

El cólera en los tiempos del capitalismo

(Ensayo sociohistórico acerca de las epidemias en México y de las siete pandemias de cólera en el mundo)

¡Jamás, Señor Ministro de Salud, fue la salud más mortal!
César Vallejo

Héctor Daniel Salazar Holguín

Desde un punto de vista histórico, se analizan las diferentes epidemias de cólera que se han presentado en México. Partiendo de la época colonial hasta la que se inicia en 1991, se muestra cómo las circunstancias históricas y los factores sociales han determinado su gravedad y su extensión. Se comparan estas epidemias con las que se presentaron en la India durante el siglo pasado y en Perú en los últimos años. Se hacen reflexiones sobre las posibilidades de controlar una posible endemia en nuestro país, cuando se ha extendido en regiones de Asia, Africa y Latinoamérica.

Prólogo

La séptima pandemia de cólera ha involucrado a más de 100 países y aunque se inició desde 1961, aún continúa en expansión y desarrollo. Datos parciales indican que, sólo en los últimos ocho años, han enfermado por lo menos 650 mil personas; de las cuales fallecieron cerca de cinco mil por esa causa.

Después de un siglo sin cólera *morbis*, regresó a Latinoamérica a principios de 1991. En unos cuantos meses, provocó una enorme morbimortalidad en Perú, Ecuador y Colombia: 277 mil enfermos y 1 868 muertos, hasta mediados de mayo.

Aun cuando en México no ha adquirido una magnitud similar, los 808 casos y 11 defunciones por cólera lo sitúan en el cuarto lugar de América Latina. No obstante, 100 días de una pandemia de 30 años, no puede ser sino el principio; y así lo indica la extensión a cada vez mayor cantidad de estados y una casuística con un promedio de ocho enfermos diarios y un muerto cada nueve días.

Las referencias más antiguas sobre el cólera *morbis*, datan de los tiempos de Hipócrates (alrededor de 400 años antes de la era actual). Su denominación proviene,

precisamente, de su teoría de los humores de las enfermedades; se creyó que tenían como causa ciertos desarreglos de la bilis y por sus manifestaciones epidémicas.

Sin embargo, es hasta 1854 que se inicia su conocimiento científico a partir de los estudios epidemiológicos que, *Sobre el modo de transmisión del cólera*, realizara John Snow. Hoy en día existe un saber bastante completo y preciso de esta enfermedad.

Se trata de una infección gastrointestinal, causada por un bacilo gram negativo, con un flagelo polar que le brinda gran movilidad. Descubierta por Robert Koch en 1883, se le denominó *Vibrio cholerae*.

Existen más de 60 variedades de esta bacteria, pero sólo el serogrupo 01 produce la enfermedad. A su vez, existen dos biotipos de *Vibrio cholerae* 01: el clásico y *El Tor*. Más aún, ambos se subdividen en tres serotipos que, en orden de importancia, son: Inaba, Ogawa e Hikojima.

La gravedad del cuadro clínico depende del biotipo. El clásico es el más virulento; aun cuando el 59% de los infectados no presentan síntoma alguno. Ocurren leves trastornos en un 15% y moderados en otro 15%. En cambio, en el 11% restante la enfermedad es tan severa

que puede ocasionar la muerte en unas cuantas horas.

Cuando la infección es provocada por el biotipo El Tor, el 75% de las personas no presentan síntomas; éstos son leves en el 18% y moderados en un 5% de los casos. Por ende, sólo el 2% de los enfermos desarrollan un cuadro clínico severo.¹

En la actualidad, el biotipo clásico está confinado al Indostán y es el causante de sendas epidemias en Nepal y Bangladesh; siendo el biotipo El Tor el principal agente etiológico de la séptima pandemia en curso y el que "ha ocasionado casi todos los brotes de cólera recientes". En particular, el serotipo Inaba; aunque el Ogawa empieza a ganar crecientes víctimas en Perú.²

Los casos graves de cólera se caracterizan por la aparición brusca de diarrea acuosa y abundante (hasta dos litros por evacuación), de color blanquecino (como "agua de arroz") y vómitos frecuentes y profusos, sin hipertermia o febrícula. Con ello, ocurre una rápida deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico, acidosis, colapso circulatorio y shock. En pacientes sin el tratamiento adecuado (seroterapia y antibióticos) o tardío, la muerte puede sobrevenir dentro de las 24 horas de su aparición; cuando no es así, se corre el riesgo de insuficiencia renal aguda y crónica.

Es una enfermedad exclusiva de los seres humanos, que se transmite a través de bebidas y alimentos contaminados con las heces y/o vómitos de las personas infectadas o, en menor grado, por contacto directo. Una vez adquirida la bacteria, se desarrolla la enfermedad en unas cuantas horas o hasta en tres días. La transmisibilidad suele durar menos de una semana después de sanar; pero el estado de portador puede prolongarse durante varios meses.³

A diferencia de otras enfermedades, desde las investigaciones de Snow quedó científicamente demostrado su carácter social.

En efecto, en la absoluta mayoría de los enfermos, se trata de personas pobres o en miseria; con alimentación deficiente y desnutridas, analfabetas o de escasa escolaridad, faltas de higiene, etc. Asimismo, las áreas de más fácil introducción y diseminación son las rurales y urbanas con carencias o deficiencias en vivienda, agua potable, excusados o letrinas, baños, drenaje, pavimentación, escuelas, atención médica y demás servicios públicos.

