

SITUACION DE SALUD EN PERU. LA EPIDEMIA DE COLERA

David Tejada de Rivero

The public health situation in Peru. The present cholera epidemic

La epidemia de cólera en Perú, extendida a países vecinos y con una alta probabilidad de convertirse en endemia, es, sin duda, un tema de interés no circunscrito a epidemiólogos y sanitarios.

El análisis de sus causas directas e inmediatas, así como de sus factores condicionantes más generales, nos puede servir para comprender que otras enfermedades infectocontagiosas se pueden presentar epidémicamente en cualquier momento.

Para ello debemos estar debidamente preparados.

Sin embargo, lo más importante y trascendente es que la epidemia nos ha permitido reconocer y aceptar que el actual modelo de cuidado de la salud predominante en Iberoamérica pareciera estar agotándose. Por lo menos así ocurre en Perú.

That present cholera epidemic that has now spread to neighbouring countries and which shows every sign of becoming endemic is here held to be a subject of interest to people other than such as might be immediately and professionally tasked with dealing with such phenomena.

A close analysis of its immediate and direct causes, along with the general conditioning factors behind these, leads us inevitably to the conclusion that other causally similar infections and contagions could be in the offing and that endemically.

It is thus felt they must be met by a previously prepared world. The paper feels that one thing at least, and this a transcendent and important one, has been gleaned from the present disaster and that is that the actual public health set up in Ibero-America has been shown to be wearing out, at least as far as Peru is concerned.

1. PERU Y SU REPRESENTATIVIDAD EN IBEROAMERICA

Es por supuesto cuestionable que lo que sucede en Perú sea un fenómeno generalizado y que las lecciones obtenidas de su experiencia sean válidas para otros países del continente iberoamericano. Mucho se puede argumentar sobre las grandes diferencias que hay entre esos países. Más aún si en el interior de ellos es fácil encontrar también extraordinarias diferencias.

Pero otro tanto se puede argumentar en favor de las muchas características iguales o bastante similares: culturales, históricas, sociales, económicas y políticas. Además, todas ellas y otras

situaciones y circunstancias globales hacen de esos países no sólo una región común y de problemas presentes muy semejantes, sino, y sobre todo, una región con una sola posibilidad de futuro. Otro destino, muy diferente del presente, ocurrirá siempre y cuando sean capaces de lograr alguna forma de integración que les permita superar la debilidad de ser partes pequeñas, fáciles de ser separadas y hasta antagónicas cuando ello beneficia a determinados intereses internos y externos.

2. UN CONOCIMIENTO BASICO DEL PAIS

Tradicionalmente una situación sanitaria nacional se ha presentado como si se tratara de algo aislado y en cierto modo ajeno a la realidad social y económica del país. En los diagnósticos

David Tejada de Rivero es médico epidemiólogo.
Agradecemos al Servicio de Relaciones Internacionales de la Universidad de Salamanca las facilidades para reproducir esta conferencia. «Salamanca, Foro de Iberoamérica 1991».

clásicos, aun cuando se hacen recuentos generales y hasta detallados del país, las categorías de análisis utilizadas han sido principalmente biomédicas y expresadas en valores promediales nacionales. Lo primero es muy limitativo, no importa cuán extensa sea la información, y lo último oculta lo que tal vez sea lo más característico de los países iberoamericanos: las grandes diferencias. Tanto en lo que se refiere al amplísimo rango de niveles de salud entre grupos de población como a la distribución, uso y beneficio de los escasísimos recursos que se asignan a los sectores sociales. Las consecuencias de un enfoque desligado de lo económico y de lo social —entendidos ambos términos en su sentido más amplio—, políticamente aséptico y aparentemente técnico-científico, han sido precisamente sociales, económicas y políticas, es decir, se ha contribuido a la consolidación y acentuación de esas diferencias.

Es preciso destacar que Perú ha sido históricamente un país de grandes diferencias. La independencia política de comienzos del siglo XIX no cambió la situación existente desde la conquista y colonización española. La vida republicana, con sus alternancias de anarquías y dictaduras, así como las consecuencias negativas de conflictos internacionales propios y extracontinentales, ahondaron las diferencias y precipitaron con ello un proceso de dependencia económica y finalmente política.

Perú es un país donde el 2 por 100 de su población usufructúa el 20 por 100 del ingreso nacional. En contraste, un 85 por 100 de los peruanos deben sobrevivir con el 45 por 100 de dicho ingreso. Como resultado de la crisis económica actual y de las medidas de ajuste para su enfrentamiento, más del 60 por 100 de la población está por debajo de la línea de pobreza. En estas diferencias, que se reflejan en múltiples aspectos, está la causa de muchos de los problemas, incluyendo la situación sanitaria.

