

## Apuntes sobre la erradicación de la polio en el Perú<sup>1</sup>

JORGE LOSSIO Y EDUARDO BARRIGA

### RESUMEN

Este artículo examina el proceso de campaña de erradicación de la poliomielitis en el Perú (1985-1991) una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que fue financiada por el *Rotary Internacional*. Por ello, este trabajo muestra las dificultades que tuvo la campaña por la falta de un buen aparato estatal producto de la crisis política, social y económica de la década de 1980 y la coyuntura del conflicto armado interno. A pesar de estas dificultades, el equipo encargado de la erradicación (médicos, enfermeras, rotarios y miembros de la sociedad civil) realizaron su labor tanto en el «barrido» (vacunación masiva) tanto en la

- 
1. Debo agradecer especialmente a Marcos Cueto por su apoyo y valiosos comentarios sobre la erradicación de la polio en el Perú. Un agradecimiento especial también a Pepi Patrón y al Vicerrectorado de investigación de la PUCP por el apoyo institucional a este proyecto.

zona urbana como en la rural. Además, pese a la falta de logística se pudo hacer el seguimiento epidemiológico que concluyó en 1991 cuando se encontró el último caso.

**PALABRAS CLAVE:** Perú, erradicación de la poliomielitis, vacunación, Organización Panamericana de la Salud, Rotary Internacional, voluntarios

#### **ABSTRACT**

This article examines the campaign to eradicate poliomyelitis in Peru (1985-1991), an initiative of the Pan American Health Organization (PAHO) that was financed by Rotary International. This article shows the difficulties experienced by the campaign due to the lack of a good state mechanism, produced by the political, social, and economic crises of the 1980s along with the internal armed conflict. In spite of these difficulties, the team in charge of the campaign (doctors, nurses, Rotarians, and members of civil society) carried out this massive vaccination project in both urban and rural areas. In addition, in spite of the lack of logistical support, they were able to do the epidemiological follow up that ended in 1991 with the last case of polio.

**KEY WORDS:** Peru, eradication of poliomyelitis, vaccination, Pan American Health Organization, Rotary International, volunteers

LA POLIOMIELITIS ES UNA ENFERMEDAD VIRAL de carácter contagioso que se manifiesta en sus casos más leves de una forma similar a la de una gripe, mientras que en sus casos más graves o agudos puede llegar a producir parálisis aguda. Cuando se manifiesta de forma aguda el virus de la polio afecta al sistema nervioso central, inflamando y potencialmente destruyendo neuronas motoras en la

columna y el cerebro, lo que lleva a la atrofia muscular y la parálisis. En una de cada doscientas infecciones produce una parálisis irreversible (generalmente de las piernas), y en un 5% a 10% de casos graves fallecen por parálisis de los músculos respiratorios. A pesar de que no era una enfermedad con carga de morbilidad y mortalidad especialmente alta, durante el siglo xx fue considerada una de las enfermedades más terribles a nivel global por los miles de niños que cada año quedaban paralizados a causa de la misma.

En 1988, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamado para la erradicación global de la polio. Desde entonces, los esfuerzos del Rotary Internacional, el *Center for Disease Control* de Atlanta (CDC), la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), UNICEF, y gobiernos nacionales, han logrado reducir en un 99% los casos de polio en el mundo. La Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Polio ha recibido reconocimiento internacional como modelo de cooperación entre los sectores público y privado para alcanzar una meta humanitaria. En la década de 1980, los países de América Latina se comprometieron a unir esfuerzos con la finalidad de erradicar la polio en la región hacia el año de 1990. Tras dicho compromiso, el Perú puso en marcha el Plan de Erradicación de la Polio, que contó con el apoyo del Rotary Internacional, el Ministerio de Salud (MINSU), parroquias, voluntarios civiles y la asistencia técnica y financiera de agencias internacionales de cooperación como la OPS, UNICEF, USAID y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), lográndose la erradicación de la poliomiélitis en el Perú en el año de 1991. De hecho, el último caso de polio en las Américas se presentó en Junín, Perú, en agosto de 1991.

El presente trabajo analiza la campaña de erradicación de la polio en el Perú ocurrida entre 1985 y 1991. Originalmente, esta investigación se realizó con el fin de determinar qué elementos hicieron posible que esta fuera una campaña de salud exitosa. Buscaba entender cómo se logró hacer confluír los intereses de organismos internacionales, autoridades políticas locales, funcionarios de la sa-

lud pública y asociaciones civiles en un mismo esfuerzo. Es decir, buscaba responder la siguiente pregunta: ¿qué elementos hicieron posible que la campaña de erradicación de polio en el Perú fuera una campaña de salud exitosa? Tras la investigación se han replanteado, sin embargo, algunos de los supuestos iniciales. En primer lugar, ¿fue realmente un caso de campaña «exitosa»? Ciertamente las campañas masivas de vacunación mejoraron la calidad de vida de miles de personas y en este sentido sí debe ser considerada una campaña exitosa. Sin embargo, es necesario recalcar también que el Perú fue el último país en las Américas en lograr la erradicación y se logró fuera de los plazos establecidos. Asimismo, la polio ha aparecido en los últimos años en penosos casos, aunque aislados, de niños que recibieron la vacuna. Aunque no hay duda de los logros obtenidos, el presente trabajo replantea la noción de una campaña exitosa.

Otro supuesto inicial se ha tenido que matizar luego de realizada la investigación. Se partió del supuesto que el éxito de la campaña fue producto de la colaboración y el compromiso político del Estado peruano, las agencias internacionales y la sociedad civil. Lo que se ha encontrado en la investigación, en cambio, es que la erradicación de la polio se debió principalmente al compromiso de la sociedad civil organizada a partir de clubes rotarios, al apoyo de las agencias internacionales como la OPS, y la vocación de enfermeras y médicos comprometidos con los esfuerzos de la erradicación. El Estado, en cambio, fue un actor que institucionalmente mostró enormes limitaciones en su accionar (por ejemplo, en el tema de la financiación y la organización de las vacunaciones). El financiamiento necesario para la campaña tuvo que ser proporcionado en gran medida por la OPS y el Rotary Internacional. Estas agencias también colaboraron en proveer vacunas y hacer los exámenes de laboratorio correspondientes, tareas que en principio debieron ser asumidas por el Estado, que no fue capaz tampoco de organizar una red de vacunación a nivel nacional. Las inmunizaciones a nivel nacional se hicieron posibles solo gracias al esfuerzo de voluntarios

organizados por los clubes rotarios y el compromiso y vocación de las enfermeras del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).<sup>2</sup>

Valga señalar que la erradicación de la polio se inició con David Tejada de Rivera como ministro de Salud (1985-1987). El Dr. David Tejada de Rivero se desempeñó en el cargo de Sub-director de la OMS (1974-1985) y se encargó de la organización de la Conferencia Internacional de Alma-Ata (1978), donde se plasmó el proyecto de la Atención Primaria de la Salud. Fue convocado por el primer gobierno de Alan García para formar parte del gabinete de Luis Alva Castro en 1985. En este contexto, el 29 de junio de 1985 se realizó un conversatorio donde el futuro ministro planteó algunos puntos sobre la necesidad de la Atención Primaria de la Salud en el Perú. Tejada de Rivero puso énfasis en la necesidad de realizar cambios en el sector salud para evitar inequidades en la atención y buscar la participación activa de la sociedad (no servidores de salud). Esto se plasmó en un documento llamado Política Nacional de Salud (PSN), que proponía cambios normativos y organizativos para impulsar la participación comunitaria como medio para el logro del objetivo de la democratización de la salud.

Otra pregunta que impulsó la presente investigación fue: ¿cómo pudo lograrse la erradicación de la polio a pesar de estar librando el Perú un conflicto armado interno, el más violento de su historia? ¿Cómo impactó la presencia del grupo terrorista Sendero

---

2. Durante la década de 1970, los países del mundo enfrentaban una alta carga de morbilidad y mortalidad causada por enfermedades para las cuales ya existían vacunas, pero las que no eran aún utilizadas adecuadamente por la falta de programas consolidados y estrategias exitosas. En 1974, la Asamblea Mundial de la Salud convocó a los países del mundo a establecer el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), el que contaba con inmunobiológicos contra seis enfermedades prioritarias: las formas severas de tuberculosis, la poliomiélitis, la difteria, la tos ferina, el tétanos y el sarampión. En este contexto, en 1977, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) —constituido por los ministerios de Salud de los países de las Américas— adoptó la Resolución que establecía el Programa Ampliado de Inmunización en las Américas.

