

XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán, San Miguel de Tucumán, 2007.

El Sistema de Salud Argentino ante la Epidemia de Cólera de 1991.

Loyola, Silvia (CEA / UNC).

Cita:

Loyola, Silvia (CEA / UNC). (2007). *El Sistema de Salud Argentino ante la Epidemia de Cólera de 1991. XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán, San Miguel de Tucumán.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-108/889>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

El Sistema de Salud Argentino ante la Epidemia de Cólera de 1991

Lic. Silvia Loyola*

Una epidemia siempre es un acontecimiento singular y desafiante para los encargados de la salud pública quienes se ven obligados a dar respuestas rápidas y eficaces para evitar la expansión y la mortalidad que ésta puede acarrear. La epidemia de cólera que se iniciase en Perú en febrero de 1991 no fue una crisis sanitaria más, fue la epidemia que desnudó la precariedad de los sistemas sanitarios y de salubridad de todo el continente, y en tal sentido adquirió un carácter fuertemente político, demandado un compromiso real por parte de los gobiernos, que por entonces ensayaban -en bloque- las recetas neoliberales.

Dentro de este contexto, el objetivo de esta comunicación es poner de relieve la acción del sistema de sanitario argentino a partir del análisis de las medidas encaradas y de los discursos que las sostenían durante los años 1991-92, buscando sistematizar -de alguna manera- las acciones llevadas a cabo desde el gobierno nacional, desentrañando la lógica que buscaba coordinar la necesidad de presencia-acción en la crisis y las demandas exteriores del control del gasto público y el abandono de su carácter benefactor.

Este trabajo se desprende del Capítulo II de nuestra Tesis de Licenciatura¹ y quiere ser el puntapié inicial de un estudio mayor sobre las políticas sanitarias en Argentina con referencia a las epidemias de Cólera y Sida en nuestro país. Desde esta perspectiva el trabajo presenta dos partes: (1) una que atiende a las características del Sistema de Salud en Argentina y las condiciones históricas del mismo en la década del 90; y (2) una segunda que busca recuperar las respuestas del sistema sanitario durante la crisis epidémica, considerando por un lado la acción preventiva (1991) y por el otra la operativa (1992).

El Sistema de Salud en la Argentina de los `90

Beatriz de Luca de Usuni definía la situación del Sistema de Salud de nuestro país en la última década del Siglo XX como “*una orquesta sin director*”², metáfora

* CEA-UNC

¹ Loyola, Silvia (2007) “*Estado y Sociedad frente a la epidemia de Cólera de 1991-1992 En Argentina. Los casos de Córdoba y Jujuy.*” UNC

² Beatriz de Luca de Usuni (1993) *Estudios sobre Sistemas de Atención de la Salud Pública. La salud hospitalaria en los tiempos del cólera*” Centro Editor de América Latina Pp. 9-32

que buscaba develar la ausencia de articulación a nivel de decisiones (nacional, provincial, municipal) así como de un plan federal de salud que otorgara un marco de acción coordinada a la suma de frentes abiertos desde los distintos subsectores que componían el sistema (subsector público, subsector privado y subsector obras sociales).

La principal consecuencia de esta desarticulación era sin duda la inequidad del sistema, traducida en una sobreoferta de asistencia médica en las grandes urbes frente a la ausencia total o en el mejor de los casos el desmantelamiento de los centros asistenciales donde existían. El socialista Alfredo Bravo lo describía con precisión avalado por datos oficiales: “... *la tuberculosis, el mal de chagas y la desnutrición provocan en la Argentina más muertes que el cólera en Perú (...) unos 55 niños menores de cinco años mueren por día en la Argentina por desnutrición o enfermedades fácilmente evitables originadas en su gran mayoría por contaminación de aguas, y unos 4.500 adultos fallecen por año por tuberculosis, mal de chagas y otras males que ya han sido desterrados en el mundo menos en nuestro dolido país y América Latina...*”, agregando que esta situación se veía agravada por una pésima administración de los recursos ya que Argentina acusaba un gasto per cápita en salud de 200 dólares frente a otros países latinoamericanos que se movían entre los 90 y los 110 dólares prestando un servicio considerablemente más eficiente que el argentino. La raíz del problema se encontraba para el socialista en la inequidad que caracterizaba al sistema de salud que presentaba descaradamente “...*en unas áreas de tres manzanas de la Capital Federal (...) más tomógrafos computados que en la ciudad de Nueva York, mientras en la mayoría de los pueblos del interior del país ni siquiera existe una salita de primeros auxilios.*”³