En particular, según han indicado las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud (OMS y OPS), "el agua es el vehículo más importante de transmisión del cólera"; resulta de "primera prioridad" la disposición de desechos humanos, la higiene personal y de los alimentos

y, sobre todo, "asegurar que existan suministros de agua apropiados".⁴

Dado que todo ello es deficiente o nulo entre las clases sociales trabajadoras y explotadas (indígenas, campesinos, obreros, desempleados, etc.), las epidemias de cólera las afectan casi exclusivamente a ellas.

En consecuencia, las pandemias de este mal, se introducen y difunden con mucha mayor facilidad, provocando una morbimortalidad superior en las naciones *subdesarrolladas*, en las cuales residen los reservorios endémicos del cólera *morbis*. Por el contrario, las epidemias que esta enfermedad provocara durante el siglo pasado en Europa, Japón, Estados Unidos y Canadá fueron de menor cuantía y gravedad; y en la actualidad sólo llegan a presentar casos aislados y pequeños brotes epidémicos.

Del análisis de tales hechos, se deducen dos cuestiones fundamentales: por una parte, que las manifestaciones epidémicas y pandémicas del cólera no han ocurrido de una manera uniforme, sino a través de etapas diferentes en el curso de un *desarrollo histórico*. Y por otra parte, la diversidad de esta evolución entre las naciones desarrolladas y subdesarrolladas, indica que la correlación, contraste y contradicciones entre ellas, contienen los factores esenciales para que el cólera alcanzara las enormes dimensiones de las siete pandemias originadas hasta la fecha.

De aquí, pues, la necesidad de investigar y comprender tanto la *historia*, como los factores *internacionales*, que determinan el desarrollo del cólera *morbis*.

Desde la perspectiva histórica, se distinguen con toda nitidez tres momentos en este desarrollo, los cuales, al coincidir con las tres etapas de la era capitalista, indican su determinación social e histórica. Estos tres periodos son:

| | Etapa histórica | Evolución del cólera |
|----------------|--|--|
| I) Siglo XVIII | Acumulación originaria de capital y colonialismo | Agravamiento de las epidemias en el Indostán |
| II) Siglo XIX | Capitalismo de libre cambio | Primeras cinco pandemias |
| III) Siglo XX | Imperialismo | Pandemias seis y siete |

Un factor fundamental para la acumulación originaria, que da origen a la era capitalista del siglo XVI, fue la colonización y explotación realizada por los europeos en las naciones de Asia, África, América y Australia. Con ello, provocaron epidemias cataclísmicas en los países colonizados y se desarrollaron las condiciones necesarias para que llegaran al grado de *pandemias*, es decir, epidemias multinacionales y mundiales.

Un dramático ejemplo de este proceso fue el ocasionado en Mesoamérica, a partir de la fundación de la Nueva España. Las guerras, la destrucción del modo productivo y de las sociedades indígenas y su esclavitud, provocaron miseria y constantes hambrunas a los indios. En condiciones tan deplorables, proliferaron todo tipo de enfermedades y ocurrieron epidemias como jamás se habían dado en la historia humana.

Además, los españoles importaron padecimientos europeos y africanos a América, en donde eran inexistentes; tales como: viruela, sarampión, tifoidea, tos ferina, varicela, paperas y paludismo. De manera aislada o conjuntamente, estas enfermedades causaron múltiples y graves epidemias en las colonias españolas.

De tal manera, las guerras, la violencia, el hambre y las epidemias, dieron lugar a el casi exterminio de los pueblos indígenas. Un sólo dato puede indicar la magnitud del genocidio: en menos de un siglo (de 1509 a 1607), se redujo a poco más de *un millón*, los 25 millones de habitantes originales de Mesoamérica. El 96% de los indios fueron aniquilados por el colonialismo español.

Entre su herencia al México independiente, la viruela continuó enfermando y matando a la población hasta 1952. Y en la actualidad persisten epidemias de sarampión, tifoidea, varicela, tos ferina, paludismo y parotiditis.

Algo muy semejante ocurrió en la India y otras naciones del Indostán, bajo el dominio de Inglaterra. Consolidado su poder sobre la península desde 1757, se manifestaron de inmediato los efectos de las guerras, la destrucción económico social y la expropiación contra el pueblo hindú. Tan sólo en 1770, perecieron de hambre 10 millones de bengalíes, una tercera parte de la población. Obviamente, tales circunstancias causaron una gran proliferación de enfermedades y, en particular, epidemias de peste y *cólera*.

Aun cuando el *cólera morbus* es originario de la India, jamás había alcanzado tan grandes dimensiones de morbimortalidad, ni se había extendido a tantos pueblos; tal como ocurrió bajo la dominación británica del Indostán.

Como señalara Karl Marx, respecto a esta etapa de la acumulación originaria: "Si el dinero viene al mundo con manchas de sangre en una mejilla; el capital lo hace chorreando sangre y lodo, por todos los poros, desde la cabeza hasta los pies". Así, la acumulación originaria y el colonialismo sentaron las bases para la expansión pandémica del *cólera* y otras enfermedades.

La Revolución Industrial y el establecimiento de colonias en todos los continentes, incrementaron el intercambio comercial de Inglaterra a nivel mundial. Con los recursos tecnológicos que proveyó la primera y las exigencias de comunicación y transporte expeditos, que planteó el colonialismo, se hizo posible reducir a una semana las largas travesías entre la India y Europa.

Entre los beneficios inconmensurables que ello reportó a Inglaterra habría de surgir, sin embargo, un maleficio: a partir de 1817 sería presa de las pandemias de *cólera* que ella misma había provocado.