Luminoso en los esfuerzos de la erradicación? La idea original era que la presencia de la agrupación subversiva demoró los esfuerzos de erradicación y fue un obstáculo determinante en la campaña. Ciertamente lo fue. Las muertes y violencia de Sendero Luminoso generaron temor en los médicos y la destrucción de postas de salud limitó el accionar de la campaña. Sin embargo, hemos encontrado también que no hubo una respuesta uniforme de los miembros de Sendero Luminoso a los esfuerzos de vacunación. Mientras que en algunos casos el grupo terrorista frenó los esfuerzos de vacunación o cobró cupos a los encargados de las vacunaciones; en otros casos simplemente no interfirió o aun algunos de sus miembros manifestaron explícitamente su apoyo a los esfuerzos de la campaña. Es decir, no existió una actitud uniforme en los senderistas frente a la campaña de erradicación de la polio. Ello nos lleva a concluir que esta noción de Sendero Luminoso como una organización totalmente centralizada que tomaba sus decisiones a partir de doctrinas establecidas por el comando central fue algo relativo. No se vio así al menos en el caso de la vacunación contra la polio, con decisiones distintas de acuerdo al grupo senderista al mando.

En un plano más amplio, el presente artículo busca describir el impacto del contexto social, económico y político del Perú a fines de la década de 1980 en la campaña de erradicación de la polio. Busca entender cómo impactó la crisis política, social y económica que vivía el Perú entre fines de la década de 1980 e inicios de la década de 1990, en la implementación de la campaña de erradicación (escasez de recursos, fragilidad de las instituciones estatales, y desarrollo de un conflicto armado interno). Es necesario recordar que la década de 1980 fue una de las más críticas y difíciles en la historia de América Latina.

La campaña de erradicación de la polio es un caso valioso para el análisis histórico. El presente trabajo pretende sacar a la luz lecciones del caso peruano que puedan resultar útiles a los esfuerzos actuales por erradicar definitivamente la polio del mundo. Es nece-

sario recordar que la poliomielitis continúa constituyendo una amenaza en los países donde aún tiene carácter endémico, tales como Nigeria, Afganistán, Pakistán y la India. Aunque ciertamente los contextos políticos y sociales son distintos, el caso peruano de fines de la década de 1980, marcado por la violencia política y social, la fragilidad de las instituciones estatales y el desarrollo de un conflicto armado interno, puede contribuir a entender y confrontar mejor los obstáculos políticos y sociales hallados en los países donde la enfermedad es aún endémica. Asimismo, puede aportar lecciones valiosas para futuras campañas de salud en el Perú, en particular en lo que se refiere a lograr la coordinación de agentes varios (agencias internacionales, autoridades políticas, trabajadores de salud); buscar la motivación política necesaria para emprender una campaña de salud de gran envergadura; o lograr el apoyo voluntario civil que en el caso de la erradicación de la polio resultó central.<sup>3</sup>

## EL INICIO DE LA CAMPAÑA GLOBAL DE ERRADICACIÓN DE LA POLIO

Importantes hitos en la lucha contra la polio empezaron a aparecer desde inicios del siglo xx. En Estados Unidos, fue en gran parte gracias al presidente Franklin D. Roosevelt, sobreviviente de la polio, que se desarrollaron esfuerzos importantes contra la enfermedad. Así, en 1938, se creó la Fundación Nacional para la Parálisis Infantil (NFIP) y se emprendió en los Estados Unidos un esfuerzo masivo de recolección de fondos para atender pacientes de polio y para desarrollar investigación científica conducente a confrontar la enfermedad. En el año 1952, en medio de un brote epidémico que

---

3. Sobre la historia de la erradicación del polio véase: Oshinsky 2005, Salgado 2003; Seytre y Shaffer 2005, Shell 2005, Vieira de Campos, Raimundo do Nascimento y Maranhão 2003, Raimundo do Nascimento, Cueto, Ponce Maranhão y Sobti 2010, Whittembury y Reyna 2010.

afectó a alrededor de sesenta mil personas y causó alrededor de tres mil muertes en los Estados Unidos, la NFIP recurrió al microbiólogo Jonas Salk, experto en virología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburgh, para desarrollar una vacuna. Salk desarrolló una vacuna obtenida mediante inactivación del virus de la polio con formaldehído y, en el verano de 1954, llevó a cabo una prueba con una versión experimental, con resultados exitosos.

Al mismo tiempo, el microbiólogo Albert Sabin había estado desarrollando una vacuna contra la polio pero empleando virus atenuados. Hacia el año de 1960, Sabin anunció una nueva vacuna antipoliomielítica oral. Como en muchas de las vacunas tradicionales, utilizó formas debilitadas del virus para implantar una infección inofensiva en los pacientes y de esta manera crearle inmunidad ante una nueva exposición al virus. En vez de inyectar la vacuna, era posible colocar unas gotas en un terrón de azúcar o mezclarla con un jarabe dulce para que el paciente la usara. La vacuna de Sabin tenía ciertas ventajas frente a la vacuna de Salk (suministro por vía oral, menos costosa de producir y capaz de desarrollar ‘inmunización pasiva’), por lo que en 1957, la OMS decidió lanzar una prueba internacional de la vacuna de Sabin con gran éxito.<sup>4</sup>

La noción de acabar globalmente con la polio fue parte también de un espíritu que nació hacia la década de 1950 en los organismos internacionales de salud de erradicar enfermedades antes que controlarlas. Este espíritu surgió con las grandes esperanzas que aparecieron tras la Segunda Guerra Mundial con las posibilidades ofrecidas por las nuevas tecnologías médicas, tales como vacunas baratas y efectivas. Como señala el historiador Marcos Cueto, un impulsor central de las políticas de erradicación de enfermedades fue Fred Soper, médico norteamericano, director de la OPS entre 1947 y 1959. La erradicación –se entendía– era mejor que los tradicionales

---

4. <http://scientia1.wordpress.com/2011/04/07/la-triste-batalla-de-la-vacuna-de-la-polio-salk-contra-sabin/>



programas de control de enfermedades, pues aunque la inversión inicial era mayor, los beneficios a mediano plazo eran muy superiores, tanto en términos humanitarios como económicos para los países afectados por enfermedades endémicas factibles de erradicar. Como señala Cueto: hacia inicios de la década de 1960, la mayoría de funcionarios y gobiernos de países latinoamericanos apoyó los esfuerzos de erradicación de enfermedades (Cueto 2004: 102-103).

Otro impulso importante en la posibilidad de pensar en la erradicación de la polio vino de la mano de la Asociación Rotaria Internacional, gestores centrales del proyecto globalmente conocido Polio-Plus, que está contribuyendo desde la década de 1980 a la erradicación mundial de la polio. Fue en 1984 que Carlos Canseco, médico mejicano y entonces presidente de Rotary International, propuso un programa mundial para erradicar la polio antes del año 2005, año en que Rotary celebraría el centenario de su fundación. Éxitos en la eliminación de los poliovirus en la segunda mitad del siglo xx, la erradicación de la viruela en 1973 y su posterior certificación en 1980, junto al compromiso asumido por la Asociación Rotaria Internacional de recaudar fondos, dieron pie a pensar la posibilidad de una erradicación global de la enfermedad. Así, en 1988, durante la 41ª Asamblea Mundial de la Salud, a la que asistieron delegados de 166 estados miembros, se resolvió la creación de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltis.

## LA POLIO EN EL PERÚ

Los primeros casos de poliomieltis registrados en el Perú datan de 1939. Esta enfermedad mantuvo una tasa promedio de 2.0 por 100 000 habitantes durante los siguientes quince años. A partir de 1954, el número de contagiados por esta enfermedad se incrementó, ya que «entre 1954 a 1965, hubo una rápida difusión de los virus entéricos (*poliovirus* género Enterovirus) tipos 1, 2 y 3, espe-

cialmente en estratos económicamente pobres, determinando que las tasas se incrementen a 6.0 por 100.000 habitantes con dos picos ocurridos en 1958 con 5.2 y 1962 con 7.2 por cien mil habitantes» (Sánchez López 2002: 130). Este aumento en el número de contagiados con poliomielitis impulsó el uso masivo de la vacuna Sabin.<sup>5</sup> En los primeros meses de 1966, se realizó la Primera Campaña Nacional de Vacunación que ayudó a frenar el número de contagiados, como lo muestra el hecho de que mientras en 1965 se registraron 439 casos, al año siguiente la tasa se redujo a 169 (Torres Zúñiga 2010: 1139). A pesar de este éxito inicial, en 1967 se registraron nuevamente 207 casos que aumentaron a 270 en 1968. Los motivos de este aumento se debieron a que, por un lado, un porcentaje importante de las vacunas perdieron su valor por estar mal almacenadas; y, por otro lado, cuando se introdujo las vacunas a gotas, en octubre de 1968, solo el 41,8% de los niños susceptibles a contraer la enfermedad recibieron la segunda dosis de la vacuna (Sánchez López 2002: 130). En los años siguientes, se pudo aumentar el número de menores de cinco años vacunados y el promedio entre 1970 y 1973 fue de 173 casos (Whittembury y Reyna 2010: 395). En el período 1976-1980, el Perú junto con Colombia, México y Brasil reportaron altos índices de casos reportados de polio, en parte por el deficiente sistema de inmunización.<sup>6</sup>

Un actor importante en la lucha contra la polio en América Latina y en el Perú a lo largo del siglo xx fue la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS brindó apoyo «(...) mediante consultores en virología, epidemiología, rehabilitación física y enfermedades del sistema nervioso, y proporcionó vacuna Sabin

