

Vargas, Manuel Matías

La problemática de la epidemia de cólera en la ciudad de Córdoba (1990-1995)

1. El primer brote colérico dentro del territorio nacional (1867-1868)

Quienes se han dedicado al estudio de las primeras apariciones del cólera en la Argentina señalan que, a diferencia de la mayoría de los países de occidente, esta enfermedad comenzó a actuar con mayor virulencia en la segunda mitad del siglo XIX.

Esto coincidió con la incorporación del país al mercado internacional como exportador de materias primas. Desde 1852, el territorio nacional se encontraba dividido en dos entidades políticas, la Confederación Argentina y la provincia de Buenos Aires. La división subsistió durante un espacio de casi diez años, hasta la derrota de la Confederación en la batalla de Pavón (1861). En el periodo posterior, las presidencias liberales de Mitre, Sarmiento y Avellaneda tuvieron como principal prioridad la consolidación de la autoridad estatal mediante el control de los últimos levantamientos de los caudillos del interior. Además, promovieron el desarrollo de la economía a través de la exportación de productos primarios y el fomento de la inmigración europea.

Cuando el cólera hizo su ingreso, la Argentina se encontraba sumergida en la Guerra de la Triple Alianza (Argentina era aliada con Uruguay y Brasil contra el Paraguay). En consecuencia, se trataba de un período caracterizado por choques armados pero con un incipiente crecimiento poblacional y comercial.

El origen del primer brote epidémico todavía es objeto de análisis. En parte, se debe a que los médicos de la época no pudieron determinar con exactitud dónde se desarrolló el primer caso y cuál fue su vía de ingreso. Se especuló que su llegada pudo haberse producido por la vía atlántica, a través de los puertos del litoral, como Buenos Aires o Rosario. Sin embargo, como advierte Carbonetti, la guerra de la Triple Alianza permite pensar en el papel de las tropas como agentes de transmisión, sobre todo por las duras condiciones de existencia que éstas debieron soportar y que pudieron haber favorecido el desarrollo de la enfermedad. En su estudio de 1897, *El Cólera en la República Argentina*, el Dr. José Penna señaló la posibilidad de una expansión simultánea por distintas rutas. Sugirió una importación directa desde Brasil, así como un ingreso indirecto desde el país vecino por intermedio de Paraguay. Además, indicó una llegada directa desde Europa y una importación indirecta desde aquel continente por intermedio del Uruguay. Quizás, la hipótesis más pertinente es esta última, ya que en dicho país el cólera se declaró un mes después de que apareciera en Brasil. En noviembre de 1866 había llegado a Montevideo el vapor "Sensovia", proveniente de Génova, donde el cólera reinaba desde septiembre. Si bien el barco fue enviado a cuarentena, uno de sus pasajeros enfermó de síntomas parecidos al cólera y, desde allí, se extendió a gran parte de Montevideo y llegó a la Argentina.

Aunque su origen no se conoce con certeza, Carbonetti señala que en su desarrollo se pueden reconocer dos etapas. En la primera, la enfermedad se manifestó en los pueblos del litoral que se encontraban en los bordes de los ríos, como Rosario, Buenos Aires, Santa Fe, Corrientes y Tigre. El cólera fue detectado en marzo de 1867 en Rosario. Unos meses después, la epidemia se declaró en la ciudad de Buenos Aires, momentos en que también ingresó en la provincia y la ciudad de Corrientes. Las tropas que se encontraban en esa provincia por el conflicto con el

Paraguay se vieron fuertemente afectadas por la enfermedad. La rápida expansión por el litoral puede vincularse a la primera etapa de la propagación del cólera por el territorio nacional, puesto que se desplazó por las aguas de las principales corrientes hídricas y de los barcos y los cadáveres que fueron arrojados a los ríos y que generaban focos de contagio. Por lo tanto, los vectores de contagio eran esencialmente los grandes ríos, en especial el Paraná. Una segunda etapa tuvo lugar en la primavera y el verano de 1867-1868, cuando la enfermedad atacó con mayor virulencia el interior del país. Las zonas especialmente afectadas serían, como se mencionó anteriormente, el interior de Buenos Aires y las provincias de Santa Fe y Córdoba. También se hizo presente en las provincias del norte pero con menor agresividad.