Perú es uno de los países más complejos y heterogéneos de Iberoamérica. En el camino de su confrontación como una unidad nacional —no lograda aún— se han superpuesto, contrapuesto y yuxtapuesto diferentes etnias, culturas y economías.

La heterogeneidad comienza con la geografía —y esto tiene mucho que ver con el cuidado de la salud y el combate de endemias y epidemias—. Los Andes atraviesan el país de norte a sur, creando una inmensa barrera entre la costa, hacia donde trata de emigrar la población andina, y la selva amazónica, extensa, muy poco poblada y que constituye hoy una de las pocas grandes reservas ecológicas de la tierra.

Aunque geográfica y económicamente se configuran muchas regiones —Perú posee 84 de los 105 ecosistemas que existen en el mundo—, su diversidad y complejidad se pueden apreciar en una síntesis apretada de sus llamadas tres grandes regiones naturales.

La costa en una faja desértica y angosta, de 40 a 80 km de ancho, y tiene apenas 53 valles

fértils a lo largo de ríos que bajan de los Andes al mar. Es polo de atracción y en su centro está Lima, hegemónica, centralista y ahora cercada por millones de migrantes andinos. En cincuenta años la costa ha casi septuplicado su población.

La sierra, donde floreció el Perú prehistórico, ocupa el 30 por 100 del territorio y se eleva desde los 500 hasta los 6.768 metros sobre el nivel del mar, dejando en su intrincado desarrollo montañas no cultivables y numerosos valles encajonados y de difícil acceso y comunicación. En 1940 albergaba al 65 por 100 de la población y hoy la habita un poco menos del 35 por 100. En los valles altos y en el altiplano del sur el hombre es capaz de vivir y trabajar en alturas superiores a los 5.000 metros.

La selva, que ocupa el 60 por 100 del territorio y donde vive sólo un 10 por 100 de la población, comprende una zona alta y boscosa situada en las faldas del lado oriental de los Andes, y una zona baja, extensa, sólo habitable a lo largo del río Amazonas y de sus principales afluentes, y cubierta de exuberante vegetación tropical difícilmente renovable. En la selva alta está el 60 por 100 de la producción mundial de la hoja de coca, uno de cuyos catorce alcaloides es la cocaína.

Perú tiene en la actualidad un estimado de 22,8 millones de habitantes. Más del triple de la de 1940. La migración externa no es significativa aunque podría comenzar a serlo por el continuo éxodo de peruanos jóvenes desocupados hacia Estados Unidos, Japón, Venezuela y otros países.

Si bien la relación entre población y superficie territorial haría pensar en un país de baja densidad poblacional, la relación entre población y tierras cultivables lo colocan en la situación de un país relativamente superpoblado.

La tasa de crecimiento poblacional sigue siendo alta, pero el gran problema demográfico del Perú es la migración interna: del medio rural al urbano, del campo a la ciudad, y de la sierra a la costa. En 1940 la población urbana —en localidades de más de 2.000 habitantes— era un 35 por 100, que hoy sobrepasa el 70 por 100. Lima, que en 1940 tenía 0,7 millones de habitantes, hoy tiene por lo menos 6,6 millones. La persistente invasión de andinos —indígenas y mestizos— hacia Lima y otras pocas ciudades constituye una «ruralización» de las ciudades y del medio urbano.

Sin embargo, gran parte de la población de Perú continúa dispersa. En el último censo de 1981, de 63.666 centros poblados del país, un 63 por 100 tenían menos de 1.000 habitantes y un 98 por 100 menos de 2.000. Este es, por ejemplo, uno de los tantos retos para la provisión de agua potable a esas poblaciones. En la actualidad, aparte de Lima, sólo dos ciudades superan ligeramente el medio millón de habitantes y otras 14 tienen más de 100.000. Los indígenas y mestizos que migran a las ciudades son, en su gran mayoría, los comerciantes ambulantes y los productores informales de pequeñas industrias y ar-

tesanías. Además, ellos son los que han construido y dado vida económica y política a esas nuevas organizaciones sociales, que no se identifican ni se sienten representados por el Estado o por las instituciones tradicionales de la llamada sociedad civil. Ellos han rebasado y descolocado a los partidos políticos y a otras expresiones formales de la sociedad clásica.

Un 13 por 100 de los mayores de quince años son aún analfabetos. En seis de los 25 departamentos en que se divide política y administrativamente el país, los analfabetos sobrepasan el 25 por 100 y en uno de ellos la cifra llega al 42 por 100. Pero estos promedios también ocultan otras diferencias: entre las mujeres del medio rural son analfabetas un 47 por 100.

