, que podrían haberse evitado y que lo calificaron –según relata Rafael Nájera Morrondo- como una “negligencia por parte del franquismo”.

Por otro lado, tenían previsto que participaran 1.000 pediatras en los Centros Asistenciales que “oportunamente se determinen”. Tratándose de una vacuna inyectable (cepa Salk) que requería la administración de tres dosis, era imposible llevarla a cabo en seis meses, especialmente contando con la infraestructura tan débil del SOE en aquellos momentos. La campaña comenzó en Madrid, el 22 de enero, haciéndose extensiva al resto del país, el 28 de enero, con la expectativa de vacunar a dos millones de niños y niñas, cifra totalmente ilusoria y que no se llevó a cabo (16).

Es más, para Rafael Nájera Morrondo, “fue una decisión calificada de: precipitada, oportunista, demagógica y fuera de la realidad. Como demuestran los datos de casos producidos en 1963: 1.959 y 210 defunciones. Decisión tomada sin ninguna base científico-médica, al no estar basada en estudios virológicos ni epidemiológicos y sin ningún dato serológico”(17).

Conviene tener en cuenta la posible influencia que tuviese en ese momento, el ambiente sociopolítico en las decisiones de la aprobación de la campaña de vacunación, cuando la realidad epidemiológica de la poliomielitis en nuestro país, era en aquel momento (1963), muy mala.

A partir de 1958 y gracias a una ayuda de investigación de la Fundación Juan March, Pérez Gallardo, que desde 1941 estaba interesado en la poliomielitis y en relación con Albert Sabin, modernizó las instalaciones de su primitivo laboratorio de virología en la Escuela Nacional de Sanidad, donde era jefe de la Sección de Virus. Poniendo en marcha la tecnología de cultivos celulares y realizó los

¹⁵ Fue “uno de los peores desastres farmacéuticos en los Estados Unidos a consecuencia de la vacuna de Salk. Se produjeron cinco muertes, 51 niños/as paralíticos permanentes y 40.000 afectados de poliomielitis abortiva (dolor de cabeza, rigidez en el cuello, fiebre y debilidad muscular). El laboratorio Cutter produjeron dos lotes de vacuna (120.000 dosis) en lo que existía virus vivo debido a una inactivación” defectuosa. Según se recoge en la página 180, del libro de Rafael Nájera Morrondo citado anteriormente.

¹⁶ Según explica Rafael Nájera Morrondo en su capítulo 4: “La Poliomielitis. La vacunación y el nacimiento de la virología en España y del Instituto de Salud Carlos III”, página 181.

¹⁷ Página 181 del libro de Rafael Nájera Morrondo anteriormente citado.

primeros aislamientos del virus de la poliomielitis en España, junto con estudios de la epidemiología de la enfermedad en nuestro país e investigaciones serológicas con base epidemiológica.

Por otra parte, Albert Sabin desarrollaba cepas atenuadas en el laboratorio frente a los tres tipos de virus de la poliomielitis y realizaba extensos ensayos y aplicaciones masivas de su vacuna atenuada “viva”, lo que condujo a conseguir, más tarde, la autorización de la misma en agosto de 1961 en Estados Unidos.

En nuestro país, tras la precipitada imposición de cumplir con la Orden del Ministerio de Trabajo, de 27 de diciembre de 1962, sobre la vacunación antipoliomielítica, el Gobierno de la época, se encontró con la disyuntiva entre vacuna inactivada o atenuada, lo que aclaró con la **Orden Ministerial de Gobernación de 26 de enero de 1963**, que decía: “Se dictan normas en cuanto a las obligaciones y facultades de la Dirección General de Sanidad en materia de medicina preventiva (vacunación antipoliomielítica)”, sigue diciendo y aclarando que: “**aboga a favor del empleo de la nueva vacuna antipoliomielítica con virus vivo, tipo Sabin, por vía bucal** y de más largo efecto inmunizador”, manteniendo la vacunación de Salk, hasta la introducción de la Sabin. (18)

La vacuna de Sabin tuvo aceptación entre los profesionales sanitarios al considerarla que tenía base científica (19). El Ministro de la Gobernación (Camilo Alonso Vega) realizó una rueda de prensa, presentando y oficializando **la Campaña Nacional de Vacunación Antipoliomielítica con la vacuna Sabin y por vía oral, entre niños de tres meses a siete años y de forma gratuita**; con una primera campaña piloto en las provincias de León y Lugo, para el estudio de estrategias operativas, seguida de la campaña de ámbito nacional (20).