El impacto de la epidemia en la población argentina fue muy diverso en cuanto a la mortalidad que registró en distintos espacios. A diferencia de la provincia de Buenos Aires, que tuvo el mayor índice de mortandad, la ciudad de Córdoba contaba con un saldo mucho menor, semejante al de Rosario. Durante el brote de ocurrido en los años 1867-1868, en la ciudad de Córdoba fueron enterradas 2.371 personas, es decir un 8% de su población (un 2% del total provincial). Muy diferente fue el caso de Buenos Aires, donde el saldo fue de aproximadamente unas 110.000 muertes. Esta cifra era muy inquietante para la época, aunque es necesario tener en cuenta que los datos son más bien estimativos y no permiten reconstruir con exactitud la magnitud del fenómeno.

Para el caso de la ciudad de Córdoba, algunos investigadores sostienen que la contaminación de los principales suministros de agua utilizada para el consumo de la población habría sido la causa por la cual el número de personas infectadas en la capital provincial fue superior al de las zonas del interior.

Frente al cólera, el Estado provincial no desarrolló una política sanitaria definida y sólo había organizaciones de caridad que ofrecían cuidado a los enfermos. Ante esta situación, se desarrollaron diversas estrategias para prevenir la difusión de la enfermedad, como evitar la concentración de gentes y cerrar mataderos y curtiembres. El saber médico, en un incipiente estado de formación, no podía establecer con precisión los factores que generaban la aparición de la enfermedad, por lo que sólo recomendaba cuidar la higiene personal, blanquear las casas, quemar sulfuro e incienso y mantener una dieta determinada.

En el momento de iniciarse la primera epidemia de cólera imperaban los paradigmas derivados de la teoría miasmática y la teoría del contagio. El primer postulado era aceptado por la joven cúpula médica y afirmaba que la enfermedad era producto de unos efluvios conocidos con el nombre “científico” de miasmas. Dichas emanaciones eran definidas como olores nauseabundos que se desprendían de las sustancias (los vegetales en descomposición, cuerpos enfermos y toda clase de aguas estancadas). De acuerdo con la concepción de la época, los miasmas eran responsables de la enfermedad, debido a que las partículas de tales emanaciones eran capaces de ingresar al cuerpo humano. Junto con este paradigma se encontraba la teoría del contagio, la cual sostenía que la enfermedad se podía transmitir a través del contacto con una persona afectada por el mal.

Estos postulados que imperaban en el pensamiento académico de la época fueron puestos en cuestión por un joven médico inglés llamado John Snow. Este profesional de la salud comenzó a hacer un registro de las defunciones ocurridas en la zona sur de Londres. Comprobó que los habitantes de ese sector de la ciudad tomaban agua que provenía río abajo del Támesis, que estaba altamente contaminada. Esto marcaba una diferencia con otras zonas del espacio urbano cuyos habitantes obtenían aguas de sectores menos contaminados, arriba del río. A partir de

estos descubrimientos, Snow postuló en 1849 que el cólera se transmitía por la ingestión de “materia mórbida”. Dicha “materia” era invisible al ojo humano y debía actuar en los intestinos, produciendo así un síndrome diarreico con deshidratación severa. Esta “materia mórbida” debía ser eliminada por las deposiciones que finalmente terminaban en las aguas del Támesis. La gente, al consumir el agua contaminada del río, ingería este componente dañino cerrando un ciclo de contagio. En un principio, fue duramente criticado por la cúpula médica de su país, pero fue tomado en cuenta a partir del brote colérico que asoló a Londres en 1866. Los revolucionarios descubrimientos de John Snow tardaron en difundirse a nivel internacional.

2. 1886: un nuevo brote epidémico y un país diferente

La Argentina de 1886 ofrecía un panorama diferente en relación con el paisaje institucional que presentaba el país cuando surgió el primer brote colérico a fines de la década de 1860. En el ámbito político, el Estado Nacional había avanzado en el proceso de organización, laicización, centralización y hegemonización de la capacidad de coacción a través de la conformación de ejército nacional. Además, el Estado incorporó nuevas extensiones de tierra para la producción agropecuaria y fomentó las inversiones de capitales externos, al tiempo que desarrolló políticas de inmigración y favoreció el tendido de redes ferroviarias para la intercomunicación de las diversas regiones del país. De esta manera, se consolidó un modelo económico basado en la producción primaria para la exportación y la compra de bienes manufacturados provenientes de los países centrales.