- 
5. El microbiólogo Albert Sabin creó esta vacuna, pero decidió no patentarla, por lo que el precio fue mucho más accesible para los países en vías de desarrollo.
  6. Entre 1976 y 1980 Brasil reportó el 45%-68% del número total de casos notificados. En total los cuatro países reportaron el 84% a 90% de los casos registrados en toda América. Para mayor información ver: Assaad y Ljungars-Esteves 1985.

mono y trivalente» (Sánchez López 2002: 130-131). Un hecho importante fue la reunión que realizaron los ministros de Salud de toda América en Buenos Aires en octubre de 1968. En esta reunión se acordaron, entre otros puntos: la provisión de la cooperación técnica de la OPS para el planeamiento y organización de campañas nacionales de vacunación, el control de los brotes epidémicos de la poliomielitis, y el establecimiento de servicios de tratamiento y rehabilitación; la cooperación internacional en la organización de una red de laboratorios de diagnóstico de la poliomielitis, para la identificación del tipo de virus, de conformidad con protocolos uniformes; la ayuda en el adiestramiento del personal nacional en las diversas fases del control de la enfermedad; la asistencia en la organización de un sistema de vigilancia epidemiológica capaz de detectar precozmente los brotes epidémicos de la enfermedad y de instituir eficaces medida de control; y el mantenimiento de una suficiente dotación en reserva de la vacuna oral para tender los pedidos de emergencia (Sánchez López 2002: 130-131). La OPS pidió, en 1968, que los doctores Albert Sabin y Frank Perkins iniciaran la producción de un gran lote de vacunas para todo el continente; y también solicitó al propio Sabin que, junto a Dorothy Horstman, preparasen un plan de erradicación.

Otro antecedente importante en las campañas de erradicación de la poliomielitis fue la iniciativa que tomó la OMS al crear el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en 1974, cuyo propósito «era disminuir la morbilidad y la mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunas tales como: poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, sarampión y tuberculosis. La principal estrategia recomendada era la vacunación simultánea y permanente». <sup>7</sup> Si bien se buscaba combatir diversas enfermedades, uno de sus principales objetivos fue la erradicación de la polio. <sup>8</sup> Este programa fue diseñado para

---

7. <http://www.bvv.sld.cu/ibv/?pg=ci2&r=cit>

8. Otra enfermedad que se buscaba erradicar fue el sarampión.

«(...) superar los obstáculos de experiencias anteriores, como el apoyo político intermitente, la rigidez de los sistemas administrativos, la ausencia de evaluación epidemiológica permanente y la inestabilidad del trabajo voluntario» (Cueto 2004: 131). Este programa ayudó a la erradicación de esta enfermedad, ya que se complementó con las campañas de vacunación masivas exitosas que se llevaron a cabo en Brasil y México, países con las tasas más altas de casos registrados. Las cifras muestran la efectividad del PAI, ya que en 1977, año en que se lanzó este programa en las Américas, hubo 4626 casos, mientras que en 1984 se registraron solo 535.

Tanto Brasil como México buscaron solucionar el alto índice de infectados con la poliomielitis empleando el método de las campañas de vacunación masivas. En ambos casos el número de casos registrados disminuyó, pero en el caso de Brasil hubo un mayor apoyo por parte del Estado (Cueto 2004:141). La experiencia brasileña ayudó a concretar un modelo que conjugaba la participación de sectores no gubernamentales, apoyo político y ayuda económica estatal. En la década de 1980, bajo el gobierno de Fernando Belaunde Terry, se realizaron también en el Perú una serie de campañas de vacunación masiva. El éxito de Brasil y México y las campañas de vacunación en masa motivaron a la OPS a llevar a cabo un plan ambicioso que consistió en la búsqueda de la erradicación de la transmisión autóctona de la poliomielitis en América. En setiembre de 1985, se acordó que este continente iba a estar libre de esta enfermedad para el año de 1990.<sup>9</sup> Como señala Cueto, esta campaña no solo buscaba la intervención del personal asistencial (médicos, enfermeras, etc.), sino que también buscaba «(...) la participación más amplia de las autoridades, los medios de comunicación y la comunidad, participación que se convirtió en un verdadero movimiento de promoción de la salud» (Cueto 2004: 132). La OPS presupuestó 500 millones de dólares para cubrir los gastos de la erradicación.

---

9. Este acuerdo se plasmó en la Resolución N° XXII.

## LA ERRADICACIÓN DE LA POLIO EN EL PERÚ: ACTORES Y ESTRATEGIAS

Fue en el año de 1985 que se inició la campaña de erradicación de la polio en el Perú. Los actores institucionales encargados de implementar la campaña fueron el Ministerio de Salud, dirigido entonces por David Tejada de Rivero, la OPS, el Rotary Internacional, UNICEF, USAID y el BID. Se formó un Comité de Coordinación Interagencial que agrupó al MINSA, la OPS, el Rotary Internacional, UNICEF, USAID, BID, que resultó esencial para asegurar el financiamiento y la organización del programa. Se creó también un grupo especial de expertos, una Comisión Técnica, que trabajó en estrecha colaboración con el Programa de Inmunización de la OPS (Whittembury y Reyna 2010). La OPS colaboró además en la capacitación de personal técnico y en la elaboración de un sistema de vigilancia epidemiológica más sofisticado que el existente en el país. El grupo técnico peruano estaba compuesto de seis médicos, cinco peruanos, cada uno representando las regiones más grandes del país, dedicados a tiempo completo a la campaña de erradicación, y un funcionario internacional encargado de velar por las relaciones con los laboratorios y las agencias internacionales. Entre los peruanos estaban los médicos epidemiólogos Rodolfo Soto Zapata, Edgar Tejada Vásquez, Juan Castro Galindo, Carlos Castillo y Jorge Medrano (Cueto 2004).

La formación de este equipo técnico permitió que se implementara un plan para las campañas nacionales de vacunación. El equipo técnico optó por utilizar la vacuna de Sabin (OPV). Esta vacuna era la recomendada internacionalmente tanto porque era más barata como por el hecho que se podía administrar de forma oral y eso hacía que fuera más aceptada por la población. Una red de puestos de salud debía enviar informes semanales para ver el progreso de las vacunaciones y los casos que se presentaran. Durante la campaña, el número de puestos de salud se incrementó de 420 en 1986 a 943 en 1993 (Raimundo do Nascimento, Cueto, Ponce Maranhão y Sobti 2010: 173).

Fueron dos las estrategias clave usadas para la erradicación de la polio en el Perú: vacunaciones masivas (a través de los Días Nacionales de Vacunación) y «barridas» (que consistían en organizar inmunizaciones en todos los niños menores de cinco años que habitaran en zonas donde se habían reportado casos de polio). El hecho de tener un objetivo puntual: la erradicación de la polio, sirvió para lograr consensos y afianzar convicciones entre los miembros de la campaña sobre la factibilidad de alcanzar dicho objetivo (Raimundo do Nascimento, Cueto, Ponce Maranhão y Sobti 2010: 161-177).

## LOS DÍAS NACIONALES DE VACUNACIÓN

La campaña de erradicación propiamente dicha recién empezó a partir de 1986, debido a que a partir de dicho año se tiene un modelo definido (barrido y el calendario de vacunación), el personal vacunador empieza a ser capacitado y se crea un comité de vigilancia epidemiológica que permitió realizar el seguimiento a los casos de polio. Las Jornadas de Vacunación estuvieron organizadas a nivel institucional por un comité central, encargado del aparato burocrático, del abastecimiento de vacunas y de guiar la erradicación. En cada departamento, estuvo a cargo el Director de Salud Departamental. A nivel local, los establecimientos de salud (hospitales, centros o postas) se encargaron de la parte ejecutora (recoger las vacunas, vacunar, hacer el registro, etc.). Además, se conformó un comité de apoyo conformado por voluntarios y funcionarios del Estado. Estos tres niveles guiaron la ejecución de la erradicación. Las jornadas de vacunación se organizaron con el fin de tener un día central, el Día Nacional de Vacunación. Por ello, se trataba de abastecer con las vacunas necesarias antes de la fecha señalada (algo que al inicio no se lograba necesariamente). Aunque hay que indicar que la fecha determinada era solo referencial para las regiones más alejadas del país (Entrevista al Dr. Jorge Medrano en: Cardoso 2005).

Uno de los principales retos fue tener la cantidad de vacunadores necesarios. Por el tipo de vacunas, las dosis solo eran administradas de manera oral (generalmente eran 2 gotas), por lo que solo se necesitaba una capacitación básica. Por ello, no es casualidad que entre las brigadas de vacunación urbana y, dependiendo del caso rural, se encontraran enfermeras, estudiantes de medicina, miembros de Rotary Club e inclusive estudiantes de cuarto y quinto de secundaria<sup>10</sup>. Se les brindó una pequeña capacitación que contenía «la responsabilidad del vacunador». Por ejemplo, el doctor Washington Toledo se encargó de capacitar a los alumnos de cuarto y quinto de secundaria de San Juan de Miraflores, Villa María y Villa El Salvador. La capacitación que se les daba puso énfasis en la justificación del barrido sanitario —recalcaba que solo se tenía 72 horas para vacunar un distrito—, la aplicación de la vacuna, su congelamiento, el manejo de formularios, el marcado de las casas y la búsqueda de niños menores de 15 años con parálisis flácida reciente.

