

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

**UN MODELO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA SALUD PÚBLICA
El caso de la Epidemia de Cólera en América. (1991 - 1992)**

SANTOS DEPINE, MD, MPH

Diciembre de 1997

.- RESUMEN

La epidemia de cólera en el Continente Americano, generó en todos los países una gran movilización social, asociada a una fuerte presencia de los Estados .

En la República Argentina, se desarrollaron acciones en todas las regiones del país, vinculadas con el diagnóstico de situación regional, y a la implementación de las normas técnicas adecuadas a las realidades y posibilidades de cada región, con propuestas abarcativas de acciones en cada una de las áreas temáticas programadas : Epidemiología, Saneamiento del Medio, Atención Médica, Diagnóstico de Laboratorio, Control de Alimentos, Sanidad de Fronteras y Transportes, y Educación para la Salud.

Todas ellas tuvieron su expresión en el corto plazo, y se constituyeron en los pilares básicos de la acción y participación social, y en el mediano y largo plazo, en la generación y concreción de la necesidad de implementar las inversiones adecuadas en los sectores correspondientes, para ampliar significativamente la provisión de agua potable, saneamiento básico - disposición de excretas, y basuras, a nivel de los grupos de población con mayores necesidades básicas insatisfechas.

La planificación y la ejecución tuvieron un carácter interdisciplinario, intersectorial y participativo, conjuntamente con entidades intermedias y de la propia comunidad, a través de una movilización pública como pocas veces una determinada situación de salud había motivado en nuestro medio, y que seguramente tuvo su expresión en la demora en el ingreso de la enfermedad, y posteriormente en su control en las zonas donde se presentaron casos aislados, y aún en las mas afectadas por el brote.

Como contrapartida, en el momento inicial de brote en la población aborigen del noroeste argentino, se ejecutaron acciones sanitarias, adecuadas a las necesidades sanitarias, pero cuyo impacto en las condiciones de vida, de las comunidades fue muy negativo, y puso de manifiesto profundas inequidades en las relaciones sociales, laborales, y de la propia comunidad con el Estado, y viceversa.

Esto demostró que era fundamental darle la necesaria continuidad y regularidad a las acciones tan intensamente desarrolladas, pues solo de esa manera podía aspirarse a que los logros alcanzados se afianzaran, profundizaran, y se proyectasen al futuro en resultados de una mejor calidad de vida para toda la población.

Esta misma reflexión resulta válida en la actualidad, pues la disminución y/o desactivación del esfuerzo intersectorial, no solo neutralizará e inhibirá los logros obtenidos en el campo de la salud en general, y de la muy positiva movilización institucional y comunitaria alcanzada, sino que recrea una situación de muy particular riesgo, dada la persistencia de males endémicos en los países de la Región., los cuales sin el compromiso participativo de la sociedad, no podrán controlarse.

.- NOTA INTRODUCTORIA

El trabajo que se presenta, se ha desarrollado tomando en consideración la presencia en el Continente Americano de una enfermedad, el cólera, que por sus antecedentes de grandes epidemias en la antigüedad, con poblaciones enteras desaparecidas y/o afectadas, su imagen de degradación y muerte, pueden tener en el imaginario popular un impacto negativo muy grande.

Cuando situaciones de este tipo suceden, una respuesta posible es la inmovilización, lo que la cultura popular podría definir como la parálisis del miedo.

Por ese motivo, el análisis de esta situación, posee una importancia fundamental para evaluar las respuestas sociales, sus disparadores, sus resultados, todo ello insertado en una acción de salud, que intentó otorgar a la presencia de enfermedad una acción movilizadora de la sociedad, utilizándola como un detonante en ese sentido.

Por otra parte, la circunstancia de haber podido participar activamente en todo su desarrollo, desde la presidencia de la Comisión Nacional de Prevención y Control del Cólera; creada a tal efecto; otorga al autor la importancia adicional de poder efectuar una metaevaluación de las acciones realizadas, de las estrategias sociales desarrolladas, los impactos observados, analizar los resultados obtenidos, y reelaborar propuestas.

Ya desde el mensaje, que constituyó la base de la campaña, “no tenga miedo, tenga cuidado”, se instó a la acción, otorgando a cada persona la posibilidad de ser un actor fundamental en la acción de salud.

La movilización surgió; en el conjunto de la sociedad; con el convencimiento de que solamente la sumatoria de acciones individuales podrían desembocar en una respuesta favorable, que en el caso del cólera no era la de evitar el ingreso de

enfermedad; imposible de lograr por sus propias características; sino minimizar su grado de desarrollo y sus consecuencias individuales y sociales.

A los fines de su presentación, este trabajo se divide en 6 capítulos, que incluyen:

1.- Antecedentes

2.- Problemas

3.- Objetivos

4.- Métodos

5.- Resultados.

6.- Conclusiones y propuestas

En los [antecedentes](#), se detalla la evolución histórica del cólera en el Continente en el siglo pasado, incluyendo un análisis pormenorizado de su relación con cada una de las pandemias, su forma de ingreso y propagación, los países afectados, sus resultados, y por último su desaparición.

Posteriormente, se analizan las circunstancias que acompañaron a su ingreso en 1991, luego de transcurridos casi cien años de ausencia de enfermedad.

Se hace una especial referencia a las condiciones socioeconómicas de la región, focalizando posteriormente en los países comprometidos, fundamentalmente Perú, Ecuador, Colombia, como primeros países afectados, detallando sus igualdades y diferencias, su estilo de vida, y sus diferentes respuestas, que condicionaron en grado sumo la nueva situación sanitaria generada en la Región.

A posteriori, se detalla cuidadosamente la evolución que tuvo la enfermedad en Bolivia, que se constituyó en la puerta de entrada a nuestro país, y que justificó la decisión compartida de efectuar acciones conjuntas de control del brote.

Se analizan luego, las implicancias que tuvo para la República Argentina la enfermedad, a partir de febrero de 1992, fecha de ingreso del cólera en ella, que en

el cono sur; conjuntamente con Paraguay y Uruguay; eran los tres países que se habían mantenido hasta ese momento sin ingreso de enfermedad.

En el capítulo de **Problemas**, se focalizan los condicionantes sociales de ese momento, tanto los generales en el país, como los específicos de la región del Chaco Salteño, lugar de ingreso de la enfermedad, de desarrollo del brote, y por ende de mayor acción y despliegue sanitario y logístico para su control.

Estos condicionantes, y las circunstancias apuntadas, son las que motivan que esta presentación, si bien analiza lo actuado en el ámbito de todo el territorio nacional, tenga una fuerte focalización en el estudio de las acciones realizadas, y sus repercusiones resultantes en la población aborígen del norte de Salta.

Además, dado el impacto económico que genera la presencia de enfermos de cólera en los países, su asistencia, y los efectos secundarios indeseables que causa en sus economías, se efectúa una descripción detallada de la fisiopatología, su cuadro clínico y su terapéutica.

Los **Objetivos** del trabajo; en lo **general**; están dirigidos al análisis de las acciones estatales y privadas, y las respuestas sociales del conjunto de la sociedad.

En lo **específico**, el análisis está planteado en forma circunscripta a las intervenciones en la población aborígen del Chaco Salteño, y a las estrategias de acción llevadas a cabo para evitar la pérdida de nuestros mercados exportadores, a los alimentos considerados de riesgo de transmisión del vibrio.

En los **Métodos**, se recopilan las acciones, divididas según el estadio de enfermedad; en ausencia, etapa de prebrote, y en presencia del brote.

Se jerarquizan los aspectos preventivos de las acciones, ubicando la problemática en un contexto político, económico, social, y sanitario.

El desarrollo, permite avanzar en la modificación del preconcepto “cólera enfermedad de la pobreza”, al de “cólera generador de pobreza”, por su incidencia negativa en la generación del Producto Bruto Interno en los países afectados, la disminución de su actividad comercial interna, externa y turística.

Estas situaciones, son las que justifican el análisis de las acciones desarrolladas conjuntamente con el Ministerio de Relaciones Exteriores, para no incrementar el impacto económico negativo en el país.

Este accionar; consecuencia de las implicancias económicas en juego; tuvo el efecto positivo, de dejar fuertemente incorporados a una problemática sanitaria muy relacionada con las situaciones de abandono y de pobreza, a todos los niveles sociales, y por lo tanto generó un gran compromiso participativo en las personas, el cual se objetiva para los fines del trabajo, en el accionar de los agentes ferroviarios, entre otros.

En cuanto a los [Resultados](#), estos constituyen en realidad un producto del análisis crítico de las acciones realizadas, el cual al quedar circunscrito a la población aborigen, persigue la finalidad de alcanzar a través de ellos; mediante el análisis de los efectos secundarios no deseados; las falencias de inclusión, en los contenidos de los programas sanitarios para las comunidades de más difícil acceso, fundamentalmente cuando se requiere un fuerte impacto en la atención primaria de la salud.

Por último en las [Conclusiones y Propuestas](#), se plantean algunas soluciones, que tienden a dotar de una mayor eficiencia al accionar preventivo y curativo, a asegurar adecuados medios de difusión de contenidos, a reconocer la importancia de la presencia de las barreras culturales, a no desconocer la existencia de los sistemas profanos de referencia, y a la importancia de asegurar la adecuada identificación de los verdaderos referentes de las comunidades, que son los que pueden garantizar desde la visión de los pobladores, la equidad en las acciones de distribución de elementos.

1.- ANTECEDENTES

1.1.- Antecedentes históricos del cólera en el Continente Americano.

El cólera se introdujo por primera vez en las Américas, durante el transcurso de la segunda pandemia, desarrollada entre 1829 y 1850.

Llegó a la región costera en 1832, traída por barcos procedentes de Europa, los cuales a pesar de soportar cuarentenas en Gross Island, en la cercanía de Québec en Canadá, introdujeron a esa ciudad la enfermedad, que posteriormente vehiculizada por las aguas del río Saint Lawrence, invadió el interior del país.

En forma simultánea se presentaron casos en Estados Unidos, en las ciudades de Nueva York y Filadelfia, donde se mantuvo circunscrito hasta 1834.

A partir de ese año se extendió, atravesando las montañas Rocallosas, hacia las costas del Pacífico en el Oeste, para desde allí propagarse al Canadá, a Halifax, Nueva Escocia.

Además se extendió hacia América Latina y el Caribe, y no se ha podido precisar, aunque se presume, que hubo casos en Chile, Perú, y Ecuador.¹

¹ Pollitzer, R. Chólera, Ginebra, OMS, 1959

Ya en 1833, México incorporó la enfermedad, tanto en el litoral marítimo como en las altas mesetas, siendo mayor su permanencia en el Sur del país, donde persistió hasta 1854, versus el Norte en el que se presentaron casos hasta 1850.

También en ese año de 1833, desde España se introdujo a Cuba, y desde allí, en 1835, se propagó a Estados Unidos, llegando a Nueva Orleans, Estado de Luisiana, y a Charleston en Carolina del Sur.

Entre 1836 1837 en Guatemala y Nicaragua se presentaron epidemias con una elevada mortalidad, y se refieren casos en El Salvador y Costa Rica.

En esos años, se presentó por primera vez en Sudamérica, alcanzando la costa de las Guyanas, sin mayores consecuencias, no existiendo constancias que corroboren una posible entrada en el Perú en 1839.

En 1848, en los Estados Unidos nuevamente se propagó la enfermedad, afectando el sur, y las ciudades de Nueva York, Nueva Orleans, llegando hasta Canadá. A su vez este país recibía una nueva introducción del cólera desde Europa.

Desde Nueva Orleans, llegó hasta el río Chagras en Panamá, ex región de Colombia, introduciéndose también en México.

California recibió la epidemia en 1850, llegando a San Francisco por barco desde Panamá, y a Sacramento por vía terrestre desde esa ciudad.

En esos años, se presentó con gran virulencia en Sudamérica, alcanzando la Sabana de Bogotá en Colombia, y presumiblemente la ciudad de Quito en Ecuador.

Por otra parte, reingresa en forma devastadora a Cuba, alcanzando en esta oportunidad a Jamaica.

Existen fuertes sospechas, no totalmente confirmadas que el Estado de Pará en Brasil, fue alcanzado en 1851.

La tercera pandemia, que se desarrolló entre los años de 1852 y 1860, nuevamente los Estados Unidos, Islas del Caribe, y México, recibieron la enfermedad, la cual se introdujo en 1853 en Trinidad y Tobago, y St. Thomas.

Su presencia se mantuvo entre 1854 y 1855, penetrando las Islas Vírgenes y Puerto Rico, Colombia, y llegando por primera vez al sur de Sudamérica, penetrando al Uruguay, en 1855.

Anteriormente en 1854, invadió Venezuela, transportado a bordo de un vapor que procedente de Trinidad recaló en el puerto de Barrancas, introduciéndose en la Isla de la Plata, en el Orinoco, desde donde avanzando hacia occidente, se presentó con enorme violencia en 1855 en el Puerto de La Guaira, llegando a Caracas en

apenas 10 días, donde se mantuvo hasta 1856, desapareciendo del resto de Venezuela en 1857.²

También en 1855 Brasil se vio afectado por el cólera, invadiendo tanto Río de Janeiro, como el Estado de Pará. En ese mismo año ocurrió lo mismo con Nicaragua.³

En 1856 la Argentina incorporó por primera vez el cólera⁴, el cual también avanzó en Centroamérica, Costa Rica, El Salvador, Honduras, y las Guyanas. Guatemala fue atacada en 1857.

Esto constituyó el fin de la tercera pandemia.⁵

²Cuadro 1. Inicio y última ocurrencia de casos de cólera en América del Norte, Centro y el Caribe durante la segunda y tercera pandemia

| Primera ocurrencia | Países o territorios | Última ocurrencia |
|--------------------|---|------------------------------|
| 1832 | Canadá Estados Unidos México Cuba | 1871 1866 1883 1885 |
| 1836 | Guatemala Nicaragua | 1866 1868 |
| 1848 | Panamá | 1850 |
| 1849 | Colombia | 1857 |
| 1851 | Jamaica | 1851 |
| 1853 | Trinidad y Tobago St. Thomas | 1865 1868 |
| 1854 | Islas Vírgenes (RU) Puerto Rico Venezuela | 1854 1855 1857 |

³ Cuadro 2. Inicio y última ocurrencia de casos de cólera en América del Sur, Brasil y Uruguay

| | | |
|------|-------------------|--------------|
| 1855 | Brasil Uruguay | 1895 1895 |
|------|-------------------|--------------|

⁴ Boletín epidemiológico. OPS. Vol.12, N° 1, 1991

La cuarta pandemia transcurrió entre 1863 y 1875. Durante su transcurso las Islas del Caribe soportaron una fuerte presencia del vibrio, permaneciendo entre 1865 y 1870.⁶

Su arribo se presume desde Francia, desde el Puerto de Marsella, arribando a Guadalupe, e introduciéndose en Santo domingo en 1866, en Cuba en 1867, y en Saint Thomas en 1868.

También en 1866 llegó a Chile, por primera vez, y de igual manera a Paraguay en ese mismo año, permaneciendo en este país hasta 1871.

Nuevamente en los Estados Unidos se volvió a presentar la enfermedad en 1866, siendo el de mayor gravedad el brote de la ciudad de Nueva York, no existiendo coincidencia acerca de su verdadera causa, pues algunos autores lo relacionan con un nuevo arribo vía marítima desde Europa, y otros consideran que se trató de una recrudescencia de la enfermedad.

En ese entonces sucedió un hecho condicionante de la gran propagación, que fue la Guerra de Secesión, que originó un gran desplazamiento de tropas, y por otra

⁵ Cuadro 3. Inicio y última ocurrencia de casos de cólera en América, Argentina. Fin de la tercera pandemia

| | | |
|------|-------------|------|
| 1856 | El Salvador | 1871 |
| | Costa Rica | 1871 |
| | Honduras | 1871 |
| | Guyanas | 1857 |
| | Argentina | 1895 |

⁶ Cuadro 4. Inicio y última ocurrencia de casos de cólera en América, durante la cuarta pandemia

| | | |
|------|----------|------|
| 1866 | Paraguay | 1871 |
| | Chile | 1888 |
| 1868 | Bolivia | 1868 |
| | Perú | 1868 |

parte la modernización de los medios de transporte, con el advenimiento del ferrocarril, y su gran penetración hacia el interior del país, que comenzara en 1849.

Esta última circunstancia, fue la que determinó un avance del cólera hacia el Oeste Medio, incluyendo el Estado de Kansas, mientras que en el Estado de Nueva México, en Albuquerque, se presentó un brote pequeño en 1866, que mostró el límite hacia occidente.

Por otra parte, y también relacionado al movimiento de tropas, la utilización de buques propagó la enfermedad hacia el Sur del país, incluyendo a Texas y Luisiana.

Dentro de la cuarta pandemia, en 1866 Honduras también introdujo la enfermedad, que permaneció en su territorio hasta 1871.

Durante 1866 se siguieron presentando brotes de cólera en todas las ciudades que lo habían padecido, manteniendo vigente la posibilidad de su propagación, tal como ocurrió hacia Centroamérica, presumiblemente por importaciones desde la ciudad de Nueva Orleans hacia Nicaragua y las Honduras Británicas, hoy Belice.

También Guatemala y Brasil, repitieron brotes durante 1866.

Transcurriendo la guerra entre Paraguay, Brasil y Argentina, el cólera diezmó las tropas paraguayas, llegando a Argentina en la ciudad de Corrientes, y posteriormente desde Argentina alcanzó nuevamente al Uruguay en 1868.

La propagación que el cólera tuvo hacia el interior de la Argentina, originó su diseminación hacia el norte, alcanzando Bolivia, Perú, llegando al Pacífico, siendo la primera vez que la costa oeste sudamericana se viera afectada, llegando; como ya describiéramos anteriormente a Chile en 1866.

Brasil, reinicia su ciclo de enfermedad en 1867, presumiblemente con propagación desde Paraguay, y afectando los Estados de Río de Janeiro, y Río Grande do Sul.

Ya en 1873 y 1874, Argentina sufre una gran epidemia, mientras que en el norte del continente sucede lo propio nuevamente en la ciudad de Nueva Orleans, y toda la cuenca del Mississippi.

Cuando sucede la quinta pandemia, transcurrían los años 1881 hasta 1896, y nuevamente importó el cólera a la ciudad de Nueva York en 1882, desde un barco procedente de los Puertos de Nápoles y Marsella, pero pudo ser controlado, evitándose su permanencia en ellas.

De cualquier manera, México, entre 1882 y 1883, Argentina entre 1886 y 1888, Uruguay en 1886, y Chile entre 1886 y 1888, presentaron brotes considerados importantes.

Nuevamente en 1892, la ciudad de Nueva York, muy expuesta por la gran cantidad de buques que recibía desde el viejo mundo, presentó 10 casos de cólera, habiéndose detectado infección en los pasajeros y el agua de sentina de 8 barcos atracados en su puerto.

Brasil , Argentina, y Uruguay, entre 1893 y 1895, presentaron brotes de la enfermedad, durante el transcurso de la quinta pandemia.

Entre 1899 y 1923, se presenta la sexta pandemia, quedando América libre de cólera, llegando hacia occidente hasta la Isla de Madeira en 1910.

La séptima pandemia, comenzó en 1961.

En 1973 se detectó en Texas un caso desconocido. En 1978 en el Estado de Luisiana hubo 8 casos notificados, y tres portadores.

Con relación al consumo de ostras frescas del Golfo de México, en 1986 se notificaron 18 casos de cólera, 6 en 1987, 7 en 1988.

En 1990, se notificaron 2 casos en el Estado de Luisiana, que se constituyeron en los últimos notificados antes del reingreso masivo del cólera en las Américas en 1991.

En esa oportunidad, la confirmación de casos de cólera entre el 23 de enero de 1991; fecha de notificación del primer caso en Perú; hasta abril de ese año en los países de Perú, Ecuador, Colombia, y Chile, incorporó al Continente Americano a la lista de las regiones por donde se había extendido la séptima pandemia.

Desde el inicio, las autoridades sanitarias internacionales y nacionales en los países americanos, plantearon que el pronóstico en cuanto al curso que podía tener la enfermedad era reservado, tanto en los países afectados, como en el resto, dada la imposibilidad de prevenir la transmisión del cólera de un país o una región a otra.

Además, las condiciones de vida de gran parte de las poblaciones americanas, se encontraban cercanas a condiciones de marginalidad, siendo el estilo y las condiciones de vida uno de los factores fundamentales en el proceso de determinación y propagación de las epidemias de cólera.

A los fines de centrar adecuadamente los antecedentes mas inmediatos, que dieron origen a las acciones que serán objeto de análisis en este trabajo, efectuaremos una prolija revisión de las circunstancias que rodearon a los primeros casos de cólera en los países mencionados, fundamentalmente en aquellos tres que dieron origen a la mayor notificación y propagación de la enfermedad en esa etapa inicial, o sea Perú, Colombia, y Ecuador.⁷

⁷ Glass RI et al : Epidemic Cholera in the Americas. Science 1992, 256 : 1524 (CDC report tracking recent cholera epidemic)

1.2.- Cólera en Perú

Como ya dijimos, el primer país afectado, fue Perú. Sus características estructurales, considero que fueron fundamentales para dar un ambiente por demás propicio al vibrio, para su desarrollo, por lo que nos detendremos en el análisis de las circunstancias que Perú transcurría en ese momento histórico.

A partir del 23 de enero de 1991, se desarrolló una epidemia de gran magnitud, con una elevada morbilidad, y una gran extensión geográfica.

Los primeros casos fueron reportados en Chancay, una población de la costa del Océano Pacífico, cercana a Lima, y en Chimbote también en la costa a 400 km. al norte de Chancay.

En ambas localidades, se observó un incremento en el número de casos de diarreas agudas de personas adultas, lo que motivó la sospecha de cólera, que fue confirmada bacteriológicamente por el Instituto Nacional de Salud de Perú, que demostró la presencia del *Vibrio Cholerae*, serovariedad 01, biotipo El Tor, serotipo Inaba.

Casi simultáneamente en pocos días, se comunicaron casos en las ciudades de Piura y Lima, y en otras ciudades de la costa del Pacífico, en una extensión de alrededor de 1200 Km. de costa.

Al cabo de apenas 16 y 29 días respectivamente, la epidemia se había propagado a la Sierra y a la Selva.

Dada la enorme cantidad de casos de diarrea aguda que se presentaron en ese momento, se puso de manifiesto la dificultad técnica y económica del sistema de hacer frente a la confirmación por laboratorio del vibrio, adoptando en consecuencia el Ministerio de Salud de Perú, que toda enfermedad diarreica

aguda, en una localidad donde previamente se había aislado en un caso índice el agente causal, debía ser considerada un probable caso de cólera.

A los fines de cuantificar la magnitud de la epidemia, se transcribe el Cuadro de notificaciones que el Ministerio de Salud de Perú remitiera a la OPS, que comenzó a centralizar toda la información disponible:

- Cuadro de Notificaciones

*Número acumulado de casos notificados de enfermedades diarreicas, hospitalizados y defunciones, por unidad departamental de salud. Perú, hasta el 13 de abril de 1991.

| UDES | Casos Probables | Casos Hospitalizados | Defunciones |
|--------------|------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Amazonas | 107 | 5 | - |
| Ancash | 17.247 | 5.909 | 48 |
| Apurímac | 2 | 2 | - |
| Arequipa | 3.744 | 654 | 12 |
| Ayacucho | 321 | 135 | 24 |
| Cajamarca | 6.735 | 3.644 | 326 |
| Huancavelica | 6 | 4 | 1 |
| Huánuco | 241 | 188 | 12 |
| Ica | 2.517 | 430 | 10 |
| Junín | 547 | 310 | 12 |
| La Libertad | 25.573 | 10.644 | 146 |
| Lambayeque | 12.867 | 8.293 | 90 |

| | | | |
|----------------------|----------------|---------------|--------------|
| Loreto | 418 | 263 | 18 |
| Madre de Dios | 5 | - | - |
| Moquegua | 196 | 81 | 3 |
| Pasco | 10 | 10 | 1 |
| Piura | 16.483 | 4.230 | 99 |
| Puno | 168 | 33 | 4 |
| San Martín | 1.295 | 475 | 65 |
| Tacna | 45 | 20 | 2 |
| Tumbes | 823 | 551 | 1 |
| Ucayali | 15 | 15 | - |
| Lima- Callao | 54.073 | 16.856 | 153 |
| TOTAL | 143.438 | 52.752 | 1.027 |

Fuente : Ministerio de Salud. Perú

La distribución de la epidemia por grupo de edad, permitió corroborar la especificidad del diagnóstico, que demostró que el 81 % de los casos de diarrea tenían 5 o más años de edad, cuando los datos de referencia históricos del Ministerio de Salud, hasta 1988, demostraban que el 75 % de esos casos eran de menores de 5 años.