Pero el proceso de modernización también generó tensiones y contradicciones. Durante la época surgió la denominada “cuestión social”, término que definía a una amplia diversidad de problemas sociales derivados del crecimiento económico. Las diversas manifestaciones de la cuestión social tuvieron diferente orden de llegada a la agenda de problemas vinculados al proceso modernizador. Las problemáticas iniciales surgieron con la inmigración y el crecimiento urbano. La expansión de las ciudades fue notable –especialmente en la región pampeana–: mientras en 1869 sólo el 28,6% de la población vivía en núcleos urbanos, en 1895 ese porcentaje se había elevado al 42%. El temor y la inseguridad provocados por la sensación de la posible pérdida del control sobre los sectores populares era realimentado por el aumento y la visibilidad de la pobreza en el ámbito de ciudades que eran incapaces de ofrecer trabajo y vivienda digna a todos los inmigrantes que arribaban. La pobreza era especialmente impactante cuando se producían epidemias y la muerte amenazaba a todos los grupos sociales. En materia de salud pública se conformaron nuevos organismos, como el Departamento Nacional de Higiene y algunos Departamentos de Higiene de las provincias, aunque no había una comunicación fluida entre estas instituciones. Otro aspecto fundamental fue la creación de un espacio académico que favorecía el surgimiento de una nueva elite profesional, como la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Con la consolidación de un amplio espacio profesional, la elite médica empezó a ganar peso al incorporarse al Estado y lograr así una mayor legitimación de sus conocimientos.

Dentro del ámbito de la salud, el higienismo comenzó a cobrar fuerza como un cuerpo de principios que enlazaba la prevención de las enfermedades con el progreso, la multitud, el orden y el bienestar. Sus ideas tuvieron un fuerte impacto en el país a partir de la segunda mitad del siglo XIX, cuando el crecimiento urbano hizo que los

equipamientos colectivos resultaran insuficientes y, a la vez, la cuestión epidémica se hiciera presente con una inusitada frecuencia. Esta ideología urbana no sólo estaba logrando un mayor protagonismo en las ya mencionadas ciudades del litoral, sino que también comenzó a adquirir presencia en el interior.

A fines del siglo XIX y comienzos del XX, las epidemias comenzaron a ser consideradas como un problema social, cuando se las relacionó con otras urgencias y con una nueva convicción de que debían ser solucionadas. Los higienistas fueron figuras claves en la temprana formulación de políticas destinadas a responder a los nuevos desafíos que la sociedad planteaba. El caso argentino es muy particular debido a que muchas de estas preocupaciones mencionadas anteriormente eran patrimonio de un grupo muy heterogéneo de individuos. Pero también fue determinante el proceso de constitución de ciertas agencias administrativas del Estado y de la propia profesión médica, ya que la higiene estuvo principalmente asociada a los médicos. Estos absorbieron con mayor o menor fidelidad los avances y las novedades provenientes de Europa. Sin embargo, a diferencia del caso europeo, los higienistas argentinos se fueron caracterizando por su eclecticismo, ya que su corpus de ideas oscilaba entre vagas nociones de saneamiento urbano con meros juicios morales. Ofrecían consejos y sugerían regulaciones, en donde la prevención de la enfermedad se ponía en cuestión con las ideas de progreso y civilización.

Si bien la agenda del grupo higienista fue sufriendo cambios como reflejo de la transformación del mundo urbano, la ciudad fue una de sus preocupaciones más importantes. En la lucha contra las epidemias se mezclaban los temores generalizados al contagio, la moralización de las masas, la preocupación por el equipamiento urbano y la pobreza. Entre 1870 y 1880 se trataba del saneamiento urbano. El componente preventivo iba dirigido al individuo y sobre todo hacia el medio. La lucha antiepidémica estuvo entendida en gran medida como peligro externo. El conventillo, el rancho, el agua, las basuras, el cementerio, el taller, todos ellos integraban un abanico de objetos urbanos portadores de amenazas. Luego, cuando la construcción de obras de salubridad facilitó el control de los ciclos epidémicos, la higiene destacó más directamente la problemática de la pobreza y la necesidad de levantar una red de instituciones de asistencia para contener los desajustes que los cambios de la modernización habían traído consigo.

Este fue el marco en el que se hizo presente la segunda epidemia de cólera del siglo XIX. El brote se inició a finales de 1886 en la ciudad de Buenos Aires. Se especula que los agentes de difusión de la enfermedad habrían sido inmigrantes infectados por el vibrión que llegaron por medio de los barcos que provenían desde Europa. A ello deben sumarse las condiciones de vida en los grandes espacios urbanos de finales de siglo. El hacinamiento y las malas condiciones sanitarias alentaron la expansión de enfermedades infecto-contagiosas. Otras condiciones desfavorables redundaron en este proceso, como los bajos salarios, las malas condiciones habitacionales, las extensas jornadas de trabajo, la carencia de agua potable y la falta de conocimiento de las medidas de higiene. El ferrocarril también fue motivo de preocupación porque podía favorecer una rápida expansión del “vibrión del Ganges”. Debemos tener en cuenta que el mundo se encontraba mucho más integrado a través del comercio y las políticas de fomento de la inmigración y la incorporación de medios de transporte más rápidos y masivos que, indirectamente, actuaron como agentes del cólera en todo el territorio nacional. El ferrocarril facilitó la llegada de la enfermedad a las grandes urbes. En contrapartida, las localidades que se ubicaban lejos de las líneas ferroviarias se encontraban más apartadas de la epidemia y se vieron libradas de la misma.