En 1986, antes de la agudización de la crisis económica, la escolaridad, medida en términos del promedio de años de estudio y dentro de un sistema educativo de diez a doce años, era de 5,6 en hombres y 4,7 en mujeres. La deserción escolar tiende a aumentar en la medida del continuo empobrecimiento. Sólo el 1 por 100 de los que ingresaron a la educación primaria culminaron titulándose en sus estudios universitarios, aun cuando el modelo educacional es mayormente conducente a la profesionalización. En una sociedad con grandes diferenciaciones de clase y con muy poca movilidad social, la profesión liberal —médicos, abogados e ingenieros— y el ejército han sido los medios para promoverse de una clase a otra.

La estructura y el funcionamiento de la economía peruana obedece a la división internacional del trabajo que ha asignado a unos países el rol de productores de materias primas, de mano de obra barata y de importadores de capital y productos manufacturados. La tendencia histórica del mundo muestra que las materias primas disminuyen permanentemente de valor mientras el capital, los productos manufacturados y la tecnología incrementan constantemente sus precios. Se trata entonces de una economía frágil y altamente dependiente del exterior. Muchas de las más importantes variables macroeconómicas escapan al manejo nacional.

La dependencia económica, sus consecuencias políticas, se han profundizado por una deuda externa técnicamente impagable sin elevadísimos y peligrosos costos sociales. Estos y otros factores internos fueron condicionando, en los últimos quince años, una crisis catalogada como la más compleja y profunda de la historia peruana. Hiperinflación, recesión, desempleo y subempleo, caída violenta de la capacidad adquisitiva de las remuneraciones, disminución de la presión tributaria a una cuarta parte, déficits cuantiosos de la caja fiscal, etc., constituyen el conjunto que caracteriza a esta crisis.

No es posible entrar en mayores detalles sobre lo económico. Más importante es tratar de hacer un breve y sumario recuento de sus principales consecuencias sociales. Hay en los economistas, cualquiera que sea su escuela o modelo, una manifiesta incapacidad para ver la im-

portancia de lo social, del mismo modo que el sacerdotalista, por ejemplo, es incapaz de ver la importancia de lo económico. Como los que manejan las decisiones de gobierno en crisis son por lo general los economistas, todos los esfuerzos son para cerrar las brechas fiscales y externas, no importando la profundización de la brecha social con todas sus consecuencias políticas. Así, el desempleo alcanza un 10 por 100 y el subempleo un 75 por 100 de la población económicamente activa. Estos porcentajes tienden a aumentar y el valor adquisitivo de las remuneraciones ha disminuido en los últimos tres años a niveles semejantes a los de hace veintiún años. Sólo un 20 por 100 de los que tienen empleo reciben salarios adecuados. La remuneración mínima legal no permite comprar ni siquiera una sexta parte de la canasta familiar de subsistencia. Esto tiene estrecha relación con el estado de nutrición de madres y niños, así como la baja resistencia a infecciones y otras enfermedades.

Frente a esta situación de mayores necesidades y más altos riesgos, los presupuestos para salud y otros sectores sociales han caído continuamente en los últimos años.

El Estado, las principales instituciones y el propio tejido social están también en crisis. Los partidos políticos, el movimiento sindical, el empresariado, los gremios profesionales, etc., no han evolucionado ni se han adecuado a los cambios sociales derivados de la crisis. Han perdido convocatoria y liderazgo, crédito y confianza.

A pesar de los pasos concretos dados para una regionalización, el centralismo sigue siendo excesivo y asfixiante. Hay tendencia generalizada a la concentración de poder, y esto no sólo produce ineficiencia y favorece la corrupción, sino que contribuye a un creciente distanciamiento entre el Estado, identificado con el gobierno central, y la sociedad civil, así como entre los dos y las organizaciones sociales populares y el ciudadano como personas. Esta situación se refleja en los programas de salud, donde se sinergia con el acaparamiento de responsabilidades, conocimientos y destrezas en el personal del sistema de salud.

3. LOS GRANDES PROBLEMAS DE HOY

Hay consenso en reconocer que son cuatro los grandes problemas nacionales que condicionan y determinan la mayoría de las situaciones negativas en casi todos los campos. Estos problemas no son independientes; se potencian y favorecen mutuamente. Es importante tomarlos en cuenta en el diagnóstico de cualquier fenómeno nacional.

La pobreza y la miseria o indigencia se extienden y profundizan en el país. Se define la primera como incapacidad de satisfacer las necesidades nutricionales mínimas como consecuencia de ciertos hábitos de consumo indispensables. Se define la segunda como la imposibilidad absoluta de satisfacer las necesidades nutriciona-

les mínimas aun si se gastaran todos los ingresos familiares exclusivamente en alimentos. De tal manera que la relación con estado nutricional y, por ende, con salud es muy directa.

Si bien las causas de la pobreza son en Perú estructurales e históricas, la actual crisis económica y la forma de su enfrentamiento han incidido en su extensión y profundización. Aun antes de los ajustes económicos de agosto y diciembre de 1990, seis de cada diez peruanos vivían en pobreza y de ellos tres en miseria. En el medio rural las cifras correspondientes son de ocho y cuatro. En Lima uno de cada tres vive en pobreza y uno de cada seis en miseria.

