

LA SEPTIMA PANDEMIA DE COLERA LLEGA A CHILE

Dr. Manuel Zúñiga G.

1.- Origen de la Pandemia

En la mayor parte del presente siglo, el cólera se mantuvo acantonado en forma endémica en algunas áreas geográficas del ASIA que han constituido históricamente sus santuarios clásicos, en particular el Delta del Ganges y el Golfo de Bengala (India y Bangladesh). Desde esos territorios, en el siglo XIX se originaron seis pandemias mundiales que causaron centenares de miles de muertes en Asia, Europa y América, y que tuvieron como ejes de propagación las rutas del hombre: caravanas, barcos, carreteras, rutas seguidas por ejércitos en campaña y poblaciones desplazadas por guerras y otras catástrofes. Los progresos tecnológicos (barcos a vapor, ferrocarriles, motores a explosión), permitieron acelerar los desplazamientos humanos y con ello contribuyeron a facilitar la propagación de las enfermedades y a aumentar su velocidad.

A partir de 1961, el cólera comienza a expandirse nuevamente a partir de un foco endémico existente en las islas Célebes (Indonesia), para dar origen o lo que se ha denominado la "séptima pandemia". El agente etiológico responsable de la enfermedad es ahora un nuevo biotipo del *V. cholerae*, denominado El Tor, cuyo potencial patógeno es considerado familiar al del vibrión colérico clásico.

Inicialmente la enfermedad se extendió al Extremo Oriente y la India. En 1965 atravesó Afghanistan para llegar a Irán e Irak en 1966, extendiéndose con posterioridad a Israel, Jordania, Turquía, sur de la Unión

Soviética, Checoslovaquia y Egipto. En 1970 llegó a la costa oriental del Africa y a fines de ese mismo año y en 1971 a la costa occidental. En ese momento se pensó con buenas razones que el paso del cólera al Hemisferio Occidental era inminente, sin embargo, esa expansión no llegó a producirse y no es posible atribuir este hecho a las medidas de control sanitario internacional que en ese momento se propusieron y que ahora reconocemos como definitivamente insuficientes para contener la propagación de la enfermedad.

A partir de 1972 hubo breves brotes epidémicos en España, Portugal e Italia y casos aislados, importados en otros países europeos. Particular preocupación causaron en su momento los brotes epidémicos de Nápoles y del Sur de España a mediados de la década del 70, pero en rigor la situación pudo ser controlada en plazos relativamente breves y el cólera se retiró de Europa. No sucedió lo mismo en Africa y el Medio Oriente donde la enfermedad se quedó, estableciéndose con carácter endémico.

Está claro que las diferencias fundamentales existentes entre países desarrollados y subdesarrollados están en la base de cualquiera explicación sobre este fenómeno: Saneamiento básico adecuado, alimentación suficiente e higiénica, desarrollo social y cultural, son los factores condicionantes del comportamiento de la enfermedad en los periodos siguientes a su introducción en un país y determinan la erradicación o la posible constitución de nuevas áreas endémicas.

* Experto, Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud

2. El Cólera en el Perú

Finalmente, 1991, el cólera llegó a América Latina y lo hizo de manera explosiva. En efecto, el brote epidémico que actualmente afecta al Perú, ha superado todas las previsiones iniciales respecto a su magnitud, extensión y duración.

Un cálculo conservador, basado en el número de casos registrados oficialmente (150.000 aproximadamente a mediados de Abril), hace pensar que hasta el momento se han infectado con *V. cholerae* por lo menos 3 a 4 millones de personas.

De acuerdo a las informaciones recibidas, la enfermedad se ha extendido a tres grandes unidades geográfico-climáticas que existen en el país: Costa, Sierra y Selva. La extensión del Brote del Sur del Ecuador y a Colombia ha sido oficialmente confirmada y es probable que ya se estén produciendo casos en el Brasil, cuyos Estados de Amazonas y de Acre están relacionados por redes hidrográficas importantes con la selva peruana (Ucayali-Amazonas-Solimoes).

No es posible estimar todavía la duración probable del Brote. Inicialmente se pensó en 2 a 3 meses, pero como hasta ahora no se sabe con seguridad si la epidemia ya ha alcanzado su nivel máximo, es difícil pronosticar por cuánto tiempo se prolongará la etapa de descenso.

Las consideraciones precedentes hacen pensar que en Perú la situación epidemiológica "post-brote" podrá tener, muy probablemente, las siguientes características:

- a) La enfermedad no desaparecerá. Se mantendrá con carácter de endémica (de nivel bajo, medio o alto), es decir, por un cierto tiempo se seguirán presentando nuevos casos, con cierta regularidad y en número relativamente variable, sin llegar a constituir brotes epidémicos.
- b) Posteriormente, con intervalos variables (¿2-3 años?), se producirán nuevos brotes epidémicos, de ámbito regional o aún nacional, a medida que se acumula un número suficiente de susceptibles. Corresponderá entonces calificar a esta enfermedad como **endemo-epidémica**.
- c) La situación descrita se basa en las siguientes características de la cadena de transmisión en Perú que condicionan el comportamiento epidemiológico de la enfermedad:

Reservorio: Grande, formado por enfermos clínicos (decenas de miles), enfermos diarreicos no reconocidos como coléricos, portadores sanos transitorios (millones), portadores sanos crónicos (po-

cos, y de importancia escasa para mantener la epidemia). Además, seguirá siendo motivo de investigación la posible existencia de reservorios ambientales y biológicos marinos capaces de mantener un ciclo de transmisión extra-humano.