Durante el siglo XIX el mundo fue horrorizado testigo, a través de cinco pandemias, de la inmensa cantidad de enfermos, lisiados y muertos, que causara la universalización del *cólera morbus*.

Hasta el final de la etapa de libre cambio del capitalismo, no hubo década alguna sin que dejara de sucederse una pandemia tras otra. Ello obligó e hizo posible su investigación científica y los trascendentales descubrimientos de John Snow y Robert Koch; los cuales beneficiaron, en mucha mayor medida, a los países colonialistas, pues las naciones colonizadas continuaron siendo las zonas endémicas del *cólera* y puntos de partida para dos pandemias más en el siglo XX.

En la etapa imperialista —que se inicia con este siglo— ocurren cambios fundamentales en las características de las pandemias de *cólera*; entre ellos la disminución en su frecuencia y mortalidad y, a la vez, el incremento en su duración.

Por otra parte, el desarrollo económico y social de las naciones, la complejización de los procesos e instituciones sociales, las sofisticadas relaciones neocoloniales, la creciente hegemonía imperialista, etc., han hecho más oscuras y complicadas las determinaciones económico-sociales y políticas sobre la ocurrencia y desarrollo de endemias, epidemias y pandemias de *cólera* y otras enfermedades.

No obstante, el análisis de los factores involucrados en la expansión de la séptima pandemia de *cólera* por América Latina, provee muchos indicios acerca de cómo el imperialismo ha sido causa de su origen y desarrollo.

Mediante un sistema internacional, basado en un intercambio desigual, enorme endeudamiento y explotación directa de los países dependientes; las naciones desarrolladas aseguran sus exorbitantes ganancias. Aunado a ello, las burguesías “nacionales” obtienen gran parte de sus riquezas gracias a una depresión salarial generalizada.

De tal suerte, entre los países imperialistas y las burguesías locales mantienen sumida en una pobreza extrema a por lo menos, la *quinta parte* de la humanidad. Más de *mil millones* de habitantes de los países subdesarrollados viven hoy día en la miseria, con deficiencias y carencia absoluta de empleo, salario digno, vivienda, alimentación, agua potable, servicios médicos, etcétera.

Además, estas condiciones de trabajo y de vida, se empeoran fuertemente durante las crisis económicas. Estas son inherentes al modo de producción capitalista y, en lo que va del siglo, han ocurrido por lo menos 13. En todos los casos, se han originado en la sobreproducción de los países imperialistas; mientras que las naciones subdesarrolladas pagan los peores y mayores costos.

En hechos como éstos radica la explicación de tan diversos perfiles de morbimortalidad entre ambos tipos de países; resulta obvio el predominio absoluto y relativo de la desnutrición y las enfermedades infectoparasitarias en las naciones dependientes y explotadas por los imperios del capital de Estados Unidos, Europa y Japón.

Las onerosas deudas externas, la gran concentración del ingreso en las burguesías nacionales y la política económico-social de los gobiernos (dictada en gran medida por el imperialismo), en el sentido de privilegiar los negocios ante la satisfacción de las necesidades populares; estos factores en conjunto, han sido causa de mayor desempleo, depresión salarial y menor consumo hasta de lo más indispensable, como son los alimentos, el agua potable y la atención médica.

Específicamente, la OMS estima que 2 mil millones de personas en el mundo “carecen de fuentes estables y seguras de agua potable”; y 1 500 millones se encuentran “sin posibilidad alguna de acceso a la atención médica”. ¿Puede haber, acaso, condiciones más propicias para las pandemias de cólera o cualquier otra enfermedad infecciosa gastrointestinal?

Según afirma en repetidas ocasiones, “las enfermedades diarreicas constituyen un grave problema de salud pública”... “No menos de 750 mil personas mueren cada mes a causa de enfermedades relacionadas con el consumo de agua contaminada”.⁵

En consecuencia, existen sobradas justificaciones para

la investigación científica del cólera y demás infecciones gastrointestinales desde una perspectiva *médico-social*; esto es lo que se intenta en el presente ensayo.

En la primera parte, indagamos los factores del colonialismo que fueron causa de epidemias y pandemias durante las dos primeras etapas de la era capitalista. Se estudian los casos de la Nueva España y de la India; y el establecimiento de las bases y ulterior despliegue de las primeras cinco pandemias de cólera *morbus*.

En la segunda parte, abordamos las nuevas características que presentan las pandemias seis y siete de esa enfermedad durante el siglo XX. Asimismo, intentamos una explicación, con base en los factores económico-sociales de su introducción y desarrollo en América Latina. En este sentido se analizan los casos de Perú y México.

El colonialismo como causa de epidemias y pandemias

La diseminación multinacional de una o más enfermedades, sólo puede ocurrir mediante un intercambio en gran escala, que implique relaciones estrechas y frecuentes entre los países del orbe. Por eso, las pandemias son fenómenos concomitantes al desarrollo de un mercado y una economía *mundiales*.

Aun cuando se tiene noticias de importantes epidemias en la antigüedad y el medievo; no alcanzaron las dimensiones de una *pandemia*, hasta que se unificó el mundo, con el descubrimiento y colonización europeas de África, Asia, América y Oceanía.

Puesto que un comercio mundial fue, de suyo, incompatible con la asfixiante cerrazón de las sociedades feudales; el desarrollo de una economía planetaria requirió de su metamorfosis al *capitalismo*.