La subversión y la violencia terrorista han producido en los últimos once años daños tremendos en vidas humanas y en la producción, han impuesto severas restricciones al desarrollo nacional y en general elevados costos políticos, sociales y económicos: más de 15.000 muertes y más de 17.000 millones de dólares. La pobreza, el desempleo, la caída del salario y el permanente encarecimiento del costo de vida son caldo favorable para la subversión y el terrorismo.

El narcotráfico es otro gran problema. El Perú produce el 60 por 100 de la hoja de coca disponible en el mundo. Su cultivo es fácil, su precio elevado para la producción ilegal de cocaína, su «exportación» a los centros de refinamiento, contrabando y consumo no tiene la falta de vías y medios de comunicación que no existen para los demás productos, y pareciera no haber opciones económicamente ventajosas para su sustitución. Su erradicación será difícil por el acuerdo de protección mutua que pareciera existir entre narcotraficantes y subversivos. Este es, además, un foco permanente de corrupción que se irradia a muchas esferas y sectores del país.

Ya se mencionó anteriormente el cuarto gran problema: la brecha entre el Estado, la sociedad civil y las organizaciones populares.

4. LA SITUACION SANITARIA

En toda situación real hay siempre coexistiendo componentes o aspectos positivos y negativos. Nada es totalmente bueno o totalmente deficiente. Por eso resulta relativamente fácil tanto la crítica como la apología. Conocidos y reconocidos los aspectos buenos o positivos, pareciera que hoy, por múltiples razones de orden general y nacional, y por todos los factores y problemas que se ha mencionado, la situación sanitaria no es la que debiera o pudiera ser. Esta aclaración es válida también en cuanto al sistema de salud prevalente hoy en Perú.

La situación sanitaria en Perú es una manifestación de efecto que refleja la realidad nacional. Predominan todavía las enfermedades infecciosas, gastrointestinales y respiratorias agudas. Se extiende la tuberculosis. La malaria está en Lima. Aumentan la hepatitis, la leishmaniasis, el dengue, etc. La desnutrición se incrementará con la

pobreza y la miseria y ello favorecerá a las enfermedades antes mencionadas.

El saneamiento básico es insuficiente. El 59 por 100 de la población urbana tiene acceso por conexión al agua potable, mientras que sólo un 14 por 100 de la rural lo tiene. El 43 por 100 de la población urbana tiene alcantarillado u otro medio de disposición de excretas, frente a sólo un 0,7 por 100 de la población rural. Sin embargo, en Lima los pobladores urbano-marginales pagan 14 veces más por un metro cúbico de agua comprada en cilindros que lo que pagan los habitantes de las zonas residenciales por agua potable en conexión intradomiciliaria.

Unos pocos indicadores son suficientes para tener una idea de la situación: la mortalidad infantil tiene un promedio nacional de 127 por 1.000 nacidos vivos, pero esta tasa oculta un rango de 15 en las zonas residenciales de Lima, 275 en el departamento de Huancavelica —en la sierra sur— y 500 en algunas áreas rurales del mismo departamento.

Una de cada dos defunciones corresponde a menores de cinco años y en la mitad de estos casos la muerte se debe a enfermedades evitables por inmunizaciones y saneamiento básico.

En las poblaciones urbano-marginales de Lima los menores de cinco años tienen, en promedio, diez episodios anuales de diarrea.

Uno de cada dos niños en edad preescolar está desnutrido. Como consecuencia, uno de cada dos escolares que se matrículan en el primer año de primaria abandona la escuela en el segundo año.

Siete de cada diez mujeres embarazadas y lactantes sufren de anemia nutricional.

Pero en Perú se dan, también, otros problemas de salud propios de países industrializados: enfermedades cardiovasculares, degenerativas, metabólicas, neoplasias, accidentes y violencias. Y no faltan los problemas mentales, stress, adicción a drogas, alcoholismo y obesidad.

En general esta patología afecta más a los grupos de población pobres y necesitados. La crisis económica también los afecta más y los hace más susceptibles.

5. RECURSOS FINANCIEROS Y ECONOMICOS REDUCIDOS

Se ha dicho que el sistema de servicios de salud es predominantemente médico-reparativo, centralizado, enclaustrado dentro de los muros de sus facilidades físicas, y ahora con pocos recursos económicos para materiales y otros insumos. Concentra sus escasos recursos, de todo orden, en las grandes ciudades. En cambio, no menos del 40 por 100 de la población nacional no tiene acceso a servicios de salud permanentes.