Llamativamente ante el elevado número de casos la letalidad general fue baja, de 0,63 %, incrementada en los casos hospitalizados, donde trepó al 1,96 %, atribuida en ese momento a una rápida respuesta del sector sanitario, que alertó a la población acerca de las medidas de prevención que debían adoptarse.

Los factores que estaban asociados, y que en su conjunto determinaron la progresión y las características de la misma, tenían correspondencia con las características geográficas y socioeconómicas del país y su pueblo.

La Cordillera de los Andes recorre longitudinalmente al país, quedando dividido en tres franjas con características propias, la Costa, la Sierra, y la Selva.

La Costa representa el 10,7 % de la superficie del país, siendo su ancho de 50 km., su largo de 2700 km., recibiendo al 50 % de la población total del país, siendo la más importante Lima metropolitana, que al momento de la epidemia presentaba alrededor de 7 millones de habitantes.

Tiene actividad agrícola, su clima es caluroso y húmedo, y las lluvias son muy escasas. Incluye las más importantes ciudades, y los puertos de ultramar y pesqueros.

La Sierra o Cordillera de los Andes, ocupa la franja central, alcanzando al 31,8 % del territorio, estando sus pobladores afincados entre los 2.000, y los 3.500 metros del nivel del mar. Sus lluvias son abundantes, así como sus recursos naturales, aptos para la ganadería. Paradójicamente es un área desatendida por el nivel central, no teniendo fácil accesibilidad.

La Selva, abarca un 57,5 % del país, constituyendo la Amazonia Peruana. Tiene la menor densidad de habitantes por kilómetro cuadrado, tiene abundantes lluvias, y su clima es tropical.

Es una zona muy poco accesible, y está incomunicada.

Todo ello condicionó en el tiempo una gran concentración urbana, lo que trajo aparejado un déficit cada vez mayor de los escasos servicios básicos. Como ejemplo baste decir que en los años 40, el 35 % de la población era urbana, y el resto rural. El año 1991 encontró un 70 % de población urbana, fundamentalmente en la Costa, y dentro de ella en Lima Metropolitana, con casi el 30 % de la población nacional.

En ese entonces tenía muy poco peso el proceso migratorio internacional, y escaso turismo internacional. Por el contrario, los procesos migratorios internos se habían acelerado en los últimos 30 años, por la desfavorable situación social y económica

del país, con una gran deuda interna, desocupación, desvalorización de los productos agrícolas, excesivo centralismo gubernamental, y la acción subversiva, cuyo centro de operaciones y afincamiento estaba constituido en la zona serrana.

Este fenómeno migratorio interno hacia las ciudades de la Costa, y fundamentalmente Lima, constituyeron lo que los peruanos llaman “pueblos jóvenes”, muy parecidos a nuestras villas de emergencia, y donde “viven” mas del 50 % de las poblaciones de las principales ciudades, en ausencia de los más elementales servicios básicos, de vivienda, salud, educación, saneamiento, y fundamentalmente por el tema que nos ocupa, agua potable.

Todo este contexto, estaba asociado en 1991 a una grave crisis económica, con gran inflación, caída del PBI, descenso de las exportaciones, falta de actividad productiva, déficit fiscal, y una deuda externa de 17 mil millones de dólares. La pobreza estructural alcanzaba al 57 % de la población del país, con tasas de analfabetismo muy altas, gran desocupación y subocupación (el 60% de los trabajadores tienen trabajo informal), falta de viviendas y de servicios indispensables.

En cuanto a la redistribución del ingreso del país, solo el 2 % de la población recibía el 19 % del mismo, el 60, 3 % solo el 23,8 %, repartiéndose el resto los otros niveles. El alto porcentaje de trabajo informal, incluía una gran mayoría de vendedores ambulantes, fundamentalmente de alimentos en la vía pública, lo que constituyó una fuente de diseminación de la enfermedad, pues no presentaban normas mínimas de higiene, y no contaban con controles sanitarios.

Además el sector salud se encontraba muy centralizado y desfinanciado, por los ajustes que se estaban llevando a cabo, con administraciones poco eficientes y discontinuidad de políticas, por lo que las carencias de programas y servicios eran evidentes.

Esto determinó una escasa accesibilidad de la población a la atención de salud, con un primer nivel prácticamente inexistente. Además el riesgo de enfermar y morir, antes del ingreso del cólera, era ya muy elevado, fundamentalmente en niños de las zonas más pobres, con una tasa de mortalidad infantil que rondaba los 88 por mil (61 por mil en Lima Metropolitana, y 138 por mil en Huancavelica). La mortalidad de los menores de 5 años era el 45 % de todas las defunciones.

Las principales causas de muerte eran; en orden decreciente; las respiratorias agudas, las cardiovasculares, las infecciosas gastrointestinales, las infecciones perinatales, y los tumores malignos.

Por otra parte las enfermedades infecciosas, fundamentalmente la tuberculosis, el dengue, la leishmaniasis, la malaria, y la hepatitis viral, tenían una incidencia en Perú de las más elevadas de todo el continente.

En 1991, solo un 67,2 % de la población urbana, y un 22,3 % de la población rural, tenía agua potable, totalizando un 55,2 % del total del país, mientras que un 41,3 % disponía de saneamiento básico.

El dato del abastecimiento demostró ser falaz, pues las redes de distribución de agua estaban con cortocircuitos y pérdidas, y por otra parte el abasto intradomiciliario era escaso, debiendo comprar el agua transportada en camiones cisterna que también contribuyeron por falta adecuada de controles a propagar la enfermedad en su faz inicial.

Esta falta de control de la calidad del agua, era extensiva a todo el sistema, pues por las razones apuntadas no se disponía en suficiente cantidad de recursos técnicos y humanos, ni normas legales apropiadas.⁸

⁸ Boletín Epidemiológico. Organización Panamericana de la Salud. Vol. 12, N° 1, 1991.

No existía tratamiento de los efluentes, vertiendo las aguas servidas al mar y a los ríos, lo cual agregó a la constante contaminación fecal habitual, la correspondiente al vibrio.

Se estimaba que Lima descargaba al río Rimac 16,25 m³/seg., de aguas servidas.⁷

Para hacer frente a la epidemia, Perú debió desarrollar una acción muy intensa, organizando equipos médicos, de enfermeras y auxiliares, elaborando normas de organización de la atención y tratamiento de casos. En los hospitales se constituyeron unidades de tratamiento de cólera (UTC), que en algunas ciudades era todo el hospital la UTC.

Todos los equipos en esa primera etapa, dependían de un Comité Operativo Nacional, integrado por el Viceministro de Salud, Director Técnico de Epidemiología, Director Técnico de Salud de las Personas, Director Técnico de Saneamiento Ambiental, Director de Abastecimiento y Logística, Director de Recursos Humanos, Experto en Manejo Técnico Médico, Experto en Prensa y Comunicación, y Experto en Investigación.

Este Comité a su vez, tenía dependencia de un Comité Ejecutivo Nacional, que estaba integrado por el Ministro de Salud, el Viceministro de Salud, el Director del Instituto Nacional de Salud, y el Director Técnico de Salud de las Personas.

Hasta el 22 de junio de 1991 se notificaron 223.564 casos, de los cuales 86.954 fueron hospitalizados y 2.163 fallecieron, habiendo definido como caso probable de cólera a todo caso de diarrea aguda ocurrido en sitios donde previamente se había confirmado por lo menos un caso de cólera.

La tasa de incidencia acumulada (número acumulado de casos con relación a la población total) fue de 1.037,4 por 100.000 habitantes para todo el país.

La epidemia se propagó desde la Costa hacia la Sierra y luego a la Selva, y la incidencia acumulada en estas tres áreas geográficas fue de 1.444,9 casos por 100.000 habitantes en la Costa, 206,1 en la Sierra y 1.093,9 en la Selva, con un índice de hospitalización (casos hospitalizados con relación al total de casos) de 39% para el país en conjunto, siendo la letalidad de un 1,0% para el país, dividida entre 0,5%, 4,1% y 3,9% para la Costa, Sierra y Selva respectivamente.

Después de que los primeros casos se presentaron en algunos puntos de la Costa hubo una propagación explosiva en la extensa franja del litoral peruano, donde vive el 61% de la población, pero tuvo letalidad baja.

En la Sierra, con 31% de la población, la proporción de casos fue la menor de las tres regiones; allí se hospitalizó uno de cada dos pacientes pero se registró la mayor letalidad.

En la Selva donde reside el 8% de la población del país, la letalidad igualó a la de la Sierra, atribuible a las dificultades de acceso a los servicios por parte de la población.

1.3.- Cólera en Ecuador

Ante la epidemia de cólera en el Perú, las Autoridades del Ecuador fueron estableciendo actividades de vigilancia epidemiológica activa en todas las poblaciones de la frontera Ecuatoriano-Peruana y se declaró el Estado de Emergencia Sanitaria en las provincias de El Oro y Loja (fronterizas con el Perú).

Se constituyó un Comité Nacional de Prevención del Cólera con comisiones de apoyo en las áreas de Vigilancia Epidemiológica; Atención a Pacientes; Educación; Comunicación y Logística; Finanzas; Relaciones Públicas; Laboratorios; Saneamiento Ambiental, y Control Sanitario, que implementaron un plan de emergencia para afrontar una eventual epidemia de cólera en el Ecuador, fortaleciendo el sistema de vigilancia epidemiológica nacional.

Además, se elaboró y distribuyó material audiovisual educativo, a través de la prensa hablada, escrita y televisión, y se reforzaron las actividades de saneamiento ambiental y la cloración del agua en acueductos urbanos.

También se distribuyeron en hospitales y centros de salud de las poblaciones más vulnerables, cantidades suficientes de sales de rehidratación oral, soluciones endovenosas (Hartman) y antimicrobianos (tetraciclina y eritromicina en suspensión pediátrica); se adaptaron camas con colchones especiales para recibir a los enfermos y se capacitó al personal médico y paramédico de las universidades sanitarias.

El día viernes primero de marzo de 1991, en la Provincia de El Oro se informó la presencia de nueve enfermos con un cuadro clínico caracterizado por diarrea acuosa, profusa, vómito y deshidratación rápida que solicitaban atención médica en el Hospital de Machala (capital de la Provincia de El Oro), que fueron confirmados como enfermos de cólera.

La mayoría de ellos (85%) se recuperaron por restitución de líquidos por vía oral, otros (15%), necesitaron rehidratación endovenosa.

Desde ese momento, en la primera quincena de marzo, 48 muestras de materia fecal de probables casos, dieron como resultado *Vibrio Cholerae* 01, biotipo El Tor, serotipo Inaba.

Los estudios epidemiológicos demostraron que el brote se inició en Ecuador el 28 de febrero de 1991, en el Campamento La Puntilla, Comuna Bajo Alto, Cantón El Guabo de la Provincia El Oro, en el Litoral Pacífico.

Tuvo un período de incubación promedio de tres días, alcanzando el 10 de abril de 1991, un total acumulado en todo el país de 2.489 casos, con 59 muertes, sobre todo en las poblaciones vecinas de Machala, Santa Rosa, Arenillas, El Guabo y

Guayaquil, sitios a donde viajaron en las primeras horas portadores con sintomatología leve que huyeron a sus sitios de origen al sospechar el cólera, enfermedad que conocían por su sintomatología, debido a la intensa divulgación de medidas preventivas.

El brote afectó en un 83,6% a los mayores de 15 años, fundamentalmente hombres 74,8%, de ocupación larveros, recogedores de larvas de camarón en el Litoral Pacífico.

El origen de la enfermedad ocurrió por contaminación de una fuente común de provisión de agua, localizada en el Campamento La Puntilla, en la que se constató presencia de materia fecal y *V. cholerae*, proveniente de un foso séptico construido muy cerca del pozo de abastecimiento de agua.

Esa contaminación fue atribuida en gran medida a la presencia de larveros, provenientes de Tumbes (Perú), región en donde dos semanas anteriores se habían reportado casos de cólera.

Por ser época de deshove, tal como sucedía habitualmente, gran cantidad de pescadores y comerciantes peruanos llegaron a las playas de la Puntilla para recolectar larvas de camarón, conviviendo en condiciones deplorables de higiene, con fecalismos al aire libre, ausencia de agua potable y con viviendas construidas con varas de caña que sostienen cartones, latas y plásticos, en un sólo ambiente en donde viven provisionalmente el larvero y su familia.

Luego se propagó, utilizando como vía de transmisión los alimentos de mar contaminados por los enfermos, que seguían consumiendo mariscos y pescado crudo, alegando la dificultad de conseguir combustible para cocinar sus alimentos y hervir el agua.

Desde el inicio hasta el 15 de junio de 1991, se habían reportado casos en 19 de las 21 provincias del país, totalizando un número total de casos notificados de

24.435, que en relación con la población total del país representaba una tasa de incidencia acumulada de 259,1 casos por 100.000 habitantes.

Para la región de la Costa, con el 50,3% de la población del país, la tasa de incidencia llegó a 384,5 por 100.000 habitantes y en la Sierra, con el 45,6% de la población total, a 139,3 por 100.000, mientras que para el Oriente, con el 4,1% de la población, la tasa de incidencia fue apenas de 2,9 por 100.000.

En la región Insular, que comprende solamente el 0,1% de la población, mucho más desprotegida, la incidencia acumulada subió a 820,6 por 100.000 habitantes.

El índice de hospitalización fue muy elevado, siendo de 78 pacientes por cada 100 casos registrados en el país, con variaciones de 64% en la Sierra y 82% en la Costa, mientras que en las otras dos regiones no se hospitalizó ningún enfermo.

La letalidad alcanzó un 1,6% para el país, repartidas entre un 1,0% en la Costa y 3,3% en la Sierra.

La ruta de propagación de la epidemia, se produjo a través las poblaciones de pescadores, y llegó a la ciudad de Machala, donde afectó los barrios marginales caracterizados por deficiencias en la infraestructura de saneamiento básico, y desde allí pasó a Guayaquil, la ciudad más populosa del país con algo más de un millón de habitantes, de los cuales un porcentaje importante vive bajo condiciones de postergación.

La desocupación que afectaba a la región, determinó que un gran número de personas se incorpore a la economía informal y se dedique a las ventas ambulantes, principalmente de alimentos y bebidas, en pésimas condiciones de higiene.

Por ello, los casos se multiplicaron en aquellos barrios de Guayaquil caracterizados por su precariedad y luego, a fines de marzo, por la gran migración interna motivada por las festividades.

Estas congregaron a pobladores del área rural en la ciudad, y comenzaron a producirse notificaciones de casos en distintos lugares de la Provincia de El Guayas de la cual Guayaquil es capital, y luego en las provincias costeñas de Los Ríos en el Este y a Manabí y Esmeraldas en el Norte.

Guayaquil constituyó también la fuente de contagio para los primeros casos en la Provincia serrana de Chimborazo, donde a comienzos de abril de 1991, se notificaron casos de cólera en pacientes indígenas que volvieron enfermos de la ciudad luego de comerciar sus productos agrícolas, y desde allí se extendió a otras provincias serranas.

Además en el Sur, se notificó en marzo una epidemia en la Provincia de Loja, frontera con Perú, en coincidencia con el recrudecimiento de cólera en poblaciones peruanas vecinas.

La explosiva expansión obligó a pensar en la transmisión masiva por vehículos de consumo colectivo como el agua de acequias, pozos y vertientes, que no solo se utilizan para el riego, sino para la bebida y el uso doméstico en general, y a fortalecer las acciones de control sobre el saneamiento.

1.4.- Cólera en Colombia

El primer caso de cólera en Colombia fue confirmado por el Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud el día 10 de marzo de 1991, con el aislamiento de *Vibrio cholerae* 01, El Tor, Inaba. Tratábase de un hombre adulto procedente de una localidad al margen del río Mira, a 20 km. al sur de Tumaco, Departamento de Nariño, cerca de la frontera Colombo-Ecuatoriana.

Desde el día 7 de febrero se había creado el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Cólera, integrado por la Oficina de Prevención y Atención a Desastres de la Presidencia de la República, los directores de Atención Médica, Epidemiología, Saneamiento Ambiental, Campañas Directas, Participación de la Comunidad y el Jefe de Oficina de Prevención de Desastres del Ministerio de Salud.

Este había establecido las medidas de promoción, prevención, control y tratamientos de casos de cólera, y luego del primer caso se incrementaron los controles en el procesamiento industrial de alimentos tales como pescado y mariscos en la costa pacífica, a través de la intervención del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA).

El segundo caso de cólera confirmado fue notificado el día 22 de marzo; el paciente, hombre adulto, también procedente de Tumaco, sin relación con el caso anterior, inició diarrea el día 17 de marzo. Cuatro casos adicionales fueron notificados el día 26 de marzo, tres de ellos adultos y una niña de nueve años, por lo que el Ministerio de Salud declaró el alerta roja en toda zona de la costa pacífica colombiana. Para el día 16 de abril, el número total de casos confirmados era de 112 sin defunciones.

Hasta el 22 de junio de 1991 se habían producido un total de 2.599 casos probables, de los cuales 1.970 (75,8%) fueron hospitalizados y 31 (1,2%) fallecieron, siendo en el Valle del Cauca la letalidad del 3,9%, lo cual corroboró la estrecha relación entre accesibilidad, por barreras geográficas y socioeconómicas, y los índices de mortalidad.

De los primeros 1.103 casos notificados, 24% fueron menores de 10 años de edad y 58,5% de sexo masculino. La epidemia se extendió a esa fecha a 8 de las 33 divisiones jurisdiccionales mayores del país (23 Departamentos, 3 Intendencias, 5 Comisarías y 2 Distritos Especiales).

Por su actividad pesquera industrial y su papel en la movilización de carga y personas, Tumaco y Buenaventura se constituyeron en el mayor foco de propagación del cólera.

Desde el Departamento de Nariño los casos se propagaron al Norte hacia los Departamentos Cauca, Valle y Chocó, y luego, en junio de 1991, hacia el Este, al Departamento de Tolima en la zona de los Andes.

Una gran importancia en la propagación regional lo tuvo la presencia de casos en Leticia, ciudad amazónica fronteriza con Perú y Brasil, a partir del 8 de abril de 1991.

1.5.- Cólera en Chile

El 7 de abril 1991, el Ministerio de Salud de Chile notificó 15 casos confirmados de cólera, 13 en la Región Metropolitana de Santiago y dos en la Segunda Región Antofagasta.

Entre el 7 de abril al 22 de mayo de 1991, hubo notificación de 41 casos, 34 de ellos (83%) en la Región Metropolitana que corresponde a Santiago y sus alrededores, 4 de los 7 casos restantes ocurrieron en el Norte del país. Todos los pacientes eran mayores de 10 años y **60%** del sexo masculino. Treinta y siete pacientes (90%) se hospitalizaron y hubo dos defunciones.

1.6- Cólera en Brasil

Brasil, comenzó reportando 5 casos de cólera sospechosos, alcanzando entre el 22 de abril y el 29 de junio de 1991 18 casos de cólera, 16 de ellos en las ciudades de Tabatinga y Benjamin Constant, en el Estado de Amazonas, Región Norte y los otros dos en la ciudad de Pontes e Lacerda, Estado de Mato Grosso, Región Centro-Oeste.

Las ciudades de Tabatinga y Benjamín Constant se encuentran en la región del Alto Solimóes del río Amazonas y forman parte de un circuito de intenso intercambio comercial, especialmente agrícola, y que comprende además las ciudades de Iquitos, Santa Rosa e Islandia en Perú y Leticia en Colombia.

Todas estas ciudades se comunican por vía fluvial, y Tabatinga y Leticia no se distinguen geográficamente desde el punto de vista práctico.

Las condiciones de saneamiento de la zona siempre fueron muy precarias.

En Tabatinga solamente 39% de las viviendas tenían conexiones domiciliarias, 29% pozo, 17% fuente comunitaria de agua, 10% agua de lluvia y 5% la obtenían del río Solimóes, en el cual se detectó precozmente la presencia de *V. cholerae*, biotipo El Tor, serotipo Inaba en 4 de 20 muestras recolectadas de sus aguas.

1.7.- Cólera en los Estados Unidos de América

Entre el 9 de abril y el 31 de mayo de 1991, los Estados Unidos de América habían notificado 14 casos de cólera.

De ellos, dos casos, uno en Atlanta, Georgia y otro en el estado de la Florida, fueron viajeros que recientemente habían regresado de Perú y Ecuador, respectivamente, presumiblemente como portadores sanos, y los otros 12 casos se repartieron entre dos grupos de personas, uno en Nueva York y el otro en Nueva Jersey, que habían compartido el consumo de mariscos ingresados ilegalmente, por viajeros que regresaban de Ecuador.

1.8.- Cólera en México

Entre el 17 y el 29 de junio de 1991, en México se notificaron 27 casos de cólera, confirmados bacteriológicamente, y localizados en dos focos distintos, ambos en la región central del país.

Nueve de ellos requirieron hospitalización. Las muestras de agua del Río San Miguel fueron positivas para *V. cholerae* 01.

El primer caso fue diagnosticado en San Miguel Totolmaloya en la cuenca de Sultepec el 17 de junio de 1991, y la investigación epidemiológica que se desarrolló, contribuyó a detectar los otros 25 casos adicionales, que fueron notificados en esa fecha. Ocho de estos pacientes requirieron hospitalización.

El otro caso confirmado correspondió a un niño de 5 años de edad, residente de Tepeji del Río, Hidalgo, en el valle de Tula, que fue hospitalizado con diarrea.⁹

Por ese entonces, la expansión de la epidemia de cólera en el Continente había llegado a afectar a la mayoría de los países, encontrándose la Argentina en una situación de riesgo cada vez más importante.

1.9.- Cólera en Bolivia

Este riesgo, alcanzó su estado máximo cuando el cólera comenzó a introducirse hacia el interior de la República de Bolivia en la frontera noroeste de nuestro país, circunstancia que tuvo una importancia gravitacional enorme en la generación de los primeros casos de la enfermedad en esa zona fronteriza.

Por este motivo, considero necesario efectuar un minucioso detalle de los acontecimientos que se generaron desde el mismo momento en que los primeros enfermos fueron detectados.

Entre el 15 y el 21 de agosto de 1991, el Ministerio de Salud de Bolivia¹⁰, recibió un informe de la Unidad Sanitaria La Paz (USLP), de fallecimientos causados

⁹ Información consolidada por el Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS. Junio de 1991

aparentemente por intoxicación con insecticidas organofosforados, en las localidades de Río Abajo, a 50 km. de la ciudad de La Paz.

Por la descripción de la sintomatología de diarreas, vómitos, deshidratación, calambres, ausencia de espuma de la boca; que es característica de la intoxicación por insecticidas organofosforados; y ante la evolución de la epidemia de cólera en el continente, se sospechó que esta enfermedad había sido la causante de estas muertes, sobre todo cuando el informe de laboratorio para la colinesterasa sanguínea, reveló valores normales, lo que no apoyaba la hipótesis tóxica.

Por todos estos motivos, se decidió enviar a un equipo de la Dirección Nacional de Epidemiología, como apoyo a la Unidad Sanitaria de La Paz, para realizar la investigación epidemiológica en terreno, investigando la presencia de Vibrión Cólera en el Río La Paz, y en muestras de heces de pacientes con sintomatología leve, todas las cuales resultaron negativas en los exámenes de laboratorio.

Entre el 22 y el 26 de agosto, se constituyó una comisión de investigación epidemiológica y clínica, en la región de Río Abajo, y se investigaron las localidades de Lipari, Huajchilla, Llakasa, Huay Huasi, Huaricana, Millucato, Tahuapalca, Tirata, Lurata, Chaja, detectando la presencia de pacientes sintomáticos, con signología gastrointestinal diversa, tales como diarreas mucosas, sanguinolentas, malestar general, fiebre, cólicos intestinales y otros síntomas inespecíficos, tomándose 18 muestras de materia fecal de estos pacientes para la investigación del vibrio por laboratorio.

Con relación a los fallecimientos no fue posible establecer la causa directa de muerte, ya que estos ya habían sido sepultados. La población se mostró escéptica, y no colaboró con los investigadores.

¹⁰ El Cólera en Bolivia. Documento preparado por el Ministerio de Salud de Bolivia, para la Reunión de Emergencia de Ministros de Salud en Buenos Aires, 27 y 28 de febrero de 1992. La Paz, Bolivia, febrero de 1992.

El 26 de agosto de 1991, se confirmó por laboratorio, la presencia de *Vibrio Cholerae* en 4 de los 18 casos investigados, correspondientes a las localidades de Huay Huasi y Llakasa, y a partir de ese momento se declaró al país en fase epidémica, se creó el Comité Intersectorial de Lucha Contra el Cólera, y se adoptaron las siguientes medidas:

- .- Establecimiento de 5 Puestos Médicos en las localidades de Río Abajo.
- .- Organización del inmediato suministro de agua a estas regiones.
- .- Acciones inmediatas de Saneamiento Básico, como construcción de letrinas, y “zanjas“ para defecación.
- .- Organización de redes y sistemas telefónicos y radiales en estas localidades.

