

El cólera en el Perú

Cholera's in Perú.

VIDAL LAYSECA Carlos¹

¹Profesor Principal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El 4 de febrero de 1991 se comprobó mediante los estudios realizados en el Instituto Nacional de Salud que el cólera, la VII pandemia, había ingresado a América Latina a través del Perú.

Como Ministro de Salud comuniqué al Perú, a la América Latina y al mundo entero, nuestro problema; la reacción fue variada. Desde el apoyo total, hasta el cierre de los mercados a nivel internacional. Dentro del país la comunidad científica y el pueblo peruano nos dieron su completo apoyo.

En pleno verano las playas limeñas quedaron vacías, se dejó de comer comidas crudas, especialmente el famoso cebiche, que desapareció de las calles, restaurantes y mercados limeños. El pueblo peruano y sus organizaciones populares de base nos demostraron una valiosa experiencia; opusieron al desarrollo de la epidemia, su organización, sus hombres y mujeres, sus magros recursos, su paciencia, su voluntad de trabajo; no negaron nada. Hasta los vendedores ambulantes de alimentos, no vendieron mas comidas crudas ni bebidas de origen dudoso, éstas se transformaron en gaseosas. Habíamos comprobado que los peces del litoral (los que viven y comen cerca de los desagües) y los moluscos (choros especialmente) eran depositarios del *Vibrio cholerae* y por lo tanto era nuestra obligación prohibir las comidas crudas.

Hasta que comenzó el rebote de la epidemia, sólo se había producido menos de un 0.5% de mortalidad y sólo el 25% de los enfermos del cólera necesitaron hospitalización, con un promedio de estadía de 6 horas. Se aplicaron los conocimientos tecnológicos adecuados y la palabra equidad se hizo realidad; la atención fue gratuita en todos los servicios del sector.

Se lograron estos buenos resultados porque se tenían servicios de salud, en la costa, medianamente recuperados. Desde agosto nos habíamos dedicado a levantar estos servicios, sobre todo las emergencias, no porque esperásemos el cólera sino porque esperábamos una epidemia de otro tipo, un a "epidemia social", como resultado del ajuste estructural, y habíamos comenzado una gran campaña contra la diarrea aguda del niño, porque no queríamos tener la vergüenza, como en el verano de 1990, de que en el Perú se murieran 10,000 niños por esta causa; habíamos repartido mas de un millón y medio de bolsitas de rehidratación oral en los centros de salud y en las unidades de rehidratación oral, por lo que cuando la epidemia llegó, sólo tuvimos que trasladar el programa para el cólera. Se demostró que los médicos y enfermeras y el resto del personal de salud del Perú estaban bien capacitados, conocían en profundidad el problema de la diarrea aguda y la deshidratación correspondiente. La salud del pueblo

peruano sería otra cosa si pudiésemos declarar la salud en emergencia permanente, hacer de la equidad y de la solidaridad una mística y no un mero lema.

Pero la demostración de que la equidad y la solidaridad son solamente lemas, nos lo recordó el cólera, cuando llegó la sierra y después a la selva, donde la atención de salud no es atención primaria, sino atención primitiva, todos nosotros somos responsables por esta situación, espero que la podamos cambiar alguna vez y darle a todos los peruanos la atención a su salud, con la prontitud que lo requieran y de la mejor calidad. Esta es la única definición de equidad en cuanto a salud se refiere.

Cuando me fue imposible seguir en el ministerio, mi sucesor me pidió tratar de que todo el equipo se quedase. Un hecho inusual pero le agradecí doblemente, primero porque disminuyó el nivel de mis preocupaciones por el futuro de la epidemia, porque los importantes eran ellos, ese noble equipo de jóvenes sanitarias y algunos viejos también, que no sólo me aceptaron el reto inicial sino que en contra de lo que hubiesen deseado, aceptaron quedarse y seguir en la lucha, bajo otro comando, lo que no es fácil, y segundo, porque al mantener al equipo, colaboraban conmigo en hacer realidad un sueño: que el Ministerio de Salud volviese a tener un grupo de técnicos permanentes que siguieran una política dentro de un plan nacional. Ahora vemos lo eficaz de esta decisión y como con las medidas que han seguido tomando, la epidemia está terminando y seguramente que lograrán con el apoyo de todos nosotros, que se hagan las inversiones necesarias en saneamiento para evitar la endemividad.

De no ser así se retrocederá nuevamente en el manejo de la Salud Pública en nuestro país.

Construir es difícil: cuesta a veces mucho esfuerzo. Destruir es fácil: con no intentar hacer, es suficiente.