La campaña fue un éxito indiscutible por haberse apoyado en bases científicas por varios estudios realizados en aquellos años en nuestro país, así como por el trabajo de los profesionales sanitarios (médicos y personal colaborador a todos los niveles) y al apoyo de varias autoridades sanitarias. Cuando se introduce la vacuna Sabin se observa un descenso de la morbilidad en España.

Sin embargo, la suma de varias circunstancias, entre ellas:

- Que la vacunación no estaba en manos del Centro Nacional de Virus.
- La falta de fondos.
- La insuficiente preocupación de algunas Jefaturas de Sanidad en el seguimiento de la vacunación, administrándose a edades fuera de las recomendadas.
- La potencial negligencia de los padres al no acudir a las vacunaciones.

Dio como resultado que el número de niños y niñas afectadas se incrementase en los años siguientes. Entre 1965 y 1975 se configura un periodo de diez años, en que se presenta una media de 250 casos anuales.

¹⁸ Es proverbial el enfrentamiento entre el Ministerio de Trabajo, bajo la dirección falangista y el de Gobernación de inspiración católica, monárquica y militar. A tanto llegaba la disputa, que se llegó a calificar en círculos integristas de “vacuna roja” a la vacuna de Sabin, dado que gran parte de los estudios de vacunación masivos se habían realizado en países comunistas.

¹⁹ Parte de la literatura médica española de los años cincuenta, estudió la epidemiología de la poliomielitis en España, coincidiendo con las graves epidemias de dicha década. Como ocurrió antes de la guerra civil, los médicos españoles se esforzaron por mantenerse al día y conocer las ideas presentadas y debatidas en los principales foros internacionales sobre prevención y tratamientos a aplicar en las fases agudas y crónicas de la enfermedad.

²⁰ La campaña tuvo un coste de cuarenta millones de pesetas, de un presupuesto total de Sanidad de doscientos millones, lo que supuso un esfuerzo inversor de gran importancia.

La eliminación de la poliomielitis en España, costó veinticinco años, de 1963 a 1988. Proceso demasiado largo y que debería haberse reducido si las cosas se hubieran hecho de otro modo.

IV. DATOS SOBRE LA POLIOMIELITIS EN ESPAÑA EN EL PERIODO 1949– 1988

Entre los años 1950 y 1963 se observan las tasas de incidencia más elevadas en nuestro país, con un promedio de 4,9 casos/100.000 hab./año, oscilando entre 1,9 casos/100.000 hab. en el año 1949 y 7 casos/100.000 hab. en el año 1959 (tabla 1). En los años 1950, 1952, 1955, 1956, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962 y 1963 fue en los que se observó un mayor número de casos notificados (21). Sin embargo, a pesar de ese importante incremento de morbilidad, las medidas para tratar de controlar la epidemia no llegarían hasta 1963.

Como ya se ha mencionado anteriormente, desde 1988 no se han notificado nuevos casos autóctonos de poliomielitis por poliovirus salvaje en España. (22)

Tabla 1. Número de casos e incidencia de poliomielitis en España entre 1949 y 1988

Año	Número de casos	Tasa de incidencia*
1949	528	1,9
1950	1600	5,7
1951	543	1,9
1952	1548	5,5
1953	936	3,2
1954	872	3,0
1955	1086	3,7
1956	1246	4,2
1957	928	3,1
1958	2091	6,9
1959	2132	7,0
1960	1632	5,3
1961	1786	5,7
1962	1850	5,9
1963	1954	6,9
1964	195	0,6
1965	62	0,2
1966	237	0,7
1967	336	1,0
1968	162	0,5
1969	396	1,1

²¹ Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia en Salud Pública- RENAVE. Serie de casos e incidencia de poliomielitis en España, 1949- 1988. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Resultados_Vigilancia_Polio.aspx

²² Plan de acción en España para la erradicación de la poliomielitis. Febrero 2016. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/polio/docs/Plan_erradicacion_poliomielitis.pdf

Tabla 1. Número de casos e incidencia de poliomielitis en España entre 1949 y 1988

Año	Número de casos	Tasa de incidencia*
1970	396	1,1
1971	249	0,7
1972	157	0,4
1973	159	0,4
1974	187	0,5
1975	222	0,6
1976	41	0,1
1977	39	0,1
1978	82	0,2
1979	17	0,05
1980	14	0,04
1981	14	0,04
1982	15	0,04
1983	25	0,06
1984	1	0,00
1985	3	0,01
1986	2	0,01
1987	9	0,02
1988	3	0,01

*Casos de poliomielitis notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) entre los años 1949-1988 /100.000 habitantes

Fuente:

Casos de poliomielitis: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Instituto de Salud Carlos III. (21)

Población: Instituto Nacional de Estadística (INE).