La comunicación a las 12 Unidades Sanitarias, se realizó por vía telefónica, estableciéndose contacto con los Directores y Epidemiólogos de las Unidades Sanitarias, comunicándoseles por esta vía la presencia de los 4 casos confirmados en el departamento de La Paz.

Mediante minuta de comunicación aprobada el 20 de agosto, el Ministerio de Salud, recomendó al Ministerio de Finanzas desembolsar “fondos suficientes” para la campaña de Lucha contra el Cólera.

El 27 de agosto de 1991, las actividades de Vigilancia Epidemiológica y de Control, se intensificaron en estas regiones, movilizándose a todo el personal de USLP, y enviándose permanentemente brigadas del Centro Piloto La Paz.

Desde el Nivel Central, se estableció la “cadena radial de cólera” con base en la Dirección Nacional de Epidemiología con la participación de todos los epidemiólogos del país. Desde el inicio, estas cadenas se realizaban en forma diaria, y contenían la información oficial de la epidemia en La Paz, llevando a la población instructivos, como medidas coadyuvantes de control del brote.

En lo técnico, a esa fecha, se colocó a todo el personal en estado de emergencia, se comenzó la revisión de la ficha epidemiológica del cólera, de términos a emplear, y la creación de formularios especiales para el seguimiento de la epidemia.

El 28 de agosto de 1991, se estandarizaron los mensajes de comunicación social a la población, mediante las normas de Comunicación Social, y el 31 de agosto de 1991, en una acción política, el Alcalde de La Paz, visitó las localidades de río Abajo llevando 40.000 litros de agua a sus pobladores.

El 1 de septiembre de 1991, se confirmó el primer caso de cólera en El Alto, en un paciente internado en el Hospital Juan XXIII, fallecido con un cuadro de diarrea aguda sanguinolenta incontrolable. A partir de esta fecha, también El Alto se declaró en fase epidémica del cólera, y se intensificaron todas las medidas adoptadas en fase preepidémica, el rastrillaje y búsqueda activa de pacientes sintomáticos, y al personal en estado de emergencia permanente.

El 16 de septiembre de 1991, se detectaron sobre 100 muestras tomadas, 50 de agua, y 50 de vegetales, bacterias de la familia vibrionacea del tipo *Metschnikovii* oxidasa negativo, no toxigénico.

El 23 de septiembre de 1991, se presentó el primer caso en La Paz, en un paciente de 43 años masculino, que ingirió verduras en El Alto.

Como consecuencia de ello, en todo el país se intensificaron las acciones de vigilancia epidemiológica, búsqueda activa de casos de diarrea, y la investigación de la presencia de *Vibrio Cholerae* en ríos y alcantarillas. Esta investigación determinó la presencia de *Vibrión Cholerae* no toxigénico en la ciudad de Cochabamba.

Ya el 14 de octubre de 1991, se detectó el primer caso de cólera confirmado en la ciudad de Oruro, en un paciente de sexo masculino de 65 años de edad, fallecido por un cuadro agudo de diarrea. En el domicilio del paciente se tomó una muestra

post-mortem, que fue positiva, y dos días después, el 16 de octubre de 1991, se detectó el primer caso de cólera en Consata, Achacachi.

A nivel de saneamiento ambiental, solo se continuaba llevando agua a las poblaciones, en carros cisternas en forma insuficiente e irregular.

Además, el Comité Intersectorial de Lucha contra el Cólera, solicitó a la Prefectura la emisión de una resolución Prefectural, en la cual se prohibiera la venta de verduras crudas en restaurantes, bares, puestos callejeros y otros puestos de expendios de comidas preparadas, la cual no tuvo consecuentemente un acatamiento masivo.

Desde el 21 de noviembre de 1991, se pudo observar, que si bien se habían controlado los brotes presentados en La Paz, El Alto, y Oruro, no ocurría lo mismo con la epidemia desatada en Cochabamba.

A pesar que al principio solo se habían detectado casos aislados en la zona rural (la primera fue Parajti el 21-11- 91), pocos días después y probablemente favorecidos por la existencia de tormentosas lluvias, se desataron brotes en varias zonas periféricas con un aumento significativo de los casos de Cólera. En un mes, se notificaron 159 casos, con 5 fallecidos.

El año 1991, se cerró con 206 casos, 141 casos confirmados, 65 probables, 115 hospitalizaciones y 12 defunciones.¹¹

En enero de 1992, el número de casos aumentó a razón de 120 casos por semana hasta el 31/1/92, y se confirmaron casos en otras Unidades Sanitarias como Oruro (21-1-92), Tarija (24-1-92), Sucre (31-1-92), Santa Cruz (22-1-92), Tupiza y Potosí (12-2-92), alcanzando en Cochabamba, Santa Cruz y Tarija, al 25 de febrero de 1992, 1396, 977 y 573 casos de cólera respectivamente.

¹¹ OPS. Informe consolidado de casos de cólera por países. En Anexo

En ese momento el Ministerio de Salud Boliviano, informó a los países de la Región: “que pese a las medidas de prevención, vigilancia y control desarrolladas en todo el país y principalmente en las mas afectadas, el curso de la epidemia se intensifica por las condiciones higiénico sanitarias en las que vive la población boliviana, sobre todo la Cochabambina en lo que se refiere a regiones suburbanas y rurales, así como por los hábitos alimenticios que desarrollan la mayoría de sus pobladores”.

“La gravedad de la situación que alcanza el cólera en nuestro país; sin evaluar el subregistro de datos; y ante las condiciones precarias de Saneamiento Básico, fundamentalmente en áreas periurbanas y rurales, y tomando en cuenta que el 55% de la población cuenta con agua potable, el 45% es favorecida por alcantarillado público y sólo el 22% tiene acceso a la recolección de basura, amerita pues de esta manera la reformulación de las acciones de intervención, apoyando y desarrollando la capacidad organizativa y operativa en la red de distritos de salud “

Esta honesta manifestación, de una realidad sanitaria que trascendía la problemática de su país, posibilitó la toma de acciones conjuntas entre Bolivia y Argentina, liberando las barreras fronterizas, lo que fue llamado por las cancillerías de ambos países como “frontera blanca” y que permitió adoptar una acción regional conjunta.

La evolución posterior de la epidemia en el conjunto de los países del continente, puede apreciarse en la Tabla: Cólera en las Américas¹², que arroja las cantidades consolidadas al final del año 1991, con la República Argentina libre de cólera, y al final de 1992, luego del primer brote en nuestro país.

1.10.- Cólera en Argentina

¹² Ministerio de Salud de los Países. OPS/HCP/HCT/CDD. Julio de 1995. (En el Anexo)

En los primeros días del mes de Febrero de 1992 se notifican los primeros casos de cólera en la República Argentina. Ocurrieron en poblaciones aisladas, con un muy alto grado de necesidades básicas insatisfechas (NBI), mayoritariamente aborígenes, de la Provincia de Salta (área del Río Pilcomayo). El origen del brote epidémico fue vinculado con la migración de personas infectadas desde el sur de la República de Bolivia, a partir de la Ciudad de Tarija y su zona de influencia, fundamentalmente la localidad de Crebaux, donde la enfermedad se había extendido previamente en forma significativa.

El brote se extendió posteriormente a las Provincias de Formosa y Jujuy, en las que afectó en general a poblaciones de características semejantes a las de Salta, también, en muchos casos, con una relación manifiesta con zonas afectadas de Bolivia, a través principalmente del movimiento de personas infectadas y eventualmente de agua y alimentos contaminados.

Ocasionalmente se produjeron casos en las Provincias de Buenos Aires; área del Conurbano; Córdoba, y en la Capital Federal; actual Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estos casos aislados fueron controlados, evitándose la diseminación de la enfermedad en estos grandes centros urbanos.

A fines de junio de 1992, del total de casos notificados, se pudo observar que una proporción significativamente alta de este total se produjo en las dos primeras semanas de evolución del brote. Algo semejante ocurrió con los fallecimientos, que de un total de 15, 11 sucedieron entre los días 2 y 10 de febrero de 1992. Tales hechos deben atribuirse principalmente a las características socioeconómico culturales y de aislamiento geográfico de las poblaciones inicialmente afectadas.

La mayor parte de las personas afectadas fueron adultos, con un porcentaje del 70% de sexo masculino.¹³

¹³ Características del brote de cólera. Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Dirección de Epidemiología. MSyAS. Junio de 1992. (Ver gráficos en el ANEXO)

En la Provincia de Salta, casi el 100% de los casos ocurridos en las primeras dos semanas del brote correspondieron a poblaciones mayoritariamente aborígenes de esta Provincia que respondían a las siguientes características principales: letrización en el 15% de las viviendas, provisión de agua potable (pozo a bomba o balde y molinos) escasa o nula. El agua era obtenida fundamentalmente de estanques (agua de lluvia) o directamente del río.

Altos índices de pobreza, falta de hábitos higiénicos, defecación realizada habitualmente entre la maleza, incluso a veces disponiendo de letrinas, viviendas de un solo ambiente, que sirve de dormitorio y de resguardo de las inclemencias del tiempo y un ambulantismo marcado caracterizan pautas culturales favorecedoras en grado sumo de la diseminación de la enfermedad.

En la Provincia de Jujuy, los primeros casos (semana epidemiológica 8) ocurrieron en la localidad de La Quiaca, que posee características semejantes al sector sur del Altiplano boliviano.

La actividad ganadera de esta zona y la agrícola de la Quebrada de Humahuaca se encuentran íntimamente vinculadas desde épocas precolombinas; persisten en toda la región una serie de factores culturales y sociales que conforman una identidad que le es propia, imbuida de hábitos, costumbres, tradiciones y mitos que se vinculan mucho más con los grupos humanos del país limítrofe que a las comunidades del centro-sur de la Argentina.

Una segunda zona de aparición del cólera en Jujuy, fue en la región subtropical que incluye el Departamento San Pedro.

Parte de la misma comprende el fértil valle de San Francisco (El Ramal) relacionado con el ramal ferroviario a Bolivia.

Esta zona es paso obligado de viajeros que provienen principalmente de Yacuiba (Bolivia), Salvador Mazza y Orán (Pcia. de Salta).

La producción e industrialización de la caña de azúcar es la principal actividad regional, y la mano de obra utilizada en épocas de cosecha se basa en trabajadores "golondrinas", que generalmente tienen una doble nacionalidad argentino \ boliviana.

2.- PROBLEMA

Cuando comenzó la epidemia de cólera en el Continente Americano, no se contaba en los países, incluyendo la República Argentina, con personal médico ni técnico adiestrado para hacer evaluaciones epidemiológicas, diagnosticar, y tratar a los enfermos.

Esta circunstancia asociada a la postergación en la cual los países de la región se encontraban, con enormes masas poblacionales por debajo de la línea de pobreza, puso de manifiesto la magnitud del problema que la Región en su conjunto, y los Países en forma individual debían enfrentar.

Esto agravado por la potencialidad enorme de propagación de la enfermedad, a través del altísimo flujo migratorio de personas dentro de las regiones y países del continente, con pocas horas de diferencia entre cada uno de los puntos, asociada a la velocidad de los medios de transporte.

Estos medios de transporte, eran potencialmente vehiculizadores de pasajeros portadores de la bacteria y asintomáticos.

Comprender este aspecto fue fundamental para concluir que las medidas a implementar no estaban asociadas a la limitación de estos movimientos, sino a fortalecer los mecanismos de prevención locales y regionales.

2.1.- Cólera. Enfoque fisiopatológico, clínico y terapéutico

El cólera se trata de una afección intestinal aguda y grave, que tiene un principio brusco, diarrea acuosa profunda, vómitos ocasionales, deshidratación rápida, acidosis y colapso circulatorio.

Muchos casos de cólera son leves y pueden no distinguirse clínicamente de otros tipos de diarrea y ser reconocidos solo por cultivos positivos en heces. Estos casos, de gran frecuencia, son epidemiológicamente importantes por la permanencia del bacilo en la comunidad.

El cólera grave usualmente tiene un comienzo brusco, con deposiciones voluminosas, pero puede comenzar lentamente, con diarrea leve en las primeras 24 a 36 horas.

El vómito puede ser copioso, sucede en la mayoría de los pacientes y se puede presentar antes o después de iniciada la diarrea.

La máxima pérdida de heces usualmente ocurre en las primeras 24 horas, con aspecto de agua de arroz y puede exceder de 1 litro por hora en adultos y 8 a 10 ml/kg./hora en niños pequeños.

Después de las primeras 24 horas la tasa de eliminación de heces declina. La diarrea puede terminar espontáneamente en 1 a 6 días y muchos pacientes mejoran sin antibióticos, si se reemplaza adecuadamente la cantidad de agua y electrolitos.

El volumen total de las heces durante la enfermedad puede llegar a ser igual al 50% o más del peso corporal.

Los desórdenes metabólicos del cólera son causados por la rápida pérdida de agua y electrolitos.

Esto adquiere importancia clínica por la hipovolemia debido a las pérdidas de líquidos isotónicos, la acidosis debida a la pérdida rápida de bicarbonato, y a la depleción de potasio.

Ciertos estudios bioquímicos efectuados antes de iniciar el tratamiento, revelaron una elevada densidad específica del plasma y baja del pH arterial y del bicarbonato en suero.

La concentración de sodio en plasma permanece normal. Aunque existe depleción de potasio, la concentración de potasio en suero es usualmente normal, y aunque puede encontrarse hipokalemia, si el déficit de base es corregido no requiere reemplazar el déficit de potasio.

La concentración de glucosa se aumenta moderadamente en adultos, sin embargo los niños pequeños ocasionalmente desarrollan hipoglucemia grave.

Los síntomas del cólera, como el vómito y la diarrea reflejan la magnitud del déficit de líquidos isotónicos que se presenta y puede ocurrir en 4 horas o en 1 ó 2 días.

El primer síntoma es la sed, que comienza cuando la pérdida de agua alcanza los 20-30 ml/kg. Una pérdida de 50-80 ml/kg. causa debilidad, letargo y signos de hipotensión postural, como desmayo, o síncope sin que se puedan sostener en pie.

Si el déficit aumenta por encima de 80 ml/kg., la sed es más intensa, disminuye el flujo renal, resultando oliguria seguida de anuria. Se presentan calambres musculares y dolores en las extremidades, cianosis distal, la voz se hace débil y

algunos pacientes desarrollan afonía. Si el déficit de líquidos excede de 100-120 ml/kg. usualmente es mortal.

Los hallazgos físicos en el cólera son también determinados por el déficit de líquidos.

El déficit de 50 ml/kg. causa sólo una disminución en la turgencia de la piel y taquicardia moderada.

Se desarrollan rápidamente signos adicionales de hipovolemia si las pérdidas exceden de 80 ml/kg. a 100-120 ml/kg.

Si la frecuencia cardiaca llega a 100 latidos por minuto, el pulso radial se hace débil, indetectable, la presión diastólica disminuye, la respiración aumenta, el turgor de la piel disminuye, las uñas presentan cianosis, la piel de los dedos se arruga dando el aspecto de “manos de lavandera”, los ojos se hundan y en los niños menores la fontanela anterior se deprime.

El abdomen está blando, puede presentar espasmo del músculo recto abdominal y dar la impresión de defensa abdominal, los sonidos intestinales están disminuidos.

Algunos pacientes adultos pueden estar estuporosos aunque en general están conscientes. El coma ocurre en un cuarto de los casos gravemente deshidratados.

El diagnóstico se confirma mediante el cultivo de vibriones coléricos del grupo O1 de las heces.

El *Vibrio cholerae* O1 incluye dos biotipos: cólera (clásico) y El Tor, cada uno de los cuales incluye organismos de los serotipos Inaba u Ogawa.

Estos organismos elaboran una enterotoxina similar, de ahí que el cuadro clínico sea semejante. En cualquier epidemia tiende a predominar un determinado tipo.

En la epidemia de 1991/92 en el Continente Americano, era el biotipo El Tor. El único reservorio que se conoce lo constituyen los seres humanos.

El modo de transmisión ocurre normalmente por la ingestión de agua contaminada con vómitos o heces de los pacientes y en menor grado por las heces de los portadores o por ingestión de alimentos no refrigerados, que han sido contaminados por agua sucia, heces, las manos sucias o las moscas.

El período de incubación es generalmente de 2 a 3 días y el período de transmisibilidad se mantiene mientras persista el estado de portador de heces positivas, que generalmente dura unos cuantos días después del restablecimiento.

Este resulta ser otro factor problemático para controlar el avance de la enfermedad.

La susceptibilidad y la resistencia son variables, la aclorhidria gástrica aumenta el riesgo de enfermedad y la lactancia materna protege a los niños.

El cólera clínico generalmente está más relacionado a los grupos socioeconómicos más bajos, aunque si bien la pobreza es un factor condicionante, no resulta determinante, y no están exentos los sectores de mayor potencialidad social y económica, tal como sucedió en los primeros casos que presentó EE.UU.

Aún en epidemias graves las tasas de ataque rara vez sobrepasan del 2%.

La infección provoca una respuesta serológica significativa de anticuerpos aglutinantes, vibriocidas y antitóxicos y una mayor resistencia a la reinfección que es más duradera contra el serotipo homólogo.

En las zonas endémicas, la mayoría de las personas adquieren anticuerpos al principio de la edad adulta.

Sin tratamiento la tasa de letalidad por cólera grave puede llegar a 50%. Con tratamiento adecuado, la mortalidad baja a alrededor del 1%.

Se deben reemplazar las pérdidas de líquidos y electrolitos en las heces y evitar la deshidratación grave.

En este sentido, los estudios sobre la absorción intestinal de líquidos han demostrado claramente que durante las diarreas secretorias inducidas por enterotoxina se inhiben algunos de los mecanismos de la absorción intestinal.

Sin embargo, el mecanismo de la absorción de glucosa y otros portadores mediadores de la absorción del sodio permanece intacto, aún en los pacientes con cólera grave.

El citrato, o el bicarbonato, y el potasio se absorben independientemente de la glucosa; además la absorción del citrato, o bicarbonato parece aumentar la absorción del sodio y cloro.

Ya en el año 1991, se contaba con publicaciones científicas de numerosos estudios clínicos, que habían mostrado concluyentemente que las pérdidas de líquido y electrolitos en casos de diarrea aguda y de cólera, pueden reemplazarse adecuadamente por la vía oral, usando soluciones de glucosa-electrolitos, los cuales para lograr una absorción adecuada deben cumplir con ciertas condiciones:

a) La concentración de glucosa deberá ser de 20-30 gramos (111-165 mmol/l), para lograr la máxima absorción de sodio y agua. Una concentración mayor puede ocasionar diarrea osmótica pues la glucosa no absorbida es fermentada por las bacterias intestinales, resultando en productos osmóticamente activos, que atraen agua hacia el intestino. Una concentración menor de glucosa puede ser causa de absorción insuficiente de sodio y agua

- b) Mientras más cercana sea la concentración de sodio en la solución oral a la concentración de sodio en el plasma, más rápida y alta será su absorción neta
- c) La relación de la concentración de sodio con la de glucosa debe ser aproximadamente entre 1:1 a 1:1,4.
- d) Las pérdidas de potasio por diarrea aguda son más altas en los menores de un año de edad y pueden ser especialmente peligrosas en los niños desnutridos. Una concentración de potasio de 20 mmol/l se tolera bien y es adecuada para reemplazar las pérdidas
- e) Una concentración de citrato de 10 mmol/l, o preferentemente de bicarbonato de 30 mmol/l, que mantiene más estable la preparación, es una concentración óptima para corregir el déficit de bases en casos de acidosis.

El tratamiento se debe empezar de inmediato, sin esperar confirmación de laboratorio. Los pacientes deben recibir inmediatamente grandes cantidades de líquido por vía oral, utilizando las sales de rehidratación oral (SRO) recomendadas por la OMS.

El uso de la solución de SRO con 90 mmol de sodio por litro de agua es adecuado para la rehidratación de estos casos.

Durante la fase de mantenimiento, cuando la solución de SRO se usa para reemplazar las pérdidas continuas, el riesgo de causar hipernatremia no es problema, dado que al mismo tiempo también se está proporcionando leche materna o leche de vaca, agua u otros líquidos, de acuerdo a la edad del niño, especialmente en los menores de un año.

Actualmente, la solución de SRO se ha usado de esta manera para tratar millones de casos de diarrea de distintas etiologías en personas de todas las edades, y ha seguido mostrando que es segura y efectiva.

Por vía oral no es necesario calcular la cantidad de líquidos a administrar, la sed del paciente regula la cantidad a ingerir.

Pueden usarse sobres de SRO para mezclar en 5 o 10 litros de agua, que se preparan en la farmacia de los hospitales, donde se consumen grandes volúmenes diariamente.

En el niño con deshidratación existe un déficit acumulado de sodio; en los estudios de balance realizados en casos de deshidratación grave se ha estimado que este déficit es de aproximadamente 8-12 mmol de sodio por 100 ml de agua.

Los pacientes con deshidratación grave, con shock hipovolémico, inconscientes o en coma, pulso débil o no palpable, llenado capilar mayor de 10 segundos, o con vómitos incontrolables, con pérdida fecal superior a la capacidad de ingesta, incapaces de beber, u otras complicaciones graves, generalmente requieren inicialmente una terapia endovenosa rápida para lograr la rehidratación.

En casos de niños gravemente deshidratados con shock, deben recibir por vía endovenosa solución de Ringer o una solución polielectrolítica, 30 ml/kg. en un período de una hora, seguido por 40 ml/kg. durante las siguientes 2 horas, y si luego de este tratamiento durante 3 horas el niño ha mejorado, deberá comenzar con SRO y si la tolera, darle 40 ml/kg. durante las siguientes tres horas y suspender la vía endovenosa.

Los niños mayores o los adultos deben recibir 110 ml/kg. de solución endovenosa de Ringer o una solución polielectrolítica en un período de 3 a 4 horas, tan rápido como sea tolerable, y necesario y luego pasar a las SRO si han mejorado.

Si no se cuenta con la solución de Ringer, se puede usar la solución polielectrolítica o salina, que se compone de cloruro de sodio 3,5 gramos, cloruro de potasio 1,5 gramos, acetato monosódico (trihidrato) 4,082 gramos, y dextrosa 20 gramos.

La glucosa simple en agua es ineficaz y no debe utilizarse.

El progreso de la terapia de rehidratación debe evaluarse después de una hora y luego cada 1 a 2 horas.

Es necesario prestar atención al número y volumen de las evacuaciones, la cantidad de vómitos, la presencia de signos de deshidratación y cualquier cambio en ellos, y si la solución de rehidratación (endovenosa inicial y oral después), se ha recibido en las cantidades adecuadas.

La administración de las SRO se inicia tan pronto como sea posible, especialmente cuando se usa solución salina normal endovenosa, para proporcionarle al paciente bicarbonato y potasio.

Si los signos de deshidratación empeoran o permanecen sin cambios, es posible que haya que aumentar la velocidad de administración de la solución que se está utilizando.

La SRO puede ser administrada con sonda nasogástrica a un paciente que no está en shock, pero que no puede beber (por la fatiga, somnolencia u otras razones) a una velocidad de 20 ml/kg. por hora, si es que se cuenta con personal adiestrado.¹⁴

2.2.- Condicionantes sociales generales

Desde el ingreso del cólera en nuestro país, los riesgos potenciales de diseminación del cólera en la Argentina estaban fundamentalmente ligados en esos momentos al movimiento de personas desde y hasta las áreas geográficas afectadas, incluidas las de países limítrofes.

¹⁴ El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. OPS. Publicación Científica N° 442,1983.

Tenían gran influencia en esa migración regional y la interna, las circunstancias laborales locales (requerimiento de mano de obra en trabajos temporarios, sobre todo vinculados a la producción y cosecha de diversos productos agrícolas en zonas rurales) y a la significativa circulación de personas que se da habitualmente, sobre todo por razones familiares y también ocupacionales, entre poblaciones afectadas o en situación de riesgo epidemiológico mayor y los grandes centros urbanos del país, especialmente el Área Metropolitana (Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense).

En todo caso, la falta de hábitos higiénicos personales y alimentarios, y, fundamentalmente, la carencia de adecuados servicios de infraestructura sanitaria (redes de provisión de agua potable y disposición de excretas/basuras), en un contexto global de NBI en grandes sectores de población afectados por serios problemas de desarrollo económico social y culturales, constituyeron los factores condicionantes capitales que explicaban la significativa magnitud de los riesgos potenciales que enfrentaba el país con relación al cólera.