El volumen de vacunaciones resultó inicialmente difícil de manejar. Sin embargo, el apoyo de gente comprometida con la erradicación fue vital para superar dichas limitaciones iniciales. Las enfermeras del PAI, por ejemplo, cumplieron un rol central. Siguiendo al doctor Medrano:

el trabajo de las enfermeras en el Perú ha sido vital; y digo las enfermeras, con género femenino, porque ahí el 99% son de sexo femenino y estoy muy seguro que el cien por ciento que trabaja en vacunas son mujeres, [...] [son] ellas las que caminan, ellas son las que se tiran por los cerros, por el barro, por el río o se meten a los lugares peligrosos de las ciudades para seguir vacunando. Y no hablo lógicamente de la mujer 90-60-90, hablo de la mujer común de la calle, de la madre de familia que es profesional de la salud y que desarrolla su trabajo y que se somete a ese tipo de riesgos, tanto de la naturaleza como de la vida

---

10. Para mayor información ver: Ministerio de Salud. Dirección de Salud Materno Infantil. Programa de Inmunizaciones 1992:6.

social en común. Yo creo que eso es muy importante resaltar, el trabajo de la enfermera peruana ha sido muy, pero muy fuerte y yo creo que gracias a Dios mantenemos, gracias a su trabajo, es que lo hicimos.<sup>11</sup>

Al iniciar la jornada se le daba el croquis y un termo a los vacunadores. El objetivo fue cubrir un número de manzanas diarias (generalmente eran 4 ó 6).<sup>12</sup> En caso de que faltara alguna se terminaba la labor al día siguiente. Las casas eran marcadas de la siguiente manera: se colocaba una «X» cuando se había vacunado y una «O» cuando no se había atendido al vacunador, encontraba la casa cerrada o cuando los niños no se encontraban en casa. Esta información era «paloteada» en unas fichas, para que sean procesadas al final del día. Al terminar las manzanas, los supervisores<sup>13</sup> se encargaban del «rastrillaje», es decir, iban a las casas marcadas con O para vacunar a los niños que faltaban. Al finalizar la jornada, se les daba un estipendio a los vacunadores. Este monto no era muy alto y servía para «(...) que cubra un refrigerio, una gaseosa, un alimento» (Entrevista al Dr. Roger Zapata en: Cardoso 2005).

En zonas rurales uno de los problemas que tuvieron que afrontar los médicos que dirigían las vacunaciones fue el poco apoyo brindado por las autoridades locales, siendo que en muchos casos las autoridades habían huido por la subversión. Dada esta carencia, los médicos se vieron obligados a buscar apoyo directamente de los pobladores de la zona. Al igual que los vacunadores urbanos, se les daba un croquis de la zona a vacunar y se encargaban del marcado de las casas. También recibían una capacitación impartida por el médico supervisor que se encargaba del «rastrillaje». A diferencia de

11. Entrevista al Dr. Jorge Medrano en: Cardoso 2005.

12. Según el Manual Operativo de 1992 cada vacunador tenía una cuota de 100 niños al día. Para mayor información ver: Ministerio de Salud 1992: 3.

13. Los supervisores eran los médicos encargados de la labor de los vacunadores. Ellos se hicieron cargo de grupos que iban de 6 a 10 integrantes.



las zonas urbanas, el pago no necesariamente consistió en dinero en efectivo, sino que, dependiendo de las carencias del lugar y por la crisis económica de la década de 1980, los vacunadores voluntarios exigieron productos como azúcar o sal. Un hecho peculiar, producto de la violencia de la década de 1980, fue que varios vacunadores, miembros de la zona, sintieron que al colaborar con los médicos ponían en riesgo su vida. Por eso, dejaban su pago a los médicos para que se lo diesen a un miembro de su familia en caso les llegara a suceder algo. Como lo menciona el doctor Washington Delgado: «Y me acuerdo mucho que ellos [vacunadores] dejaban en unos sobres, el viático que usted les pagaba con su nombre, ‘en caso me pase algo, entregar a tal persona’» (Entrevista al Dr. Washington Delgado en: Cardoso 2005).

Un punto a resaltar es que la presencia de los vacunadores en las zonas rurales alejadas permitió ampliar la vacunación contra diversas enfermedades, no solo la polio, contribuyendo así a una mejora general de las condiciones de salud del país y a una extensión de otra forma imposible del programa de inmunizaciones. Uno de los problemas difíciles de manejar fue la conservación de las vacunas, ya que estas debían ser refrigeradas. Estas se guardaban en el Instituto Nacional de Salud y desde este punto se repartían a nivel nacional. Debido a la carencia de cámaras frigoríficas, estas se guardaban, al menos hasta el año de 1988, en congeladoras o refrigeradoras. En el Instituto se les colocaba en una caja recubierta con paredes de hielo, se les embalaba y se enviaba a su destino (por tierra o aire). Al llegar a su destino las cajas eran trasladadas a un lugar apropiado para su conservación. En algunas ocasiones se emplearon las cámaras de los hospitales que servían para conservar los alimentos (Entrevista al Dr. Washington Toledo en: Cardoso 2005). Los problemas se dieron sobre todo en zonas rurales. Los vacunadores llevaban consigo dos termos: el primero para guardar las vacunas y el segundo para guardar hielo. En algunos casos, por los altos niveles de temperatura, el hielo llevado no era suficiente,

por lo que los supervisores de las brigadas contaron con dinero que les permitía comprar hielo. En otros casos, buscaron el apoyo de los pobladores locales que tuvieran refrigeradoras o congeladoras. En casos más extremos, los médicos buscaron la forma de conservar el hielo por varios días sin necesidad de emplear una refrigeradora o congeladora. Así lo hizo el doctor Washington Toledo: «llevábamos hielo desde Chiclayo, entonces aprendí que el hielo en sacos de yute con cascarilla de arroz y enterrados un metro debajo de la tierra [conservaba el hielo, ya que] cuando terminábamos la jornada de 40 días lográbamos todavía sacar hielo» (Entrevista al Dr. Washington Toledo en: Cardoso 2005).

La campaña de comunicación que se emprendió en la erradicación de la polio no estuvo a cargo de los miembros del Comité Central, sino que fue la Oficina General de Comunicación del Ministerio de Salud la que se encargó de transmitir la información a nivel nacional. ¿Cómo se financió esta campaña? En los años intensos de la campaña no se pagó por la propaganda que se pasaba por la radio, televisión y prensa. La excepción fue el año 1992 cuando se empezó a pagar por estos espacios, pero la campaña ya estaba en su etapa final. Dada la carencia de información que existía en Lima sobre los medios de comunicación al interior del país, se pidió a los médicos que hicieran un censo para poder retransmitir la información de la erradicación de la polio. Como lo indica el Dr. Jorge Medrano:

hay todo un censo de radio, de televisión, de periódicos de nivel nacional y en ese entonces inclusive, no teníamos una repetidora inmediata, sino había correpetidora, le llamaban, porque la señal se producía aquí en Lima, se guardaba en los entonces cintas de  $\frac{3}{4}$ , una gruesa y eso se enviaba a las provincias y de modo que en provincias se veía la programación del día anterior.<sup>14</sup>

A nivel local, lo primero que hacían las brigadas era tratar de contactarse con las autoridades de salud del lugar y se buscaba di-

14. Entrevista al Dr. Jorge Medrano en: Cardoso 2005.

fundir la campaña a través del perifoneo. Un elemento fundamental fue la ayuda de la sociedad civil organizada (comités de vaso de leche, clubes de madre, u ONGs) que ayudaron a difundir las fechas de los Días de Vacunación. En algunos casos los médicos encargados tuvieron que pagar a pobladores locales para que se dediquen a perifonear. Como lo indica el doctor Washington Toledo:

una que nosotros hicimos en Comas: buscar a estos que venden fruta, o los que compran botellas, entonces simplemente a ellos, tú le decías bueno «no, ¿pero cuánto es?», «no mira», «bueno ya pues te voy a dar 5 soles, 10 soles, pero yo no quiero que me hagas en ese horario, yo quiero que me hagas en estas horas», entonces los buscábamos, hacían su trabajo normal y venían un momento y hacían el perifoneo. O eran cosas que la misma gente te decía, «doctor, porqué no hacemos esto, doctor porqué no hacemos eso, qué le parece si hacemos esto (...)».<sup>15</sup>

Estas campañas de vacunación congregaron esfuerzos de voluntarios y sectores no gubernamentales y los médicos y funcionarios estatales dedicados a la erradicación de la polio. Las campañas de vacunación también hicieron visibles las limitaciones del Estado peruano de fines de la década de 1980 para financiar e implementar una red nacional de vacunación. Como señala Cueto, las campañas de vacunación organizadas por el Estado solo alcanzaban a cubrir al 50% de las metas trazadas (este fue el caso entre 1985 y 1987). Fue solo con la ayuda de los rotarios, sus voluntarios y financiamiento que se pudo extender la cobertura a nivel nacional. (Raimundo do Nascimento, Cueto, Ponce Maranhão y Sobti 2010: 170). En dicho esfuerzo fue central la figura de M. A. T. Caparras, presidente de la Rotary Internacional y de Gustavo Gross, socio rotario del Rímac, quien coordinó los esfuerzos de apoyo del Rotary en Perú y Ecuador. El Rotary Internacional también consiguió los fondos para el personal encargado del sistema de vigilancia epidemiológica.