Esta realidad –que si bien no era nueva- se vio recrudecida por entonces, por las medidas de corte neoliberal que se implementaban desde el gobierno nacional, acentuando el proceso de descentralización característico del sistema y generando conflictos a nivel de nación y provincias, profundizando –además- la sensación de crisis e inestabilidad, tanto para los agentes del sistema como para los muchos argentinos que paulatina y constantemente comenzaban a quedar excluidos del mundo del trabajo formal, en función de lo cual se veían obligados a buscar la asistencia médica en el subsector público, quedando éste exigido, así, desde dos frentes contrarios: (a) el aumento de la demanda de asistencia, proceso –por otra parte- en crecimiento; y (b) el

³ *La Voz del Interior* -10 de abril de 1991- Información General Pág. 5C

abandono del Estado, traducido en el desmantelamiento, desabastecimiento y precariedad laboral, acompañado de un discurso que tendía a la sobrevaloración -tanto en oferta de servicios como en calidad- del subsector privado, y el desprestigio de la gestión del subsector obras sociales.

Si analizamos cada subsector y su importancia en relación a lo invertido, podemos inferir la primacía en el país de los servicios privados y de obras sociales en cuanto a la oferta de salud y el alcance poblacional, a la vez que el estancamiento en la inversión en el subsector público. En 1985 el gasto en salud ascendía al 8,2% del PBI, que equivalía a unos 5.430 millones de dólares de gasto total y 178 dólares de gasto per cápita. De este gasto el subsector público utilizó el 22%, del cual el 4% correspondió al gobierno central y el 19% a los gobiernos provinciales y municipales; mientras que el subsector obras sociales cubrió el 38,2% y el privado el 38,1%⁴. De la decantación del 22% de inversión pública, podemos reconocer, también, la preponderancia de los niveles provinciales y municipales frente al escueto 4% de gasto nacional en salud, evidenciando numéricamente la ausencia de una acción federal frente a la acción particular y autónoma de las provincias. Si bien, en teoría existía un delegado federal del Ministerio de Salud y Acción Social en cada provincia- el “Delegado Sanitario”- cuya función era la de coordinar las acciones entre las provincias y el gobierno nacional, y un Consejo Federal de Salud -integrado por los ministros de salud provinciales- destinado a formular políticas y coordinar la administración de los servicios a nivel nacional, en la práctica no funcionaban: cada provincia, e incluso cada municipalidad, actuaba con plena libertad y autonomía en relación a las políticas sanitarias y la administración de los servicios de salud.

La sensación social generalizada era, sin duda, que el sistema sanitario vivía en permanente crisis, lo cual lo convertía en uno de los principales temas de debate público, coincidiendo todas las partes en la urgencia de la transformación del sistema. “*La salud está acosada por el cinismo y la hipocresía...*” exclamaba el Presidente del Consejo Médico de Córdoba, reclamando un sinceramiento por parte de todos los sectores, puesto que de no hacerlo a tiempo -expresaba- “*la medicina -dejaría- de ser confiable*”.⁵ El 18 de mayo de 1991 se realizaba en Córdoba La Convención Argentina de Prestadores de Salud, quienes concluían que era *indispensable* la total

⁴ Gines García y otros (1987) “*El gasto de Salud y medicamentos en Argentina 1985*” Estudios CEDES. Bs. As. Citado por Luca de Usuni Op. Cit.