V. ALGUNOS ASPECTOS CLAVE DE LA GESTIÓN DE LA EPIDEMIA DE POLIOMIELITIS DURANTE LA ÉPOCA FRANQUISTA

La primera fase de vacunación frente a la poliomielitis, de 1958 a 1963, se llevó a cabo con cierta imprevisión por parte del gobierno por los siguientes motivos:

1. Se realizó sin una planificación clara debido a las presiones sociolaborales (huelgas y problemas y movimientos sociales) y políticas – lo que quedó documentado por Rafael Nájera Morrondo en su libro “El Instituto de Salud Carlos III en el marco de la evolución de la Salud Pública” (23).
2. Según Montse Armengol (24), y lo recoge Rafael Nájera en su libro, se cometió una “negligencia” y descoordinación por parte del gobierno de la época. Poniéndose en marcha

²³ Rafael Nájera. entre las páginas 176 y 179, desgrana los hechos históricos acaecidos en aquellos años y que pudieron tener una influencia directa en la toma de decisiones políticas, a la hora de las campañas de vacunación. Libro: El Instituto de Salud Carlos III en el marco de la evolución de la Salud Pública. Editado por el Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2019. Disponible en:

https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/8718/ElInstitutoDeSalud_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²⁴ Montse Armengol realizó en 2014 un documental para la TV3 catalana, titulado “Polio, crónica de una negligencia” para comprender el alcance de la pandemia”. Y que es citado en el capítulo 4, en la página 181, del libro de Rafael Nájera

el proceso o campaña de vacunación, cuando ya se habían producido en nuestro país, cerca de 10.000 casos y habían muerto casi 1.300 personas.

3. Se hicieron previsiones irreales. (25) No se tuvo en cuenta, que la vacuna Salk era inyectable y en 3 dosis, además, se pretendió vacunar en 6 meses a 2 millones de niñas y niños, en las condiciones de aquellos años.
4. La vacuna de Salk (importada) que se inició su aplicación en 1958 a una “población restringida” a las clases sociales más pudientes (por el coste de las mismas y porque se suministraba en varias dosis). Siendo de manera gratuita únicamente para quienes pertenecían a la beneficencia.
5. Existía una escasez de recursos a nivel estatal y municipal, que impidieron la inmunización de mayor número de personas.
6. Se tenía un número insuficiente de dosis de la vacuna Salk, proporcionadas por las Jefaturas Provinciales de Sanidad. Entre los años 1958 y 1959, solo se llegaron a aplicar 200.000 dosis.
7. Falta de colaboración y coordinación entre los distintos estamentos. Motivada por los conflictos entre el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de la Gobernación.

Todo lo anterior impidió una inmunización generalizada de la población y la morbilidad por poliomielitis continuó elevada hasta la primera campaña masiva de vacunación de 1963– 1964. En 1963 comenzaban los preparativos para la gran campaña que encabezaría la Dirección General de Sanidad con la vacuna oral Sabin, juzgada más apropiada para estos fines. (26)

Tras los preparativos se inició la campaña de vacunación que tuvo dos fases:

1. A mediados de noviembre de 1963.
2. Y en la primavera de 1964, destinada a los y las menores de 7 años. Rodeada de una campaña de publicidad por parte del régimen, para convencer de la eficacia, seguridad y fácil aplicación-administración, vacuna oral y para lograr que la población llevara a sus menores a vacunar. Se buscó la colaboración de médicos generales, médicos rurales, pediatras y sociedades científicas para la ejecución de la campaña de inmunización (27).

anteriormente citado. La dictadura impidió la vacunación universal gratuita y, cuando se vio forzada a actuar, fue quizás demasiado tarde. Según José Tuells, “existió cierta descoordinación entre los servicios preventivos y asistenciales”, en la página 483 de su artículo titulado: “La batalla de Madrid por las vacunas antipoliomielitis (1963): ciencia, ideología y poder en la primera campaña de inmunización masiva en España”. Gaceta Sanitaria. Volumen 33, Issue 5, Septiembre-Octubre de 2019; páginas 480–484.