Camas hospitalarias, médicos, enfermeras, tecnología moderna, etc., se concentran en Lima y en las grandes ciudades. Dentro de este esquema centralista, más del 90 por 100 del volu-

men total de recursos financieros y económicos y cifra igual de recursos humanos disponibles se destina a los hospitales. Un 4 por 100 se destina a la administración de los niveles centrales institucionales. Esto deja un minúsculo saldo de un 6 por 100 para la atención periférica, no hospitalaria y donde están los pocos programas promocionales y preventivos.

El 87 por 100 de los gastos corrientes totales son para remuneraciones y pensiones. Sin embargo, el personal de los servicios de salud está muy mal pagado. El valor adquisitivo de sus remuneraciones actuales equivale a un 25 por 100 del valor de compra que tenían en 1987.

La crisis económica ha profundizado la desproporción entre problemas de salud, de magnitud cada vez mayor y afectando mucho más a los grupos de población pobres, y un sistema de servicios que padece una drástica reducción de sus recursos financieros y económicos. Por ello las coberturas se reducen y las atenciones son cada vez menos eficientes.

Sin embargo, el problema no es exclusivamente financiero. Hay otros factores que no se encuentran en el lado económico. Si, por ejemplo, los recursos monetarios asignados al Ministerio de Salud se duplicaran, aun en valores reales, no alcanzarían para superar las deficiencias e insuficiencias del sistema. De primera intención el personal profesional, técnico y de servicios reclamaría justificados aumentos para recuperar su perdido poder adquisitivo. El sobrante no alcanzaría para inversiones de remodelación y reequipamiento indispensables. No quedaría nada para agua potable y letrinas. La cobertura actual no podría incrementarse o extenderse por falta de facilidades físicas, precisamente ahí donde la población está en mayor riesgo y es más necesitada. Esta población desatendida no podría competir con los actualmente beneficiados, quienes tienen por muchas razones una mayor capacidad de presión política.

Sólo para tener una idea de la magnitud de las necesidades financieras y tomando como ejemplo el caso concreto del cólera, para sistemas mínimos de agua potable sin conexión domiciliaria y alcantarillado y letrinas se requeriría una inversión no menor de 1.300 millones de dólares y las obras se completarían en un plazo de cinco a diez años. Para erradicar el cólera se necesitarían, además, fuertes inversiones y gastos corrientes para exámenes de laboratorio, antibióticos y otras medidas indispensables sobre las personas.

Luego el enfrentamiento de los problemas de salud más urgentes en Perú, y dadas las condiciones de una categórica restricción de recursos financieros y económicos, pasa necesariamente por otras formas muy diferentes de las tradicionales.

6. LAS CONDICIONES QUE FAVORECIERON LA EPIDEMIA DE COLEA

De todo lo expuesto pareciera quedar claro que las condiciones que facilitaron la rápida di-

fusión del cólera son las correspondientes a factores sociales y económicos derivados de una situación estructural y de una circunstancia de crisis que ha ido acumulándose en los últimos quince años. El cólera es una enfermedad ambiental debida generalmente a la contaminación fecal del agua de bebida y/o de regadío, o de los alimentos, a partir de individuos enfermos o de infectados sin síntomas. Hábitos higiénicos, agua potable no contaminada, alimentos preparados sanitariamente por manipuladores sanos y de buenos hábitos higiénicos, impiden la transmisión y difusión de la enfermedad. Cuando nada de esto existe el cólera se disemina fácil y rápidamente. Cuando no hay conocimiento o adecuada información sobre lo que hay que hacer a los primeros síntomas, la enfermedad progresiva y puede producirse la muerte aun en pocas horas. El deceso ocurre por deshidratación aguda que produce un shock hipovolémico, al eliminarse abundantes deposiciones líquidas con altos niveles de electrolitos.

El cólera es entonces una enfermedad de medio ambiente pobre y de gente pobre. La pobreza, el deficiente saneamiento básico y la falta de educación e información son el medio más favorable para el desarrollo epidémico de la enfermedad y su establecimiento endémico.

En Perú estas circunstancias se dieron. Habría que agregar que también influye la pasividad impuesta a una población, al arrebatarle toda responsabilidad directa en el cuidado de su propia salud. Un buen ejemplo de lo ocurrido de esta conducta se dio en Lima durante los veranos de 1988-89 y 1989-90. Un programa de control de enfermedades diarreicas se propuso transferir información clara, conocimientos simples y destrezas mínimas para un diagnóstico precoz de casos y tratamiento inicial casero a las madres de las organizaciones populares. Los resultados fueron excepcionales. Se redujeron drásticamente las diarreas graves, la deshidratación aguda y la mortalidad por estas causas. Los centros y unidades de rehidratación oral tuvieron muy poca concurrencia y el consumo de sobres con sales de rehidratación disminuyó notablemente. La incidencia de diarreas no disminuyó, pues el programa no estaba dirigido a los factores causales. Es muy posible que la baja letalidad en la epidemia de cólera se deba a la preparación previa de las madres de organizaciones populares. En cambio, según informaciones recibidas en Lima, los brotes de cólera en Ecuador muestran una letalidad dos veces y media mayor que en Perú.