⁵ *La Voz del Interior* 15 de abril de 1991- Información General- Pág. 7A

transformación del sistema asistencial para garantizar a *toda* la comunidad los mejores servicios, eliminando el cobro de coseguros y plus por parte de los usuarios, y reconociendo la necesidad de una urgente re-categorización de los establecimientos asistenciales y jerarquización arancelaria de los profesionales.⁶

Este debate iba acompañado por la dramática lucha sindical de los agentes sanitarios, cuya estabilidad laboral se veía perjudicada por las medidas de reajuste. Utilizamos la expresión dramática para calificar la acción gremial dado la gravedad que adquirió el prolongado plan de lucha, que se tradujo en el paro casi total de la asistencia pública a lo largo y lo ancho de todo el territorio nacional, provocando situaciones límites en varias provincias, que pusieron en riesgo la vida de los pacientes, lo que condujo –muchas veces- al rechazo social de la acción gremial y la intervención judicial para resolver el conflicto y obligar a los agentes a reanudar sus tareas laborales.⁷

La crisis del Sistema de Salud era parte o síntoma –hablando en términos médicos- de la crisis generalizada que vivía el país, donde el 31% de la población ya se encontraba sumida en la pobreza, el 32% de los hogares en condición de precariedad (sin abastecimiento de agua potable, menos aún de cloacas); un tercio de la población sin cobertura médica y solo el 50% de los niños con plan de vacunación completo⁸, sin embargo, y a pesar del debate descrito, el discurso que se impuso al momento de la epidemia, y que los argentinos -embelezados por el paraíso del “uno a uno”- compramos, fue aquel que sostuvo que Argentina poseía un Sistema Sanitario sólido y eficiente, capaz de hacer frente a un eventual brote colérico.

El sistema sanitario argentino frente a la epidemia

Dentro del marco del sistema de salud descrito en el párrafo anterior podemos acercarnos a la comprensión del tratamiento de la cuestión cólera y el desarrollo de

⁶ *La voz del Interior* 19 de mayo de 1991, Información General Pág. 13A

⁷ Durante el mes de abril de 1991 se sucedieron una serie de muertes de recién nacidos en la Maternidad Provincial de la Ciudad de Córdoba y se atribuyeron a la falta de atención de los médicos que estaban de paro, los hechos fueron llevados a la justicia teniendo al mismo Gobierno como demandante, e incluso condujo a que éste instara (obligara) judicialmente a los agentes de salud a retomar sus actividades bajo amenaza de sanciones judiciales. *La Voz del Interior* 16 de abril de 1991 Información General Pág. 9A; 23 de abril de 1991 Información General Pág. 9 A “*Lenta normalización de los servicios en hospitales públicos*”.

⁸ Informe especial de la Comisión de Política Ambiental elaborado a pedido del Presidente Menen. *La voz del Interior* 6 de Octubre de 1991 Información General Pág. 9 A.

los hechos. El desafío de una epidemia a las puertas del país afectaba en primera instancia a la organización misma del sistema cuyo carácter descentralizado con los cruces de niveles de decisión y la falta de coordinación central dificultaban su efectividad. No había dudas que la epidemia era una cuestión de salud pública, es decir requería de políticas, decisiones, y recursos que solo el Estado podía encarar; los demás subsectores, por lógica deberían sumarse al plan del gobierno central. Este “plan preventivo nacional” se concibió tomando como idea base la percepción de que las condiciones socio-económicas que favorecían la epidemia en otros países del continente no se encontraban en Argentina, solo a partir de esta percepción pueden entenderse tanto las acciones de gobierno como la respuesta de la sociedad a las medidas de prevención propuestas. En tal sentido, la idea eje señalada anteriormente, puede ser percibida -a la distancia- como la articuladora de las medidas preventivas que se tomaron en las distintas provincias y municipios del país, así como en los demás subsectores del sistema, no sin presentar conflictos por cierto, sobretodo en relación a los presupuestos destinados a las campañas publicitarias o el abastecimientos de medicamentos, especialmente en el subsector público⁹; en cuanto a la participación de los demás subsectores fue de carácter solidario, voluntario e independiente asumiendo la responsabilidad que les cabía desde la propuesta preventiva que dirigía el gobierno nacional, siempre dentro de los criterios de la campaña nacional, cuyo énfasis estaba puesto en la higiene personal y de los alimentos.