El considerable número de muertes que provocó la enfermedad desnudó la precariedad de la salud pública y los duros desajustes sociales del crecimiento económico. Los sectores dirigentes comenzaron a percibir la necesidad de resolver el problema que era percibido como una amenaza para el orden público. Por esto, impulsaron una mayor intervención del Estado en la realización de obras de infraestructura y saneamiento urbano. Así, pues, se centraron en las cuestiones de salubridad e higiene pública, aunque sin prestar atención a las situaciones de riesgo y la inseguridad que experimentaban los trabajadores. Los hombres de gobierno intentaron intervenir en la menor medida posible y sólo allí donde su presencia resultaba indispensable. Predominaba la concepción liberal por la cual el hombre era un individuo responsable y racional que procuraba su interés sobre la base de relaciones contractuales. Según esta idea, cualquier intervención por parte del Estado era un atentado a su responsabilidad individual. Por ende, la cuestión social era todo un dilema dentro del liberalismo, puesto que debía resolverse mediante una política sin Estado o que comprometiera lo menos posible al Estado.

En el caso particular de la epidemia de cólera, se puede apreciar el desempeño de las instituciones estatales en cuanto al grado de organización y el establecimiento de medidas preventivas. A medida que el brote colérico se hizo presente en el país, se suscitaron choques entre las iniciativas del Estado Nacional y las acciones particulares que tomaron cada una de las autoridades provinciales en respuesta del surgimiento de la enfermedad. Desde Buenos Aires la enfermedad se extendió hacia la ciudad de Rosario. El Departamento de Nacional Higiene envió al Dr. Roberto Enrique Martín Wernicke, quien declaró que la enfermedad ya había ocasionado 28 defunciones. A medida que crecía el temor al contagio, las provincias del interior empezaron a cerrar sus fronteras con los principales focos de infección. En el caso de Córdoba, al igual que la provincia de San Luis, se dispuso como medida principal evitar la libre circulación de los trenes hacia sus territorios. También se creó un cordón sanitario desde el Arroyo Tortugas, en el límite de la provincia de Santa Fe. Ante las iniciativas particulares adoptadas por las provincias, se produjo una crisis de autoridad que generó que el gobierno nacional actuase rápido para solucionar dicha problemática.

En el interior del país, la epidemia de cólera tuvo como epicentro a la ciudad de Rosario y, desde allí, empezó a extenderse en la provincia de Santa Fe. En algunas provincias, los factores ecológicos limitaron el desarrollo de la epidemia. Esto justificaría la benignidad del cólera en las provincias de Mendoza y Santiago del Estero. Con frecuencia, la estrategia de la huida hacia las zonas rurales o hacia otras provincias para evitar el contagio terminó favoreciendo la expansión del mal. Un ejemplo de ello fue San Luis, provincia que no tuvo un contacto directo con el cólera, sino a través de la provincia de Mendoza, por medio de un individuo que trataba de escapar de la enfermedad y se convirtió en vector de su propagación.

En Córdoba, la enfermedad tuvo un impacto muy fuerte debido a que se encontraba muy cerca de los principales focos donde se originó el brote. El vector principal de su difusión fue el comercio y el sistema de transporte de pasajeros. Esta segunda irrupción de la enfermedad tuvo un mayor impacto que la primera, por el avance de los medios transportes terrestres y el considerable aumento de la población.

Tras las epidemias del siglo XIX, los avances registrados en el campo de la medicina y la consolidación del sistema sanitario nacional y provincial favorecieron a la erradicación del cólera en la Argentina. Aunque tuvo apariciones esporádicas a comienzos del siglo XX, no tuvieron el mismo impacto que los brotes anteriores. Con el paso del

tiempo, la enfermedad dejó de ser un problema, tanto en el ámbito nacional como en el plano continental. Como consecuencia, la irrupción del nuevo brote colérico a comienzos de 1990 encontró a las autoridades sanitarias poco preparadas para hacer frente a los embates del mal. A ello se agregó que la enfermedad mutó bajo una nueva cepa, conocida como Tor 01, que se caracterizó por ser mucho más agresiva y peligrosa. Esta vez, la enfermedad tendría un nuevo proceso de desarrollo dentro del continente asiático y se convertiría en una desagradable sorpresa para muchos, en especial para gran parte de América Latina.