---

15. Entrevista al Dr. Washington Toledo en: Cardoso 2005.

Es pues necesario enfatizar el crucial rol desempeñado por los rotarios en estas campañas de vacunación. El Rotary contribuyó con su red de voluntarios y locales ubicados a lo largo del país. Entre 1986 y 1992, miles de personas de todas partes del país, movilizados por los rotarios, participaron en los Días Nacionales de Vacunación (Raimundo do Nascimento, Cueto, Ponce Maranhão y Sobti 2010: 161-177). En muchas zonas rurales fueron los rotarios los que organizaban a los voluntarios y el transporte necesario para los Días Nacionales de Vacunación. En el tema del financiamiento, el Rotary tuvo también un rol destacado. El apoyo del Rotary y otras agencias internacionales permitió que se pudiera armar un presupuesto para la erradicación de la polio, incluyendo el dinero para la compra de vacunas y la capacitación del personal dedicado a la vigilancia epidemiológica. Solo el Rotary contribuyó con 900 000 dólares a ser usados por el Ministerio de Salud para la alimentación y viajes de los voluntarios. Nuevamente se ve la dependencia del Estado peruano hacia las organizaciones no gubernamentales para financiar los programas de salud. Los otros grandes financistas de la campaña fueron la OPS y USAID. Como señala Jorge Medrano, miembro del equipo técnico encargado de la erradicación de la Polio en el Perú, la ayuda técnica vino de la OPS y parte del dinero de la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (AID), «porque el dinero del Perú realmente era poco» (Entrevista al Dr. Jorge Medrano en: Cardoso 2005).

## **LAS LIMITACIONES DEL ESTADO PERUANO**

La campaña de erradicación de la polio hizo visibles las enormes deficiencias del Estado peruano de fines de la década de 1980. En el plano político uno de los problemas que afectó la campaña fue la inestabilidad. El cambio recurrente de ministros de salud en el primer gobierno de Alan García Pérez obstaculizó la campaña, pues

dichos cambios ministeriales iban acompañados de cambios en el equipo del Ministerio de Salud que se encargaba de la erradicación. Como lo indica el doctor Jorge Medrano:

Y por ejemplo, cuando se cambia tanto de los equipos que se hacen cargo de los gobiernos y cada uno de ellos trae un grupo nuevo de recursos humanos, la mayoría de veces sin conocimiento de la situación sanitaria del país y que piensa que puede inventar la curva, es un retraso para todo el grupo. Y si hay dentro de ese mismo equipo gubernamental, rotaciones internas, es decir el Ministro que asume con el primer cambio de gobierno del Presidente, no es el mismo que termina, pero no solamente no es el mismo que termina, sino entre todas las personas que pasaron por esa gestión cada uno tiene una interpretación absolutamente diferente de lo que está aconteciendo y piensa que puede redefinir el rumbo y volver a inventar la pólvora (...).<sup>16</sup>

Había también inestabilidad en los puestos de los encargados de llevar a cabo la erradicación en cada departamento del Perú, lo cual frenaba un mejor desempeño de la campaña. Se capacitaba funcionarios que al poco tiempo eran removidos del cargo. Por ejemplo, en el año de 1987, el gobierno realizó el Curso Nacional de Erradicación de la Polio. De los 28 asistentes, para mediados de 1988, 10 ya habían sido cambiados de sus puestos (Moherdau 1988: 7). Esta rotación se deba tanto por los cambios políticos como por los bajos sueldos que recibían. A esto hay que sumarle la falta de especialistas, sobre todo, neurólogos. Debido a la magnitud de la campaña, el número de especialistas en neurología que trabajaba en la campaña no fue suficiente, por lo que se recurrió a médicos generales para hacer tareas que idealmente debieron haber sido desempeñadas por especialistas en neurología.

Un contundente informe sobre las enormes deficiencias del Estado peruano para llevar a cabo la campaña de erradicación fue el «Informe Final sobre la asesoría en sistemas de vigilancia epidemiológica

---

16. Entrevista al Dr. Jorge Medrano en: Cardoso 2005.

de enfermedades transmisibles, jornadas de vacunación y programa de erradicación de la poliomielitis brindada al Ministerio de Salud del Perú, 30 de abril-30 de julio de 1988» por el brasileño Fabio Moherdau. En dicho informe, el autor, contratado para asesorar al Ministerio de Salud y a OPS/OMS en la implementación del Programa de Erradicación de la Poliomielitis, muestra las enormes limitaciones de la administración pública peruana en materia de salud. Señaló, por ejemplo, que ni siquiera en Lima, que concentraba entonces al 40% de la población del país, existía un Sistema de Vigilancia Epidemiológica estructurado con una red de unidades notificantes regulares, muy restringidas en relación a las posibilidades y a las necesidades de la campaña, abarcando solamente algunos hospitales, centros y puestos de salud. Uno de los primeros retos de la campaña consistió en estructurar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Lima, para posteriormente consolidarlo a nivel nacional. (Moherdau 1988: 1).

El informe destacó las fallas latentes a nivel de «recursos materiales» y las carencias en el Laboratorio del Instituto Nacional de Salud, «en situación de casi abandono y por eso no brindan el Sistema con los resultados y respuestas a tiempo» (Moherdau 1988: 2). De acuerdo al autor, las fallas a nivel de manejo y traslado de información eran enormes, al no existir «instrumentos padronizados para la notificación, solamente un registro semanal, todavía no implementado». No se promovían eventos con la finalidad de capacitar personas en la producción de información, el subregistro de datos era evidente así como la falta de confiabilidad de las informaciones obtenidas. No existía un flujo definido para la información, nadie sabía a quién o quiénes notificar y, cuando se notificaba, ya había pasado mucho tiempo. No existía comunicación estrecha entre el Laboratorio del Instituto Nacional de Salud y «las pocas unidades notificantes» (Moherdau 1988: 3).

Otro problema recurrente, era que, al menos al inicio de la campaña, gran parte de los casos de polio eran conocidos tardíamente; se presentaban informaciones incompletas y el Sistema de

Vigilancia Epidemiológica no estaba desarrollado lo suficientemente bien como para detectar los casos en su fase aguda. Según el autor del informe, la cantidad de casos en los cuales las muestras de heces o suero no fueron recolectados, o lo fueron de forma inadecuada, reflejaba no solamente desconocimiento de la importancia de estas acciones para el Programa, sino también «la ausencia de estímulo por la falta del cumplimiento del Laboratorio del Instituto Nacional de Salud y del laboratorio de Colombia, o sea, los responsables no recolectan muestras porque piensan que ellas no sirven para nada, no hay resultados ni propuestas». Es importante recordar que los sueros eran procesados y analizados en Colombia. (Moherdau 1988: 6). Debido al pobre financiamiento y el deficiente sistema de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud, le resultó inviable al Estado peruano brindar los servicios de laboratorio necesarios para hacer los descartes necesarios. Finalmente, lo que decidió la OPS fue recurrir a los laboratorios brasileños de la FIOCRUZ, un centro de investigación médica de primer mundo ubicado en Río de Janeiro.

En resumen, se puede señalar como las principales limitaciones del Estado peruano en materia de salud pública que afectaron la campaña principalmente al inicio de la misma: la escasez de recursos financieros, la inexistencia de un servicio de Vigilancia Epidemiológica eficiente a nivel nacional, las carencias del Laboratorio del Instituto Nacional de Salud, la falta de tecnologías y logística que permitiera almacenar y transportar las vacunas por todo el territorio nacional con mayor eficacia.

## **SENDERO LUMINOSO Y LA ERRADICACIÓN DE LA POLIO**

La erradicación de la polio se produjo durante uno de los contextos sociopolíticos más difíciles de la historia contemporánea del Perú, la década de 1980, que combinó una terrible crisis económica, pérdida de confianza en las instituciones estatales, en gran medida

por la ineficiencia de las mismas, la lentitud de los trámites burocráticos, y los malos servicios ofrecidos por las empresas de propiedad pública, crecimiento de la violencia delincriminal, desordenado crecimiento poblacional y del sector informal, y el apogeo del grupo terrorista Sendero Luminoso.