Desde el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, se buscó pues, asumir la coordinación de la acción preventiva. Avelino Porto –cabeza del Ministerio- lo relataba expresamente: “*nosotros estamos coordinando todo lo que sucede. Hemos comprobado que hay una gran cantidad de unidades sanitarias que no tienen toda la medicación indispensable y por eso estamos comprando una cantidad importante de sales de deshidratación entre otras medidas.*” Asumiendo –no obstante- la situación de *prebrote* en la que se encontraba el país debido a su localización geográfica, pero sin dejar de reconocer con optimismo que (...) *estamos perfectamente adiestrados*

⁹ El ministro de Salud de la Provincia de Córdoba cuestionaba la acción del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación achacándole que con iniciativas de campañas preventivas sin el aporte monetario correspondiente no se podría lograr nada y que en definitiva eran las provincias las que tenían que llevar a la práctica las ideas preventivas del ministerio nacional: “*si bien compartimos el criterio de desarrollar programas de salud, sería bueno que las autoridades nacionales concretaran envíos de fondos a las provincias para desarrollar estos programas*”; por otro lado cuestionaba al Ministerio de Economía que había reducido, por entonces, el presupuesto del área de la salud en un 25%. *La voz del Interior* 19 de febrero de 1991 Información General Pág. 7 A.

para controlar una eventual epidemia del mal...”,¹⁰ agregando que se convocaría con carácter de urgencia una reunión con sus pares de la Cuenca del Plata debido al peligro que significaba que el cólera llegase por esa vía desde la Cuenca Amazónica.¹¹

Esta actitud de aparente tranquilidad y seguridad sobre los recursos disponibles se alteraría a los pocos días cuando comenzase a constatar –desde su tarea de coordinador- que la mayoría de los hospitales nacionales no contaba ni con las camas ni los medicamentos necesarios para hacer frente *a una eventual epidemia*, como le gustaba decir¹², convocando a todos los sectores del sistema de salud a consensuar las medidas preventivas, puesto que con el cólera “*dando vueltas alrededor de la Argentina*” no era imposible que algún caso se registrara y se debía estar preparado: “*la gente debe saber que el problema no está superado (...) qué alguna persona lo puede traer y que ante ello tiene que haber una ejercitación previa de prevención, que es lo que queremos hacer en estos momentos.*”¹³

Asociado a la creencia que Argentina se encontraba fuera de peligro por contar con una estructura sanitaria de calidad, se generalizó la convicción que en caso de darse un caso de cólera, este provendría vía importación portado por alguna persona que llegase desde la zona afectada. Carlos Bergollo, Director de Asistencia Hospitalaria, declaraba ante la aparición en Bariloche de un caso de cólera, a fines de abril de 1991, que era necesario distinguir entre casos autóctonos, es decir aquellos producidos en el territorio nacional por condiciones propias, y aquellos pacientes que *traían* la enfermedad desde los lugares afectados, recalcando que “*cada provincia es responsable del tratamiento y acondicionamiento de los eventuales enfermos; incluso en las provincias hemos instruido a los centros asistenciales para que no trasladen pacientes, es decir que en la medida de lo posible no habrá derivación de pacientes. Esto se hará para evitar que crezca el ámbito geográfico de contagio.*”¹⁴

De estas declaraciones podemos inferir el plan de acción preventivo que desde el nivel nacional se impartía: (1) En primer lugar podemos reconocer el carácter de coordinador de las acciones preventivas, lo que no significaba -de hecho- un compromiso demasiado amplio en cuestión de control y tratamiento de la epidemia en

¹⁰ *La Voz del Interior* 6 de mayo de 1991 Información General 7 A.

¹¹ *La voz del Interior* 19 de abril de 1991 Información General Pág. 5 C

¹² *La Voz del Interior* 6 de mayo de 1991 Información General Pág. 7 A

¹³ *La voz del Interior* 7 de mayo de 1991 Información General Pág. 13 A

¹⁴ *La Voz del Interior* 29 de abril de 1991 Información General Pág. 9 A

caso de que sucediera, más allá de la colaboración con medicamentos; (2) la acción preventiva efectiva quedaba en manos de los niveles provinciales y municipales, además de los subsectores privado y obras sociales, así como asociaciones civiles y religiosas, que eran *solidariamente* convocados a colaborar en la tarea preventiva; y (3) dado un eventual caso de cólera el primer paso a seguir era el de circunscribir geográficamente la enfermedad, es decir *cercarla, focalizarla*¹⁵; (4) en última instancia la responsabilidad le cabía a los ciudadanos que debían ejercitarse en las medidas preventivas, esto es *mantener la higiene personal y de los alimentos*. El presidente Menen lo expresaba claramente: *“la población debe mantener la calma (...)”* y seguir *“las indicaciones que se dan por los medios de comunicación”*.¹⁶