7. DESARROLLO Y MANEJO DE LA EPIDEMIA

La epidemia de cólera fue una sorpresa. Un hecho no esperado y, por tanto, no previsto. Las autoridades nacionales de salud —del Ministerio y del Instituto Peruano de Seguridad Social principalmente—, los colegios profesionales —en

particular el Colegio Médico del Perú—, universidades e instituciones científicas, organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales, etc., hicieron todo lo posible y a su alcance, a pesar de la gran limitación de recursos y las restricciones conocidas del sistema de servicios de salud. Los médicos cumplieron una destacada y sacrificada labor. Esto no se puede desconocer y, por el contrario, hay que realizarlo. Sin embargo, lo que interesa prospectivamente es buscar los factores o elementos negativos. Lo que no se hizo bien o lo que no se hizo. Eso prepara para no repetirlo, para preverlo o para hacerlo mejor.

Entre los más importantes elementos de crítica hay que mencionar:

El hecho de no haberse terminado de establecer a pleno funcionamiento un sistema efectivo de vigilancia epidemiológica y los sistemas de notificación, registro, procesamiento correcto y oportuno en relación con enfermedades infecto-contagiosas. Es muy posible que por falta de recursos económicos estos sistemas no funcionaron eficientemente. Faltó cobertura, exactitud de la información, seguridad en los diagnósticos. Por otro lado, no existieron los recursos financieros para el seguimiento tradicional de casos, contactos y controles.

Han sido también deficientes, por carencia de recursos económicos mínimos, los sistemas de control bacteriológicos en agua y alimentos. No hay un efectivo control sanitario de la elaboración callejera de alimentos, cuya clientela es cada vez más numerosa en la medida en que los bajos salarios y el costo del transporte público aumenta. La gran mayoría de empleados y obreros se ven obligados a comer en la calle, cerca de sus lugares de trabajo.

Existen serias dificultades en la aplicación de medidas sanitarias frente al enfermo, tanto en su domicilio como en los hospitales. La eliminación de sus excretas es un problema y no hay control en la descarga hospitalaria a las redes públicas de desagüe o a los puntos de descarga final de sus emisores. Lo mismo ocurre en escuelas, centros de trabajo y otros lugares públicos.

Desde hace algunos años se ha descuidado el control sanitario de aeronaves, barcos y vehículos terrestres.

Otra área que requiere de un análisis crítico es la referente al manejo político de la epidemia. Especialmente por parte del Gobierno, como un todo. El manejo de la información al comienzo de la epidemia merece algunos comentarios. Es explicable que la población careciera de conocimientos adecuados sobre la enfermedad del cólera. Considerada una enfermedad exótica y de países lejanos, poco se sabía sobre su forma de transmisión, sintomatología y tratamiento. Se ignoraba su evolución rápida y grave en algunos casos y la razón precisa de las muertes. Como se ha mencionado antes, lo único favorable era el conocimiento previo del manejo de las diarreas, muy frecuentes en el medio pobre urbano-marginal.

Producida la epidemia no se supo reaccionar a tiempo y con tranquilidad. Con información uniforme, simple, correcta y concreta. Si bien se utilizaron todos los medios de comunicación masiva para informar a la población, se pecó de un poco de alarmismo y ello fue amplificado por los medios de comunicación.

El contenido de la información tuvo algunos errores inexplicables, especialmente cuando la audiencia a la que estaba dirigida es pobre y sus recursos apenas les alcanza para sobrevivir. Indicar, por ejemplo, que el agua se hirviera por lo menos durante diez minutos no tiene base científica y colocaba a los pobres en el dilema de gastar más en combustible o no hervir el agua. También se indicó que no debería comerse pescado, cuando éste es por su precio la principal fuente de proteínas en las mesas populares. Se dijo que el mar estaba contaminado sin especificarse si se trataba de costas cercanas a los emisores de descargas urbanas o al mar abierto. Posiblemente con el interés de obtener recursos externos se magnificaron los problemas de la contaminación y de la misma epidemia. Esto creó graves problemas a la exportación de pescado para consumo humano, hortalizas y frutas, inclusive harina de pescado. Los mercados importadores se cerraron, ya sea por temor o por maniobras dolosas de competidores. El turismo fue muy perjudicado. En fin, las pérdidas resultaron ser cuantiosas y mucho mayores que la ayuda económica externa para la epidemia.

