

Nunca Antes Me Habían Dicho Que Lavarse las Manos Era Tan Importante

Dr. Eduardo Salazar-Lindo
Departamento de Pediatría
Hospital Cayetano Heredia
Lima, Perú

En la segunda mitad de enero de 1991 emergió en el Perú lo que a finales de ese año y los siguientes cuatro años resultaría ser la epidemia de cólera más grande y más violenta de la historia de la medicina contemporánea. El brote comenzó casi al mismo tiempo en tres ciudades de la costa del Perú y desde estos puntos iniciales se dispersó explosivamente en todas direcciones. En sólo dos semanas estaban cubiertos los 2000 kilómetros de la costa peruana; dos semanas más tarde los pueblos de la sierra de los Andes y dos semanas después los de la selva amazónica. Más de 100,000 casos en sólo seis semanas. Más de 330,000 a finales de ese año. La transmisión se extendió a otros países de la región y continuó con fuerza hasta 1995. En cinco años, de 1991 a 1995, 22 países de las Américas habían reportado 1'339,834 casos de cólera, la mitad de los cuales ocurrieron en un solo país, el Perú. No obstante las gigantescas proporciones de esta epidemia particularmente en el Perú, para una enfermedad que tiene el estigma de la muerte fácil y rápida, la tasa de mortalidad fue de sólo 0.42%.

Qué pasó en el Perú? Porqué el cólera ingresó a América Latina por el Pacífico y sólo 30 años después de iniciada la presente pandemia y no en 1974 cuando la pandemia llegó a la costa atlántica de Africa y la ruta más corta era vía el nordeste brasileño? Porqué se transmitió la enfermedad tan violentamente en el Perú? Qué hizo que la letalidad de la enfermedad fuera tan remarcablemente baja? Qué aprendimos de esta calamidad sanitaria? Hemos aprendido la lección y podemos decir con seguridad, nunca más? Quisiera hoy día contestar sucintamente alguna de estas preguntas en un intento de presentarles lo que considero la lección más importante de este episodio de la historia sanitaria de nuestro continente que marcó tan indeleblemente mi vida y la de muchos otros peruanos.

Como en un eclipse, todo era cuestión de tiempo y coincidencias previsible. En la década precedente a la epidemia la población total del Perú había crecido 3.2 veces pero la de Lima y muchas otras ciudades de la costa se había incrementado más de 10 respecto a la década anterior. Los campesinos empobrecidos o ahuyentados por el movimiento subversivo abandonaban sus tierras y migraban masivamente hacia ciudades desprovistas de servicios básicos aún para quienes las habitaban desde décadas antes. La década del 80, llamada irónicamente "Década del Agua", había sido una de las más bajas en inversión en agua y saneamiento en el Perú. No era difícil entender porqué teníamos la más alta tasa de incidencia de diarrea infantil endémica del mundo. Menos del 40% de la población urbana del Perú recibía agua potable en sus casas. Miles y miles de pobladores de barrios marginales de las

grandes ciudades de la costa desértica del Perú se abastecían de agua mediante camiones cisterna o pozos de napa superficial excavados por ellos mismos. Sin embargo, cuando en medio de la epidemia recorríamos todas las ciudades de la costa organizando frenéticamente los servicios para el tratamiento de los casos de cólera, una realidad profundamente errónea se hacía evidente. Los pobladores en cuya casa había grifos de agua proveniente de la planta de tratamiento también adquirían la enfermedad. Vimos barrios enteros con centenares de casos producidos en muy pocos días. Era obvio que la epidemia se estaba transmitiendo por una ruta altamente eficiente. Las redes de agua se habían contaminado. Las plantas de tratamiento de agua potable de los servicios municipales tenían problemas para completar el proceso de purificación del agua antes de lanzarlo a la red; el agua no se cloraba sea porque los cloradores estaban deteriorados o porque simplemente el municipio había dejado de adquirir cloro. En las plantas que sí usaban cloro, el cloro residual en la red era nulo. Inicialmente pensamos que esto se debería a un elevado contenido de material orgánico del agua utilizada para el procesamiento pero cuando fuimos a la planta, el ingeniero encargado nos dijo que usaban una dosis baja de cloro para reducir el riesgo de cáncer de colon o próstata y cómo era que siendo médicos no teníamos conocimiento de este riesgo. En medio de esta epidemia, era obvio que los pobladores de estos barrios se iban a morir primero de cólera, muchos antes de desarrollar cáncer. Literalmente, inundamos de cloro todas las ciudades donde había cólera. Recuerdo vivamente la primera expresión del Dr. Carlos Vidal, entonces Ministro de Salud del Perú cuando bajó del avión que lo trajo de Lima a Trujillo para inspeccionar los hospitales donde estábamos tratando los casos de cólera. “Qué es ese olor tan penetrante?” preguntó. “Es el cloro que le estamos poniendo a todo... si queremos parar esta epidemia” fue nuestra respuesta.