LA EPIDEMIA DE CÓLERA EN LA ÚLTIMA DÉCADA DEL SIGLO XX.

Luego de los episodios epidémicos que se registraron a lo largo del siglo XIX, el cólera fue considerado un mal virtualmente erradicado. Sin embargo, en la última década del siglo XX, el cólera volvió a generar preocupación dentro del ámbito internacional. Algunos especialistas afirmaron que el brote del vibrión del Ganges surgió en Indonesia, en el año 1961. Desde allí, la enfermedad avanzó hacia el sur de Asia, Medio Oriente y África.

Ante la rápida expansión de la epidemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió un comunicado que examinaba las dimensiones del fenómeno. El informe dio cuenta de un total de 48.403 casos de cólera en los treinta y cinco países que se habían visto afectados por la enfermedad durante el año 1989. El problema generó preocupación por la alta tasa de mortalidad desencadenada por el cólera, pero también por la política de negacionismo que seguían en ese momento muchas de las naciones afectadas.

1. Los brotes epidémicos en América Latina

En el continente americano, el cólera se detectó por primera vez en el puerto de Chimbote, en la República del Perú, en enero de 1991. Esta ciudad se ubica en la costa, una región de gran importancia para la economía peruana. Favorecida por la corriente de Perú (también conocida como corriente de Humboldt), su actividad económica se basa en la silvicultura y la exportación de frutos de mar (en especial, la harina de pescado, moluscos y mariscos). Para algunos especialistas, la aparición del mal en el Perú fue resultado de los desperdicios arrojados desde pesqueros asiáticos que operaban en la zona. La existencia de grandes grupos de población con deficientes servicios básicos, junto con la intensa comunicación entre las poblaciones costeras y la falta de preparación para enfrentar la situación en los primeros momentos contribuyeron a la rápida diseminación de la epidemia.

En poco tiempo, el cólera llegó a Lima y a localidades alejadas de la costa, en las regiones de la sierra y la selva. El análisis de las heces de las zonas afectadas reveló la presencia del vibrión colérico, pero se detectó una serovariedad 01, biotipo Tor, serotipo Inaba. Para junio de 1991 se registraban 223.564 casos, de los cuales 86.954 fueron hospitalizados y 2.163 fallecieron. Según los reportes, hasta el día 22 de junio de 1991 la tasa de incidencia acumulada era de unos 1.034,7 personas infectadas por cada 100.000 habitantes de todo el país. Entre las distintas regiones, la incidencia se distribuía de la siguiente manera: 1.444 casos por 100.000 habitantes en la costa, 206,1 en la sierra y 1039,9 en la selva. En la zona de la costa, donde vivía el 61% de la población, la evolución fue rápida y causó un gran número de casos, con baja letalidad. En la sierra, con el 31 % de la población, la proporción de

casos fue la menor de las tres regiones; allí se hospitalizó a uno de cada dos pacientes pero se registró una mayor letalidad. En la selva, la incidencia en relación al total fue superior a la de la sierra e inferior a la de la costa.

En discrepancia con las autoridades peruanas, que afirmaban que el mal endémico podría generar un número elevado de víctimas, el especialista de la OMS, Nathaniel Pierce, señaló que dichas cifras eran netamente “especulativas y particularmente las referidas a la mortalidad, pues esta enfermedad es fácilmente tratable.” Si la terapia era adecuada prácticamente no podría haber casos fatales. Sin embargo, afirmó que existía la posibilidad de que el brote se expandiera por el continente.

En efecto, una vez notificada la aparición de la enfermedad, la mayoría de los países de la zona sur decidieron aplicar medidas de prevención, como la restricción o prohibición de las importaciones y el estricto control de las personas que entraran o provinieran de ese país. Tales iniciativas no tardaron en generar controversias y rispideces entre las autoridades peruanas con el resto de los países de la región. La débil economía peruana se vio afectada por el cierre de las importaciones de sus productos alimenticios, los controles sobre el turismo y las actividades vinculadas a esta segunda área. Además, la imagen del país quedó perjudicada.

En Ecuador, los primeros casos se notificaron en marzo de 1991, cuando las autoridades sanitarias de la Provincia de El Oro (zona limítrofe con Perú) informaron la existencia de nueve enfermos que presentaban el cuadro clínico de diarrea acuosa profusa, vómito y deshidratación. Según lo registrado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el breve período de marzo y abril de 1991, este país tuvo 2.489 casos estimativos, de los cuales 682 fueron confirmados y 59 fallecieron.