La reacción del Gobierno —en general— y de los sectores pesquería, agricultura, turismo y exportador fue natural pero exagerada. Por otro lado, la prioridad del Gobierno era el manejo económico, y dentro de éste el fortalecimiento de la caja fiscal. Así se produjo lo que la prensa y los medios políticos llamaron «la guerra del cebiche». Desautorizando al Ministro de Salud, los Ministros de Pesquería y de Agricultura y después el Presidente de la República salieron al público, por todos los medios de difusión, comiendo cebiche y pescado crudo. Estas actitudes las justificaban por tratarse de tranquilizar a los mercados importadores, así como responder a la presión de empresarios y trabajadores de los sectores afectados. Pero se perjudicó el manejo de la epidemia. Dejó de haber una sola voz oficial, las autoridades se contradecían y se creaba confusión en la población.

La educación sanitaria, programada para combatir la epidemia, tuvo algunas dificultades al no tomarse en cuenta el nivel cultural y los valores de la población a la cual estaba destinada. El técnico y el poblador rural o urbano-marginal usan diferente vocabulario y sus valores son distintos.

Además, no hay una tradición de actitud positiva general hacia la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la salud. Tampoco hay tradición de campañas educativas en un sistema mayormente médico-reparativo. La pobreza y la miseria han contribuido a que los sectores desatendidos tengan una actitud de resigna-

ción complaciente hacia el consumo de agua y alimentos en mal estado o contaminados. Es difícil que cambie sus valores, creencias o interpretaciones si el proceso educativo no es directo, en el lenguaje coloquial que entiende y a través de personas en las cuales confía y con las cuales se identifica. Pero aun si cambia de actitud, se presentan entonces las limitaciones económicas. La economía familiar obliga a establecer prioridades, dejándose de hacer gastos, aunque sean importantes, ante el imperativo de alimentarse con lo que sea para subsistir.

Una de las grandes lecciones en el manejo de esta epidemia ha sido el constatar que hay que comunicar sólo lo que sea posible hacer.

En cuanto a la importante parte del saneamiento ambiental hubo también problemas de manejo de la información.

En poblaciones mayores de 2.000 habitantes, los aspectos de agua potable y disposición de excretas y basuras dependen del Ministerio de Vivienda, el control de alimentos de los Ministerios de Agricultura y de Pesquería y de los gobiernos locales o municipalidades. Otras empresas públicas tienen responsabilidad sobre el agua potable en las grandes ciudades. Faltó, entonces, la necesaria coordinación para una mínima acción conjunta al principio de la epidemia. Se enfrentó la epidemia casi exclusivamente en sus aspectos médicos. La prevención fue así incompleta.

No se hizo, en el inicio de la epidemia, el tratamiento con cloro de los cursos de agua y redes de desagüe. Inconvenientes variados para limpiar las redes de agua pudieron facilitar su contaminación por reflujo de aguas domiciliarias contaminadas en sus tanques elevados. La antigüedad de las redes no planeadas para la sobrepoblación actual ha producido desde hace tiempo conexiones cruzadas entre agua y desagüe.

Muchas áreas de cultivo de hortalizas son regadas con aguas negras y hay vectores y roedores en los vertederos de basura.

En descargo hay que considerar que actuar sobre el saneamiento básico requiere inversiones muy grandes, no disponibles en la actualidad. Lo que queda es la educación, la información y la acción de la propia población.

8. MAS ALLA DEL COLERA. APROVECHAR LA EXPERIENCIA

La epidemia de cólera deja muchas lecciones. Unas de tipo técnico o epidemiológico y otras de manejo político. Pero hay también otras de mucha mayor trascendencia.

Se ha puesto en evidencia la falta de una efectiva coordinación entre las instituciones del sector y entre éste y otros sectores. No se ha logrado una complementación de esfuerzos entre el gobierno central y los gobiernos regionales y locales.

Se ha comprobado que el sector salud, los sectores sociales y el Ministerio de Salud no tienen prioridad en la asignación de recursos financieros y económicos, dentro de un programa de ajuste económico que privilegia el pago de la deuda externa y el balance de la caja fiscal. No se discute la decisión política; se reconoce un hecho que hay que tener en cuenta. Resulta, en estas circunstancias, muy difícil combatir una epidemia.

Se ha señalado que en Perú se dan muchas de las condiciones para la presencia de otras enfermedades transmisibles en estado endemico-epidémico, y, frente a este peligro, los recursos financieros y económicos serán limitadísimos. La experiencia del cólera ha hecho visibles las grandes fallas del actual modelo de sistema de servicios de salud: circunscritos mayormente a la reparación médica, enclaustrados en sus facilidades físicas, sin medios para salir a la comunidad, sin recursos mínimos para un normal funcionamiento, centralizados y descoordinados entre sí.

El personal de los servicios —el sistema en general— ha ido históricamente acaparando y centralizando todas las responsabilidades que debiera tener la población en el cuidado de su salud. El paciente que acude al servicio y la población que se queda en su localidad son de hecho considerados como retardados mentales o recién nacidos. Se cree que no saben cuáles son sus problemas y que son incapaces de aprender muchos conceptos y destrezas que cambiarían radicalmente su actual situación.