Particularmente demoledor para los peruanos de las décadas de 1980 fue la violencia terrorista. El mismo día de las elecciones de 1980, se inició la violencia terrorista de Sendero Luminoso en el pueblo de Chuschi, en Ayacucho. Sendero Luminoso que inicialmente se concentró en Sierra Centro y Sur, se expandió hacia mediados de la década de 1980 hacia las zonas cocaleras de la Selva central en busca de dinero para el financiamiento de sus actividades. Posteriormente ingresó la violencia a las ciudades de la Costa, en particular Lima. Sendero Luminoso fue una organización subversiva que nació como una escisión de una facción pro China llamada Bandera Roja y fue liderada por Abimael Guzmán, catedrático de la Universidad de Huamanga. Si bien esta organización nació en la década de 1960, fue a inicios de la década de 1980 donde el líder, conocido como «Presidente Gonzalo», afirmó que había llegado la hora de la revolución cuyo fin era crear un país autocrático y autoritario cuyos modelos fueron la China de tiempos de la Revolución Cultural y el gobierno de Camboya de Pol Pot (Comisión de la Verdad y la Reconciliación 2002: 22).

Otra organización subversiva que se hizo presente durante la violencia política de la década de 1980 fue el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru. El MRTA se fundó en 1984 y tuvo como modelos las guerrillas inspiradas en la Revolución Cubana.<sup>17</sup> Su líder, Víctor Polay Campos, fue un ex militante del partido aprista y su objetivo, al igual que Sendero Luminoso, fue la toma del poder por la fuerza.<sup>18</sup>

---

17. A diferencia de Sendero Luminoso, los miembros de MRTA buscaron diferenciarse de la población civil a través del uso de uniformes militares en las zonas rurales, pero en las ciudades se camuflaban con los civiles.

18. Según la Comisión de la Verdad y la Reconciliación el total de víctimas de los años de violencia política que vivió el Perú asciende a la cantidad de 69 mil personas que en su mayoría fueron campesinos quechua-hablantes.



Uno de los más grandes problemas que tuvieron que afrontar los vacunadores fue la presencia de los grupos terroristas de Sendero Luminoso y el MRTA, particularmente en las zonas rurales del Perú. Hay que recordar que estos grupos luchaban contra el Estado Peruano, por lo que trataban de imponer su presencia dinamitando locales de instituciones estatales ubicadas en todo el Perú. Uno de los objetivos de las zonas rurales fueron las postas médicas. Por ello, los equipos vivían momentos de tensión cuando encontraban restos de acciones armadas en los caminos por donde recorrían. Como recuerda el doctor Roger Zapata:

[El] encuentro con grupos de Sendero, tanto en la zona de selva, era muy triste ver por ejemplo, que en el camino usted encontraba cadáveres y no podía parar...y era un rosario de cuentos, por ejemplo en el trayecto desde Ayacucho hasta San Francisco, acá mataron, acá había cadáveres, acá fue donde emboscaron a la guardia de tal, es decir encontrabas restos de carros..., tanto de la policía o como del, más que, más que del ejército, de la policía, mucha desolación, mucho abandono de casas, pueblos enteros que habían desaparecido totalmente.<sup>19</sup>

Para no ser blanco de los grupos insurgentes, los médicos decidieron tener poco contacto con la policía y con el ejército. Por ello, estas brigadas de vacunación no tuvieron resguardo policial ni militar. La idea era evitar cualquier suspicacia para no tener de enemigos a los terroristas. En algunos casos, los médicos tuvieron que enfrentar, por el espacio geográfico a la presión del ejército, Sendero Luminoso y el MRTA a la vez:

Bueno entonces, nosotros decidimos mejor andar solos, ni con ellos ni con los otros, para remate nosotros en esa zona teníamos en un lado Sendero y en el otro lado teníamos al MRTA, pero el río Pichanaki [Junín] es este y acá en este lado, porque a este lado vivía el niño, pero para el lado de acá del monte, del cerro que está ahí, estaba Sendero, eran los rojos decían ellos y para acá estaba el MRTA.<sup>20</sup>

---

19. Entrevista al Dr. Roger Zapata en: Cardoso 2005.

20. Entrevista al Dr. Roger Zapata en: Cardoso 2005.

¿Cuál fue la estrategia que tomaron frente a estos acontecimientos? Algunos médicos optaron por dar la información incorrecta de cuando iban a salir a vacunar para no ser blanco de los subversivos. En otros casos, los médicos, por temor, se hacían pasar por técnicos sanitarios u otros simplemente mencionaban que eran médicos del MINSA. Las entrevistas realizadas no mencionan que hayan negociado con los grupos armados para cumplir con la vacunación, pero en algunos casos algún miembro: «(...) era retenido, pero retenido ¿para qué?; para vacunar a alguien del grupo de ellos, nada más, se retenía y aparecía horas más tarde, ni siquiera de un día para otro, sino un poco más tarde nada más». (Entrevista al Dr. Jorge Medrano en: Cardoso 2005).

Algunos subversivos entendieron que los médicos y las brigadas de vacunación eran valiosos, ya que estaban ayudando al pueblo para erradicar la polio y otras enfermedades. Por ello su presencia era tolerada e incluso, en algunas ocasiones, columnas terroristas protegieron al personal de salud de sus propias incursiones armadas:

(...) en una de las tantas salidas de la selva de ahí de Ayacucho, eran las 4 de la tarde y llegamos a un pueblito, (...), Pomachente (...), entonces todavía teníamos una hora para seguir avanzando y me dicen [los terroristas] “doctor, quédese”, yo les digo “pero mira, son las 4, tengo una hora más, avanzo un pueblo más y duermo”, “quédese”, y me quedé. Y al día siguiente cuando salgo temprano, en el siguiente pueblo que iba a dormir, estaba arrasado totalmente.<sup>21</sup>

Como lo señala el doctor Jorge Moreno:

porque recuerden que 86, 87, 88, hasta el 90, la actividad de Sendero Luminoso y del Movimiento Revolucionario Túpac Amaru en el Perú fue muy grande, entonces nosotros encontrábamos aquí que la corriente eléctrica se iba a cada rato, que aparecían muertos en cualquier sitio del país, con mucha

---

21. Entrevista al Dr. Washington Toledo en Cardoso 2005.

facilidad o uno o varios muertos, yo he tenido como cuatro encuentros con Sendero Luminoso y con el MRTA, en total en mi vida, ninguno con riesgo, siempre he sido bien tratado, siempre he sido respetado, ni siquiera me han tocado, nunca me han pedido papeles ni nada por el estilo, no me han pedido dinero, en absoluto, me han dicho simplemente, “queremos ayudar a la vacunación”, es todo lo que me han dicho. Y en un encuentro, fui invitado a comer pachamanca en el pueblo de Cerro de Pasco, una vez, pero nunca me han obligado a nada, nunca me han dicho que tengo que dar una cuota, pero sí he tenido encuentros en Perené, he tenido encuentro en Cerro de Pasco y uno en Cajamarca, uno en Cajamarca he tenido, justamente cuando ha sido una de las vacunaciones, nunca, nunca he sido maltratado, sería mentira decirte, “sí, me maltrataron, me golpearon”, “no, no”. ¿Facilitaron la vacunación? Totalmente, totalmente. No, no, no ha habido ninguna cuestión, sí tienen una posición ideológica y tenían un buen sistema de inteligencia, digo yo ¿no?, porque sabían quién era, a dónde iba, de dónde venía, para quién trabajaba, todo eso sabían, no era ningún problema para nosotros ¿no?<sup>22</sup>

Por otro lado, Gustavo Gross, líder en los esfuerzos rotarios por la erradicación de la polio, recuerda el enorme daño que le hizo Sendero Luminoso a la campaña de erradicación:

Los carros del Ministerio de Salud no podían entrar a una zona si estaban los senderistas. Nunca se sabía bien quien era senderista, quien era terrorista, nunca. Los Rotarios hicieron algunos contactos no oficiales con gente que decía «mira yo tengo un amigo que creo que esta en el movimiento, pero no estoy seguro», y le decíamos «quisiéramos ir a tal zona, podías decir que nos permitan pasar, y han permitido pasar solamente a los voluntarios rotarios, no a la gente del ministerio, no a la gente del ejército. De aquí salíamos con los voluntarios a vacunar a los pueblos chiquitos de la selva».<sup>23</sup>

---

22. Entrevista al Dr. Jorge Medrano en Cardoso 2005.

23. Entrevista a Gustavo Gross en Cardoso 2005.

La violencia terrorista, sin embargo, logró ocasionar bajas y pérdidas entre los valerosos rotarios. Algunos voluntarios fueron asesinados en terribles emboscadas. Debe tenerse en cuenta que la táctica de Sendero Luminoso era la de destruir toda estructura vigente para reestructurar el país. De esta manera, rotarios fueron abatidos en la selva y sierra.

Se puede apreciar entonces que no hubo una respuesta uniforme de Sendero Luminoso. Mientras en algunos casos el grupo terrorista Sendero Luminoso frenó los esfuerzos de vacunación, dinamitó postas de salud, o cobró cupos a los médicos encargados de las vacunaciones, en otros simplemente no interfirió y más bien dio a entender a los médicos que estaban a favor de la erradicación. Es decir, no existió una actitud uniforme y no en todos los distritos del país fue un freno a los esfuerzos de erradicación.