Como datos ilustrativos principales se señalan:

a) las provincias con mayores porcentajes de población con NBI (superiores al 40%) correspondían al Norte del país: Formosa, Chaco, Santiago del Estero, Jujuy, Corrientes, Salta, Misiones, Catamarca y Tucumán).

b) los índices de pobreza habían crecido significativamente en el país en la última década. En 1987 en el Conurbano Bonaerense; Gran Buenos Aires; donde se concentraba y concentra en la actualidad casi una 3ra. parte de la población del país, un 28,9% de la misma se encontraba por debajo de la línea de pobreza, mientras que en el interior ese porcentaje llegaba al 50%.¹⁵

¹⁵INDEC- Estudio La Pobreza Urbana en la República Argentina 1984/89).

c) el abastecimiento de agua potable y la disposición cloacal para el total de población se había visto claramente involucrada en el período 1970 a 1990. En 1970 el porcentaje de población servida por agua potable por red era del 66.15% y por cloacas del 32.61%. En 1990, esos porcentajes habían descendido al 58.17% y 28.94%, respectivamente. La inversión real en millones de pesos (en valores constantes 1960) fue en el período 1971/75 de 278 mientras que en 1986 bajó a sólo 68.¹⁶

d) el importante movimiento de personas desde y hacia distintas provincias del país y países limítrofes por razones laborales temporarias, con áreas de origen y traslado claramente definidas. A título de ejemplo valga citar la cosecha de caña de azúcar en las Provincias de Jujuy y de Tucumán, que recibe mano de obra del Sur de Bolivia y de Chile, y la del tabaco en Salta y Jujuy que la recibe principalmente de la República del Paraguay.

2.2.- Condicionantes sociales específicos

El Chaco salteño por su ubicación geográfica, constituía un área marginal, con gran tendencia al aislamiento, dada su escasa relación con la región productiva agraria regional, la ausencia de accesos viales adecuados, carencia de infraestructura de obras y servicios públicos, y fundamentalmente de alternativas de empleo para su población.

Dentro de esta región, el área operativa de Santa Victoria Este, fue la mas afectada por el brote de cólera. En ella existían asentamientos de comunidades indígenas, que en un total de 18, nucleaban aproximadamente a 6000 personas. A ellos se sumaban otras 2000 personas, pobladores criollos, distribuidos en algunos conglomerados en unos 200 puestos dentro de algunas comunidades.

¹⁶ Secretaría de Recursos Hídricos de la Nación. 1987.

El análisis socioeconómico para el año 1992, determinaba para toda la región; de acuerdo a los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI); una situación de pobreza estructural extrema, independientemente de las diferentes formas de proveerse la subsistencia y la reproducción de la vida que poseían los pobladores.

Mientras la población criolla practicaba una ganadería montaraz de tipo extensiva de muy baja productividad, los indígenas por su parte habían fortalecido sus actividades de caza, pesca, que coexistían con una agricultura muy rudimentaria asociada a formas esporádicas de empleo.

Por otra parte existía una clara competencia entre ambos sectores de la población para el usufructo de los recursos del monte disminuidos por la profunda degradación medioambiental y la alta presión demográfica relativa, por los limitados recursos naturales.

Todo ello mantenía en una permanente situación de crisis la capacidad de aquellas actividades para reproducir la vida en la zona, lo cual también constituía una de las bases en las que se asentaban históricos conflictos interétnicos.

Estas circunstancias de vida, habían motivado desde las autoridades provinciales, distintas formas de intervención pública para atenuar los impactos periódicos emergentes de estas situaciones límites, pero resultaba evidente que estas acciones no habían sido suficientes o adecuadas, para producir modificaciones favorables al desenvolvimiento de la vida en la región.

Es en ese contexto, en el cual corresponde analizar los límites, problemas y posibilidades que tuvieron las acciones que fueron llevadas a cabo durante el primer brote, tanto para la atención como para la prevención del cólera, con el objeto de analizar los impactos, y las respuestas sociales observadas.

.- OBJETIVOS

3.1.- Objetivos Generales

* Analizar las acciones estatales y privadas efectuadas antes y durante la introducción del de cólera en la República Argentina. (1991/1992)

* Analizar las respuestas sociales, y la participación del conjunto de la sociedad en las acciones preventivas y de control, efectuadas durante las etapas de prebrote, y de cólera en la República Argentina. (1991/1992)

3.2.- Objetivos Específicos

* Describir las respuestas sociales, la participación de la comunidad, y los impactos sobre su cultura, y economía regional, en la población aborigen del Chaco Salteño, como consecuencia del brote de cólera, y las acciones desarrolladas para su control.

* Evaluar el grado de eficiencia de las acciones desarrolladas a través de nuestras representaciones diplomáticas en el exterior, para garantizar la continuidad de nuestro comercio exterior sin garantías adicionales.

4.- MÉTODOS

A los fines de este trabajo, este capítulo desarrollará las acciones preventivas realizadas en el ámbito nacional, y aquellas de control del brote en la región noroeste de nuestro país.

4.1.-Acciones estatales desarrolladas en las estructuras nacional y provinciales

4.1.1.- Etapa de prebrote epidémico:

4.1.1.1.- Creación de la Comisión Nacional de Prevención y Control del Cólera¹⁷

La misma fue constituida en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, dependiente de la Unidad Ministro, y con funciones en el ámbito de la Secretaria de Salud.

Esta Comisión asumió funciones esencialmente normativas y de coordinación intra y extrasectorial, promoviendo la programación y ejecución de actividades intensivas de prevención en todo el país a través de la movilización de numerosas organizaciones e instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

La Comisión desarrolló su tarea a través de Subcomisiones de Trabajo: Vigilancia Epidemiológica, Atención Médica, Sanidad de Fronteras y Transportes. Control de Alimentos, Laboratorio Diagnóstico, Saneamiento del Medio, Educación para la Salud y Comunicaciones. (Esquema en el Anexo)

Acciones principales de prevención y control desarrolladas:

¹⁷ Resolución Ministerial N° 302/91. Ministerio de Salud y Acción Social.

-Elaboración de las normas nacionales de prevención y control.

-Publicación del documento "Información Básica y Pautas de Orientación para la Prevención y Control del Cólera" ¹⁸

-Vigilancia epidemiológica.

Establecimiento de una red de vigilancia con todas las provincias.

Habilitación de puestos centinelas en áreas críticas, y con los países de la Región.

Establecimiento de la Red Nacional de Laboratorios de Diagnóstico, coordinada por el Instituto de Microbiología Malbrán.

Apoyo para el desarrollo por parte de una Fundación privada (Fundación Campomar), y el Instituto Nacional de Microbiología, de un programa de investigación para detección rápida del vibrión colérico mediante técnica de ingeniería genética.

-Creación de un Sistema Intersectorial de Comunicaciones para Situaciones de Emergencia.

-Control de viajeros y medios de transportes.

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional. Distribución de folletos y volantes informativos y motivacionales a viajeros¹⁹, incluyendo las mediadas preventivas básicas. Aplicación de normas de prevención en los vehículos terrestres, barcos y/o aeronaves, adecuadas a los distintos tipos de transportes.

En acuerdo con la Secretaría de Transporte²⁰, se regló el control sanitario en los transportes a través de provisión de agua potable, disposición de excretas y limpieza y desinfección de tanques y/o artefactos sanitarios.

Se coordinó con organismos del sector (Direcciones Provinciales de Transporte, FATAP, empresas de aeronavegación, Federación de transportes de cargas, etc.), la intensificación y mantenimiento de los controles sanitarios.

¹⁸ Información Básica y Pautas de Orientación para la Prevención y Control del Cólera. Ministerio de Salud y Acción Social. Marzo de 1991.

¹⁹ Folleto tipo incorporado en el anexo

²⁰ Resolución N° 210/91. Secretaría de Transporte de la Nación.

En este aspecto, y a los fines de resaltar el carácter participativo multisectorial, que tuvo la campaña, y el grado de compromiso alcanzado por sectores habitualmente alejados de las acciones de salud, me detendré en el análisis de lo actuado con la Federación de transportes de carga. En ella, los actores involucrados, fueron los camioneros, quienes se transformaron en verdaderos agentes sanitarios, cuya función principal era el relevamiento del estado sanitario de los baños de las rutas en todo el país. Al detectar falta de medietas higiénicas, cursaban la notificación a la dependencia sanitaria más cercana, por el medio más accesible y/o disponible. De ser factible, se cursaban radiogramas a la red.

De la misma importancia fue la colaboración de los conductores de micros de larga distancia, quienes también participaban en el alerta de presencia de pasajeros con diarrea. Asimismo, las empresas con radio a bordo de sus vehículos, quedaban integradas a la red de comunicaciones.

-Saneamiento del medio.

Intensificación de controles en servicios de provisión de agua potable por red, en una acción conjunta con ex Obras Sanitarias de la Nación (OSN), ex COFAPYS, y otros organismos jurisdiccionales. Se coordinó con la ex OSN, y organismos provinciales, la fijación de 0,5 mg/l de cloro residual como tenor mínimo requerido en toda la red de distribución de agua potable, y se preparó un mapa crítico de las zonas donde dicho cloro residual; por defectos de la red; se encuentra por debajo de ese nivel.

De la misma forma, se coordinó con OSN, la continuidad del programa PROAGUA, que abastecía con camiones cisterna a cerca de 80.000 habitantes.

Control de aplicación de normas en productos potabilizadores. Elaboración de proyectos de inversión en obras de saneamiento básico en poblaciones carenciadas. Implementación de los mismos en áreas de mayor riesgo.

Se recibió y dio curso a todas las denuncias efectuadas por particulares y otros organismos sobre deficiencias en las redes de distribución, colectoras cloacales, y plantas de tratamiento.

Se firmó un convenio con los representantes de la Asociación de Propietarios de Camiones Atmosféricos, y actuando conjuntamente se logró la adecuación de los

vaciaderos que en ese momento existían, la habilitación de nuevos, y se analizaron sistemas alternativos de recepción y tratamiento de efluentes líquidos. En el interior del país, se habilitaron zonas especiales de descarga a cielo abierto.

-Control de alimentos.

Control de calidad en alimentos de mayor riesgo. Dictado de normas para la importación de productos de riesgo de países o zonas afectadas.

Control de aguas minerales y mineralizadas y plantas elaboradoras de soda, a través del ex Instituto Nacional de Bioquímica en el ámbito central, y mediante comisiones provinciales de control.

Convenio de cooperación con la Corporación del Mercado Central de Buenos Aires, incluyendo la habilitación de un laboratorio para vibrio, e intensificación de controles bromatológicos. Visitas periódicas de inspección a los puestos de venta.

Intensificación, junto con Sanidad Vegetal, de la Secretaría de Agricultura de la Nación, y otros organismos jurisdiccionales, de controles para el cumplimiento de las normas que prohíben el uso de aguas servidas y/o líquidos cloacales para el riego de los cultivos frutihortícolas.

-Educación para la salud.

Campañas periódicas de difusión por medios masivos. Acuerdo con SITEA (Sistema Tele Educativo Argentino), organismo oficial dependiente de Secretaría de Medios de Comunicación de la Presidencia de la Nación, para la realización de 12 piezas publicitarias, con una duración promedio de entre 27 y 60 segundos, que fueron difundidos a partir del 13 de febrero de 1992, con una frecuencia de 100 a 145 pasadas diarias en los cinco canales de aire de ese momento, en 45 canales abiertos o de aire del interior del país, y en numerosos canales de cable.

La respuesta se consideró positiva, por el incremento significativo observado en el número de consultas por diarreas, en todo el país:

| CONSULTAS POR DIARREAS | | | | | | |
|-------------------------------|--------------|-------------|----------------|----------------|-------------|---------------|
| PERIODO 1991/1992 | | | | | | |
| PROVINCIAS | ENERO | | | FEBRERO | | |
| | 1991 | 1992 | % | 1991 | 1992 | % |
| CÓRDOBA | 1192 | 3535 | 196.56 | 1116 | 4747 | 325.36 |
| CHACO | 1620 | 2097 | 29.44 | 1794 | 3211 | 78.99 |
| FORMOSA | 1435 | 1898 | 32.26 | 762 | 2324 | 204.99 |
| MENDOZA | 4489 | 2579 | (42.55) | 3681 | 5229 | 42.05 |
| TUCUMÁN | 1964 | 2534 | 29.02 | 2852 | 5036 | 76.58 |
| CORRIEN TES | 1031 | 915 | (11.25) | 631 | 1041 | 64.98 |

Se firmó un acuerdo con la Secretaría de Educación, y la Dirección de Sanidad Escolar, del Ministerio de Educación, mediante el cual se elaboró un documento para docentes, mediante el cual se efectuó la promoción de actividades intensivas de prevención en todos los niveles de la educación sistemática.

Coordinación con entidades privadas, de bien público y comunitarias, mereciendo destacarse la labor de divulgación de los contenidos preventivos, efectuada durante el receso escolar entre los años 1991/1992, por los Centros de Jubilados en todo el país, y abierto a la comunidad de su referencia.

Para ello, se confeccionó un rotafolio, con contenidos sencillos, de grandes caracteres gráficos, accesibles para su interpretación, que previamente fue presentado para lograr su efecto multiplicador, a los referentes designados por los mismos jubilados. Fue una labor de enorme impacto, y muy productiva en sus resultados, pues permitió fortalecer el ingreso de las medidas preventivas a las familias, primero desde los niños en las escuelas, y luego durante el receso escolar, a través de sus personas mayores.

Producción y distribución nacional de millones de ejemplares de materiales educativos gráficos, elaborados en la Dirección de Educación para la Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, y a nivel descentralizado, que fueron distribuidos en forma masiva durante el Censo Nacional de 1991

-Actividades múltiples de intercambio de información científica y técnica y capacitación de recurso humano, en el ámbito nacional e internacional:

Participación activa en numerosas reuniones/seminarios/cursos de nivel internacional, con participación de OPS/OMS, UNICEF y otras instituciones y agencias de asistencia técnica. Se tuvo participación activa; entre otros; en los siguientes eventos internacionales:

*Seminario Internacional de Prevención y Control del Cólera, convocado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Washington(E.E.UU.) entre el 29 de abril y el 3 de mayo de 1991.

Las propuestas argentinas fueron aceptadas por el plenario y fueron una de las bases del Comité Internacional de Prevención y Control del Cólera.²¹

*Participación en el Seminario de Integración Argentina-Brasil-Paraguay, realizado en Corrientes, Argentina en junio de 1991.

*Taller Latinoamericano de Capacitación en Cali, Colombia, organizado conjuntamente por la UNICEF y la OPS., en el que la delegación argentina narró su experiencia de prevención; fuera de programa y por invitación; y además fue designada orador de cierre. Julio / agosto de 1991.

*Encuentro Latinoamericano sobre Cólera organizado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en La Plata, septiembre de 1991.

-Acuerdos con países limítrofes para realizar acciones de colaboración y cooperación mutua, especialmente en áreas de frontera.

-Disponibilidad de medicamentos y otros insumos básicos para eventual asistencia de casos de cólera.

Distribución a provincias, con mantenimiento de stocks centralizados de reserva crítica.

-Estimación de recursos económicos en etapa preepidémica para el abastecimiento de medicamentos.^{22, 23}

²¹ Propuesta de Comité Internacional. Documento 4218J. OPS. 3/5/91 Washington. EE.UU.

²² Estimación de necesidades de medicamentos y Recursos Financieros para el país según diversos escenarios hipotéticos. OPS. Consultoría Dra. Ileana Santich. Diciembre de 1991.

-Establecimiento de una red de establecimientos asistenciales de referencia en todo el país para el manejo de casos de cólera.

-Capacitación y adiestramiento de personal médico, de enfermería y laboratorios de diagnóstico.

Entre otras actividades, evaluación de URO (Unidades de Rehidratación Oral) en las provincias de Salta y Jujuy en septiembre de 1991, y extensión de esa experiencia a todo el país en octubre de 1991.

.-Control de la importación de pescados y mariscos del área del Pacífico.²⁴

.-Control de importación de vegetales de riesgo.²⁵

.-Comisiones de control de plantas elaboradoras de alimentos importados, actuantes en país de origen, con participación del Ministerio de Relaciones Exteriores.

.- En las provincias, se constituyeron comisiones Provinciales de Lucha contra el Cólera. que desarrollaron en sus respectivas jurisdicciones funciones básicas semejantes a las de la Comisión Nacional, con la que mantuvieron un permanente contacto de coordinación y acción conjunta, especialmente a través del Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por el Secretario de Salud Nacional y todos los ministros provinciales de salud. De igual manera trabajó la ex-Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

4.1.1.2.- Reuniones Regionales de la Comisión Nacional de Prevención y Control del Cólera.

²³ Estimación de Recursos Financieros para el Control del Cólera, según estimaciones sobre la base de la población de riego en todo el país. MSyAs. Santos Depine. Enero de 1992.

²⁴Resoluciones N³, y N⁸⁷⁰, del Servicio de Sanidad Animal (SENASA). 1991

²⁵ Disposición N²¹⁴ de la ex Subsecretaría de Salud de la Nación. 1991

A efectos de lograr el intercambio de experiencias con y entre las Comisiones Provinciales, evaluar las tareas realizadas, las necesidades planteadas, y permitir la actualización constante de las normas y recomendaciones, incluyendo aquellas específicas para los organismos de Defensa Civil²⁶, la Comisión Nacional para la Prevención y Control del Cólera, organizó Reuniones Regionales, a las cuales concurren representantes de los Ministerios de Salud y de Defensa Civil de todas las provincias y del nivel Central.

Incluyó además del Comité Ejecutivo de la Comisión, a funcionarios del Ministerio de Salud y Acción Social, de las áreas de Saneamiento Ambiental, Bacteriología, Epidemiología, el Director Nacional y el Jefe del Dpto. de Medicina de Catástrofe de la Dirección Nacional de Defensa Civil, del Ministerio de Defensa. Fueron presentados resúmenes de las actividades desarrolladas en cada provincia, luego se debatió entre los distintos participantes provinciales y nacionales, elaborándose conclusiones y recomendaciones específicas de cada región, cuyos contenidos más importantes fueron los siguientes:²⁷

4.1.1.2.1 Primera Reunión, Región Patagónica: Trelew (Chubut), 5 y 6 de Junio de 1991

Conclusiones, acuerdos y recomendaciones:

Información:

Instrumentar mecanismos adecuados de realimentación de la información entre el Nivel Central y los Niveles Provinciales.

Transporte:

²⁶ Boletín de Medicina de Catástrofe. N° 20. Año 1991. Dirección Nacional de Defensa Civil. Ministerio de Defensa.

²⁷ Actas de las reuniones. Boletín de Medicina de Catástrofe. N° 22. Año 1991. Dirección Nacional de Defensa Civil. Ministerio de Defensa.

Unificación de una norma nacional para la disposición final de excretas de vehículos de transporte terrestre de pasajeros, consensuada con los Organismos Provinciales encargados de su fiscalización.

Estudiar la factibilidad de un precintado metálico o autoadhesivo de los tanques sépticos de los vehículos terrestres de transporte de pasajeros.

Solicitar a las empresas de Aeronavegación el estricto cumplimiento de las normas de desinfección de los líquidos de los tanques sépticos de las aeronaves. Monitoreo de los mismos a través de los organismos competentes del área.

Saneamiento del Medio:

Proponer a los niveles de ejecución correspondientes, soluciones locales dentro de las normas nacionales y provinciales, a la disposición final de los líquidos cloacales evacuados por carros atmosféricos.

Control de Comercialización de Productos:

Propiciar el control y cumplimiento de la Ley N° 22.802 de lealtad comercial, y otras legislaciones nacionales referidas a la aprobación y contralor posterior de productos que pudieran ser utilizados en la prevención del cólera, por ejemplo la lavandina.

Alimentos:

Propiciar el control estricto de los alimentos nacionales e importados. Prohibición de la utilización de aguas servidas y líquidos cloacales para el riego de quintas, huertas, chacras, etc.

Comunicación Social:

Cuidar especialmente la homogeneidad y coherencia de los mensajes para garantizar claridad y credibilidad. Lograr permanencia informativa y profundización de los aspectos educativos, que tiendan a lograr la modificación de hábitos y conductas no higiénicas.

Implementar dentro de lo posible, métodos de medición de impacto. En tal sentido, si bien es fundamental que los mensajes mantengan su contenido, introducir variaciones en los aspectos formales, creativos, de intensidad, etc., para lograr que los mismos no pierdan receptividad.

Evaluación de impacto de la prevención:

Medir el impacto de la prevención a través de la disminución de la morbilidad por diarreas y otras enfermedades entéricas.

4.1.1.2.2 Segunda Reunión, Región de Cuyo y Centro; San Luis, 12 y 13 de Junio de 1991:

En la Ciudad de San Luis se reunieron autoridades de Salud Pública y de Defensa Civil de las Provincias de Córdoba, La Rioja, Mendoza, San Juan y San Luis y representantes del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, de la Comisión Nacional para la Prevención y Control del Cólera y de la Dirección Nacional de Defensa Civil del Ministerio de Defensa, con motivo de realizarse el Encuentro Regional Centro del país, para tratar temas referentes a la Prevención y control del cólera.

Las delegaciones pusieron de manifiesto la trascendencia que tuvo la convocatoria a los distintos sectores de la comunidad y el trabajo conjunto de autoridades de Salud y Defensa Civil, desde las Comisiones Nacionales y Provinciales, reconociendo que se había logrado y evidenciado una acción coordinada y efectiva.

Dadas las características epidemiológicas de transmisión de la enfermedad cólera, alertan sobre el riesgo actual y la continuidad de esta situación en los próximos años.

Por ello en esta Reunión Regional se acuerda efectuar las siguientes recomendaciones:

Información y Educación a la Comunidad

Se reconoció de interés el accionar tendiente a lograr la capacitación de la comunidad y posterior facilitamiento de su intervención directa, en la resolución de los problemas de saneamiento ambiental en el nivel local.

Se recalcó la necesidad de evitar emitir información contradictoria a la comunidad, utilizando para ello un mensaje único desde los distintos ámbitos y sectores, incorporando a la prensa oral, escrita y televisiva al seno de las comisiones provinciales.

Se propuso continuar y reforzar las acciones iniciadas en esta área tendiendo a utilizar técnicas educativas que faciliten una activa participación en la solución de los problemas locales de cada comunidad.

Alimentos:

Se manifestó la conformidad con las acciones instrumentadas por la Comisión Nacional para la prevención y control del cólera, en este aspecto, considerando necesario un estricto cumplimiento de las mismas, su revisión periódica y la implementación de controles por muestreo en los pasos de frontera, como así también el control de calidad en puntos estratégicos de la red de comercialización.

Laboratorio:

Se propuso reforzar la red de laboratorios oficiales de cada jurisdicción, para que aseguren la preparación del recurso humano, y los insumos necesarios para la detección oportuna del *Vibrio Cholerae*.

Incentivar la comunicación de los laboratorios referenciales jurisdiccionales con el laboratorio de cabecera de la red, el Instituto Nacional de Microbiología "Carlos G. Malbrán", tanto para el asesoramiento como para la completa caracterización de este germen.

Además se dispuso que el Instituto Nacional de Microbiología "Carlos G. Malbrán", debe asegurar la provisión del antisuero de tipificación polivalente a los laboratorios referenciales de cada jurisdicción, que así lo requieran.

Saneamiento ambiental:

A los efectos de disminuir los factores de riesgos ambientales existentes en diferentes jurisdicciones, y ya que muchos de ellos son reflejo del incumplimiento de normas técnicas, se propone que los organismos jurisdiccionales correspondientes, utilicen todos los mecanismos necesarios para el logro del estricto cumplimiento de las mismas.

Se evidenciaron graves falencias de infraestructuras sanitarias básicas, cuyo crecimiento no acompañó a lo observado en la población, por lo cual se recomienda a los Gobiernos Nacional, Provinciales y Municipales, priorizar los proyectos de infraestructura relacionados a la provisión de agua potable y su distribución en red, eliminación de excretas en sistemas seguros, recolección y tratamiento de la basura, asegurando el mantenimiento y recuperación del medio.

La instalación, mejoramiento y fiscalización de los sanitarios públicos.

La vigilancia bacteriológica estricta de todos los recursos hídricos de competencia de cada jurisdicción.

El contralor según normas, de la calidad del agua provista por servicios oficiales, privados y cooperativas.

Autotransporte:

La utilización de los baños en los autotransportes de pasajeros constituye un peligro potencial en la transmisión de la enfermedad, por esto el grupo de trabajo recomienda:

- agregar dos (2) litros de lavandina concentrada en los depósitos sanitarios de todo autotransporte que ingrese al país, asimismo se realizará esta operación al iniciar su recorrido o después de toda descarga del depósito sanitario en los lugares preestablecidos por la autoridad competente, incluyendo aquí a los autotransportes que sólo circulen dentro del país;
- debido a la complejidad y magnitud de este tema se aconseja convocar a los Organismos competentes de cada jurisdicción, así como a los empresarios del rubro, para establecer en forma conjunta el procedimiento de descarga, limpieza y desinfección del habitáculo sanitario;
- en caso de no llegar a un acuerdo en el procedimiento anunciado en el punto anterior, en un lapso de treinta días, se propone la clausura de los sanitarios de los vehículos de autotransporte.