El epicentro original de la enfermedad fue la Comuna del Bajo Alto, de la Provincia del El Oro. La población en esos años contaba con unos 1.800 habitantes con una baja condición socioeconómica, con condiciones muy precarias de vida, por carecer agua potable, letrinas y eliminación de excretas junto con una gran proliferación de ventas ambulantes de bebidas y alimentos sin control higiénico. Se sugiere que el contagio ocurrió por el consumo de agua y de alimentos de mar contaminados. Es posible que el virus haya ingresado a través de los “larveros” provenientes de Tumbes (Perú), región en donde se habían reportado casos de cólera. En época de desove, gran cantidad de pescadores y comerciantes peruanos llegaron a las playas de la Puntilla para recolectar larvas de camarón. La mayoría de estos “larveros” vivían y trabajaban en malas condiciones higiénicas, por la presencia de letrinas o fecalismos al aire libre, la ausencia de agua potable y la precariedad de las viviendas construidas con latas, plásticos y demás materiales de escasa utilidad para ser utilizados como refugios.

A partir de los primeros casos, la epidemia se propagó a través de las pequeñas poblaciones de pescadores (Bajo Alto y Tendales) y llegó a la ciudad de Machala, donde afectó los barrios marginales caracterizados por enormes deficiencias en la infraestructura de saneamiento básico. Pero no se detuvo en esa zona, sino que llegó hasta Guayaquil, que contaba con más de un millón de habitantes, muchos de los cuales vivían en condiciones de pobreza. El brote de Guayaquil se extendió a la provincia serrana de Chimborazo, donde se notificaron casos de cólera en pacientes indígenas que volvieron enfermos de la ciudad luego de comerciar sus productos agrícolas.

En Colombia, el primer caso de cólera fue confirmado en marzo de 1991 en el departamento de Nariño, cerca de la frontera colombo-ecuatoriana. La diseminación en los departamentos de las costas del Pacífico se vio favorecida por la alta vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas intestinales, debido a las condiciones de postergación en que vivían las poblaciones de esa zona. Después de extenderse por diferentes asentamientos del litoral, la

enfermedad se expandió hacia el norte y luego hacia la región de los Andes. Sin embargo, el brote colérico tardó siete meses en extenderse hacia Barranquilla, en la costa occidental del Caribe. A mediados de 1991, se registraron un total de 2.599 casos probables, de los cuales 1.970 fueron hospitalizados y 31 fallecieron. Así, en vísperas de concluir el año, la epidemia había tenido un crecimiento de menor escala en comparación con el caso peruano y el ecuatoriano.

En el caso de Brasil, entre abril y junio de 1991 se notificaron casos de cólera en las ciudades de la zona de Alto Solimões, comunicadas por vía fluvial con Perú y Colombia. Muchos informes de la época señalan que las condiciones de saneamiento de las localidades de la región eran precarias. A modo de ejemplo, en la ciudad de Tabatinga el 29% de la población consumía agua de pozos y un 5% del río Solimões, el mismo en el que se arrojaban gran parte de los desechos. De hecho, la hipótesis más fuerte sobre el desarrollo del cólera en Brasil establece que el río Solimões fue el principal agente de transmisión de la enfermedad.

Con respecto a Chile, la enfermedad empezó a manifestarse entre los meses de abril y junio de 1991. Se notificaron 41 casos, 34 de los cuales ocurrieron en la región metropolitana que corresponde a Santiago y sus alrededores, aunque también se informó sobre la existencia de otros casos en el norte del país.

En México, las primeras notificaciones de cólera fueron durante el mes de junio. Inicialmente, los casos se localizaron en la región central del país donde, al parecer, el principal vector de contagio fue el Río San Miguel. Meses después, pese a las enérgicas medidas de control, el cólera se propagó por gran parte del país (aproximadamente dieciséis estados). Las áreas más afectadas fueron las zonas de la costa sur del Golfo y la frontera con Guatemala.

A medida que la epidemia de 1991 avanzó, nuevos países latinoamericanos se vieron afectados. En Guatemala, la enfermedad se difundió por la costa del Pacífico Occidental, pero también se expandió a las provincias orientales y alrededor de la Capital. En este país en particular se señaló a los trabajadores rurales migratorios y a la población autóctona como los sectores más vulnerables. El Salvador, por su parte, registró los primeros casos a mediados de 1991 en la capital del país y en la zona oriental. Honduras y Nicaragua tuvieron pocos casos y en Panamá se registraron cerca de la zona tropical y en el límite con Colombia. En Venezuela, la rápida expansión de la enfermedad se explicó a partir de los viajeros, aunque no se desestimó la influencia del consumo de alimentos y bebidas de vendedores ambulantes (en especial, líquidos que contenían hielo, alimentos expuestos a temperatura ambiente, pescados, mariscos y crustáceos crudos y agua envasada manipulada por personas infectadas).