En la década del 80, no todo andaba mal para el Perú en términos sanitarios. Sin imaginarlo, habíamos estado poniendo los cimientos de una herramienta que resultó extremadamente valiosa cuando el cólera nos golpeó. En 1978, estimulado por el Dr. Raúl León Barúa, un maestro peruano excepcionalmente dotado para convencer a uno que la medicina avanza por los caminos menos sospechados, y por el Dr. Bradley Sack, cuyos artículos sobre la rehidratación oral había leído durante mi residentado de pediatría en el Hospital Cayetano Heredia y que visitó Lima ese año para mostrarnos cómo se usa y cómo funciona esta terapia, comencé una larga carrera que me dio el privilegio de convertirme en uno de los promotores de esta revolucionaria manera de tratar la deshidratación. Yo hice por el Perú lo que Daniel Pizarro, Felipe Mota, Juan Urrutia y otros más hicieron por sus respectivos países y el resto de América Latina. He sostenido, cada vez que he tenido ocasión de hacerlo, que la introducción de la rehidratación oral en nuestro continente no sólo ayudó a reducir las innecesarias muertes por diarrea y deshidratación sino que modernizó los servicios y mejoró su organización, introdujo el concepto y la práctica de la capacitación en servicio para médicos y enfermeras subsanando las falencias de la educación médica que se imparte en las escuelas universitarias; como programa de salud, guió la implementación de otros programas y ayudó a delinear el rol del estado para asegurar la supervivencia infantil, introduciendo herramientas de programación y planificación de gran escala. La década del 80 fue la década de la hidratación oral en

el Perú y en América Latina. Durante esa década con fondos de OMS/OPS, UNICEF y USAID capacitamos centenares de médicos y enfermeras que vinieron de todo el Perú a nuestro hospital para aprender la rehidratación oral y retornaron a sus centros de trabajo para aplicar lo que habían visto y replicar la capacitación a muchos más. Para fines de esa década, la rehidratación oral era una práctica rutinaria en todo el Perú, los servicios estaban abastecidos de sales de rehidratación oral y soluciones endovenosas para los casos más graves. Cuando recorrimos las ciudades afectadas por la epidemia, en cada lugar encontramos al menos un médico o una enfermera que había participado en alguno de nuestros cursos directa o indirectamente. Esto facilitó enormemente nuestra labor. A los médicos y enfermeras peruanos es a quienes se les debe que tantas vidas se hayan salvado durante esta epidemia. Ellos trabajaron incansablemente y son los héroes de esta jornada.

Camino al local comunal de una pequeña caleta de pescadores del norte del Perú donde, según nos informaron, los pobladores habían improvisado un lugar para atender a sus enfermos de cólera, una mujer de unos 60 años de edad se acercó y nos dijo “se están enfermando nuestros esposos y nuestros hijos mayores y no hay quién salga a pescar” y sollozando preguntó “qué podemos hacer para que no se enfermen los pocos que quedan en pie? En la mañana de ese mismo día había recibido una llamada del Ministro de Salud preguntando por mi opinión acerca de cuál debía ser el contenido de la campaña de educación que el Ministerio de Salud estaba a punto de lanzar para prevenir el cólera. Había considerado que la campaña debía girar alrededor de tres mensajes básicos: lavarse las manos, hervir el agua y consumir alimentos bien cocidos. “Hay que lavarse las manos”, fue el inicio de mi respuesta a esta venerable señora y estaba por continuar con las otras dos recomendaciones pero no me dejó terminar y me dijo “porqué nunca antes me habían dicho que lavarse las manos era tan importante?” En las semanas siguientes, el mundo fue testigo de una de las campañas de información y educación sanitaria más gigantesca que la historia haya registrado. Usamos todos los medios concebibles de comunicación, salimos en los diarios, la radio, la televisión. Con ayuda de cientos de voluntarios fuimos a los mercados, a las plazas públicas, a las calles. La población peruana aprendió el mensaje. Junto con el cólera se extinguieron también la hepatitis viral y la tifoidea. Se han extinguido para siempre?

El Premio Nobel Sir Macfarlane Burnet en su libro *Natural History of Infectious Disease*, cuando discute acerca de la transmisión de las infecciones intestinales, dice “uno de los beneficios indudables de la vida civilizada moderna es el desarrollo de los métodos técnicos y la actitud mental que se requiere para eliminar [las infecciones intestinales] ... Disposición decente de los desagües, abastecimiento de agua pura, leyes sobre alimentos limpios, control de la pasteurización de la leche, más el culto por la higiene personal han convertido en raras la mayoría de estas infecciones en cualquier comunidad civilizada. Un brote de tifoidea o una mortalidad infantil alta por enfermedad diarreica debe ser considerada una desgracia cívica.” Nuestros gobiernos tienen la obligación de invertir en agua y saneamiento y nuestros legisladores de darnos las leyes que garanticen la seguridad de los alimentos que consumimos. Pero la higiene personal es responsabilidad de uno mismo. Es una

actitud mental que debe adquirirse desde la niñez, con el ejemplo de nuestros padres y maestros, y transmitirse de generación en generación hasta convertirse en un culto, en un sello de civilización. Nuestros pueblos, agobiados por la pobreza y el subdesarrollo, necesitan educarse para la vida. La experiencia del pueblo peruano durante la epidemia del cólera ha mostrado que la pobreza no es barrera para la educación. Pero la educación es un tesoro frágil y volátil si no se convierte en cultura. Necesitamos promover en nuestra población el culto por la higiene. Investido el día de hoy con este honroso Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana otorgado por la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, premio que perenniza la memoria de ese distinguido salubrista, les propongo que comprometan a sus gobiernos a asegurar agua limpia y alimentos seguros para la población y que iniciemos juntos una cruzada por la higiene. Si hacemos esto, evitaremos que se repitan tragedias como la que vivió el Perú durante el cólera y haremos que nuestras comunidades consigan su derecho a vivir en una sociedad civilizada.