Adecuación de los servicios de salud:

Se recomienda intensificar la capacitación del recurso humano integrante del equipo de salud, en la actualización del conocimiento de la enfermedad y su correcto tratamiento.

Dadas las características especiales de esta patología se aconseja acentuar el entrenamiento de la terapia del deshidratado grave, como así también se recalca la importancia de la atención temprana y oportuna de los pacientes en el servicio de salud local.

Para el caso de que el cuadro clínico del paciente lo requiera, se deberá contar con un aceitado mecanismo de derivación a niveles de mayor complejidad regional o zonal.

Asegurar que se disponga en cada servicio de salud de los insumos necesarios para la atención y resolución de los casos iniciales, y de la normativa sobre notificación correspondiente.

Prever se disponga en los centros de internación, de un área exclusiva con infraestructura específica adecuada, para la atención de eventuales pacientes con cólera.

Apoyo a las actividades regionales:

Se destacó la importancia de estas reuniones regionales y la necesidad de instrumentar un mecanismo que les dé continuidad, debiendo contemplarse a través de la Comisión Nacional, que cada una de las Provincias tenga acceso a las conclusiones y recomendaciones surgidas en cada uno de los encuentros, en forma rápida y oportuna.

4.1.1.2.3 Tercera Reunión, Región del Noreste Argentino (NEA) Resistencia (Chaco), 19 y 20 de Junio de 1991

En la ciudad de Resistencia, Capital de la Provincia del Chaco, en el Salón Obligado de la Casa de Gobierno se llevó a cabo la 3' Reunión Regional con representantes de Santa Fe, Entre Ríos, Corrientes, Misiones, Formosa y Chaco, a la que había convocado la Comisión Nacional de Lucha contra el Cólera (sic).

Fueron sus conclusiones:

1. Que cada organismo gubernamental y no, como así la comunidad toda asuma la responsabilidad que le compete en la prevención, y cuidado de la Salud y el Medio Ambiente (Municipios, Escuelas, Institutos de viviendas, Instituciones de bien público).

Ratificar el Acta de lo actuado en la Reunión del 23/05/9.

2. Alimentos

a. No interferir en el tránsito interno de alimentos independientemente del control sanitario obligatorio que cada provincia debe realizar;

b. Adherir al anteproyecto de Disposición de la Subsecretaria de Salud de la Nación en cuanto a controles del Tránsito Internacional de los alimentos.

c. Propender a garantizar el cumplimiento de normas elementales de higiene en la elaboración y expendio de productos alimenticios en la vía pública.

3. Transporte

a. Delegar a los Organismos de Transporte, empresarios, trabajadores sindicalizados y entes de contralor (Delegados Sanitarios, Municipios, Directores de Transporte) el cumplimiento de las Normas Internacionales en temas de Prevención del Cólera.

b. Solicitar a los responsables de las Empresas de Transporte incluir acciones de difusión de la prevención durante sus viajes (adhesivos, videos, folletos, etc.).

c. Promover que los lugares de paradas de transporte de pasajeros (en rutas) y en terminales, reúnan condiciones de infraestructura en la eliminación de excretas y provisión de agua de consumo, acorde a la afluencia de viajeros y a las normas existentes.

4. Reiterar los conceptos y recomendaciones vertidas en las Actas de las reuniones realizadas en la zona Cuyo y Centro (San Luis) y Patagonia (Trelew)

5. Saneamiento

a. Reforzar las estructuras Provinciales y Municipales en las áreas dedicadas al Saneamiento Básico mediante la priorización de estas acciones en los presupuestos respectivos.

b. Insistir en la necesidad de revitalización de Proyectos y Anteproyectos de Saneamiento Básico para lograr la derivación de Fondos del Tesoro Nacional, así como la obtención de líneas de Crédito internacionales para la concreción de dichas obras.

c. Reiterar la necesidad de que se contemple en el presupuesto de Salud un mayor porcentaje de Fondos para el desarrollo de acciones preventivas entre las que se encuentran las orientadas al saneamiento del medio.

6. Laboratorio

a. Ampliar y fortalecer la red de laboratorios Provinciales tanto en lo que se refiere a Recursos Humanos como insumos, según los distintos grados de complejidad.

b. Incrementar la relación entre los laboratorios referenciales provinciales con el Instituto Nacional de Microbiología "Dr. Carlos Malbrán".

c. Recurrir al Instituto Nacional Dr. C. Malbrán, ante la necesidad de capacitación de personal y la provisión de sueros polivalentes Anti-Vibrio-Cholerae.

Asimismo la Subcomisión de Bacteriología de la Comisión Nacional se compromete a elaborar una nueva cartilla sobre Recolección, Transporte de muestras e identificación bioquímica y serológica para los distintos niveles de complejidad, que serán adaptados por las Provincias según sus recursos.

4.1.1.2.4 Cuarta Reunión, para la Región del Noroeste Argentino (NOA), se realizó en la ciudad de Tucumán el 4 de julio de 1991

Se reiteraron los compromisos resultantes de las reuniones precedentes.

4.1.1.3.- Creación del Comité de Emergencia para la Lucha Contra el Cólera²⁸

Este Comité estuvo integrado por todos los ministros del Poder Ejecutivo Nacional, presidido por el Ministro de Salud y Acción Social.

4.1.2.- Etapa de brote epidémico :

Una vez notificados los primeros casos de cólera, se dictaron en el orden nacional algunas medidas consideradas de gran importancia para asegurar la planificación y ejecución de las acciones de control en las mejores condiciones de operatividad posibles.

4.1.2.1.- Declaración del Estado de Emergencia Sanitaria Nacional²⁹

Se fundamentó en el “avance de la epidemia en países limítrofes, y en la detección de diversos casos de pacientes afectados en jurisdicción del norte argentino, en las

²⁸ Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 132, del 16 de enero de 1992

proximidades del río Pilcomayo, la contaminación de las aguas, y las habituales migraciones internas”.

4.1.2.2.- Constitución de Grupos Específicos Intersectoriales de Trabajo

Los mismos se abocaron específicamente a fortalecer los mecanismos de control en las áreas de: Calidad de los Recursos Hídricos, Control de Alimentos y Sanidad de Fronteras y Transportes.

El grupo de trabajo sobre Control de Calidad de los Recursos Hídricos,³⁰ estaba integrado por la Secretaría de Salud, Secretaría de Vivienda y Calidad Ambiental del MSyAS, el Instituto Nacional de Ciencia y Técnica Hídrica de la Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente Humano, la ex OSN, la Comisión Nacional de la Cuenca del Plata del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, Centros y/o Instituciones de la Secretaría de Ciencia y Técnica del Ministerio de Educación, y los Organismos y Entes provinciales que guardasen relación con los objetivos.

En ese contexto, se produjeron las siguientes acciones:

4.1.2.3.- Declaración de la Emergencia Habitacional en zonas afectadas o de alto riesgo.³¹

A los efectos de posibilitar contrataciones por vía de excepción, con fondos del FONAVI, para “atender zonas afectadas y/o potencialmente de alto riesgo, en planes de emergencia sanitaria y/o habitacionales”. Esta disposición de los fondos fue posible a través de este acto resolutivo, pues dejaron de estar condicionados por los términos de un préstamo del Banco Mundial, pudiendo reasignarse esas partidas en el marco de la Emergencia Sanitaria Nacional.

²⁹ Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 251 del 6 de febrero de 1992

³⁰ Resolución del MSyAS N° 55, del 10 de febrero de 1992

³¹ Resolución Reglamentaria del FONAVI, N° 147, del 31 de enero de 1992.

4.1.2.4.- Declaración de Área de máxima alerta a las provincias de Jujuy, Salta, Formosa, y Chaco³²

“Las instituciones oficiales de todo nivel y dependencia, conjuntamente con la comunidad”, “debían intensificar las medidas de promoción, protección de la salud, y control de la enfermedad, normalizadas por la Comisión Nacional de Prevención y Control del Cólera”

4.1.2.5 .- Afectación de todo el personal del MSyAS, al programa de lucha contra el cólera³³

4.1.2.6.- Financiamiento de obras para la Provincia de Salta³⁴

Se aprobaron inversiones “para obras de saneamiento, provisión de agua y desagües cloacales por un valor de \$ 3.729.000”.

Asimismo, “se aprobaron inversiones para la construcción de puestos sanitarios, unidades sanitarias, ampliaciones de unidades y viviendas destinadas al personal médico, por un valor de \$ 850.000”.

4.1.2.7.- Inspectoría de las Obras FONAVI³⁵

Se solicitó la “verificación a través de los organismos de jurisdicción, del cumplimiento en las obras FONAVI, del correcto funcionamiento de los sistemas de evacuación de líquidos cloacales, y plantas de tratamiento en donde las hubiere”.

³² Resolución MSyAS N° 52 del 6 de febrero de 1992

³³ Resolución MSyAS N° 53 del 7 de febrero de 1992

³⁴ Resolución de la Secretaría de Vivienda y Calidad Ambiental del MSyAS N° 19 del 9 de febrero de 1992

4.1.2.8.- Financiamiento de obras para la Provincia del Chaco³⁶

Se aprobaron “inversiones para obras de saneamiento, provisión de agua, desagües cloacales, letrinas, y equipos de control de derrames cloacales, y para el reforzamiento de centros asistenciales de salud”, por un valor de \$ 4.018.000.

4.1.2.9.- Financiamiento de obras para la Provincia de Formosa³⁷

Se aprobaron “inversiones para obras de saneamiento, provisión de agua, desagües cloacales, acondicionamiento de servicios de agua existentes, y construcción de servicios nuevos, controles operativos y de mantenimiento, construcción de 7.000 letrinas de hoyo seco, y de núcleos sanitarios en escuelas”, por un valor total de \$ 4.468.475.

4.1.2.10.- Financiamiento de obras para la Provincia de Jujuy³⁸

Se aprobaron “inversiones para obras de plazo cero, para emergencia, de saneamiento básico rural y periurbano, e infraestructura sanitaria en escuelas. Inversiones para obras de corto y mediano plazo (30 y 60 días), consistente en apoyo a municipios, dotación de infraestructura básica en puestos de salud y abastos reducidos de provisión de agua potable. Inversiones para obras de largo plazo (no más de 120 días), de construcción de infraestructura básica para provisión de agua potable, y evacuación y tratamiento de efluentes cloacales”, por un valor de \$ 4.654.330

4.1.2.11.- Financiamiento de obras para las Provincias de Misiones, Tucumán, Santiago del Estero, y Corrientes

³⁵ Resolución de la Secretaría de Vivienda y Calidad Ambiental del MSyAS N° 20 del 11 de febrero de 1992

³⁶ Resolución de la Secretaría de Vivienda y Calidad Ambiental del MSyAS N° 30 del 20 de febrero de 1992

³⁷ Resolución de la Secretaría de Vivienda y Calidad Ambiental del MSyAS N° 31 del 20 de febrero de 1992

³⁸ Resolución de la Secretaría de Vivienda y Calidad Ambiental del MSyAS N° 31 del 20 de febrero de 1992

Se firmaron los acuerdos correspondientes, y su ejecución se fue desarrollando en el mediano plazo, pues nunca llegaron a estar en la categoría de alto riesgo. Se estimó un presupuesto conjunto de \$ 16.000.000.

4.1.2.12.- Financiamiento de obras para la Provincia de Buenos Aires

Se concretó mediante un convenio entre el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, y el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, por el cual se destinó en una primera etapa \$ 10.000.000, para la construcción de obras de saneamiento en el conurbano bonaerense.

Simultáneamente a estas medidas se llevaban a cabo tareas asistenciales para controlar el brote, que pueden resumirse en el detalle siguiente:

Acciones principales de control del brote epidémico. (en coordinación con las autoridades provinciales / municipales de las zonas afectadas)

-Instalación de hospitales de campaña / habilitación de centros de atención médica en lugares estratégicos / provisión de medicamentos y otros insumos básicos.

-Apoyo nacional en recurso humano profesional y técnico, especialmente personal médico, de enfermería y de laboratorio diagnóstico.

-Estudios sobre situación en recursos de saneamiento básico e implementación inmediata de alternativas de solución con tecnologías apropiadas.

-Investigación sobre eventual contaminación en cursos de agua y alimentos propios de la zona.

-Investigación sobre pautas culturales de las poblaciones afectadas, especialmente en cuanto hacía a prácticas de higiene personal y hábitos alimentarios. Estas

investigaciones permitieron intensificar las acciones educativo sanitarias, que trataron de lograr cambios de comportamiento positivos, los cuales sucedieron luego de varios meses de permanencia intensiva de los agentes de salud.

-Activación a máximo nivel de todos los mecanismos de vigilancia epidemiológica de enfermedades diarreicas.

-Acciones de coordinación con empresas locales y de otras provincias, para que se proveyeran adecuados controles sanitarios y obras de saneamiento básico, sobre todo en los grupos poblacionales que se trasladaban desde zonas afectadas para realizar trabajos temporarios.

-Obras de infraestructura en servicios sanitarios (provisión de agua potable y adecuada disposición de excretas y basuras), de extenso desarrollo en las páginas precedentes.

4.1.3.- Estrategia operativa

La estrategia operativa, esencialmente descentralizada en los niveles provinciales locales, interdisciplinaria y participativa, estuvo centrada en la intensificación de todas las acciones de prevención oportunamente normatizadas a nivel de la Comisión Nacional, especialmente en las provincias y zonas consideradas de mayor riesgo.

En el control del brote epidémico en las áreas afectadas, se actuó a través fundamentalmente de acciones de atención primaria. en las que los agentes sanitarios, tanto institucionales como comunitarios, desempeñaron en terreno un rol protagónico de primerísimo nivel, a cargo de actividades básicas de vigilancia epidemiológica, detección temprana y tratamiento inicial de casos, educación para la salud y saneamiento básico (potabilización de agua de consumo / disposición adecuada de excretas (letrización), y basuras.

En el marco del Comité de Emergencia Interministerial, el Ministerio de Trabajo de la Nación efectuó; conjuntamente con funcionarios de los Ministerios de Salud de la nación, y Provinciales; inspecciones destinadas a verificar las condiciones de higiene y salubridad en los establecimientos de explotación agrícola, comenzando por las Provincias de Salta, Jujuy, y Buenos Aires.

En Salta, las primeras inspecciones realizadas sobre 24 establecimientos tabacaleros, 1 ingenio, 1 tambo, y 1 cortada de ladrillos, situados en las localidades de El Totoral, Cerrillos, General Güemes, El Carril, Chicoana, Estación Alvarado, Rosario de Lerma, La Falda, Metán, La Silleta, Rosario de la Frontera, y Quijano, demostraron: “ la falta de respeto por la calidad de vida caracteriza a los responsables de las fincas³⁹, en las que se constató falta de sanitarios y viviendas miserables en las que se aloja al personal golondrina. Se labraron actas de infracción y se intimaron mejoras respecto a los siguientes requisitos:

- instalación de sanitarios adecuados
- instalación de viviendas habitables
- certificaciones de la potabilidad de agua
- limpieza de tanques de agua
- instalación de vestuarios y armarios guardarropas
- protección en máquinas
- implementación de servicios en medicina del trabajo y seguridad del trabajo
- realización de exámenes médicos de salud

Luego de estos operativos, también en Salta se inspeccionaron plantaciones en Orán, Bermejo y General Ballivian.

Se realizaron en estos casos, 31 inspecciones que arrojaron 29 infracciones, entre ellas, la presencia de mas de 100 bolivianos indocumentados, contratados por los finqueros de la zona para la recolección de bananas, careciendo las plantaciones

³⁹ Primer informe consolidado de las inspecciones efectuadas a explotaciones tabacaleras y otras. Ministerio de Trabajo. Febrero, marzo, y abril de 1992.

de las más mínimas condiciones de higiene, existiendo en algunos casos letrinas construidas con cuatro estacas cubiertas por tres lados con bolsas de arpillera o un telón de polipropileno, con una base de madera que cubría el pozo receptor de las heces.

Existían recipientes con hipoclorito, y como hecho positivo destacable, fue que se pudo constatar que la población; en general; poseía información acerca de los recaudos a adoptar ante el riesgo de cólera.

En la Provincia de Jujuy, sobre 15 establecimientos inspeccionados, el 100% mostró falta total de higiene en las viviendas, en las cocinas, y en los sanitarios, procediéndose a suspender provisoriamente las actividades en esos establecimientos, intimándose al cumplimiento de las normas de higiene y seguridad laboral.

En las inspecciones efectuadas en el conurbano bonaerense, sobre 28 empresas inspeccionadas, en los partidos de Vicente López, San Martín, Morón, Avellaneda, y Lomas de Zamora, se constataron infracciones por falta de higiene en servicios sanitarios, vestuarios, duchas, cocinas, y comedores. Tampoco existían controles de laboratorio, tanto físico-químico como bacteriológico, sobre el agua de consumo.

En el orden nacional, por intermedio de las autoridades sanitarias argentinas y bolivianas, se instrumentó un convenio binacional (ÁRBOL II), que posibilitó la ejecución de acciones de colaboración y cooperación mutua, con movilización de recursos médico sanitarios a uno y otro lado de la frontera, independiente de su nacionalidad y dependencia jurisdiccional.

4.2.- Acciones privadas realizadas durante la etapa de prevención del cólera

Numerosas fueron las acciones privadas que en el ámbito de todo el país se llevaron a cabo fundamentalmente en el área de la prevención, tanto en la etapa del prebrote, como en las etapas posteriores al ingreso del cólera a nuestro país.

Muchas de ellas han quedado reseñadas en la enunciación general efectuada ut supra, pero la magnitud de alguna de ellas merece su tratamiento en forma particular.

Es el caso de las acciones efectuadas por la empresa Ferrocarriles Argentinos, en ese entonces una empresa del estado, en proceso de privatización.

Su magnitud en el año 1991, como red de transporte, cantidad de agentes involucrados, cantidad de establecimientos operativos fijos y móviles, carencia histórica de elementos de saneamiento básico, gran deterioro de sus instalaciones por el déficit económico crónico que ostentaba como empresa, se contraponía con la enorme importancia que poseía como eventual agente de ingreso y/o propagación de la enfermedad.

Además de su propia jerarquía asistencial potencial, por contar con la red sanitaria de asistencia mas extendida en el país; luego de la pública; que incluía 72 centros asistenciales.

Todo esto justifica, que de manera especial, se describan las actuaciones que desarrollaron las personas pertenecientes a las líneas ferroviarias, de gran magnitud e importancia epidemiológica.

4.2.1.- Ferrocarriles Argentinos. Campaña nacional de prevención para su personal, pasajeros transportados, y zonas de influencia.

Como participante activo de la Comisión Nacional de Prevención y Control del Cólera, Subcomisión de Transportes, la empresa Ferrocarriles Argentinos,

desarrolló intensas acciones preventivas, coordinadas por el Centro Operativo de Emergencias Ferroviarias de Defensa Civil.

Dicho Centro contaba con un Grupo Asesor correspondiente a las áreas de Medicina Laboral, Seguridad e Higiene en el Trabajo, Recursos Humanos, Transporte, Vía y Obras y Relaciones Públicas, y cuya función con relación al cólera, fue la coordinación de acciones y su seguimiento, para que se cumplieran conforme a las pautas nacionales, y corregir las anomalías detectadas en toda la red ferroviaria.

Al margen de las actuaciones que debía realizar cada Línea, el Centro mencionado efectuaba inspecciones y muestreos de agua a lo largo de los distintos sectores de Ferrocarriles, remitidos a los laboratorios de referencia, para evaluar el grado de potabilidad de las aguas analizadas.

Desde un primer momento, se establecieron acciones tendientes a la capacitación de todo el personal sobre los aspectos preventivos, y se emitieron instrucciones básicas para los niveles de aplicación y ejecución, con relación al ejercicio de la vigilancia sanitaria de los sistemas de abastecimiento de aguas potables, inspecciones a talleres, oficinas, galpones, depósitos, coches comedores, restaurantes, negocios de expendio de bebidas y/o comidas, buffet para uso interno del personal, baños, casas y/o viviendas del Ferrocarril.

Dichas tareas estuvieron a cargo del personal dependiente de cada Línea, quienes efectuaron rutinariamente el control sanitario de dichas dependencias.

Por otra parte, se realizó con personal propio, la vigilancia en la calidad e higiene de los productos que se expendían en el área de esa competencia.

Las Divisiones de Sanidad e Higiene y Seguridad en el Trabajo de las Líneas, juntamente con los responsables de las áreas respectivas, coordinaron las acciones de fiscalización y corrección, para alcanzar una adecuada eliminación sanitaria de excretas, tanto en fuentes móviles, como fijas, y la instalación y conservación de

letrinas en paradas que no poseían sanitarios, al igual que en los obradores de campaña.

Cada Gerente de Línea y su Grupo Asesor delimitó un radio de influencia, dentro del cual se ejerció el contralor médico, y bromatológico de la potabilidad de las aguas y existencia de cloro residual suficiente.

Dado que las regiones de frontera eran áreas potenciales de riesgo, ya que por sus ubicaciones geográficas estaban expuestas al ingreso de enfermos y/o portadores sanos, fundamentalmente en las del Noroeste y Noreste, por su alto riesgo epidemiológico y eventual puerta de entrada del Cólera, se fiscalizaban las formaciones inmediatamente su ingreso al país.

También se realizaban reuniones interdisciplinarias en el área Transporte de la Empresa para mantener el alerta sobre los Jefes de Trenes; provenientes de potenciales áreas endemoepidémicas; acerca de la necesidad de informar si entre los pasajeros se registraban casos de diarreas, vómitos y/o fiebre, debiendo comunicar cualquier novedad al médico de Línea y/o Jefatura regional más cercana.

Ante la eventualidad de la detección de algún caso sospechoso, se había coordinado una acción conjunta con el Instituto de Servicios Sociales para el Personal Ferroviario, a los efectos de la utilización de la red asistencial que en ese momento poseía en todo el país.

Por otra parte, el Centro recibía información de la Auditoría Interna de Ferrocarriles Argentinos, que en cumplimiento de las pautas brindadas, efectuaba revisiones de corredores de trenes interurbanos de las distintas Líneas, dando a conocer las deficiencias detectadas en cuanto a la higiene y mantenimiento de limpieza de los mismos, en los baños, coches dormitorios, etc.

También a los efectos de fortalecer la campaña de prevención para el personal de Ferrocarriles Argentinos y su zona de influencia, se multiplicó el material de difusión oficial, en forma de murales, afiches y obleas autoadhesivas que se distribuyeron a lo largo de todas las Líneas, y fueron ubicados en boleterías de estaciones cabeceras, paradas intermedias y estaciones terminales de los servicios interurbanos de pasajeros, siempre a la vista del usuario, mientras que las obleas autoadhesivas se colocaban en el interior de los coches de los trenes interurbanos de pasajeros.

A continuación se reseñan algunas de las acciones efectuadas por cada Línea Ferroviaria, correspondiente al semestre Abril / octubre de 1991⁴⁰

4.2.1.1.-F.C.Belgrano

a)Comité de prevención Tucumán y zonas de influencia.

Análisis de potabilidad y clorinación del agua.

En el período bajo análisis, se habían realizado 57 exámenes bacteriológicos de aguas. En aquellos casos que se detectaron aguas no potables, o con escaso cloro residual, se procedió a su normalización, instruyéndose a los Jefes de Estaciones para que dieran intervención a los responsables de las fuentes centralizadas de abastecimiento de agua, y su red.

Asimismo, en ese lapso se habían efectuado 125 inspecciones a coches de pasajeros, correspondientes a formaciones de trenes Nros.719/720, 703/704, 707/708 y coche Boliviano tren 719/720, en lavabos de damas, caballeros, cocinas y comedores. Estas verificaciones se realizaron tanto con trenes en marcha, como detenidos en playa.

⁴⁰ Informes del Centro de Defensa Civil Ferroviario. Recopilación efectuada por el autor

Cabe señalar que se utilizaron comparadores colorimétricos, cuya construcción estuvo a cargo de los Talleres de Tafí Viejo, siendo luego enviados a la cátedra de Química II de la Universidad Nacional de Tucumán para su aprestamiento.

Se trabajó mancomunadamente con la Dirección de Saneamiento Ambiental del Sistema Provincial de Salud de Tucumán, SIPROSA, quien controló las instalaciones del Taller y Almacén de Tafí Viejo, y las dependencias del F.C.Belgrano de esa zona.

Se formaron cuatro grupos técnicos integrados por miembros del Comité, los cuales cumplieron funciones permanentes en las estaciones de tránsito de los trenes Nros.703/704 y 719/720, de acuerdo a las programaciones que fueron confeccionadas.