## **EL IMPULSO DE LOS ROTARIOS Y LA SOCIEDAD CIVIL**

Un impulso central para la posibilidad de pensar en la erradicación de la polio vino de la mano de la Asociación Rotaria Internacional. De hecho, desde las primeras décadas del siglo XX, el Rotary ha liderado al sector privado en la labor mundial para liberar al mundo de esta temible enfermedad. La preocupación de los rotarios por los problemas y secuelas de la poliomielitis se puso de manifiesto en una época tan temprana como 1919, cuando el abogado Paul Harris recomendó a los clubes de rotarios que organizaran comités para asistir a los niños que habían quedado con parálisis. Años después, Rotary International inició la recolección de fondos para sufragar investigación científica destinada a controlar la polio (Oshinsky 2005).

Fue en 1984 que Carlos Canseco, médico mexicano y entonces Presidente de Rotary International, propuso un programa mundial para erradicar la polio antes del 2005, año en que Rotary celebraría

el centenario de su fundación. El Rotary Internacional, con la ayuda de la OMS, empezaron a idear uno de los planes más ambiciosos en la historia global de la salud pública: inmunizar a todos los niños del mundo contra la polio. Con este fin se creó el Comité Polio 2005, y se consiguió la ayuda del renombrado doctor Sabin para que sirviera como consultor especial de dicho comité. El doctor Canseco nació en la Ciudad de México en 1921. Fue médico cirujano y partero por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Hizo dos especialidades: una en alergología, en la Universidad de North Western, en Chicago, Illinois y otra en Inmunología Clínica, en la Universidad de Pittsburg, en Pennsylvania, ambas en los Estados Unidos. El doctor Canseco trabajó por conseguir apoyo financiero para la erradicación de la polio. La meta en términos económicos, en un inicio, era llegar a 120 millones de dólares, meta que fue doblada, llegándose a recabar 247 millones de dólares para el programa Polio plus en el año de 1985. Desde mediados de los años ochenta los rotarios han contribuido de forma sistemática para que este proyecto alcanzara millones de dólares en fondos y decenas de miles de horas-hombre en el mundo.

Fue en 1986 que el Perú, a través de sus dos gobernadores, pidió apoyo al Rotary Internacional para colaborar con el gobierno peruano en los esfuerzos de erradicación de la polio. El gobierno peruano aceptó de inmediato la propuesta del Rotary. Las negociaciones se hicieron con el entonces ministro de Salud, David Tejada. El entonces presidente del Rotary Internacional, M.A.T. Caparas, hizo el ofrecimiento al presidente del Perú, Alan García Pérez, de una subvención de 947 mil dólares para la erradicación de la polio. M.A.T. Caparas nació en 1923 en Filipinas. Después de completar sus estudios secundarios en el año de 1940, su educación fue interrumpida por la Segunda Guerra Mundial. Más adelante se graduó en la Escuela de Leyes de Filipinas en 1949 y en 1950 recibió su Master en Leyes de la Universidad de Harvard. Caparas pensaba que si llegaba a erradicar la polio, todos los países se beneficiarían,

países que gastaban dinero en la polio ahorrarían estas divisas y se salvarían miles de vidas de la miseria de esta enfermedad.

Alrededor del mundo y en el Perú los rotarios se dedicaron a preparar y distribuir distintos materiales de comunicación masiva destinados a confrontar la enfermedad. Se dedicaron también a captar voluntarios, transportar la vacuna, inmunizar a los niños y proporcionar apoyo logístico. Un actor central en la labor de erradicación de la polio en el Perú fue Gustavo Gross. Nació en Trujillo y realizó sus estudios secundarios en el Colegio Nacional San Juan de Trujillo. Luego realizaría sus estudios universitarios de Economía y Administración de Empresas en la Universidad Nacional de Trujillo y en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ingresando en noviembre de 1966 como integrante de la membresía de Rotary Club El Rímac. Rotary International le encomendó la erradicación de la poliomiélitis en el Perú. Cabe resaltar que la OPS también ayudó en la capacitación de rotarios. ¿De qué manera contribuyeron los rotarios a la erradicación de la polio? En primer lugar financieramente. Es muy importante mencionar que el Rotary Internacional también apoyó con la cadena en frío y las vacunas, gastando en total unos 3 millones de dólares durante toda la erradicación. En los años de peor crisis económica y de mayor fragilidad del Estado en el Perú, entre 1988 y 1989, fueron los rotarios los que empezaron a comprar las vacunas para que se puedan hacer los barridos contra la polio.

El apoyo del Rotary fue a tal escala que el Ministerio de Salud aprovechó la ocasión para poner otras vacunas como la triple. Debe tomarse en cuenta que la época era de completo descontrol, tanto político, social y económico. Para Gross los resultados no llegaban a ser buenos desde el inicio, debido a que en las reuniones internacionales que organizaba la OPS se observaba que la cobertura del Perú en el caso de la polio con mucho esfuerzo llegaba a un 45% (a pesar de haber empezado con 15%), y esto no era suficiente. Esto impulsó a los rotarios a apoyar la contratación de técnicos a través de la OPS. Estos técnicos ayudaron sobre todo a mejorar

la cadena en frío, que se encontraba en condiciones paupérrimas. Gross se encargaba de realizar informes detallados de deficiencias y necesidades y así, en los primeros años con el dinero de los propios rotarios y después con dinero enviado por Rotary internacional se podían solventar gastos de clubes rotarios al interior del país, como por ejemplo Rotary Club de Trujillo o de Arequipa quienes necesitaban, folletos, automóviles, medicina, etc.

En segundo lugar, los clubes rotarios cooperaban también a nivel local en los barrios distritales, tanto vacunando como movilizándolo a las poblaciones locales. A veces la presencia de los rotarios permitía una mayor cooperación de la población para aceptar el ingreso de los vacunadores a sus domicilios. Como señalara el doctor Jorge Medrano:

en los sitios GA-GA, los sitios muy IN, donde los Rotarios son los que tienen mejor ingreso, para ir a hacer la vacunación porque... Entonces eso va al Rotario y el Rotario es quien tiene dinero, la ropa, la niña de ojos azules, pelo rizado, “vamos a la puerta, va y le tira la puerta”... a una niña blanca de ojos celestes, bonita, le abren la puerta, la invitan a comer, todo.<sup>24</sup>

Los rotarios también se encargaban de proveer alimentos, gasolina y transporte para que los vacunadores pudieran hacer los barrios distritales especialmente a nivel urbano. Y ellos mismos vacunaban también de forma voluntaria, demostrando un enorme sentido de responsabilidad social. Tanto Gustavo Gross como muchos rotarios voluntarios tuvieron dificultades sobre todo en las provincias debido a celos por el lado de la población como de los médicos de pequeñas postas, que en algunos casos creían que los rotarios estaban presentes para evaluar e interferir en su trabajo.

Colaboraron también armando una intensa movilización social alrededor de la erradicación de la polio. Los rotarios difundían el mensaje acerca de la vacunación de la polio a través de varios

---

24. Entrevista a Gustavo Gross en Cardoso 2005.

medios, entre los que destacaron: difusiones radiales en castellano y en quechua, mensajes llevados en charlas tanto a los colegios, iglesias, etc. En las escuelas se comunicaba a niños o niñas que tuvieran hermanos pequeños que los llevaran para vacunarlos. La tarea de difusión se hacía con el apoyo de UNICEF, apoyándose principalmente en la radio para este fin. Los rotarios pensaron y arriesgaron en muchas ocasiones sus vidas disfrazándose de sacerdotes, de policías y militares para convencer a la gente de que vacunen a sus niños por su propio bien.

Como señala el doctor Jorge Medrano:

sin la participación de Rotary, no hubiésemos podido erradicar la Polio en el Perú. Yo digo, sin Rotary no hubiéramos podido erradicar Polio, porque no había vacuna y todo lo que hemos hecho con la vacuna, o sea nosotros hemos usado vacunas en grandes cantidades y la vacuna terminado el día había que botarla y si teníamos cien brigadas en el campo, cada una venía trayendo lo que quedaba de la vacuna y había que botar eso. Había un gran factor de pérdidas, porque bueno la vacuna no era útil, una cosa es mandar un vacunador y otra es mandar cien personas al campo a vacunar y cada una vuelve aunque sea con un solo frasco que nos sirvieran y eran cien frascos para la basura, ¿y quién paga eso?, pagaban los Rotarios.<sup>25</sup>

Es decir, el apoyo no gubernamental en la campaña de erradicación de la polio fue central para su éxito.

## EPÍLOGO

El último caso de polio en el Perú y en las Américas se dio en agosto de 1991 en Junín, departamento de la Sierra central, en un niño llamado Luis Fermín Tenorio Cortez, quien no recibió la vacuna a tiempo. Nacido en el seno de una familia muy pobre,

---

25 Entrevista al Dr. Jorge Medrano en Cardoso 2005.



cuando se le detectó la parálisis se le trató en el Hospital San Juan de Dios en Lima, aunque sin mucho éxito. En estas circunstancias sus padres lo llevaron de nuevo a su tierra natal. A pesar que ni Rotary ni la OPS se encargaban de la rehabilitación de la enfermedad, los rotarios decidieron que vuelva a la capital para su tratamiento. En un inicio estuvo en un hospicio durante el lapso de dos años. Después con el financiamiento de los rotarios, durante diez años, se le fue dando apoyo educacional y principalmente médico (en las áreas de terapia del lenguaje y odontológica). El gasto corrió enteramente por clubes rotarios de Estados Unidos. En septiembre del año 1994, luego de dos años de barridos en Junín, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) anunció la erradicación de la poliomielitis de las Américas.