²⁵ En España, la vacuna Salk inició su aplicación en 1958 por la Dirección General de Sanidad; llegándose a aplicar hasta 200.000 dosis en el periodo 1958-1959. En el periodo 1958-1963 la cobertura vacunal frente la poliomielitis en España se podía calcular en un 30%. Siguió un periodo de controversias entre la formulación de Salk y la de Sabin hasta que, en 1963 se optó por la formulación de Sabin con virus atenuados. Según José Tuells en su artículo antes citado, en la página 483, se produjo una “vacunación incompleta de los y las niñas. Con bolsas de no vacunados, sobre todo en zonas rurales”.

²⁶ En noviembre-diciembre de 1963 se desarrolló una primera campaña y en marzo de 1964 la segunda fase de la campaña de vacunación. El efecto positivo de las campañas de vacunación oral se reflejó en la caída de las tasas de morbilidad de la poliomielitis entre 1964 y 1965. Aunque en años posteriores se observó una cierta reactivación de la presencia de la enfermedad, la aplicación continuada de la vacunación en sucesivas campañas anuales, permitió que en 1988 se declarara el último caso de poliomielitis en España.

²⁷ También para realizar labores propagandísticas mediante la inclusión de artículos divulgativos y sueltos en los principales

Había una cierta “obligación moral” en aquellos años de procurar que no quedase un solo niño o niña menor de siete años sin vacunar. (28)

A pesar del enorme éxito de la primera inmunización masiva, la morbilidad por poliomielitis repuntó tres años más tarde, manteniéndose en niveles superiores a los países de nuestro entorno hasta el fin de la dictadura en 1975. (29)

VI. VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LAS SECUELAS DE LA POLIOMIELITIS DE LA EPOCA FRANQUISTA EN LA ACTUALIDAD

En un intento de estimar cuál es en la actualidad en España el impacto de la poliomielitis sobre la salud de la población que la padeció en la época franquista el “Informe de situación sobre el síndrome post polio”, elaborado por el Instituto de Salud Carlos III y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, actualizado en junio de 2019, (30) realiza una estimación basándose en el número de registros con una valoración de discapacidad -en cualquier grado- tanto relacionada en exclusiva con un diagnóstico previo de poliomielitis como aquellos registros de discapacidad en los que aparecía junto con otros diagnósticos que podrían guardar relación con el grado de discapacidad valorado en la Base de Datos Estatal de personas con discapacidad del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Es necesario precisar que en esta base de datos dichos registros no constan con el diagnóstico de síndrome post polio y tampoco es un registro oficial de personas con reconocimiento de situación de discapacidad. Por otra parte, la información recogida en esta base de datos es la relativa al total de la gestión de valoraciones de discapacidad en las distintas comunidades y ciudades autónomas. De esta forma esta base de datos dispone de información sobre las características de las personas valoradas a efectos de la calificación de su grado de discapacidad, para la realización de estudios epidemiológicos. (31) Los datos correspondientes al año 2019 se muestran en la Tabla 2.

diarios bajo forma de preguntas y respuestas sobre las características de la poliomielitis, el valor de la vacuna y su fácil administración.

²⁸ Campaña en los medios de comunicación con ciertos tintes moralistas y culpabilizadores, que impregnaban los mensajes destinados a los padres, y muy especialmente a las madres. Intentando conseguir una vacunación completa de la población.

²⁹ Parecen ser muchos los factores implicados en esta situación, algunos autores incidieron en el valor de la acción recordatoria periódica de los medios de comunicación y de la educación sanitaria.

³⁰ Sánchez, Gómez, Luis M. García, Carpintero, Esther Elena. Chalco, Orrego, Juan Pablo. Informe de situación sobre el síndrome post polio. Actualización. [Documento en línea]. 2019. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) - Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. 2019[2019]. 84. Disponible en: <https://redets.sanidad.gob.es/productos/buscarProductos.do?metodo=descargarFichero&idProducto=936>

³¹ Base de Datos Estatal de personas con discapacidad del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/bd_estatal_pcd/index.htm

Tabla 2. Número de personas valoradas con discapacidad por secuelas de poliomielitis, desagregado por grado de discapacidad y sexo en España en 2019				
	Sexo	Grado de discapacidad		
		≤32%	≥33%	Total
Exclusivamente Secuelas de polio (CIE10 = B91)	Hombres	1.313	9.948	11.261
	Mujeres	924	6.643	7.567
	Total	2.237	16.951	18.828
Secuelas de polio como diagnóstico único o acompañado de otros diagnósticos	Hombres	2.094	22.599	24.693
	Mujeres	1.727	20.762	22.489
	Total	3.821	43.361	47.182

Fuente: "Informe de situación sobre el síndrome post polio", de junio de 2019 del Instituto de Salud Carlos III y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (¡Error! Marcador no definido.)