Durante los siglos XIV y XV, surgen en algunos puertos y ciudades del Mediterráneo los primeros indicios de producción capitalista aunque de manera esporádica y aislada; puesto que “la era capitalista sólo data, en realidad, del siglo XVI”.⁶

Este punto de partida, llamada “acumulación originaria” requirió, según Marx, de dos procesos fundamentales:

Por una parte, en las naciones europeas, en la concentración en un polo (la burguesía) del capital y demás medios productivos (tierras, talleres, fábricas, etc.) y de la expropiación, en el otro polo, de los trabajadores (siervos y artesanos), quienes son convertidos en proletarios, o sea,

en fuerza de trabajo “libre” y despojados de propiedades.

Por otra parte, una producción que se tornaba masiva, necesitó de un comercio, de una economía *mundial*, realizada con la *colonización* de las naciones más débiles y con menor desarrollo histórico.

De ahí porqué “las diversas etapas de la acumulación originaria tienen su centro, en un orden cronológico más o menos preciso, en España, Portugal, Holanda, Francia e Inglaterra”. El análisis de este proceso histórico se encuentra en el capítulo XXIV de *El Capital*, en donde se muestran los “métodos idílicos de la acumulación originaria”.⁶

Respecto a Europa, la expropiación “quedó inscrita en los anales de la historia con trazos indelebles de sangre y fuego”; debido a que “la población rural, expropiada por la violencia, expulsada de sus tierras y reducida al vagabundaje, fue obligada a someterse mediante una legislación terrorista y grotesca y a fuerza de latigazos, hierros candentes y tormentos, a la disciplina que requería el sistema del trabajo asalariado”.

En cuanto a los países colonizados, “el descubrimiento de los yacimientos de oro y plata de América, el exterminio, la esclavización y el sepultamiento en las minas de la población aborigen; el comienzo de la conquista y el saqueo de las Indias Orientales; la conversión del continente africano en coto de caza de esclavos negros; tales son los hechos que señalan los albores de la era de producción capitalista”.

De esa manera, los fenómenos implicados en el proceso de acumulación originaria, trastocaron radicalmente las condiciones de trabajo y de vida de la población del mundo entero.

En Europa, las causas de las epidemias medievales dejaron de existir, en tanto el capitalismo dio origen a una *nueva causalidad*, con una extensión mucho mayor y más intensa gravedad. Esto, debido al crecimiento físico-geográfico de la sociedad y a la gran concentración demográfica en industrias y ciudades.⁷

En las colonias, “el trato dado a los aborígenes alcanzaba los niveles más vesánicos en las plantaciones destinadas exclusivamente al comercio de exportación, como las Indias Occidentales y, en los países ricos y densamente poblados, entregados al saqueo y al cuchillo, como México y las Indias Orientales”.⁶

Por ello, este terreno resultó mucho más fértil para el surgimiento de epidemias devastadoras. El colonialismo sentó las bases para el desarrollo de las *pandemias*.

Fueron los colonizadores europeos los que esparcieron por el mundo entero la viruela del Medio Oriente, el cólera de la India, etc. Fueron los conquistadores de España y Portugal, quienes introdujeron en América esos padecimientos y varios más como: el sarampión, tos ferina, tifoidea, varicela, paperas y paludismo.

Las epidemias del colonialismo español: el caso de México

Quizá el mejor ejemplo para ilustrar las epidemias y pandemias causadas por el colonialismo, sea el caso de América. La conquista y esclavitud de los pueblos de este continente, por parte de España y Portugal, exacerbó las endemias preexistentes y se conjuntaron con enfermedades importadas por los invasores del Viejo Mundo; provocando con ello el virtual exterminio de los indígenas.

De hecho, “la introducción en el mundo de Colón de muchas enfermedades ‘nuevas’, produjo la mayor catástrofe patológica conocida en la historia”.⁸

Tan sólo en el territorio del México actual y en menos de un siglo (de 1519 a 1607), la población indígena fue aniquilada en un 95%.

En Mesoamérica precolonial ocurrían epidemias de fiebre amarilla, difteria, tifo exantemático y “catarro pestilencial” (posible influenza). Así quedó asentado en diversos códices y documentos como el *Popol Vuh*.

La fiebre amarilla (endémica en México hasta 1923), provocó las epidemias más graves. En ocasiones, ciudades como Huehuetlapallan, Chicomoztoc o Aztlán, fueron evacuadas por esta causa. Inclusive, durante la catástrofe de Tula, participó también la fiebre amarilla; “de las mil partes toltecas, se murieron novecientas”.⁹

El tifo exantemático (diverso del tifo que provendría de Europa o tifoidea) existía prácticamente en toda América y causaba brotes epidémicos de cuando en cuando.¹⁰

No obstante, según se ha advertido: “El hecho es que sólo en contadísimas ocasiones fueron registradas epidemias importantes en el Altiplano Mexicano, antes del siglo XVI, y ellas siempre aparecieron relacionadas con problemas sociales de gran trascendencia”.¹¹

Así fue, por ejemplo, en los brotes epidémicos de catarro pestilencial, difteria y tifo exantemático, ocurridos a mediados del siglo XV. “De 1450 a 1454, las sequías y las heladas extemporáneas llevaron a los pueblos de Anáhuac a una crisis de características realmente catas-

tróficas, en la que los componentes fueron hambre y enfermedad”.

Nunca, pues, se presentaron en América precolonial epidemias y pandemias con la frecuencia, magnitud y gravedad que alcanzarían a unos cuantos años de su descubrimiento.

Con la Conquista dicho panorama epidemiológico y su causalidad se trastocarían completamente; debido a la mayor frecuencia y agravamiento de las enfermedades preexistentes y, peor aún, con las importadas por los españoles y portugueses desde Europa, África y Asia.