Medios de transmisión: Las graves deficiencias de saneamiento básico que condicionan el alto grado de contaminación fecal del agua y de los alimentos que consume la población peruana, no podrán ser subsanadas en un futuro próximo porque requieren tiempo y de grandes inversiones. Por lo tanto, la posibilidad de transmisión del *V. cholerae* continuará siendo elevada.

Susceptibles: Después del brote epidémico una proporción considerable de la población peruana quedará con una condición inmunológica favorablemente modificada: se habrá hecho resistente a la enfermedad, al menos temporalmente, por haber sufrido la infección (hayan hecho o no la enfermedad clínica).

Esta reducción substancial del número de susceptibles será una de las razones que explicarán el carácter de "endémica" que según pensamos asumirá la enfermedad. Para que se produzca un nuevo brote epidémico, será necesario que aumente suficientemente el número de susceptibles, lo que podrá suceder por la pérdida de inmunidad adquirida por los infectados en el primer brote y por la incorporación a las edades de riesgo de los niños que no sufrieron todavía la infección.

3. El Futuro del Cólera en Chile.

La presencia del cólera en Perú ha traído consigo, naturalmente, el riesgo de la introducción de la enfermedad en nuestro país.

Ante el brote epidémico han debido adoptarse las medidas preventivas de orden inmediato que la experiencia internacional indica, con las modificaciones y formas de aplicación que se requieren por las características propias del país.

En lo esencial estas medidas se han orientado a la educación higiénica de la población y al reforzamiento de las actividades de control de alimentos y de saneamiento básico, hasta donde esto es posible en condiciones de emergencia.

Al respecto debe reconocerse que existen factores negativos importantes derivados del real desmantelamiento de la capacidad operativa de los servicios de salud en aspectos fundamentales de la protección de la salud de la población, originado por la política seguida por el anterior régimen. La ausencia de Educadores e

Inspectores Sanitarios es difícilmente superable en corto plazo. Por otra parte, persisten los problemas de saneamiento derivados de la falta de tratamiento de las aguas servidas. Es sabido que sólo una mínima parte de la población chilena vive en áreas donde existe este tipo de tratamiento (3%).

Aunque se tiene claro que la vulnerabilidad del país es alta, particularmente por los riesgos derivados de la utilización de las aguas servidas en el riego agrícola y por su vaciamiento en las playas y costas con la contaminación consiguiente, se espera que en caso de introducirse al país, la enfermedad no alcance las características de Brote Epidémico y que pueda reducirse a focos aislados.

Si esto sucede, lo que sería posible pensando en lo relativamente buenos niveles de cobertura de abastecimiento de agua y de alcantarillado existentes en el país y en la capacidad de respuesta de la población a las orientaciones de educación higiénica impartidas por los Servicios de Salud, en el período "post-brote" del Perú se presentaría una situación paradójica: la población de nuestro país estaría particularmente expuesta, por no tener ninguna experiencia previa con la enfermedad, es decir, por ser uniformemente susceptible. Esta condición representaría un alto riesgo, permanente, se considera la vecindad con un país endemo-epidémico. En otras palabras, Chile estaría expuesto, de manera permanente a la introducción de casos de có-

lera y de manera explosiva cuando en el Perú se presente un nuevo Brote epidémico.

En estas condiciones la única manera de poner al país a cubierto del riesgo futuro de introducción del cólera será poner en práctica medidas de mediano plazo que requerirán de un esfuerzo económico importante.

En el contexto descrito, que consulta el examen de las alternativas más probables de evolución de la actual situación, cabe considerar los fundamentos científicos de lo expresado suscintamente en los puntos precedentes.

Al confrontar los peligros para la salud de la población y para la economía que derivarían del riesgo de introducción y de la permanencia de la enfermedad en el país, con los costos de las soluciones definitivas, que es necesario implementar, creemos que las dudas se reducen. En este orden de ideas pensamos que es de toda validez lo expuesto recientemente (22 Marzo 1991) por los Subsecretarios de Agricultura, Obras Públicas, Pesca y Salud al Presidente Aylwin: "Sin un tratamiento adecuado y con carácter nacional de las aguas servidas, cualquiera enfermedad que logre niveles endémicos amenazará tanto los recursos humanos como la economía de la Nación. Esto último con grave riesgo para rubros agrícola y pesqueros orientados al mercado interno y externo".

En el lapso comprendido entre la fecha en que esta comunicación fue entregada a "Cuadernos Médico-Sociales" y el momento en que se procede a su publicación, la evolución de los acontecimientos ha permitido someter a pruebas algunas de las hipótesis planteadas. En efecto, los hechos nuevos más relevantes han sido los siguientes:

a) Según datos de OPS/OMS, la epidemia afectó en el Perú, hasta el 30 de Junio de 1991 a un total de 226.900 personas, ocasionando 2.691 muertes. El brote alcanzó su máxima intensidad a mediados de Abril.

b) Hasta esa misma fecha el cólera se encontraba todavía en expansión en Ecuador y en Colombia, con más de 30.000 casos, en ambos países.

c) En las últimas semanas la enfermedad se ha extendido a México y Centroamérica, al ofrecer con perspectivas de desarrollo de un brote epidémico considerable, en tanto fue en el Brasil, de acuerdo a los informes oficiales, se habría registrado sólo un número limitado de casos.

d) Como se preveía en esta comunicación, en Chile el cólera quedó circunscrito sólo a algunos focos, con un total de 41 casos. De esta forma, las previsiones de riesgo futuro para el país se mantienen en los términos postulados en nuestro artículo inicial.