La erradicación contra la polio fue un caso exitoso en la salud pública peruana. A pesar de que se logró fuera de los plazos establecidos y que el Perú fue el último país en las Américas en lograr los objetivos, consideramos que fue un caso de éxito, pues permitió acabar con una de las enfermedades más visibles del siglo xx que cada año afectaba a miles de niños en el país y en la región. ¿Cómo fue posible lograr este éxito en medio de una de las crisis económicas más duras de la historia peruana y en medio de la violencia terrorista de Sendero Luminoso? Las claves de este éxito fueron varias. El hecho de tener una meta concreta (erradicación de la polio) alcanzable en un tiempo relativamente corto (1986 a 1991) permitió unificar esfuerzos y mantener el compromiso de funcionarios de la salud, médicos y enfermeras, así como de asociaciones no gubernamentales. Otra clave fue también el contar con tecnologías relativamente baratas y fáciles de aplicar (vacuna oral), lo cual permitió que se organizaran campañas verticales de gran alcance. En el caso peruano la erradicación de la polio no hubiera sido posible sin el apoyo técnico de organismos internacionales, como la OPS, que permitieron superar las limitaciones técnicas, de laboratorios y de logística del Estado peruano.

Central para el éxito de la campaña fue también el apoyo de organismos no gubernamentales como el Rotary Internacional. Los rotarios fueron decisivos en varios aspectos, de los cuales rescata-mos principalmente dos: financiamiento (pagaron por las vacunas, sueldos de personal técnicos y gastos necesarios para las jornadas de vacunación); y movilización de la población (campañas de comunicación, conseguir voluntarios para realizar las vacunaciones, lograr que muchas personas abrieran sus domicilios para las vacunaciones cuando inicialmente estaban reacios a hacerlo). Los rotarios vacunaron ellos mismos a miles de personas en zonas rurales y con presencia terrorista, arriesgando muchas veces sus vidas.

La campaña hizo visibles también las enormes limitaciones del Estado peruano de fines de la década de 1980 en materia de salud pública. El Estado peruano se mostró incapaz de conseguir los recursos técnicos y financieros necesarios para llevar adelante la campaña de erradicación de la polio. Es necesario recordar, sin embargo, que esta se dio en una de las etapas más difíciles de la historia peruana. Entre las dificultades, definitivamente la más visible y que afectó todo el desenvolvimiento de la campaña fue el terrorismo y el lidiar con una economía en deterioro. Se luchó en conjunto contra la hiperinflación, el miedo social y un gobierno desprestigiado. Faltó también un apoyo más visible de parte de las autoridades políticas estatales. Fue en realidad la iniciativa y el esfuerzo de sectores no gubernamentales y la sociedad civil lo que permitió cumplir con las vacunaciones masivas (estrategia básica para la erradicación de la polio). Los grupos parroquiales y los clubes rotarios resultaron esenciales particularmente en las zonas donde había una fuerte presencia del grupo terrorista Sendero Luminoso. En muchas de dichas zonas rurales donde la presencia estatal era escasa o inexistente fueron los rotarios los que organizaban a los voluntarios y el transporte necesario para los Días Nacionales de Vacunación.

Este artículo ha mostrado también que no hubo una respuesta uniforme de los miembros de Sendero Luminoso frente a las cam-

pañas de vacunación. Mientras en algunos casos el grupo terrorista frenó los esfuerzos de vacunación o dinamitó postas de salud; en otros casos simplemente no interfirió y más bien dio a entender a los médicos que estaban a favor de la campaña. Es decir, no existió una actitud uniforme. Ello nos permite cuestionar la supuesta cohesión que usualmente se apunta existía en el grupo terrorista Sendero Luminoso, y más bien nos habla de un grupo que funcionaba de forma desarticulada en algunos aspectos.

## REFERENCIAS

- ALMEIDA, Marta  
2003 *República dos Invisíveis*. Sao Paulo: Universidad de San Francisco.
- ARMUS, Diego (ed.)  
2003 *Disease in the history of modern Latin America*. Durham: Duke.
- ASSAAD F. y K. Ljungars-Esteves  
1985 «Panorama mundial de la poliomiélitis». Simposio Internacional sobre el control de la Poliomiélitis (Celebrado en la Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 14-17 de marzo de 1983). Washington DC: OPS, pp. 3-11.
- BENCHIMOL, Jaime Larry  
1999 *Dos microbios aos mosquitos*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- BROWN, Theodore M., Marcos Cueto y Elizabeth Fee  
2006 «La Organización Mundial de la Salud y la transición de la “Salud Internacional” a la “Salud Global”». En: Marcos Cueto y Víctor Zamora (eds.). *Historia, salud y globalización*. Lima: Salud Global, UPCH, IEP, pp. 69-101.

BUSTÍOS ROMANÍ, Carlos

2009 *Historia de la Salud en el Perú*. Tomo 6. Lima: Academia Peruana de la Salud.

CARDOSO, Rosa Maria Welles

2005 «Depoimento». En: *Acervo de Depoimentos Oraís Memória da Poliomielite*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/Departamento de Pesquisa/Departamento de Arquivo e Documentação.

COMISIÓN DE LA VERDAD Y LA RECONCILIACIÓN

2003 *Informe final*. Tomo II. Lima: Comisión de la Verdad y la Reconciliación.

CUETO, Marcos (ed.)

1994 *Missionaries of Science*. Indiana: Bloomington.

CUETO, Marcos

1997 *El regreso de las epidemias*. Lima: IEP.

2006 «Los orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria Selectiva de Salud». En: Marcos Cueto y Víctor Zamora (eds.). *Historia, salud y globalización*. Lima: Salud Global, UPCH, IEP, pp. 27-58.

HOCHMAN, Gilberto y Diego Armus

2004 *Cuidar, controlar, curar*. Río de Janeiro: Fiocruz.

OSHINSKY, David

2005 *Polio. An American story. The crusade that mobilized the Nation against the 20th century's most feared disease*. Nueva York: Oxford University Press.

RAIMUNDO DO NASCIMENTO, Dilene, Marcos Cueto, Eduardo Ponce Maranhão y Deepak Sobti

2010 «A erradicação da poliomielite na América Latina: comparando Brasil e Peru». En: Dilene Raimundo do Nascimento (org.). *A história da poliomielite*. Rio de Janeiro: Garamond, pp. 161-177.

SALGADO, Sebastian

2003 *The end of polio: a global effort to end a disease*. Boston: Bulfinch Press.

SÁNCHEZ LÓPEZ, Temístocles

2002 «Prevención, erradicación y control de enfermedades transmisibles». En: *Organización Panamericana de la Salud. Cien años de cooperación al Perú. 1902-2002*. Lima: OPS, p. 130.

SEYTRE, Bernard y Mary Shaffer

2005 *The death of a disease: a history of the eradication of poliomyelitis*. London: Rutgers University Press.

SHELL, Marc

2005 *Polio and its aftermath. The paralysis of culture*. Cambridge: Harvard University Press.

SUAREZ OGNIO, Luis et al.

2010 *Historia de la Salud en el Perú*. Vol. 12. Lima: Academia Peruana de Salud, p. 395.

TEJADA DE RIVERO, David

1985 *Política nacional de salud*. Lima: Ministerio de Salud, 1985.

1985 «Atención Primaria de la Salud y ampliación de coberturas». En: MORALES LA TORRE, Laura (ed.). *Políticas de salud para el Perú: medidas de urgencia*. Lima: Instituto de investigaciones Cambio y Desarrollo, Fundación Friedich Ebert, pp. 11-16.

2008 «Alma-Ata: 25 años después». *Perspectivas de Salud*, vol. 8, n. 2. (Versión electrónica) ([http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17\\_articulo1\\_1.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_1.htm)).

TORRES ZÚÑIGA, Galindo

2000 «Prevención de enfermedades transmisibles». En: Oswaldo Salaverry García (ed.). *Historia de la medicina peruana en el siglo XX*. Tomo II. Lima: UNMSM, Asociación de Historia de la Medicina Peruana, pp. 1137-1147.

VIEIRA DE CAMPOS, André Luiz, Dilene Raimundo do Nascimento y Eduardo Maranhão

2003 «A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização». *Historia, Ciencia y Saude-Manguinhos*, vol. 10, sup. 2, pp. 573-600.

WHITTEMBURY VLÁSICA, Álvaro y María del Carmen Reyna Maurial

2010 «Poliomielitis aguda». En: Luis Suárez Ognio et al. *Historia de la Salud en el Perú*. Vol. 12. Lima: Academia Peruana de Salud, pp. 393-403.