Los servicios del actual modelo serán cada vez más costosos. La agresiva comercialización de la aplicación del desarrollo científico y tecnológico en los campos del diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades y el «efecto-demostración» del mismo modelo para el sentimiento de realización de quienes trabajan en los servicios contribuyen a su consolidación y a resistir cualquier cambio.

9. HACIA LA CONSTRUCCION DE UN NUEVO SISTEMA

Todos están de acuerdo en que hay que introducir cambios en el sistema de salud actual. En lo que no hay consenso es en el tipo y la magnitud de ese cambio. La tremenda desproporción entre necesidades y recursos ha llevado al sistema a un punto de visible agotamiento. En estos casos surge siempre una rica variedad de propuestas, las cuales pueden —como en todo esfuerzo de clasificación— reunirse en tres grandes tendencias:

Los que proponen «reparar» algunos de los más visibles fallos del sistema, pero sin modificar sus características fundamentales. Es decir, introducirle eficiencia a través de una mejor racionalización administrativa y las inversiones necesarias para actualizarlo científica y tecnológicamente. Es lo que podríamos llamar el planteamiento tecnocrático y aideológico.

Los que proponen darle al sistema un «nuevo contenido ideológico», trasladando el sistema, con muchos de los cambios anteriores, de las manos de un Estado ineficiente e incapaz de financiarlo al manejo de un sector privado empresarial en un modelo de economía de mercado. Es lo que podríamos llamar el planteamiento ideológico liberal.

Los que proponen comenzar a construir un sistema nuevo, completamente diferente y basado en la devolución de las responsabilidades en el cuidado de su salud a las personas, familias y organizaciones sociales de base. Ello significa la transferencia de todos los recursos y de las decisiones para su manejo a los niveles más locales de gobierno, la priorización de acciones promocionales y preventivas y el desarrollo de capacidades para diagnóstico precoz y tratamientos iniciales fuera de lo que hoy es el sistema. Es lo que podríamos llamar el planteamiento descentralizado y participativo.

La experiencia del combate a las diarreas y la deshidratación aguda demostró que la última tendencia es factible. El tipo de enfermedades que hay que prevenir y combatir y la escasez creciente de los recursos financieros y económicos aconsejan salidas reales.

Reparar el sistema actual, aun introduciéndole la máxima eficiencia posible, requerirá de ingentes recursos de todo tipo, que, en un contexto de crisis y frente a modelos de ajuste económicos que no privilegian los sectores sociales, no estarán presentes, por lo menos en el orden de magnitud que es indispensable. Trasladar el sistema al sector privado lo haría indudablemente más eficiente, pero a un costo social demasiado elevado, sobre todo en un país donde la presión social es cada vez más peligrosa. Para ser eficiente y rentable, el sistema privatizado tendría que circunscribirse a los grupos de población relativamente más pudientes. Estos argumentos no significan un rechazo a la necesidad de un sector privado dentro del sistema de salud. Por el contrario, éste debe promoverse e incentivarse porque puede descongestionar una

parte de la demanda y servir como nivel de apoyo y de referencia.

Un nuevo sistema tendría que ser definitivamente descentralizado y no simplemente descentralizado. Su manejo y control estaría a cargo de los gobiernos más locales —la periferia del Estado—, conjuntamente con las instituciones locales de la sociedad civil tradicional y las organizaciones populares de base. En esta línea de pensamiento, los niveles regionales del sistema pasarían a cumplir la función de apoyo técnico, basando su autoridad en la excelencia técnica. El nivel central del sistema pasaría a ser el gran conductor político, normalizador, promotor de acciones multiseccionales, y canalizador del financiamiento interno y externo para programas de ámbito nacional. Los niveles de complejidad en la atención médica-reparativa no desaparecen, sino que se refuerzan, con funciones de liderazgo en las tareas de información, educación y transferencia de conocimientos y destrezas a las personas, familias y organizaciones sociales, además de la imprescindible labor de seguimiento, evaluación y supervisión técnicos.

10. COMENTARIO FINAL

El desarrollo del último tema de esta presentación, si bien podría ser para algunos fascinante, escapa al contenido específico solicitado. Por ahora sólo se ha querido insistir en que la magnitud de la crisis económica en Iberoamérica, sus consecuencias sobre los sectores sociales, la situación sanitaria de la población y el estado del sistema actual de servicios de salud nos obligan a pensar en soluciones urgentes y factibles para cubrir la brecha social y atender a grandes sectores de población en pobreza y en miseria.

La misma experiencia de la epidemia de cólera en Perú refuerza muchos de los juicios justificativos de la necesidad de hacer algo.

Se dice que toda crisis es también una oportunidad. En estas circunstancias, además de conocimientos y experiencia se requiere independencia intelectual, imaginación, creatividad y, sobre todo, mucho coraje.