Con la misma guerra de Conquista y, sobre todo, “a partir de la segunda década del siglo XVI, las dimensiones, densidad, distribución y composición demográfica de la población indígena, fueron radicalmente transformadas por una mortandad sucesiva y devastadora; causada por la transmisión de diversas enfermedades de origen europeo y africano, que arrasaron a los indígenas”.¹²

Jamás en el mundo había sucedido semejante debacle, pues “al mismo tiempo, ocurrían tifo, tifoidea, sarampión, varicela y viruela y todas estas dolencias presentaban complicaciones”.¹³

Durante los 300 años de dominio español, las hambrunas y epidemias se repetían con muy breves pausas. Como una verdadera enfermedad, el hambre se presentaba en forma endémica y epidémica; desde la subalimentación crónica, hasta la inanición absoluta. Con ella arreciaba la gravedad de los padecimientos infectocontagiosos que incluían, además de los ya mencionados: rubéola, pitiflor, erisipela, esquilencias, vejigas, paperas, tos ferina, neumonía, garrotillo, pleuresía, disentería, seguidillas y muchos más.¹⁴

En una relación (inevitablemente parcial) de tan sólo las epidemias más importantes durante la colonia de la Nueva España,¹⁵ se contabilizaron 92; 23 en el siglo XVI; 41 en el XVII y 28 en el XVIII. Como particularmente fatídicos se han señalado los siguientes años:

- 1520: Gran epidemia de viruela en Cozumel, Yucatán y Tenochtitlán.
- 1541 a 1545: Fray Bernardino de Sahagún refirió una “pestilencia grandísima y universal”; debido a la cual, “en toda la Nueva España murió la mayor parte de la gente que en ella había”. Tan sólo en la ciudad de México, advirtió: “enterré más de diez mil cuerpos”.¹⁶ Por su parte, Torquemada dijo que murieron 800 mil indios; Grijalva, que de las seis partes de los indios murieron cinco, etc. Una triple epidemia (de influenza,

tifo y sarampión) “causó tan enorme mortandad”. A partir de entonces, la viruela se mezcla también “con las formidables epidemias de sarampión en todo el país; de tifo en el altiplano, de fiebre amarilla y paludismo en las costas”.⁸

- 1576 a 1578: Esta epidemia al parecer de tifo, mereció los calificativos de “terrible” y “horrible peste”. “Por más de seiscientas leguas, desde Yucatán hasta a los chichimecas, corrió tal mortandad de los naturales, que en la historia de México no tiene ejemplar... Contagiándose casi todos los mexicanos, el número de muertos pasó de *dos millones*”.¹³ Consecuentemente, “los pueblos quedaron desolados, con los campos, las minas y las industrias abandonados”.¹⁷
- 1579: Gran hambre.
- 1595: Epidemia triple de sarampión, paperas y tifo.
- 1615: Gran cocoliztli (epidemia), hambre, sarampión y viruela.
- 1677: Mucha enfermedad.
- 1736: Gran epidemia de matlazahuatl (tifo), que ocasionó numerosas víctimas.
- 1738: Hepatitis epidémica, “la peor del siglo”.
- 1779: Enfermaron de viruela 50 mil personas y fallecieron 18 mil o sea el 36%.¹⁸
- 1786: Año de hambre.
- 1800 a 1803: Epidemias de tabardillo (tifo) y sarampión.

En síntesis, “casi no hay década en los siglos XVI, XVII y XVIII en la que no estén presentes las epidemias y las hambrunas, o una combinación de ambas, con efectos tan variados como funestos, particularmente con los indios y los mestizos”.¹²

No todas las enfermedades tenían, sin embargo, la misma importancia. Cuatro epidemias destacaban por su gran calamidad: viruela, sarampión, la denominada matlazahuatl (combinación de tifo y tifoidea o de ésta con hepatitis) y el hambre.¹⁴

Como se ha señalado, “la historia epidemiológica de México, durante los siglos en que fue Nueva España, se inicia y termina con la viruela”.

Por más de cuatro siglos, hasta su erradicación en 1952 (150 años después de que Francisco Javier Balmis intro-

dujera la vacuna en nuestro país), causó millones de enfermos, lisiados y muertos.

Los españoles introdujeron a México esclavos africanos enfermos de viruelas, a pesar de haber sido advertidos del riesgo evidente. Desde que el ejército de Pánfilo de Narváez llegó a la península de Yucatán, en marzo de 1520, "fue las pegando a los indios de pueblo en pueblo; y cundió de tal suerte esta pestilencia, que no dejó rincón sano en esta Nueva España".¹⁶

Sus efectos fueron por demás desastrosos para los pueblos de Mesoamérica, provocó que "Cozumel se despoblara casi completamente".¹⁹

Esta situación permitió a los españoles reponerse de la derrota sufrida a manos de los mexicas y en gran parte gracias a la epidemia de viruela, pudieron ganar la guerra. Así debió reconocerlo Suárez de Peralta, uno de los cronistas españoles, quien escribió:

"Pestilencia entre los indios. En este ínterin (de la Noche Triste al principio del sitio de Tenochtitlan) le sucedió a los indios una gran pestilencia, que parece la proveyó Dios, como es de creer, que fueron viruelas, que ninguno escapaba a quien daba; y esto empezó por el mes de septiembre y duró setenta días, sin calmar ninguno; que fue mucha ayuda para los españoles, porque con la enfermedad y mortalidad, que fue muchísima, no podían pelear".⁸

Se calcula que esta epidemia causó, en "1520, aproximadamente tres millones de muertes".²⁰ A partir de entonces, la viruela quedó como endémica en México. De aquí, en 1591, los españoles la llevaron con la famosa Nao de China a las Filipinas y al Lejano Oriente.