El Ministro Avelino Porto ponía de manifiesto la importancia que tenía dentro de este proyecto preventivo *la información* a través de los medios masivos de comunicación, expresando que esta era el área en la que más se había progresado evidenciado en el hecho que *“la gente cada vez habla más del tema y eso es importante”*, agregando que con ocasión del Censo Nacional (septiembre de 1991), los censistas entregarían folletos con las instrucciones preventivas para que ningún argentino quedara sin conocerlas.¹⁷

Sin embargo, este programa preventivo, al que algunos llamaron despectivamente *“lavandinista”*, fue duramente cuestionado desde el interior mismo del sistema por boca de los agentes sanitarios vapuleados por una realidad que los desbordaba. Los médicos nucleados en la Comisión Interhospitalaria del Conurbano Bonaerense y Provincial (Cicop) elevaron a la Cámara de Diputados el primer anteproyecto de ley para combatir el cólera apelando *“a que los Centros Públicos de Salud no están preparados para enfrentar”* la epidemia, criticando –además– severamente la actuación del Ministerio de Salud y Acción Social advirtiéndole que *“hay que evitar el enfoque lavandinista como si la prevención fuera la panacea.”*¹⁸ Este reclamo, con sabor a denuncia, tenía por objeto recordarle al Estado su responsabilidad para con la calidad de vida de la población, apelando a develar la realidad de precariedad de sectores cada vez más numerosos de la población nacional. La pediatra María Luisa Argentos, Presidenta de la Sociedad Argentina de Pediatría y asesora de la OPS, levantaba la voz a poco de darse los primeros casos en Argentina

¹⁵ Tarea que le competía a las provincias, no al gobierno nacional.

¹⁶ *La Voz del Interior* 9 de febrero de 1992 Información General Pág. 9 A

¹⁷ *La Voz del Interior* 6 de Mayo de 1991 Información General Pág. 7 A.

¹⁸ *La voz del Interior* 5 de Mayo de 1991 Información General Pág. 7 A.

expresando que las enfermedades diarreicas eran una realidad en Argentina aún antes de la llegada del cólera ocasionando la muerte de 800 niños al año, remarcando que no se trataba de enfermedades de carácter estival, como se decía, sino que afectaban a los niños en cualquier momento del año, sin embargo, el cólera mostraba con mayor envergadura las deficiencias que el país tenía en cuestiones de agua potable y redes cloacales, subrayando que el desafío era llegar al año 2000 con agua potable y redes cloacales para todos, puesto que estos no solo eran -desde su perspectiva- beneficios sociales sino también económicos, puesto que “ *a la desgracia de la muerte de un niño por diarrea se debe sumar el gasto en recursos de salud que implica internación y medicamentos. Además el padre y la madre deben faltar a sus trabajos. Todo esto podría evitarse previniendo las diarreas en general*”. En esta misma línea aseguraba que muchos niños lograban superar las diarreas pero morían al poco tiempo por neumonías o enfermedades bronquiales simples que se convertían en mortales ante la falta de defensas de las criaturas, cuyas alimentación y condiciones de vida eran de una gran precariedad.¹⁹

Los médicos reaccionaban contra el discurso triunfalista que aseveraba que Argentina contaba con la estructura sanitaria óptima, desde lo cual acentuaba la acción preventiva, confrontándolo con la realidad que mostraban las estadísticas realizadas por el mismo gobierno (y constatada por ellos mismos en los consultorios) que denunciaban que la causa directa o indirecta de 17 de cada mil muertes infantiles era la falta extrema de recursos, causa que incidía también en la mortalidad general; al mismo tiempo, las mismas estadísticas ponían de relieve que la pobreza en Argentina era mayoritariamente urbana –especialmente Buenos Aires que concentraba los mayores asentamientos marginales- donde se observaba los principales índices de hacinamiento y los más altos niveles en necesidades básicas insatisfechas.²⁰