Higiene, limpieza y mantenimiento de talleres, oficinas, galpones, depósitos, estaciones, casas, baños, viviendas del personal, y playas de maniobras.

Se realizaron 143 inspecciones a distintas dependencias, correspondientes a 42 estaciones, constatándose la higiene, limpieza y mantenimiento de las mismas, que incluían:

Uso obligatorio de Elementos de Protección por parte del personal de limpieza.

Higiene y desinfección de las instalaciones, especialmente de los baños.

Eficiente cloración del agua que se transportaba para el uso de los pasajeros.

Limpieza y desinfección de los baños de las Estaciones, en especial de las terminales, como Tucumán.

Se mantuvo en forma permanente la campaña de difusión a través de afiches colocados en las estaciones, en los pasillos y baños de los coches, advirtiendo sobre los peligros de una higiene incorrecta, y se efectuaron reuniones periódicas con el personal potencialmente mas expuesto al riesgo de contagio, en

coordinación con los Organismos Oficiales de la Provincia a cargo de la emergencia sanitaria.

Se pudo constatar que la información y las reuniones participativas, no solo despertaron interés en las poblaciones ferroviarias, sino también en los habitantes de las localidades visitadas.

b)Comité de prevención Santa Fe y sus zonas de influencia

Iniciado el operativo, esta zona dispuso que personal de Sanidad, Seguridad e Higiene en el Trabajo y Distritos de Vías y Obras, se trasladasen a los lugares de mayor concentración de población ferroviaria, como San Cristóbal, San Justo, Laguna Paiva, etc., para realizar ciclos de concientización, y se trabajó sobre los instructivos para prevenir el Cólera normatizados a nivel nacional desde el Ministerio de Salud y Acción Social.

Se colocaron también en los transparentes de las estaciones, consultorios médicos y campamentos de cuadrillas, los folletos ilustrativos.

Asimismo se dispuso la adquisición de Hipoclorito de Sodio para tareas de desinfección y limpieza, y se efectuaron recomendaciones para que se prestara particular atención a la limpieza de andenes, servicios sanitarios, campamentos de cuadrillas; tanto en lo relativo a la limpieza, higiene general y calidad de agua, como en la concientización de quienes los habitaban.

La dependencia Distrito Vía y Obras Santa Fe, trazaba cursos de acción en todo lo relativo al agua potable, y destacó personal del área para que en los servicios jurisdiccionales, brindase las explicaciones pertinentes e instruyera sobre las tareas a ejecutar. En el campo sindical, se solicitó a la Unión Ferroviaria que prestara su colaboración, fomentando la participación de sus afiliados.

En la zona se distribuyeron 273 comparadores colorimétricos, y se mantuvo en forma permanente la provisión de hipoclorito de sodio.

Además se difundieron las normativas incorporadas en la Resolución Nro. 210/91 de la Secretaría de Transporte, referidas a las medidas preventivas en los medios de transporte para el control del cólera.

Se realizaron también exámenes médicos periódicos al personal de limpieza, en contacto con los sanitarios, siempre con resultados normales.

c) Comité de prevención Área centro.

Análisis de potabilidad y clorinación de las aguas.

Se efectuaron 71 inspecciones a igual cantidad de estaciones y otros estacionamientos, corrigiéndose las anomalías detectadas.

Se estableció con los Entes Comunales y Provinciales, las bases para la conexión de agua a las estaciones Cotelay, Los Amores, Los Frentones, Pampa de los Huanacos, y Caburí.

Se inspeccionaron en forma regular los sistemas de agua, realizando las mediciones correspondientes al tren n° 704, en la estación Alta Córdoba, solucionando los déficit que pudieran presentar en la concentración de cloro.

d) Superintendencia y Distrito Vía y Obras Salta.

Esta zona mantuvo una alta frecuencia de reuniones periódicas con la asistencia de todo el Comité compuesto por personal de todos los servicios.

Se mantuvo un alto grado de preocupación en las zonas de frontera por considerarse que a través de las mismas podía ingresar el cólera, destacándose las siguientes acciones y comentarios:

Estado de conservación y limpieza de estaciones, depósitos, locomotoras, oficinas, baños, y viviendas.

Se realizaron inspecciones recurrentes para verificar el estado de conservación y limpieza de 52 estacionamientos, de los aludidos en el título.

En estación Ledesma, el Centro zonal de Higiene y Seguridad en el Trabajo Salta, realizó una inspección a las viviendas del Ferrocarril, donde se constató que el sistema sanitario era muy deficiente, dando participación a las autoridades provinciales, para establecer acciones conjuntas de saneamiento.

e) Comité de prevención Área Formosa

Análisis de potabilidad y clorinación de las aguas

Conforme al programa preestablecido se inspeccionaron en forma regular 34 estaciones, efectuándose las mediciones correspondientes, subsanándose las falencias detectadas.

Se detectó que los clorinadores automáticos de las instalaciones de agua de Pocitos, Pichanal y Formosa, no funcionaban debido al desgaste y rotura de las válvulas de dosificación; se procedió a su recambio, y se repararon los viejos.

f) Zona Córdoba. Comisión de Lucha Contra el Cólera.

Periódicamente se mantuvieron reuniones de la Comisión, integrada por todos los servicios ferroviarios responsables de la zona, a fin de incentivar las medidas de limpieza, y su conocimiento por todo el personal.

El Departamento Transporte fiscalizaba la obligatoriedad del cumplimiento del cierre de baños al ingreso de trenes a las estaciones, en oportunidad de la llegada de las formaciones a Córdoba.

El Servicio de Agua Potable, del Dto. Vía y Obras, era el encargado del control de las plantas de provisión de Agua Potable mediante los procedimientos normatizados, se mantuvo bajo supervisión de los Jefes de servicios la identificación correcta de los grifos o bocas de agua y la potabilidad de la misma.

Además, como en todas las regiones, se implementó el control periódico de la toma de agua a los coches de pasajeros, estableciendo la obligatoriedad de llevar un registro de los coches precedentes de Pocitos.

Análisis de potabilidad y clorinación

Fueron realizadas rutinariamente inspecciones en 11 estaciones, verificándose sistemas de agua, potabilidad y clorinación, comprobándose la normalidad del suministro.

g) Distrito Vía y Obras Mendoza

Análisis de potabilidad y clorinación del agua.

Se efectuaron 27 inspecciones, en tanques, aljibes y conexiones directas, con resultados normales.

h) Distrito Vía y Obras Jujuy.

Siempre se consideró zona de riesgo, por las formaciones procedentes de Bolivia

Análisis de potabilidad y clorinación del agua.

En Estación La Quiaca no se pudo solucionar el problema sanitario, dado el conglomerado de personas que pululaban en la zona, con características culturales propias, que incluían entre otras, la defecación al aire libre, sin aceptar el uso de las letrinas móviles que se habían colocado.

Además, las primeras 16 inspecciones realizadas en igual cantidad de estaciones, permitieron observar fallas importantes de salubridad e higiene en varias de ellas, realizándose las clorinaciones respectivas, e instruyéndose al personal de estaciones y dándose intervención a los responsables de la red de aguas sanitarias(AGAS), para que asumieran las soluciones y fiscalizaciones de su red.

i) Distrito Vía y Obras Rosario

En esta zona también se mantuvieron las reuniones periódicas.

Análisis de potabilidad y clorinación del agua

Fueron realizadas 28 inspecciones en tanques y conexiones directas en estaciones, verificándose la potabilidad de las aguas.

Por otra parte se llevaron a cabo tareas de limpieza y desinfección de tanques, desde estación San Francisco a Rosario, correspondiente a 14 estaciones de las 28 aludidas precedentemente.

j) Retiro y su zona de influencia. –

Estado, conservación y limpieza de locomotoras, coches comedores, y otros estacionamientos.

La Dirección Sanidad del F.C.Belgrano, fue la responsable en su línea de realizar inspecciones de estado, conservación, y limpieza a 136 lugares de los aludidos, dando participación a las áreas responsables, para que normalizaran las anomalías detectadas.

k) Información de orden general correspondiente al Ferrocarril Belgrano

Al margen de lo expuesto, diariamente se controlaban las formaciones de trenes generales que partían o arribaban a la Estación Retiro-Belgrano.

En ellas se verificaban las tarjetas de desinfección de tanques de agua, estado de higiene de coches y baños, como así también la presencia de cloro libre en el agua para uso y consumo de los pasajeros.

Además se inspeccionaba a los coches bares, donde se controlaba especialmente el estado de los alimentos que se expendían, higiene de los coches, y de los lugares de almacenamiento de alimentos en las estaciones de mayor tránsito y resto de la red.

Se mantuvo en forma permanente el control de andenes y baños públicos, como así también de viviendas e instalaciones sanitarias destinadas a los agentes ferroviarios.

En oportunidad de encontrarse anomalías se les comunicaba a los servicios correspondientes a los efectos de que fueran subsanadas.

Se mantuvieron regularmente las Reuniones Zonales de Agua Potable, y las de los Comités contra el Cólera, que se habían constituido en todas las zonas.

En todos los casos se establecieron las acciones de acuerdo a la Resolución S.S.T.Nº 210/91

El consumo de cloro en esa línea, había alcanzado los 7.600 ls. en el lapso del primer semestre de acción.

4.2.1.2.- F. C.Mitre, y F.C. San Martín

Se había creado en ambos el Comité para la Campaña de Prevención del Cólera.

Se gestionó la provisión de hipoclorito de sodio, y el Departamento Transporte asumió la desinfección de los coches de pasajeros, incluyendo la desinfección de los tanques de abastecimiento y cañerías de distribución en los coches.

Se instruyó al personal de las aguateras, para extremar cuidados y medidas de higiene durante las operaciones de carga de agua a las unidades.

En los laboratorios técnicos de Junín y su similar de Mecánica Rosario, se recibían las muestras de agua efectuadas por muestreo en las formaciones, y evaluaban el contenido del cloro residual.

También se verificaban en las instalaciones ferroviarias fijas, las condiciones de abastecimiento de agua, su correcta distribución en los grupos sanitarios, duchas y vestuarios, además del control de los puntos de eliminación de desechos y excretas.

A través de Sanidad y Seguridad e Higiene en el Trabajo, se realizó un programa de charlas de concientización sobre prevención, cuidados higiénicos, sanitarios y epidemiológicos a diferentes niveles de personal, incluyendo a los profesionales médicos del interior del país, así como la elaboración y difusión a través de afiches y/o manuales de los contenidos de la Campaña.

a) Área Gran Rosario.

Para evaluar la potabilidad y el grado de clorinación en el agua, se verificaron en la etapa inicial de la campaña en 135 coches; por muestreo; correspondientes a las formaciones N° 277 (Retiro-Rosario) – 278 (Rosario- Retiro) – 282 (Rosario-Retiro) 288 (Tucumán-Retiro) -290 (Rosario- Retiro) 292 (Sta.Fe-Retiro) 3703 (Rosario-Retiro) y 3730 (Rosario -Retiro).

Además se verificaba el estado, conservación y limpieza de oficinas, talleres, coches comedores, locales, baños, viviendas, almacenes, y estaciones, totalizando

en el primer semestre 103 inspecciones en diversos lugares y distintas fechas, habiéndose podido constatar que en general en los estacionamientos visitados, el estado de conservación y limpieza, se adaptaban a las instrucciones que habían sido impartidas.

4.2.1.3.- F.C Roca, y F. Sarmiento

La División Sanidad había instruido a las distintas Regionales de su dominio, acerca de las normativas establecidas, recayendo sobre los profesionales de la salud que actuaban bajo su dependencia la fiscalización del cumplimiento de dichas normas.

Lo mismo se efectuó desde el Área de Seguridad e Higiene en el trabajo.

Los Jefes de Estación fueron autorizados a proceder en forma directa para la compra de cloro, y de otros elementos de limpieza y desinfección.

Se instruyó a los distintos estacionamientos respecto al destino, y a la forma de obtención de las muestras para su posterior análisis.

También se dieron directivas a todo el personal interviniente en la carga de agua para que, antes de ser conectada la manguera en el tanque receptor fuera introducida previamente en un recipiente con agua clorada a los efectos de evitar posibles contaminaciones.

La misma recomendación fue transmitida al personal ferroviario que actuaba en similares tareas, pero dirigidas a aquellas poblaciones a las que el ferrocarril proveía de agua.

Lo mismo en relación a los Campamentos de Cuadrilla de vía, extremando su higienización, desinfección de letrinas portátiles, quema de residuos, etc., evitando que estas últimas se realizaran a menos de quince metros de los

surtidores de agua, y eliminar toda posibilidad de contacto de aguas servidas con las de consumo.

Se impartió una recomendación particular para que todos los establecimientos que poseían instalaciones sanitarias, eliminaran todas las pérdidas; dentro de lo posible; a fin de evitarse acumulaciones que pudieran haberse convertido en focos de contaminación.

También se procedió a la distribución de los carteles murales de prevención contra el Cólera y se dispuso la publicación en los Boletines de Servicio de los avisos relacionados con la Campaña.

F.C.Roca

Análisis de potabilidad y clorinación del agua

Se realizaron 156 inspecciones en igual cantidad de estaciones, verificándose los sistemas de agua y el cloro residual, procediéndose a normalizar las anomalías detectadas.

En ese sentido se habían consumido en esos quehaceres, las siguientes cantidades:

Cloro: 1486 ls.,

Hipoclorito de sodio: 2854 ls., y

Cloruro de calcio: 476 kg.

Estado, conservación y limpieza de oficinas, baños, talleres, comedores, locales, viviendas, almacenes, y otros.

Fueron inspeccionados 126 estacionamientos verificándose el estado, conservación y limpieza de los servicios, procediéndose a normalizar aquellos que no se encontraban en buenas condiciones.

F.C.Sarmiento

Análisis de potabilidad y clorinación del agua.

Se realizaron 97 inspecciones en estaciones de esta Línea, verificándose los sistemas de agua y el nivel de cloro residual.

Fueron utilizados 390 litros de cloro y 711 litros de hipoclorito de sodio.

Estado de conservación y limpieza en oficinas, talleres, baños, viviendas, estaciones, y otros.

Se realizaron 398 inspecciones, correspondientes a 119 estacionamientos, efectuándose desratización, desinfección, y limpieza, en aquellos lugares que se consideró necesario.

4.2.1.4.- F. Urquiza

En el Mes de Abril de 1991, se constituyó el Grupo Asesor Línea, en el marco de la Campaña.

Se efectuaron las recomendaciones correspondientes a los Departamentos y/o servicios respectivos, remitiéndose las medidas incluidas para la prevención, y la cartilla emitida por la Comisión Nacional desde el Ministerio de Salud y Acción Social.

A los fines estadísticos, se habían informado hasta el mes de octubre de 1991, 129 inspecciones sobre los sistemas de agua, en la misma cantidad de estaciones, y se habían consumido 3.000 ls. de cloro en el semestre.

4.3.- Acciones dirigidas a evitar un impacto negativo internacional, sobre nuestras exportaciones de alimentos.

4.3.1.- Proyección económica externa del brote de cólera en Argentina.

A la luz de los antecedentes internacionales, el brote de cólera que afectó a nuestro país podría haber llegado a limitar el acceso de las exportaciones argentinas hacia terceros mercados.

Las medidas que podían tomarse en el exterior diferirían según la extensión del brote y la permanencia del mismo. Los antecedentes al respecto provenían de los casos de países donde el cólera es endémico (países de África y Asia), y aquellos donde se registraron brotes que luego podían devenir en epidemias (Perú, Ecuador, Chile, Colombia, y Brasil).

Al primer grupo de países podían aplicarse las conclusiones emanadas del pronunciamiento de la OMS el 22 de febrero de 1991, que dicen "...la OMS no tiene ninguna evidencia comprobada de brotes de cólera como resultado del comercio internacional de alimentos..."

Respecto al segundo grupo de países, aquellos donde el cólera se presentó como brote que podía devenir en epidemia, debía tenerse en cuenta que las medidas de restricción sanitaria que podían limitar el acceso estaban amparadas por lo dispuesto en el inciso b) del artículo XX del GATT, que permitía la aplicación de restricciones sanitarias y fitosanitarias "necesarias para proteger la salud y la vida de las personas y de los animales o para preservar los vegetales"

Sin embargo, estas excepciones estaban sujetas a la salvedad incluida en el párrafo introductorio de dicho artículo que establecía "no se apliquen las medidas enumeradas a continuación (las sanitarias) en forma que constituyan un medio de discriminación arbitrario o injustificable entre los países en que prevalezcan las mismas condiciones o una restricción encubierta al comercio internacional".

Esta disposición del GATT inspiró el artículo XXXVI del Tratado Constitutivo de la C.E.E. que establece que la supresión de restricciones cuantitativas entre los Estados miembros "no serán obstáculos para las prohibiciones o restricciones a la

importación, exportación o tránsito, justificadas por razones de protección de la salud y vida de las personas y animales. No obstante, tales prohibiciones o restricciones no deberán constituir un medio de discriminación arbitraria ni una restricción encubierta del comercio entre los Estados miembros”.

De lo anteriormente expuesto podía inferirse que, las disposiciones del GATT y del Tratado de Roma mencionadas precedentemente, preservaban; y aún hoy lo hacen; la autonomía de los países miembros de la C.E.E. para restringir el ingreso de productos por razones sanitarias.

Esta autonomía, está condicionada a que no constituya una “discriminación arbitraria ni una disminución encubierta del comercio”.

La misma situación era extensiva al resto de los países miembros del GATT, entre los cuales interesaban especialmente como mercados para los productos argentinos, Estados Unidos, los países EFTA, Japón y en general los demás países desarrollados.

Por lo expuesto, era necesario efectuar acciones, tendientes a preservar el comercio exterior para aquellos productos que podían quedar sujetos a las disposiciones de garantías sanitarias adicionales.

Para el caso de los países latinoamericanos, la situación estaba referida en primer lugar a las disposiciones pertinentes de los Acuerdos de Integración, ALADI, MERCOSUR, etc.

4.3.2.- Organización interna para enfrentar el brote de cólera. Declaración de emergencia interna. Creación de un esquema de coordinación.

Nuestro Gobierno emitió el decreto 251/92 por el que se declaraba la emergencia sanitaria en todo el territorio de la Nación y en este marco legal el Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS) estableció una organización interna para enfrentar

la emergencia, el Comité de Emergencia para la Lucha Contra el Cólera, que sumó su accionar al efectuado por la Comisión Nacional de Prevención y Control del Cólera.

4.3.3.- Primera proyección externa del tema. Enfoque regional con los países limítrofes.

Dentro del marco de emergencia nacional se adoptaron distintas medidas para el control sanitario, la entrada y salida de viajeros y el control de importaciones de los países limítrofes.⁴¹ (Resolución N° 12 del 15/2/92, del MSAS con respecto a las importaciones de productos vegetales y pescados frescos y congelados originarios de Bolivia)

Se realizó una reunión de los Ministros de Salud de América del Sur en Buenos Aires a iniciativa del gobierno argentino para determinar mecanismos de prevención de la enfermedad y su proyección internacional. (27 y 28/2/92), que concluyó en la llamada Declaración de Buenos Aires, propiciando la formación del Comité de Ministros de Salud de América del Sur para el Cólera.⁴²

4.3.4.- Reacciones externas frente al acceso de productos argentinos motivados por el brote de cólera.

Si bien en un primer momento no se habían tomado medidas restrictivas a nuestras exportaciones en el exterior (mercado de la C.E.E. y resto de los países desarrollados), existían reacciones transmitidas por los canales de información de nuestras embajadas, que evidenciaban la posibilidad de que pudieran adoptarse.

Algunas de estas señales, fueron las siguientes:

⁴¹Resolución N° 12/92. MSyAS

⁴²Declaración de Buenos Aires. Hotel Alvear. 28/2/92

a) En un almuerzo en la residencia de nuestro Embajador en Londres, con importadores de frutas, verduras y jugos se mencionó el problema del cólera en nuestro país. (20/2/92)

b) El presidente de la Asociación Central de Importadores y Mayoristas de Frutas de Alemania informó la existencia de presión de grupos franceses sobre la CEE para incluir a la Argentina en la lista de países con exigencia de certificación sanitaria. (11/2/92)

c) Se señalaba que “siguen saliendo en medios europeos noticias crecientemente alarmantes sobre la extensión de la enfermedad y reitera la necesidad de actuar preventivamente en forma inmediata.”

d) EUCOFEL (Asociación de importadores de frutas y hortalizas), había publicado el 24/2 la siguiente nota: “...la Comisión Europea ha hecho saber en un breve comunicado de prensa que no tiene previsto proponer la inclusión de la Argentina en la lista del anexo 1 del Reglamento 3185/91. Los casos de cólera ocurridos en el norte de la Argentina son muy alejados de las zonas de producción de frutas y legumbres. La Comisión continuará observando la situación en la Argentina por medio de los informes que realizan la Representación de la C.E.E. en ese país y la OMS pero considera que no se justifica la adopción de medidas comunitarias en el ámbito de las importaciones...”

En ese momento se tomó contacto con EUCOFEL a los efectos de ubicar el referido comunicado de prensa, pero se informó que esa comunicación había sido efectuada verbalmente.(28/2/92).

4.3.5.- Acciones efectuadas en conjunto, el Ministerio de Relaciones Exteriores, y el Ministerio de Salud y Acción Social

A través de la Dirección de América del Sur, del MRE, se efectuaron las siguientes acciones:

Se remitió una circular cablegráfica conteniendo una síntesis de los antecedentes, y solicitando el envío de información de la eventual repercusión de la situación del brote de cólera en nuestro país y recabando sugerencias para la preparación de una estrategia preventiva. La información y las sugerencias recibidas se utilizaron como antecedentes para la adopción de dicha estrategia.

4.3.6.- Definición de la estrategia externa.

En este sentido, se actuó tratando de explicitar con la mayor difusión posible las características de nuestro control sanitario nacional y el conjunto de medidas introducidas específicamente para combatir el brote de cólera.

A ese respecto, se procedió a la confección de un **documento** explicativo sobre la situación del país respecto al alcance del brote, en el cual se enfatizaron las medidas sanitarias adoptadas, actualizándolo a medida que se incorporaban nuevas disposiciones.

Ese documento incluía:

- la delimitación de áreas afectadas, la determinación de productos que podrían estar contaminados por el vibrión del cólera (frutas, hortalizas, productos de la pesca y la agricultura)
- el establecimiento del organismo responsable de la certificación de los productos de riesgo al mercado comunitario
- el aporte de los elementos técnicos necesarios para demostrar la inexistencia de riesgo de transmisibilidad de las exportaciones argentinas.

Adicionalmente, se planificó y se organizaron **visitas de funcionarios técnicos** de países y organismos internacionales que pudieran dar fe sobre el terreno acerca de la seriedad de los controles sanitarios que amparaban nuestras exportaciones.

Se prepararon y enviaron **cuadernillos de información**, para que nuestras Representaciones pudiesen evacuar las consultas efectuadas por importadores, agentes de turismo, viajeros, y demás interesados.

En función del interés comercial de los **importadores**, se los integró a las gestiones realizadas por cada Embajada.

Se mantuvieron negociaciones con las **contrapartes extranjeras** en el plano técnico.

4.3.7.- Planificación de acciones ante la eventual adopción de medidas restrictivas.

En el plano internacional, la estrategia partía de lo que estaba establecido en la legislación internacional competente en la materia, entre otros: el GATT, las legislaciones nacionales y la de los esquemas de integración.

Al respecto se solicitó a nuestra representación en Ginebra que tuviera preparada una presentación ante el GATT y un informe sobre la situación en el marco de la OMS.

Además a la totalidad de nuestras Embajadas para que informasen inmediatamente a la Cancillería y a nuestra Representación en Bruselas y en Ginebra, ante la eventualidad de que la acción restrictiva comenzara en el ámbito de un Estado miembro de la C.E.E.

Específicamente, a nuestra Representación ante la C.E.E. que tuviera preparada las correspondientes acciones ante los órganos de la Comunidad competentes con relación a la situación, y ante el planteamiento de la restricción a nivel comunitario, al igual que nuestras Embajadas ante los países miembros de la C.E.E., para que acompañasen a nivel bilateral lo actuado dentro del esquema comunitario.

A las restantes Embajadas para que, sobre la base del conocimiento del plan de acción desarrollado dentro del país, pudiesen fundamentar las gestiones ante los gobiernos respectivos.

Además, encuadrarse dentro de las posibilidades que brindaba el Acuerdo Marco de Cooperación Comercial y Económica Argentina – C.E.E. (sexto considerando, artículo IV. 1.)

Por otra parte, la utilización del artículo VII del Acuerdo fitosanitario, veterinario y de higiene alimentaria suscrito el 14/2/92, con relación a no establecer barreras adicionales a las exportaciones de países, cuando estuvieran garantizadas las medidas de control sanitario.