En nuestro país, durante cuatro siglos y medio, continuó provocando brotes epidémicos con una periodicidad de cada 17 o 18 años. Dos epidemias de viruela fueron particularmente graves en el siglo XVIII: la de 1762, que cobró por encima de 10 mil vidas, y la de 1779, que atacó a más de 44 mil personas, con una mortalidad superior al 20%. El mismo virrey escribió a Carlos III: "...No se veían en las calles sino cadáveres, no se oían en la ciudad sino clamores y lamentos".¹⁸

Apenas una década después de la conquista de Tenochtitlán, una segunda epidemia "vino también de nuevo por parte de los españoles". Pero esta vez fue de *sarampión*. "Desde el primer brote en 1531-1539, hasta la gran epidemia de 1576-1577, cuando asoló toda la Nueva España y causó millones de muertes";¹³ ha continuado presente en nuestro país hasta la actualidad.

Como una persistente herencia de la colonia española,

en 1990 el sarampión seguía sembrando muerte entre los mexicanos. A pesar de que hace ya 40 años que existe una vacuna eficaz, se registró un total de 16 484 casos y 1 474 defunciones en dicho año.²¹ Más de cuatro siglos y medio no han bastado para acabar con este mal, provocado por el colonialismo español.

Algo semejante puede afirmarse de la tos ferina, tifoidea, varicela, paperas y paludismo. Respecto a las *causas* de tales epidemias en la Nueva España, se señalan cuatro principales:

Primera, de índole religiosa, como "azote de la divina justicia", que "parece proveyó Dios", para castigar "la idolatría de la embriaguez y la embriaguez de la idolatría".²²

Segunda, por calamidades naturales; como sequías, heladas, inundaciones, nevadas copiosas, plagas, etcétera.

Tercera, debida a fenómenos biológicos; como fue el hecho de que los indígenas "carecían de experiencia inmunológica para resistir a las invasiones de agentes patógenos extraños; por lo cual fueron susceptibles en la proporción más alta que es posible encontrar biológicamente".⁸

Sin embargo, un análisis científico de la problemática planteada, obliga a descartar la primera "explicación" causal y a considerar como parciales y fenomenológicas a las otras dos.

Pues si bien es cierto que, en algunas ocasiones, las epidemias fueron precedidas o acompañadas de calamidades naturales (sobre todo antes de la Colonia) ello no ocurrió en la mayoría de los casos. Por lo demás, no cabe duda que la "inexperiencia inmunológica" fue un factor condicionante y agravante; mas no puede considerarse como *causa* de ninguna epidemia.

Según se ha observado, "la población indígena fue la más afectada, los negros en menor escala y los españoles enfermaron menos. No creemos que esto se debiera a problemas de susceptibilidad racial diferente, sino a las condiciones más deficientes de vida de los sectores mayormente afectados".¹⁷

Entonces, resulta que las epidemias "atacaban diferencialmente a las *clases sociales*" y siempre de manera preferencial a "las *clases bajas* y mal alimentadas; es decir, indígenas y castas". Por otra parte, fueron "las guerras y la imposición de un sistema económico de explotación distinto, las que trajeron una baja en la productividad agrícola y, con ella, el hambre".¹⁴

Por consiguiente, en la causación de las epidemias colo-

niales pueden distinguirse dos aspectos fundamentales:²³

Primero, tal como fue organizado y se realizó el colonialismo español, provocó “una destrucción cataclísmica de fuerzas productivas”; mediante la violenta desarticulación del modo de producción, distribución, cambio y consumo de las sociedades indígenas; su esclavitud y sometimiento a trabajos forzados excesivos en minas, haciendas y servicios personales, tributos desmedidos, etcétera.

Segundo, a consecuencia de todo ello, “la producción indígena descendió y las hambrunas se sucedieron. Un nuevo tipo de miseria se difundió, creando la situación de debilitamiento físico e indigencia social que propicia la propagación de las nuevas enfermedades”.

En síntesis, “en México, como en la Europa del siglo XVII, las epidemias constituyeron un fenómeno tanto social como biológico y eran consecuencia inevitable de la desorganización de los sistemas productivos y de la agudización de la explotación”.

Así, con base en esta doble consideración, se puede explicar la *causalidad social e histórica* de las epidemias y pandemias coloniales; puesto que, en definitiva, “la apretada sucesión de epidemias y su virulenta expansión no pueden ser comprendidas sin tomar en cuenta las *condiciones sociales y económicas*, creadas por la conquista y la brutalidad del proceso inicial de *acumulación originaria de capital*”.

Por último, pareciera imposible cuantificar la totalidad de los daños y evaluar el sufrimiento provocado durante los 300 años del colonialismo español en México. Sin embargo, existen algunos indicios sobre “la magnitud de la destrucción que no tiene precedentes en la historia de la humanidad” y de la “increíble exterminación de la población indígena” como lo señalan Enrique Semo, Enrique Florescano y otros investigadores:

“...La población precortesiana en el México central era de unos 25 millones de habitantes. Bajo los efectos de la guerra, la destrucción de la vieja estructura económica y social y las epidemias, la población disminuyó entre 1519 y 1607 en un 95%”.²³

Las pandemias de cólera y la dominación británica en la India

Como se sabe, el cólera *morbis* es originario de la India. Aun cuando Hipócrates hizo su primera descripción, hace menos de dos milenios y medio, y que causa importantes epidemias en Asia desde el siglo XV; a decir de John Snow,

“la existencia del cólera asiático no puede ser rastreada con claridad antes del año 1769”.²⁴ Justamente, al inicio de la colonización del Indostán por Inglaterra.