Para 1992 se produjo un brote que completó el avance de la enfermedad en territorios que no habían sufrido sus embates. Así, catorce meses después de haberse reconocido la presencia de la enfermedad en el Perú, la epidemia de cólera se propagó a lo largo y a lo ancho del continente, extendiéndose a un total de veinte países, incluyendo a Belice, Surinam, Costa Rica, Guayana Francesa, Guatemala, Costa Rica, El Salvador, Guyana, Honduras, Panamá, Venezuela y Argentina.

Para 1992 la OPS registró un total 353.300 casos, aunque es probable que muchos no hayan sido notificados; además, se contabilizó la nada alentadora cifra de 2.396 de defunciones. Los países más afectados fueron aquellos pertenecientes al área andina, especialmente Perú y Ecuador, que alcanzaron tasas de 875 y 287 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. En Perú, la enfermedad ocupó casi todo el país e incluso hubo un resurgimiento del

brote en áreas como Ayacucho, Arequipa y El Callao, pero también en otras áreas como Huancayo y Lima. Ecuador siguió con un patrón similar al de 1991, con una particular afección de las zonas costeras. Con respecto a Bolivia, la enfermedad surgió casi simultáneamente en Cochabamba, Santa Cruz, Tarija, Chuquisaca y Potosí con una tasa de 279 casos por 100.000 habitantes.

Es necesario aclarar que, desde su aparición en el año 1991, el cólera no desapareció del continente de manera abrupta. Por el contrario, la enfermedad tuvo otros dos rebrotes, en 1993 y en 1998-2000. En todo el período, el virus experimentó un proceso de readaptación al combinarse con otras cepas (fase endemoepidémica) pertenecientes a la misma enfermedad.

En parte, la rápida expansión y la prolongada persistencia del cólera en el continente fueron resultantes de la falta de continuidad y pericia en la formulación y gestión de políticas a largo plazo. Si bien se establecieron medidas de prevención orientadas a contener el avance de la enfermedad, gran parte de los países afectados no pudieron afrontar la enorme variedad de problemas infraestructurales concernientes al manejo del agua y los alimentos.

Después de la fase epidémica que sufrió Ecuador entre 1991 y 1992, se instaló una fase endemoepidémica con una recrudescencia esporádica de casos durante la temporada de lluvias en la costa y una difusión secundaria a la sierra. En 1997, el número de casos no superó los 65, pero en 1998 el fenómeno climático de “El Niño” favoreció la reaparición de la enfermedad, notificándose 3.755 casos de cólera.

En Bolivia, luego del pico de 1992 la tasa de incidencia comenzó a descender sostenidamente a un nivel endémico de menos de 50 casos por cada 100.000 habitantes, cifra que se mantiene hasta la actualidad.

En Colombia, la epidemia de cólera registrada entre 1991 y 1992 mostró tasas de incidencia de 16.800 y 13.287 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. En los dos años siguientes, la tendencia fue en disminución, y en 1995 y 1996 se produjo un nuevo incremento, alcanzando una tasa de 4.428 casos por 100.000 habitantes en ese último año. Posteriormente, la tasa disminuyó progresivamente. En 1999 se registraron 13 casos distribuidos en 8 departamentos del país, con una tasa de incidencia de 0.031 casos por cada 100.000 habitantes. Durante los años 2000 y 2001 no se reportó ningún caso de cólera en el país.

Para el año 1991, Venezuela registró 13 casos y para 1992 ya daba cuenta de 2.848 casos. En 1994 y 1995 no se registraron nuevos episodios. En 1997 hubo una epidemia de 2.551 casos, equivalente a una tasa de incidencia de 11,2 por cada 100.000 habitantes. En 1999, la tasa de incidencia bajó a 1,6 por cada 100.000 habitantes y se produjeron 7 defunciones. En 2000 se produjeron 4 defunciones, todas ellas en Sucre.

2. El cólera en la Argentina

Cuando se desarrollaron los primeros casos de cólera en el continente, las autoridades sanitarias argentinas consideraron que el país no corría peligro e, incluso, llegaron a descartar que el brote pudiese generar graves consecuencias en el suelo nacional. Estas argumentaciones se sustentaban en la confianza en que el cuadro sanitario que presentaba el país, en materia de infraestructura e insumos, evitaría el avance del mal. En cierta forma, la aparición del cólera fue subestimada, minimizándose su importancia y peligrosidad.