No obstante la contundencia de las denuncias realizadas por los agentes del mismo sistema, la política sanitaria que se implementó desde el gobierno central tuvo como eje la perseverante y masiva difusión de las medidas de prevención, que tendían a responsabilizar –en última instancia- al ciudadano común frente al control epidémico. Las medidas básicas eran: (a) Higiene personal (insistencia en el lavado

¹⁹ *Pregón* 2 de febrero de 1992 Pág. 3

²⁰ Informe especial de la Comisión de Política Ambiental. *La Voz del Interior* 9 de octubre de 1991 Información General Pág. 9 A

de las manos antes de comer o manipular los alimentos y después de ir al baño); (b) higiene y cocido de verduras y pescados; (c) clorar o hervir el agua si esta no fuera potable²¹; (d) limpieza de tanques y arreglo de los mismos (sobre todo de no contar con tapa); (e) en la medida de lo posible no comer en puestos callejeros.

No se puede negar que la acción preventiva fuera eficaz, barata y masivamente aceptada, y que finalmente –en 1992- con la llegada del cólera al país, se lograra confirmar la idea de “enfermedad importada”, sin poder ocultar, no obstante, las deficiencias estructurales que –parafraseando a Marcos Cueto- hacían de Argentina un país para el cólera.

Cercar y Aislar

A partir de 1992 –con nuevo Ministro, el Dr. Julio César Aráoz- la acción preventiva viró en acción de control cuyo objetivo fue contener y cercar la epidemia en el noroeste argentino (NOA). El cercamiento estuvo coordinado por equipos de agentes de salud que la nación había dispuesto con el apoyo de las fuerzas armadas lo que le daba un aspecto militar a la cuestión cólera cuyo enemigo era el vibrión. El Río Pilcomayo y sus afluentes constituían el centro de preocupación de los agentes sanitarios, al considerar (después se supo que erróneamente) que esta vía se encontraba contaminada, prohibiendo la pesca –principal actividad de los habitantes de la región- y el consumo de agua.

El Presidente Menen recorrió la zona afectada constatando por él mismo la situación de marginalidad a la que los aborígenes aludían con carteles, enfundado en una chaqueta blanca y bolsas de nylon en los pies -a modo de botas- besando a los enfermos, a los que reconocía como “*los dueños de la tierra*” y les prometía capitales para micro emprendimientos. Pero fiel al plan anticólera antes de partir los exhortó a mantener las medidas higiénicas de prevención, tarea ésta bastante titánica aún en los precarios hospitales improvisados que él mismo estaba visitando.²²

Las características de la acción operativa durante 1992 fueron resistidas desde los agentes de los Sistemas de Salud provinciales, quienes se vieron invadidos por médicos foráneos que subestimaban la experiencia en medicina regional,

²¹ Es interesante observar que esta medida se extendió a todo tipo de agua, aún aquellas que se consideraban potable como la que provenía de red.

²² *Pregón* 10 de febrero de 1992 Primera Plana

viviéndose –por momentos- una acción desdoblada y con criterios diferenciados.

23

Podemos observar como las disposiciones que se iban asumiendo se correspondían con lo previsto desde hacía un año, tratando de focalizar los brotes para de esa manera evitar el ingreso del vibrión en las grandes ciudades. En esa línea el ministro Aráoz comprometió 4 millones de dólares para cercar el brote e inició un proyecto de nutrición que se cubriría con los alimentos llegados desde Buenos Aires a la vez que se iniciaban construcciones de infraestructura como la del camino que unía las localidades de Salvador Mazza y el Sauzal para no tener que cruzar por el lado boliviano. Las tareas, sin embargo, fueron realizadas demasiado tarde y el brote se extendió hacia el sur de Salta y se abrió otro en Jujuy.²⁴ La llegada del cólera a Embarcación -primer centro urbano afectado- alertó aún más sobre los peligros del arribo del cólera a las ciudades argentinas que a esa altura de los acontecimientos ya habían descubierto que no eran la panacea de la inmunidad. A pesar de su escasa población (15 000 habitantes) Embarcación concentraba los graves problemas de la mayoría de las ciudades del país: desocupación, hacinamiento, cloacas desbordadas y una red de agua potable que solo abastecía a una minoría convirtiéndose en la vidriera de una realidad que podía repetirse a lo largo y a lo ancho del país.²⁵

Sin duda, el mayor riesgo lo corría el conurbano bonaerense con un bolsón de pobreza que rondaba los 14 millones de personas, carentes totalmente de servicios sanitarios, cloacales y de agua potable. La prevención en la primera provincia del país siguió los mismos parámetros que se conocían desde un año antes: reparto de lavandina, control sobre el expendio de alimentos y aguas envasadas y camiones cisternas recorriendo las zonas periféricas repartiendo agua clorada por doquier.