Sin que haya establecido con exactitud cómo se originó el cólera y sus manifestaciones epidémicas, algunas circunstancias históricas contextualizan su aparición.

Ante todo, la existencia “desde tiempos muy remotos, de un sistema social con características muy particulares: el llamado sistema de comunidades rurales”; por medio del cual, se mantuvo atomizada la India durante milenios en pequeños poblados, divididos a su vez por las diferencias de castas y la esclavitud. Estas condiciones brindaban una sólida base para el despotismo señorial y, para los comunes, una “vida sin dignidad, estática y vegetativa; plagada de supersticiones y un culto embrutecedor a la naturaleza”.

Debido a todo ello, “los pobladores sufrían grandes daños e incluso eran devastados por la guerra, el hambre o las enfermedades”. No obstante, según observara Marx, “por extraordinariamente complejas, rápidas y destructoras que pudieran parecer todas estas calamidades; su efecto sobre el Indostán no pasó de ser *superficial*... Inglaterra, en cambio, destrozó todo el entramado de la sociedad hindú”.

La miseria que provocó el colonialismo inglés en la India, fue “de naturaleza muy distinta e infinitamente más intensa que todas las calamidades experimentadas hasta entonces por el país”.²⁵

En consecuencia, las hambrunas y las epidemias no sólo aumentaron en frecuencia y gravedad y por ende, el cólera alcanzó dimensiones pandémicas en el mundo entero.

La ruta que conducía de Europa occidental a las Indias, fue descubierta por los portugueses en 1498; pero muy pronto les siguieron holandeses, franceses y británicos.

En el siglo XVI, “Delhi era la ciudad más grande y más floreciente del mundo”, a pesar de que casi toda la India se encontraba bajo el dominio de los Grandes Mongoles; cuya decadencia, a comienzos del siglo XVIII, convirtió al país en presa fácil para los conquistadores europeos.

Invadido por Francia, primero, y después por Inglaterra, el triunfo de los ingleses en 1757 definiría su predominio en el Indostán. Desde el principio, “la invasión de la India trajo consigo la miseria y el hambre para el pueblo indio. En 1770, en un solo año, diez millones de habitantes de Bengala perecieron de hambre”, o sea, *un tercio* de su población total.²⁶

En cambio, entre 1757 y 1780, se transfirieron de esa región hasta Inglaterra 38 millones de libras. Por cada bengalí muerto por falta de alimento, los ingleses obtuvieron 3.8 millones de libras esterlinas.

No extraña, pues, esta afirmación de los historiadores: "Es imposible sobrevalorar la importancia que tuvo la India en el desarrollo de la grandeza inglesa. La riqueza fabulosa de que disponía la India fue la fuente del gran capitalismo inglés". Y se convirtió, además, en la base y punto de partida para la extensión del dominio e influencia de Inglaterra a todo el continente asiático.

De esta suerte, a principios del siglo XIX, "por primera vez en la historia tres veces milenaria de la India, la península era unificada bajo una misma autoridad: la de una compañía capitalista inglesa", la tristemente célebre Compañía de las Indias Orientales.²⁷

Un aspecto básico en la política colonial, era proporcionar materias primas y mercados a una economía inglesa en plena Revolución Industrial, particularmente en el rubro de los textiles. Para ello, Inglaterra impuso en la India sus productos de algodón y obstaculizó toda industria mecánica en este país.

Así, provocó la ruina de los artesanos hindúes y los obligó a emigrar al campo, "donde la superpoblación rural quedó empeorada y con ella la miseria, que ya era cruel".²⁷ Además, se obligó el cultivo de lino y yute, a costa de los productos alimenticios indispensables para la población. Por último, ocupados en los negocios y las guerras, los británicos "descuidaron por completo el ramo de las obras públicas".²⁵

Como consecuencia de este sistema colonial, "millones y millones de campesinos morían exhaustos de hambre, del cólera o de la peste". El propio gobernador inglés escribió a su patria para definir la situación: "las llanuras de la India están cubiertas con las osamentas de los tejedores de algodón". Pues, "explotando sin piedad el trabajo de los obreros indios, perecían por millares".²⁶

De esta manera, "el régimen colonial inglés tuvo como principal consecuencia detener el desarrollo de la población", la cual totalizaba en la India unos 100 millones de habitantes, a mediados del siglo XVII, y "apenas experimentó aumento alguno durante el siglo XVIII".²⁷ Es decir, la mortalidad prácticamente igualó a la natalidad durante 100 años.

Sin embargo, en algunos puntos no ocurrió tal promedio nacional. Por ejemplo: tan sólo de 1818 a 1837, "la población de Dacca se redujo de 150 mil habitantes a 20 mil".²⁵

Estas condiciones se tornaron insoportables e insostenibles hacia la mitad del siglo XIX. En 1857 estalló una gran insurrección popular en la India que tomó a los ingleses dos años de luchas para poderla sofocar. Al final, debieron liquidar definitivamente a la Compañía de las Indias Orientales y los funcionarios del gobierno británico se hicieron cargo de toda la administración colonial. No obstante, "bajo el mando inglés seguían, como antes, muriendo en la India millones de campesinos afectados por el cólera, la peste o el hambre".