Por último, la utilización de los mecanismos y procedimientos previstos en los distintos foros sanitarios internacionales, especialmente, manteniendo un estrecho contacto con la OMS, sobre todo en lo que se relacionase con la publicación de estadísticas y evaluaciones de la magnitud de la epidemia.

En el plano interno, la Creación de un Grupo ad-hoc para el seguimiento del tema con una Secretaría pro-tempore a cargo de la Cancillería.

El establecimiento de una red de comunicación para que la información proveniente del exterior accediera expeditivamente a los Gobernadores, Ministros y Secretarios de Estado y que canalizara sus directivas e instrucciones al respecto hacia nuestras Representaciones.

Mantenimiento de un contacto permanente entre la Comisión de Prevención y Control del Cólera, con el Ministerio de Relaciones Exteriores, complementando las acciones desarrolladas en sus áreas de competencia específica.

Se estableció como una de las prioridades para la cooperación internacional el flujo de recursos externos para la lucha contra el cólera. A tal efecto, se centralizó en la Dirección de Cooperación Internacional de la Cancillería las gestiones para

canalizar dichos recursos provenientes de fuentes bilaterales, regionales, y multilaterales.

5.- RESULTADOS.

Análisis crítico de las acciones realizadas para el control del brote.

Para efectuar una aproximación al análisis, esta evaluación quedará centrada en las respuestas generadas por las acciones de intervención, que si bien estuvieron destinadas al control del brote y a favorecer a las comunidades residentes y en peligro, dieron como resultado no deseado actitudes de rechazo y/o insatisfacción, que dificultaron inicialmente el grado de colaboración participativa necesario en todas las acciones de atención primaria de la salud.

Además, la infraestructura hospitalaria de la zona no había sido objeto de mejoras importantes, por lo cual existían condiciones de precariedad manifiestas.

Si bien se había comenzado la construcción de un nuevo hospital en la comunidad de Alto de la Sierra y se había ampliado el de Santa Victoria Este, el hospital de Misión La Paz presentaba un deterioro significativo.

Esto adquiriría una gran importancia, pues la población indígena lo llamaba “su hospital”, en una clara apropiación diferenciada del de Santa Victoria que era “el hospital de los criollos”.

En consecuencia, y a los fines descriptos, la descripción y análisis abarcará:

5.1.-Medidas y acciones para el saneamiento ambiental.

5.2.-Impacto sobre la economía regional de las poblaciones aborígenes.

5.3.-Impacto del asistencialismo alimentario.

5.4.-Condiciones de trabajo y sanitarias, en las explotaciones poróteras del norte de Salta.

5.5.-Interpretaciones de la población indígena sobre el cólera.

5.1.-medidas y acciones para el saneamiento ambiental.

El tratamiento del agua es fundamental como elemento de prevención del cólera, ya que la misma resulta un medio importante de albergue y transmisión del vibrión. En este sentido, la zona carecía de una infraestructura capaz de abastecer de agua potable a la mayoría de la población.

Muchas comunidades tomaban agua del río, como es el caso de La Merced. En el caso de Misión La Paz tenía dos pozos de agua con bombeo manual para una población de más de 500 personas, lo cual dificultaba el acceso a la misma.

En un intento de dar solución a este problema, y como parte de las acciones desarrolladas, se construyeron en varias comunidades pozos de agua, pero algunos dieron con napas saladas y otros se contaminaron con pozos ciegos cercanos al lugar.

Por lo tanto, por esta carencia de infraestructura básica, la potabilización del agua recayó; al igual que en el resto del país, y como estrategia de prevención, en los pobladores, los cuales adoptaron inicialmente dicha práctica mediante el uso de lavandina y pastillas potabilizadoras, pero luego ese tratamiento casero fue dejado de lado por diferentes motivos.

Esto puso rápidamente en evidencia la ausencia de incorporación de las comunidades aborígenes de los contenidos de prevención ampliamente desarrollados en el resto del país, a pesar de la presencia de agentes sanitarios, que evidentemente no habían logrado incorporar estos contenidos.

En primer lugar, la lavandina nunca había sido del todo tolerada por los aborígenes, principalmente por los ancianos y los niños, y en el brote, su actitud fue más favorable hacia las pastillas potabilizadoras ya que éstas son neutras en cuanto a sabor.

Además, la dosificación por gotas de la lavandina, requería de una práctica sistemática que era claro que no poseían, y por lo tanto un apoyo y control permanente de los agentes sanitarios o personal capacitado para ello, pues las alteraciones en la dosificación provocaban diversos trastornos, lo cual generaba confusión en los pobladores. Estas tareas de apoyo se encontraban dificultadas en ese período inicial.

También el uso de potabilizadores en pastillas presentó inconvenientes, los cuales pueden ser resumidos como:

- a) Ausencia de cantidades suficientes por las dificultades en la distribución, dadas las características de aislamiento geográfico que poseía la zona de brote,
- b) Algunas partidas de pastillas, en ese período inicial, dada la carencia de productores nacionales en volumen suficiente, fueron importadas de Brasil, y tenían instrucciones en portugués, lo que hacía dificultosa su comprensión, aún para los agentes sanitarios. Esto contribuyó a que no se usaran por falta de familiaridad de los pobladores con el producto.

Ante la evidencia de estas dificultades, se supo rápidamente que la potabilización “casera” de agua no podía ser más que una medida de prevención provisoria a corto plazo, sujeta a las vicisitudes planteadas y de poca efectividad.

Esto trajo aparejado, que se pudiera establecer con las autoridades de salud provinciales, la necesidad de una mayor sistematización en las tareas de apoyo y educación sobre sus usos, pero fundamentalmente comprometer un apoyo económico suficiente, con una mayor concentración de recursos en la región, para un sustantivo mejoramiento de la infraestructura de agua potable.

La eficacia de estas acciones se observó en el oeste de la provincia de Formosa, donde esta acción fue precozmente emprendida por la provincia, y se instalaron en casi todas las comunidades indígenas molinos, tanques de agua elevados, y plantas potabilizadoras en aquellos lugares donde las napas no resultaban adecuadas,

circunstancia que favoreció enormemente el control de la expansión del brote hacia esa zona.

Con relación al tratamiento de excretas, en la región se decidió la construcción de letrinas como un primer paso importante en el mejoramiento de las condiciones sanitarias, resultando de interés confrontar los indicadores estadísticos, con los resultados esperados.

Desde el punto de vista cuantitativo, se pasó de un índice de letrinización inicial de un 15% a uno de 90% en Santa Victoria, y de un 15% a un 60% en las restantes, o sea que se trató de una acción altamente eficaz.

Pero cuando se efectuó la evaluación cualitativa, más allá de los elevados índices de letrinización alcanzados, las letrinas prácticamente no se utilizaban, lo cual obligó a un análisis de las causas que generaban estas respuestas, lo que permitió establecer algunas de las causales que incidieron en la no utilización de las letrinas en ese período inicial, a saber:

- a) Su precariedad y la escasa posibilidad de un mantenimiento sistemático por parte de los pobladores, lo que las transformó rápidamente en un foco de infección y de pestilencia.
- b) La migración intraregional permanente de los indígenas para realizar sus actividades de recolección, pesca y caza, que limitaban su utilización en forma habitual, sin favorecer la creación del hábito.
- c) Los pobladores desconfiaron de las letrinas que se habían colocado, que a su criterio, y por sus características de construcción constituían un riesgo latente para los niños de corta edad, que deambulaban en forma permanente por las cercanías.

Estas podrían haber sido causas objetivas subsanables, pero existían otras limitantes del uso, entre las cuales resultó importante incluir su condición de práctica impuesta, introducida a través de agentes no identificados con las

comunidades, y por lo tanto conflictivos para la percepción de los pobladores indígenas.

Además, la construcción de las letrinas, de acuerdo a las normas que se habían formulado para el grueso de la población, con otros índices de accesibilidad, implicaban la utilización de material muy difícil de obtener desde los escasos recursos de la zona (ladrillos o adobe, chapas de cinc, cemento, cal, etc.), y nuevamente el aislamiento determinó que estos materiales no fueron aportados en la medida de los requerimientos, en calidad y cantidad planteados.

O sea, que si bien los indicadores cuantitativos parecían indicar una mejoría del estado sanitario, a través del índice de letrinización, los hallazgos cualitativos demostraron que era necesario un mayor replanteo en la región, asociado a una mejora en la calidad de accesibilidad a los materiales, para lograr letrinas adaptables a la zona, bien construidas, seguras, y mantenidas, para contribuir efectivamente al mejoramiento de la infraestructura sanitaria local.

Resulta importante volver a resaltar, que todas estas consideraciones surgieron a pesar de la acción permanente que los agentes sanitarios habían llevado adelante en la zona desde un año antes, la cual no resultó suficiente para asegurar en forma sostenida las tareas de prevención ligadas al saneamiento ambiental.

5.2.- Impacto sobre la economía regional de las poblaciones aborígenes.

La **agricultura** en la región estaba íntimamente relacionada a los programas de fortalecimiento encarados por la iglesia anglicana, predominante en la región, y era una modalidad secundaria en la procuración del sustento, no pudiendo suplantar a otras, como la caza, la pesca y la recolección, y constituía únicamente un complemento productivo.

Además su práctica tenía en la zona una serie de dificultades que condicionaban su desarrollo, condiciones ambientales muy adversas, suelos pobres y arcillosos,

lluvias escasas y muy limitadas estacionalmente, y una alta evapotranspiración. Por lo tanto requería el desarrollo de grandes esfuerzos, para considerables bajos rendimientos.

Estas circunstancias hicieron más evidentes, el grado de perjuicio que le fue ocasionado a esta precaria economía regional, por la pérdida de productos agrícolas que tuvo lugar por las medidas preventivas instaladas, en razón de la emergencia.

En esas comunidades aborígenes, los principales productos cultivados eran la sandía, el melón, zapallo, anco, maíz, la caña de azúcar, y en menor medida el ají, mandioca, batata y la papa.

Esta producción agrícola estaba dirigida tanto al consumo doméstico como a la venta, siendo su sitio de comercialización habitual Santa Victoria Este, donde se obtenían como trueque otras mercancías y/o dinero en efectivo.

Con la irrupción del cólera en el mes de febrero de 1991, tanto el consumo como la venta de productos agrícolas se vieron fuertemente afectados, no por la enfermedad en si misma, sino por las acciones de control que se desarrollaron.

Concretamente, ante el riesgo de diseminación explosiva de la enfermedad, se debió prohibir la venta de los productos agrícolas que en ese momento se estaban cosechando, por considerarlos de riesgo, sobre todo los rastreros.

La sandía, siempre había sido una de las principales producciones de los indígenas, y aunque luego se liberó su comercialización, ante el temor de la población criolla a consumirlos, se frustró la comercialización de la cosecha.

Aunque parte de ella fue autoconsumida, la mayor parte se perdió, pero sobre todo generó un impacto muy negativo en la posibilidad de obtención de un recurso, que garantizaba la obtención de mercaderías y/o dinero para la subsistencia.

La **pesca** es; aún hoy; la actividad económica central en las comunidades del Pilcomayo.

Los indígenas pescan durante todo el año. Entre los meses de mayo y julio su práctica alcanza la mayor intensidad, dado el ascenso de grandes cardúmenes por el río, y en consonancia con las leyes de la naturaleza, las cuales regían y rigen la vida de estas comunidades, es el momento en el cual disminuye paralelamente la cantidad de animales y frutos silvestres en el monte.

Pero, además de estar orientada a la subsistencia, la pesca había ido incrementando su importancia como actividad comercial, sobre todo en las comunidades situadas al norte de Santa Victoria. Allí, se producía la venta de pescado a compradores provenientes del interior de la provincia, fundamentalmente Tartagal, y también desde Bolivia.

Estos compradores llegaban con camiones con barras de hielo en su interior, y se quedaban durante varios días, hasta completar su carga, comprando todo el pescado que le llevaban los aborígenes.

En este contexto, la pesca fue sin duda la actividad más afectada en las primeras semanas en que se produjo la irrupción del cólera.

La estimación generalizada de que además de las aguas, el pescado era portador del vibrión, refrendado por la difusión de los resultados de un estudio bacteriológico efectuado por una técnica desarrollada por la Universidad de Córdoba, que demostró la presencia del vibrión en las agallas de los peces del Pilcomayo; hecho no corroborado a posteriori por el Instituto Malbrán; provocó un alerta desmedido respecto al consumo de pescado.

Esta situación llevó al principio al erróneo desarrollo de una campaña muy agresiva, centrada en la prohibición de la práctica de la pesca, del consumo de pescado crudo y de su comercialización, llegando al decomiso y quema del pescado, probablemente sin haber considerado en ese momento otras medidas menos impactantes, lo que trajo consecuencias negativas en la economía doméstica de los pobladores.

Estas medidas, sumadas al temor de la gente ante las informaciones de que el pescado era portador del cólera, hicieron que en las primeras semanas la práctica de la pesca disminuyera sustancialmente, pero retomada al poco tiempo a pesar de mantenerse la provisión oficial.

Este hecho en realidad ponía al descubierto otras externalidades negativas de las acciones en terreno, en primer lugar que la distribución de alimentos era claramente insuficiente para cubrir su subsistencia, y además y fundamentalmente por advertir los pobladores que el consumo de pescado no tenía vinculación con la enfermedad.

La comercialización tuvo su mayor perjuicio en el lado argentino de la frontera, siendo por un tiempo nulo el flujo de compradores desde Tartagal.

En la orilla boliviana del Pilcomayo, por el contrario, la presencia de camiones compradores no llegó a interrumpirse en ningún momento, salvo quizá en los primeros días en que los controles eran más severos.

Ello condujo a que grupos de pescadores se desplazaran a territorio boliviano para poder vender su pescado, o a trabajar para los compradores que se instalaron en las cercanías de Crevaux, justamente una de las localidades bolivianas más afectadas por la epidemia, y puerta de ingreso del cólera en nuestro país, y por lo tanto colocó en una mayor situación de riesgo a las comunidades del lado argentino.

5.3.- Impacto del asistencialismo alimentario

La distribución de alimentos entre la población se transformó en otro foco de tensión y conflicto con relación a la campaña de prevención, avalados por una contextualización histórica y cultural.

El asistencialismo y la entrega de mercaderías habían tenido una larga historia en toda la región, en forma más permanente por los misioneros anglicanos y esporádicos por los partidos políticos como forma de captación electoral.

Por ello estas entregas, poseían una fuerte carga como símbolo del paternalismo del blanco, y habían generado entre estos grupos, actitudes de pasividad e inacción.

Por otra parte, desde el punto de vista cultural, existían fuertes afirmaciones culturales, que jugaron un papel preponderante en la génesis de los conflictos que se generaron como consecuencia de la modalidad de distribución de alimentos adoptada.

Los grupos indígenas habían fortalecido valores igualitarios y recíprocos, donde “el compartir” y el “no mezquinar”, sobre todo los alimentos, constituían uno de los principios básicos de la vida cotidiana.

Las personas compartían la comida con sus parientes y vecinos para recibir cuando ellos no tenían, para ganar un cierto reconocimiento social, y sobre todo para no ser acusados de “mezquinos”, tal vez la peor acusación de la que un miembro de la comunidad puede ser objeto en estos grupos.

Así como discriminan a quienes no comparten sus alimentos, también reaccionaron cuando la distribución de mercaderías; aunque fue hecha por los blancos; no fue para ellos equitativa.

Esto trajo aparejado conflictos y acusaciones hacia quienes habían sido responsables de la distribución, y también envidias y celos hacia quienes habían recibido más que los otros.

Esta distribución estuvo a cargo de un grupo de religiosas católicas de Santa Victoria.

En primer lugar su elección como responsables de tal distribución entrañó desde el principio un problema, pues la población indígena de la región era casi por completo protestante, identificándose en primer lugar con la Iglesia Anglicana con la que la unían fuertes lazos históricos, y con la iglesia pentecostal Asamblea de Dios.

La Iglesia Católica era por el contrario, “la de los criollos”, con todo lo que ello significa en una región con fuertes tensiones interétnicas entre aborígenes y criollos, donde sólo un grupo de indígenas de la comunidad de Santa María se identificaba con el catolicismo.

Estas religiosas organizaron la distribución de mercaderías coordinadas con el Hospital de Santa Victoria, que les proporcionó los datos de los casos de las familias de cada comunidad y datos sobre la desnutrición con los cuales establecer los criterios de distribución de las mercaderías, y contaron con camiones del ejército para efectivizar la entrega.

No obstante este contacto con el Hospital, el papel central que fueron tomando las religiosas en la distribución, hizo que a los ojos de los indígenas, esta estuviera controlada por personas de un ámbito institucional ajeno, y hasta conflictivo, con el suyo.

A esto se agregó; probablemente como consecuencia de la gran cantidad de personas (6000 distribuidas en 18 comunidades), a las que se debía asistir con

mercaderías; la gran susceptibilidad de los aborígenes a la forma de distribución, que generaron tensiones y conflictos.

Las dificultades ya mencionadas, de accesibilidad, de administración de las entregas; sospechadas por la comunidad de un cierto direccionismo e inequidad; generó protestas, recelos y reacciones.

En realidad, a medida que el brote de cólera se fue controlando, se tomó la decisión; erróneamente; de disminuir el asistencialismo alimentario, lo cual generó que la distribución se fuera haciendo irregular.

Mientras que en las primeras semanas de la epidemia se enviaba un promedio de entre 2500 y 3000 kg. de alimentos por semana, luego se mantuvo en alrededor de 500 kg, lo cual como resultado de los altos costos en transporte, obligaba a retener los envíos para lograr volumen que compensara.

Los efectos adversos de tal modalidad, se potenciaron por la existencia de otro factor fundamental en el ciclo de vida de esas comunidades, y era la variada disponibilidad de recursos alimentarios naturales, a lo largo del año.

La abundancia relativa en el medio ambiente de animales salvajes, frutos silvestres y peces varía considerablemente según la época del año, y justamente hubo una coincidencia entre el momento en el que más se enviaron mercaderías, con uno de los períodos de mayor abundancia de recursos naturales, los meses finales del verano.

En ese momento los grupos domésticos estaban cosechando sus parcelas, había muchos frutos en el monte, y una relativa abundancia de peces y animales silvestres, a pesar de las medidas restrictivas que afectaron el consumo de productos agrícolas y de pescado durante algunas semanas, que si dificultaron el almacenamiento en los depósitos domiciliarios.

Entre agosto y septiembre por el contrario, los recursos naturales escaseaban, y

coincidió en esa primera intervención con un marcado descenso de la entrega de mercaderías, lo cual trajo dificultades de alimentación.

Fue necesario revertir estas situaciones, intensificando las acciones asistencialistas hasta los meses de octubre-noviembre de 1992, cuando nuevamente se produjo la maduración de los frutos silvestres y se intensificó la caza, la pesca, la recolección de miel, etc.

Otro problema adicional; en ese primer brote; estuvo centrado en las dificultades de potabilización del agua por parte de los pobladores, tanto por medios químicos como físicos, lo cual determinó la necesidad de grandes envíos de agua mineral.

Estos, no sólo fueron, por su propia naturaleza siempre insuficientes, sino que además limitaron por su peso los volúmenes de carga de los helicópteros, para transportar otras mercaderías o medicamentos en el mismo vuelo.

Pero el factor desencadenante de los mayores conflictos, fueron las formas de condicionamiento en la distribución de mercaderías.

En un intento de mejorar la letrización y favorecer su uso, las religiosas que tenían a su cargo las entregas, comenzaron a condicionar la entrega de mercaderías a los pobladores que construyeran letrinas en el ámbito de su comunidad.

El conflicto de mayor gravedad, surgió en La Merced, cuando en circunstancias confusas, tomó intervención la Gendarmería Nacional, deteniendo a varias personas y trasladándolas a Santa Victoria.

A partir de ese momento, el conflicto se extendió a toda la población aborigen, apoyada por algunos grupos políticos, quienes impulsaron una acción legal contra las religiosas en un juzgado de Tartagal.

Las consecuencias finales fueron favorables, pues se obtuvo un gran compromiso

participativo de los pobladores, que impidió la reiteración de estos errores iniciales.

5.4.-Condiciones de trabajo y sanitarias, en las explotaciones poroteras del norte de Salta

El llamado Umbral del Chaco es un amplio corredor que separa los cordones subandinos y la llanura chaqueña y que se extiende desde la frontera con Bolivia hasta un poco más allá de la provincia de Tucumán.

En esta región existen una gran cantidad de plantaciones de porotos que en su extremo norte ocupan una franja de entre 25 y 40 Km, desde la ruta Embarcación-Aguaray hacia el este, ocupando 80.000 sobre 120.000 has desmontadas para agricultura.

Estas explotaciones, en época de cosecha, contrataban históricamente a una gran cantidad de indígenas de toda la región, que cubrían entre un 70 y un 80 % del total de la mano de obra empleada, y de este porcentaje una cantidad significativa provenía de la región del Pilcomayo.

En menor medida, siempre participaron trabajadores estacionales provenientes de Santiago del Estero y Bolivia.

Esta preeminencia de la mano de obra aborigen, tiene su fundamentación en su bajo costo, y a su gran disponibilidad.

Cuando se analizaron las implicancias sanitarias de estas explotaciones, se había considerado que se empleaban en promedio unos 120 trabajadores cada 1.000 has, o sea que en toda la región existirían unos 9.600 trabajadores estacionales.

Esto implicaba un movimiento migratorio por parte de los pobladores indígenas de las comunidades de la zona de gran importancia, que al igual que en la zafra

tucumana, requirieron acciones de fiscalización y control muy severas para ayudar a controlar la epidemia del cólera.

Sobre todo, se pudo valorar algunas características de estas explotaciones que ponían un fuerte freno a la posibilidad de mejorar en ellas las condiciones sanitarias.

La explotación porotera, siempre tuvo un carácter especulativo, y la gran mayoría de las empresas no eran propietarias de las tierras que explotaban, sino que las arrendaban.

Esto explicaba la ausencia de la construcción de mejoras dentro de los campos, ya que su permanencia en la zona no tenía otro horizonte mayor al mediano plazo, vinculadas a la rentabilidad de la explotación del poroto.

Este desinterés por invertir en mejoras, incluía la construcción de letrinas y viviendas dignas para los trabajadores migrantes, quienes vivían en máximas condiciones de insalubridad, en campamentos sumamente precarios construidos con chapas y cartón sostenidas por palos, dentro de las lenguas de monte que separaban los campos sembrados, sin ningún tipo de letrinas, y dependiendo del agua que les proveían los contratistas, en tanques sin ningún tipo de control sanitario.

Las propias características de la cosecha limitan la posibilidad de construir letrinas fijas.

En primer lugar, como a cada trabajador se le asigna un grupo de has donde debe “alinearse” las plantas de poroto cortadas por las máquinas, los trabajadores no están concentrados en un lugar sino dispersos en una gran cantidad de pequeños grupos en varios lugares de la plantación.

Además, a medida que van terminando con los lotes asignados, los trabajadores se

desplazan a otros, por lo que hay una constante movilidad.

Hay factores que hacen que los productores se despreocupen por las condiciones sanitarias de sus trabajadores en relación con el cólera.

En primer lugar, dada la naturaleza de la planta del poroto, los trabajadores nunca llegan a entrar en contacto directo con el poroto propiamente dicho, éste permanece encerrado en su vaina hasta la etapa final de la cosecha, cuando la máquina trilladora lo separa de la vaina y lo embolsa.

Por ende, aún en el caso de que el cólera afectara a los trabajadores de las plantaciones, ello no incidiría, por lo recién señalado, en la colocación del poroto en el mercado.

Además, la cosecha es en el comienzo del invierno, entre fines de mayo y mediados de julio, meses en los que la difusión del cólera parece disminuir considerablemente.

Un factor adicional dificulta la implementación de controles sanitarios en las plantaciones.

El control de las condiciones de trabajo no está manejada directamente por la empresa, sino por contratistas empleados por ésta para tal fin.

Son éstos quienes reclutan a los trabajadores en sus comunidades de origen, y se encargan, por medio de acuerdos verbales con los productores, de administrarles alimentos y agua, controlar los trabajos, trasladar en caso de necesidad a los trabajadores a centros asistenciales de poblados cercanos, y liquidarles el pago por las tareas.

En este sentido, el papel de la empresa está muy atenuado con relación a las condiciones sanitarias, y ello puede contribuir a diluir responsabilidades con

relación a un posible control. Por otra parte, estaba claro que era imposible mejorar las condiciones de salud en las plantaciones, en tanto no se dispusieran recursos económicos para tal fin.

Todas estas situaciones que se han descrito, motivaron que se adoptaran acciones conjuntas entre los organismos de control sanitario, tanto nacionales como provinciales, dependientes de los Ministerios de Salud, con aquellos relacionados con la fiscalización y el control laboral, dependientes de los Ministerios de Trabajo.