Para algunos especialistas como el infectólogo cordobés, Dr. Remo Bergoglio, la epidemia de cólera podía ser desastrosa y tener consecuencias imprevisibles para todos aquellos países que no contaban con una adecuada infraestructura sanitaria. Esta postura fue sostenida por el Director General de Medicina Sanitaria de la Provincia de Córdoba, Luis Fernando Iglesias, quien descartó que el brote colérico ocurrido en el Perú pudiese tener un efecto en el país, pues la infraestructura sanitaria se encontraba más desarrollada. En cierta manera, la epidemia no era vista como una amenaza.

Sin embargo, esta visión positiva fue cambiando conforme el brote comenzó a expandirse a través del continente. La confianza en la capacidad de la Argentina de afrontar la enfermedad cedió paso a una mayor inquietud. El Presidente de la Sociedad Argentina de Epidemiología, Carlos Ferreyra Núñez, subrayó que era necesario dejar de señalar al cólera como la problemática de un país y asumir su condición continental. Indicó que había una gran probabilidad de que la enfermedad ingresara al territorio nacional y, aunque no negó que el brote podría ser fácilmente controlado, sostuvo la importancia de establecer un plan de prevención con responsabilidades definidas bajo un esquema intersectorial. Lo cierto es que no descartó que el país se encontraba en una situación de pre-brote. Cuando el cólera amenazaba con extenderse en Bolivia y los avisos de las autoridades encargadas de la cartera de salud no daban buenos pronósticos, las medidas de control se hicieron más estrictas, en especial sobre aquellas embarcaciones que poseían la bandera peruana y sobre aquellas personas provenientes de las zonas afectadas.

Lo cierto es que la Argentina no permaneció al margen de la enfermedad. Los primeros casos fueron notificados en febrero de 1992 en Salta. Otras provincias que registraron enfermos durante el primer período fueron Jujuy y Formosa. A ello se le agregó un caso detectado en la provincia de Buenos Aires, en la localidad de Bella Vista. La persona afectada era una mujer de unos 34 años de edad que fue internada en un hospital del partido de General Sarmiento. El Ministerio de Salud y Acción Social señaló que el vibrión que afectó a esta mujer pertenecía a un serotipo diferente al que afectaba a las poblaciones de Salta y Jujuy. Por lo tanto, no generó tanta repercusión entre las autoridades sanitarias de Buenos Aires y de la Nación debido a que fue caratulado como un caso aislado de la epidemia que azotaba el norte del país.

Así, la enfermedad tuvo un mayor impacto en las provincias del norte, en poblados pequeños ubicados en la frontera con Bolivia. Se trataba de localidades pobres. Entre los principales canales de contagio se señalaban las cuencas hídricas, como el río Pilcomayo. La prensa señalaba que las aldeas y los pequeños poblados de la frontera con Bolivia utilizaban los ríos para desechar sus excrementos.

La llegada del cólera generó un gran impacto. No sólo porque su presencia se hizo real e incuestionable en un país que había desestimado su peligro, sino también porque su expansión hizo visible múltiples situaciones de pobreza y vulnerabilidad. Con los primeros casos de cólera, la enfermedad puso en evidencia la brecha existente entre el discurso de las autoridades nacionales y la realidad de las poblaciones afectadas, signadas por las carencias en la infraestructura sanitaria y la precariedad en las condiciones de vida de gran parte de sus habitantes. El cólera permitió comprobar la existencia de muchas personas olvidadas por el sistema.

Desde que el cólera comenzó a manifestarse dentro del territorio nacional hasta inicios de enero de 1993, la cantidad de personas infectadas en todo el país ascendió a 579. Aunque la mayoría de los casos se registraron en

el N.O.A., la enfermedad también afectó a provincias que se consideraban provistas de un cuadro sanitario más organizado y equipado, como Buenos Aires, Mendoza y Córdoba. A diferencia de lo ocurrido en Salta y Jujuy, el desarrollo del cólera en estas provincias acusó un menor impacto en las tasas de morbilidad. Sin embargo, la enfermedad puso en evidencia un amplio espectro de problemas, como el nivel de pericia de los controles efectuados por las autoridades, las condiciones materiales de vida de algunos sectores sociales y hasta la calidad del servicio de agua brindado por las empresas locales.

Trabajo completo: Vargas, M. M. (2018). La problemática de la epidemia de cólera en la ciudad de Córdoba (1990-1995) (Doctoral dissertation, Universidad Católica de Córdoba).

Disponible en: <http://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/2948/>