Los intendentes del conurbano bonaerense reconocieron encontrarse en una situación crítica debido a que podría conjugarse la contaminación de los cursos de agua con la falta de cloacas y agua potable (falencias que alcanzaban al 80% de la población de Morón, Florencio Varela, Quilmes, La Matanza, Tigre y San Fernando) favoreciendo el desarrollo de la bacteria. Solo en Morón la intendencia manifestó tener en proyecto la ejecución de la red cloacal.²⁶

²³ Conf. Loyola, Silvia Entrevista al Dr. Carlos Ripoll (coordinador de la Comisión de la prevención del Cólera durante la epidemia)

²⁴ *Pregón* 12 de febrero de 1992 Primera plana

²⁵ *Pregón* 10 de Febrero de 1992 Pág. 3

²⁶ *Pregón* 10 de febrero de 1992- Transcripción de un informe elaborado por la Agencia DyN.

Si bien el secretario de Salud de la Nación manifestaba a la prensa que el “*brote está controlado*”, no podía dejar de reconocer que el gobierno estaba preocupado por la falta de servicios de cloacas y agua potable en muchas regiones del país.²⁷ Finalmente el cólera, importado o no, ponía en tela de juicio la infranqueable inmunidad argentina.

Conclusiones

Consideramos que la acción preventiva así como el control durante el año 1992, respondieron –en nuestro país- a los lineamientos preventivos trazados desde Perú, foco inicial de la epidemia, donde el énfasis estuvo puesto en evitar la expansión y la mortalidad durante la misma y en tal sentido fue considerada exitosa. Marcos Cueto manifiesta que esta epidemia fortaleció la tendencia a responsabilizar a las víctimas por el desarrollo de la enfermedad y en tal sentido a recargar la responsabilidad individual de la prevención liberando al Estado de sus obligaciones asistenciales, ciertamente en conformidad con las medidas neoliberales que se consideraban imperiosas para alcanzar el desarrollo de la región.

El Sistema Sanitario argentino, con la descentralización y desarticulación que lo caracterizaba, se mantuvo fiel a estas premisas llevando adelante una prevención – durante el 1991- que se basó en la información de las medidas preventivas cuyo fin último era comprometer al ciudadano en el control epidémico. En este sentido, la masiva aceptación de estas medidas así como la responsabilidad con la que se llevaron a cabo, permitió que el crítico sistema de salud saliera exitoso de la embestida epidémica. Sin embargo, el cólera profundizó –tal como lo reconociera Cueto para Perú- la percepción de crisis general que se vivía a nivel social, desnudando las falencias estructurales que se negaban desde el discurso oficial y otorgando entidad a las voces de los agentes que venían desde antes reclamando el abandono del Estado y la precarización de la población con sus consecuencias a nivel de salud.

La coordinación que intentó realizar el gobierno central chocó con los problemas concretos de una acción desarticulada ya naturalizada en el país, donde los gobiernos provinciales se mostraron reticentes y hasta podría decirse desconfiados de la acción nacional, lo que condujo a profundizar las desarticulaciones y priorizar las acciones autónomas.

²⁷ *Pregón* 4 de febrero de 1992 Primera Plana

Bibliografía

- CUETO, Marcos 1997 “El regreso de las epidemias. Salud y Sociedad en el Perú del siglo XX” Instituto de Estudios Peruanos- Lima. Estudios Históricos N° 22.
- DE LUCA DE ISUANI, Beatriz 1993 “La salud hospitalaria en los tiempos del cólera” Centro Editor de América Latina, Biblioteca Política Argentina Vol. 432. Buenos Aires.
- GARCÍA, Gines y otros 1987 “*El gasto de Salud y medicamentos en Argentina 1985*” Estudios CEDES. Bs. As