Como consecuencia de ello se logró establecer el desarrollo de programas de saneamiento básico dentro de las plantaciones, que lograron mejorar las condiciones de vida y de trabajo, de los trabajadores golondrina, circunstancia que además incidió favorablemente en el control del brote y su diseminación.

5.5.- Interpretaciones de la población indígena sobre el cólera.

La primera reacción en las primeras 48 horas del brote, fue de resistencia a la presencia médica en la zona, hecho evidenciado por la ausencia de consultas a pesar de la generación de casos que en ese momento se estaba dando.

Fue necesario participar de una reunión con los caciques y shamanes, en la cual se pudieron establecer con claridad los objetivos sanitarios de lo que ellos consideraban una intromisión muy fuerte del blanco, con gran despliegue tecnológico, aviones, helicópteros, cámaras de televisión, periodistas que intentaban la obtención de notas entre los pobladores, los cuales en gran medida desconocían el idioma.

Como consecuencia de ello, la interpretación que la población indígena dio sobre el cólera, es que se trataba de una enfermedad totalmente nueva, desconocida hasta ese momento, lo cual condicionó a posteriori una actitud positiva de los shamanes a la acción conjunta con los médicos y agentes sanitarios ante la

epidemia.

Si bien estos shamanes mantenían un lugar de gran importancia en los procesos indígenas de salud y enfermedad, se declararon impotentes para curar el cólera, y organizaron esa misma noche una ceremonia religiosa, de alta emotividad, cuya finalidad fue la de efectuar una invocación a los dioses, para que estos ayudasen al blanco en la acción sanitaria.

Y cuando, en la comunidad de Km 2, cercana a Santa Victoria, una mujer shaman fue consultada por varios enfermos de cólera para ser tratados por ella, les recomendó que acudieran directamente al hospital, ya que siendo una enfermedad desconocida, no podía curarlos.

O sea que tras un primer momento de duda en el que recurrieron a los shamanes, luego apoyados por ellos, casi la totalidad de la población afectada concurrió directamente a los hospitales base o de campaña, instalados para la asistencia.

Si bien la población indígena delegó la eficacia de la curación del cólera en el sistema de medicina formal, asociaron a la epidemia con fenómenos “sobrenaturales”, que incorporaban a las concepciones tradicionales de salud enfermedad, los contenidos bíblicos que les habían sido transmitidos.

Fue así, que el cólera se asoció a las plagas del Apocalipsis, a un anuncio del fin del mundo, a un castigo divino motivado por no haber profesado la fe adecuadamente.

La consecuencia directa, fue que además de una afluencia precoz a los sitios de consulta, apoyada por los relevamientos de los agentes sanitarios, durante las primeras semanas de la epidemia la afluencia a los cultos fue masiva y diaria.

Esta relación cólera-componentes de la fe, resultó evidente pues con el control del brote y la disminución de los casos, los cultos retomaron su frecuencia normal y el número de asistentes retornó a sus niveles habituales..

6.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

El presente trabajo trata de efectuar un análisis; fruto de la experiencia personal del autor; de las fortalezas, debilidades, e impactos generados, como consecuencia de las acciones instrumentadas en el país, sus resultados recogidos en terreno en ocasión del desarrollo de la campaña de prevención en la etapa de prebrote, y aquellas de prevención y asistencia durante la presencia del brote.

El análisis sobre terreno, durante el brote, a los fines de este trabajo, está circunscrito a una comunidad definida, cuyo hábitat era el Chaco Salteño, con características particulares por tratarse de una población aborigen, con pautas de vida y culturales propias, y que a pesar de los contenidos de educación sanitaria previos impartidos, estos no habían alcanzado el objetivo de incorporarse a sus hábitos de existencia.

Intenta detenerse en su evaluación, sobre alguno de los impactos observados relacionados con las acciones de atención y prevención, con el objeto de dejar planteadas algunas propuestas, que sean capaces de ser adaptables a los programas sanitarios, que requieran necesariamente incorporar contenidos dentro del universo poblacional del país, rescatando en lo individual, sus propias y diferenciadas características.

Para ello, se han tomado aquellos aspectos de las acciones, que permiten focalizar las relaciones entre los programas sanitarios, determinadas constricciones estructurales socioeconómicas, y algunas características socioculturales de la población.

Debo señalar sin embargo, que si bien las conclusiones derivadas del mismo no pueden más que tener un carácter indicativo, su conocimiento puede resultar de gran utilidad para establecer las bases de programas de atención primaria en

comunidades con características similares.

En ese sentido, y en función de la sistemática de desarrollo de cada una de las temáticas abordadas dentro del capítulo de resultados, el seguimiento de la misma secuencia, permitirá intentar una síntesis en las conclusiones:

Medidas y acciones para el saneamiento ambiental

Respecto al tratamiento de aguas y excretas, si bien se considera de importancia fundamental la concentración de recursos económicos, para el desarrollo de las infraestructuras de provisión de agua potable y disposición de excretas, no debe desatenderse en lo inmediato en los conglomerados urbanos que no los poseen, y en las poblaciones rurales dispersas, la realización de medidas que aseguren iguales resultados.

En ese sentido, la potabilización del agua mediante métodos químicos seguros, de fácil comprensión por las personas, y la construcción y mantenimiento de letrinas, constituyen pilares básicos de toda acción sanitaria.

En este último caso, se deben asegurar los materiales adecuados, empleando para su construcción mano de obra de la zona, previendo los apoyos necesarios con materiales para el mantenimiento de las letrinas.

Impacto sobre la economía regional de las poblaciones aborígenes

Con relación a las restricciones que se realizaron, tanto respecto al consumo del pescado como de productos agrícolas, se puede concluir que tales restricciones no solo fueron innecesarias, sino que tuvieron efectos muy negativos y agravantes de la de por sí precaria situación económica de las comunidades indígenas, por lo cual medidas de este tipo que afectan las economías regionales, y por ende la subsistencia de las poblaciones debe ser objeto de una planificación, que permita paliar los efectos indeseados de las medidas adoptadas.

En el caso del cólera, en el que la mayoría de los contagios se debieron a la falta de hábitos higiénicos personales antes que por consumo de alimentos contaminados, surgió con claridad que tal tipo de restricciones no deberían volver a implementarse.

Por el contrario deben garantizarse acciones de control y apoyo sanitario de lo producido en la pesca y la agricultura, para mantener abiertos los circuitos de comercialización de estos productos, que en lo particular en la región estudiada, constituyen una parte sustantiva tanto en la composición de la dieta como en el ingreso de la población indígena, situación aplicable a escala general en todo el país y sus mercados internacionales.

Impacto del asistencialismo alimentario

En general, las políticas alimentarias se reducen muchas veces a la distribución de mercaderías, adoptando el viejo esquema de asistencialismo, el cual lejos de solucionar o paliar la situación de la población objeto, fomenta la pasividad y es fuente de profundos conflictos dentro de los grupos involucrados.

Si bien, en contextos de extrema pobreza y frente a situaciones coyunturales críticas, la distribución de alimentos se torna imprescindible, resulta de fundamental importancia arbitrar métodos que garanticen equidad en los métodos de distribución, continuidad mientras dure la problemática que le dio origen, y que aseguren además un adecuado plan nutricional.

Debe garantizar particularmente la alimentación en los niños, asegurando la provisión en calidad y cantidad de leche en polvo, nuevamente teniendo la precaución de la potabilización del agua para su preparación.

En cuanto a la distribución, resulta importante lograr que ella sea efectuada por los propios referentes de la comunidad, o bien por alguna institución con la cual los

pobladores sientan una mayor identificación.

Además, se debiera tener presente, que el carácter mercantil de los productos que se distribuyen, alienta la existencia de mecanismos informales de comercialización de los mismos, situación que resulta comprobable en forma permanente en todo programa de asistencia, en cualquier lugar del mundo.

Por ello, parecería de utilidad mantener la distribución en forma de raciones, adecuadas a un programa nutricional, y de ser posible utilizando un envase diferente al del producto comercial.

Al potencial mayor costo resultante, se debe oponer la mayor eficacia, eficiencia, y equidad, en la distribución.

Condiciones de trabajo y sanitarias en las explotaciones agropecuarias

Si bien hemos analizado las plantaciones de poroto, por ser las que se encuentran en la región objeto del estudio, las conclusiones son extensivas a todas las explotaciones que incluyan la presencia de mano de obra intensiva, fundamentalmente de trabajadores “golondrina”.

En estos casos, debe garantizarse la presencia de las mínimas condiciones de salubridad e higiene, con condiciones laborales adecuadas, encuadradas en los lineamientos de la Ley de Accidentes de Trabajo, incluyendo exámenes de salud previos y al finalizar sus tareas.

Además debe asegurarse la presencia de agentes sanitarios, proporcionados al número de trabajadores involucrados, la disponibilidad de letrinas, y el aseguramiento de agua segura en cantidad suficiente para su ingesta e higiene.

Los riesgos de contaminación son extensivos a la utilización de las excretas humanas como abono de las plantaciones, sobre todo de los vegetales y frutas

rastreras, hecho de observación habitual a través de la descarga de camiones atmosféricos sobre las mismas.

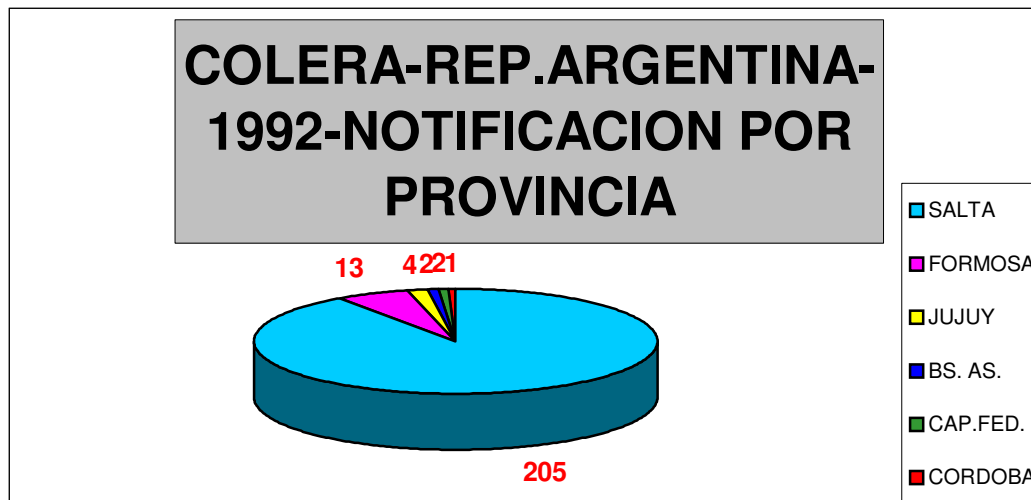
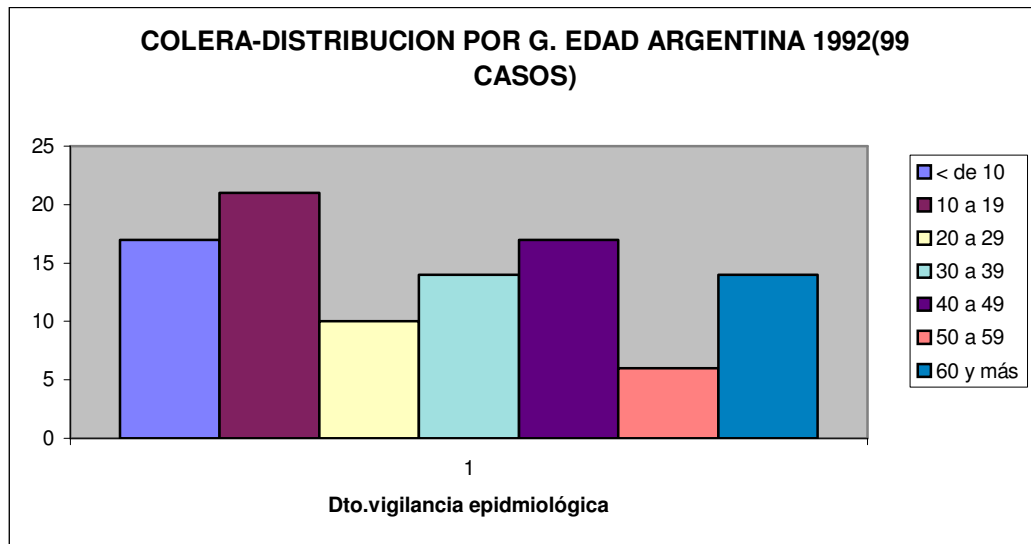
Por ello, resulta fundamental lograr en los ámbitos provinciales y municipales, un cambio en la actitud política de los Estados para con los productores, que incluya medidas de mayor intervención y firmeza.

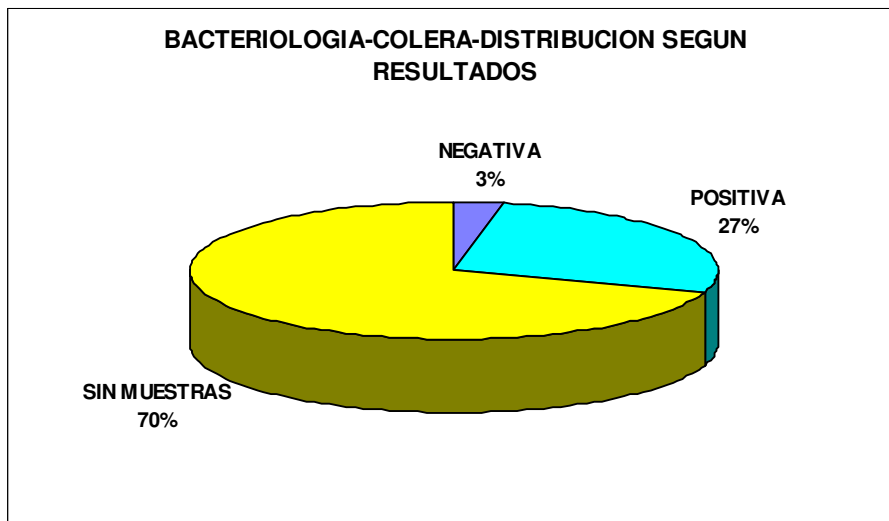
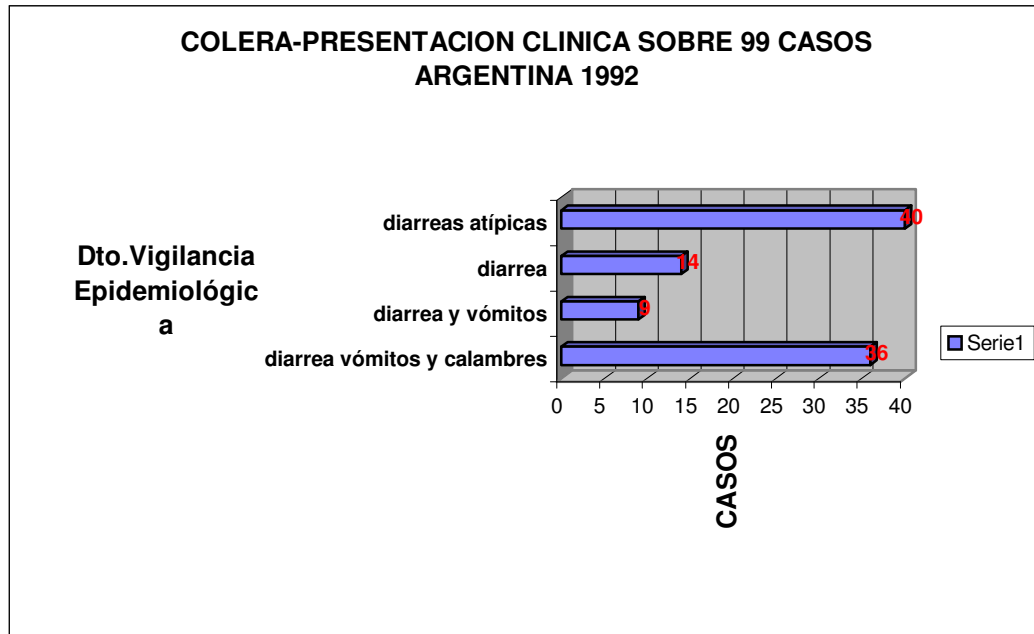
Interpretaciones de la población acerca de la enfermedad

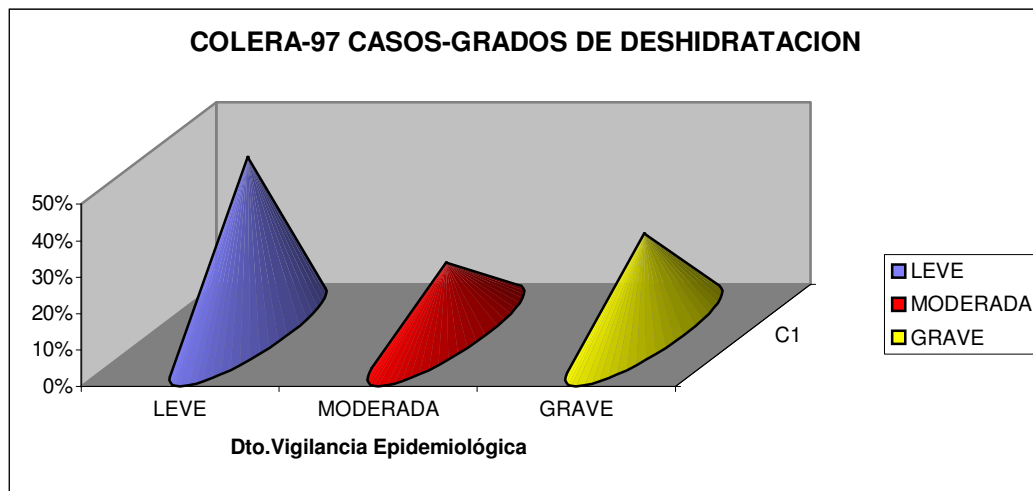
El análisis efectuado, se circunscribió a las interpretaciones de la población indígena sobre el cólera, y las situaciones que se generaron con relación a ellas relacionadas con la asistencia de los enfermos a los centros de salud.

A partir de lo expuesto, surge como conclusión que ante la necesidad de efectuar intervenciones sobre las comunidades, no deben plantarse acciones contextualizadas en las características de la población general, sino que sean el resultado de sus propias realidades culturales, lo cual permitirá contar con herramientas más útiles para la aplicación más efectiva de los planes de atención y prevención, logrando la participación activa y responsable de los residentes.

7.- ANEXOS







AÑO 1991

MINISTERIO DE
SALUD Y ACCION
SOCIAL DE LA
NACION

DESCENTRALIZACION OPERATIVA Y DE RESPONSABILIDADES

- Trabajo Regional
- Comisiones Regionales

Comité de Frontera -
Provincias

EPIDEMIOLOGÍA
*establecimiento de una red de información epidemiológica con todas las provincias, y países de la región

ATENCION MEDICA
*designación de hospitales y laboratorios de referencia para diagnóstico y tratamiento
*elaboración de normas y capacitación de personal médico y de enfermería

SANEAMIENTO DEL MEDIO
*adecuado tratamiento del agua potable o de red con cloro activo.
*control de aguas lavandinas (acuerdo con la cámara empresaria)

CONTROL DE ALIMENTOS
*control de alimentos
*realización de exámenes bacteriológicos a mercaderías importadas
*convenio con el Mercado Central de Bs. As

COMISIÓN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÓLERA
(interdisciplinaria, intersectorial, y participativa)

EDUCACION PARA LA SALUD
*mensajes educativos sanitarios a través de medios de comunicación social, entidades intermedias, sistemas educativos, etc.
*producción de material gráfico y documentos sobre prevención

SANIDAD DE FRONTERAS Y TRANSPORTE
*aplicación estricta del Reglamento Sanitario Internacional
*control de transportes terrestres, y aéreos
Acuerdos con FATAP, Ferrocarriles, Transportistas de carga, Asociación de Aeronavegantes, etc.

CAPACITACION
*encuentros regionales de capacitación de equipos de salud provinciales con participación de todas las jurisdicciones.(Trelew, San Luí, Resistencia, Corrientes, Jujuy, Tartagal, etc.)
*participación en seminarios internacionales (USA, Colombia, Brasil)

COMUNICACIONES
*red integral, nacional e internacional, constituida por :
*red de emergencias, con dos bandas propias
*red presidencial
*red de radioaficionados
*ACA, Ejército Argentino, Policía Federal, Vialidad Nacional, Gendarmería Nacional, FATAP, otros

BASICA SOBRE PREVENCIÓN

SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA EN AMÉRICA Y EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

INFORME CONSOLIDADO
POR PAISES. OPS

CAMPAÑA PREVENTIVA CONTRA EL CÓLERA - 1991

EE.UU.= 26
MEXICO= 2690

ACCIÓN SANITARIA INTEGRAL

La campaña preventiva implementada por la Comisión Nacional de Prevención y Control del Cólera, se insertó en el marco de una ACCIÓN SANITARIA INTEGRAL. Esto implicó :

- jerarquizar todo lo relacionado con las necesidades básicas de la población como calidad de la vivienda, saneamiento básico, alimentación, etc.;
- fortalecer las estructuras sanitarias incluyendo la capacitación de agentes del área de salud;
- realizar convenios con cámaras empresarias, gremios y entidades de bien público;
- establecer sistemas de vigilancia, inspección y control.

11979

13

46320

322562

20101

206

41

0

CASOS DE COLERA DURANTE 1991

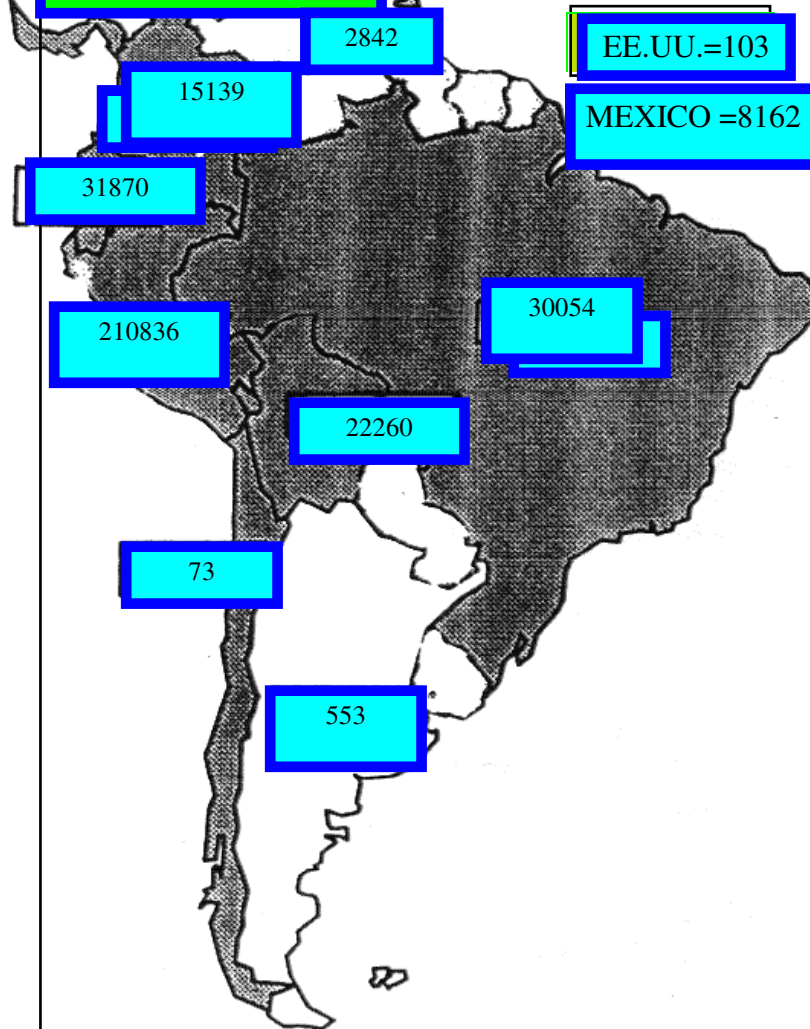
SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN AMÉRICA Y EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

INFORME CONSOLIDADO
POR PAÍSES.
OPS

CAMPAÑA PREVENTIVA y de CONTROL DEL CÓLERA - 1992 1991

1992

ACCIÓN SANITARIA INTEGRAL



La campaña preventiva y de control del brote desarrollada en nuestro país, mantuvo los criterios de la ACCIÓN SANITARIA INTEGRAL, tendiente a:

- jerarquizar todo lo relacionado con las necesidades básicas de la población como calidad de la vivienda, saneamiento básico, alimentación, etc.;
- fortalecer las estructuras sanitarias incluyendo la capacitación de agentes del área de salud;
- salvaguardar nuestras exportaciones de productos alimentarios
- .establecer sistemas de vigilancia, inspección y control.
- Mantener dotaciones profesionales permanentes e insumos médicos y alimentarios en las áreas de brote

CASOS DE COLERA DURANTE 1992