Quizá fue la gran cantidad de habitantes en este país, lo único que lo salvó del exterminio total; pues en otras colonias británicas, "como Canadá, Nueva Zelanda y Australia, la población indígena había sido prácticamente exterminada por los conquistadores anglosajones, que dieron muestras del más incalificable de los salvajismos".²⁶

Por otra parte, un sistema colonial tan extenso y distante de Inglaterra requirió, desde su inicio, el desarrollo sin precedentes de los medios de transporte y comunicación.

Apenas instalados en la India, los ingleses contaban ya con una flota de 20 galeones, con los que "exportaban a la metrópoli más de dos millones de productos coloniales y materias primas" anualmente. Para 1785, "Londres conseguía el dominio del océano Índico y el mar de la China y, con ello, Inglaterra se instalaba en todas las costas indias de Asia".²⁷

Esto habría de ser determinante para las *pandemias de cólera*, que asolaron al mundo durante el siglo XIX. Las condiciones ya estaban dadas: mientras el periodo de transmisión de este mal puede prolongarse hasta meses, "la combinación de barcos y ferrocarriles redujo a ocho días de viaje la distancia entre Inglaterra y la India".²⁸

De ahí, que una de las primeras observaciones de John Snow fuera ésta: "El cólera se desplaza a lo largo de las grandes vías de intercambio humano y aparece siempre primero en un puerto marítimo".²⁴

En consecuencia, la explotación colonial del Indostán realizada por la Gran Bretaña, produjo dos fenómenos fundamentales relacionados con el cólera: por una parte, incrementó la frecuencia y la gravedad de los brotes epidémicos de este mal (y varios otros) en toda la península y, a partir de ello, lo llevó a su máximo desarrollo, ya que "durante las pandemias del siglo XIX, el cólera se diseminaba repetidamente de la India a casi todo el mundo".³

Fueron cinco las pandemias de cólera provocadas: en 1817-1823, 1826-1837, 1846-1862, 1864-1875 y 1887- 1896. Por ende, desde la segunda, en todas las décadas del siglo

pasado se presentaron epidemias multinacionales de cólera.

La primera pandemia dejó perplejo a todo el mundo. La segunda arribó a Polonia en 1831 y a París e Inglaterra en 1832. Y hasta entonces empezó a ser objeto de estudios sistemáticos, pues “propagóse en una gran parte de Nueva York y para 1840 eran ya 4 500 los muertos de cólera”.²⁹

A México llegó en 1833 por una doble vía: desde Nueva Orleans y Cuba. Para el mes de agosto, “el contagio se encontraba generalizado en el país”, aunque afectó principalmente a la capital y los estados de Tamaulipas, Coahuila, Guanajuato, Jalisco, Oaxaca, Veracruz, Tabasco, Yucatán y Chiapas. A tal grado ocasionó “funestos estragos”, que se ha considerado que “la crisis de mortalidad causada por el cólera es la más grande que se registra en la primera mitad del siglo XIX”.³¹

En la capital mexicana ocasionó 14 mil defunciones. Sin datos precisos, se sabe que en el sur del país “la mortalidad era terrible y la proporción de muertos sobre los afectados fue de un 50%.” En Guadalajara provocó una “crisis demográfica”, debido a que los 3 275 muertos representaban más del 8% de la población y, en su mayoría (51%), eran personas de edad productiva y reproductiva.^{30, 31, 32}

Durante su desarrollo, pudieron hacerse algunas observaciones importantes, respecto a las epidemias de cólera, por ejemplo: que “prefería a las personas de malas condiciones higiénicas y se veía librarse en gran parte a la gente de comodidad” o que “atacó principalmente a los más desarraigados, a los individuos sin empleo y pobres de la ciudad”, etcétera.

Sin embargo, fieles a la medieval “teoría miasmática” de las enfermedades, llegó a afirmarse que el cólera “al parecer *no es contagioso*” (*sic*), y que las “causas predisponentes” eran los desarreglos digestivos, los trabajos mentales, falta de ejercicio, insolación, los viajes largos, desvelos o trabajo immoderado.

En consecuencia, el tratamiento médico incluía: “emisión de sangre por sangrías o sanguijuelas”, fomentos, cataplasmas, frías estimulantes, sinapsismos, cocimientos de arroz o hierbas, etc.³³ Lógicamente, todo ello obstaculizaba una prevención eficaz y coadyuvaba más bien a tan alta mortalidad.

Durante la tercera pandemia, que también involucró a América, “unas nueve mil personas fallecieron” sólo en los Estados Unidos.²⁹ En Manchester, Inglaterra, “un repentino y violento brote de cólera tuvo lugar... haciendo su aparición en el otoño de 1849 y siendo muy letal”; razón por la cual John Snow lo calificó como “el brote más

terrible de cólera que ha ocurrido en este reino”. En dos de los barrios londinenses que estudió, fallecieron 500 personas en sólo 10 días.²⁴

Esta pandemia brindó a Snow una excelente oportunidad para la investigación científica del cólera *morbus*. Previó su carácter infeccioso y propuso medidas eficaces para su prevención, 24 años antes de que Louis Pasteur formulara su teoría microbiana de las enfermedades y tres décadas antes de que Robert Koch verificara la existencia del *Vibrio cholerae*. En 1854 escribió: “El material mórbido del cólera necesariamente debe poseer algún tipo de estructura muy parecido al de una célula”.

Más aún, el reconocimiento de su carácter *económico-social*, lo llevó a descubrir el modo de transmisión del cólera. Observó, por ejemplo, que: “es entre los pobres, donde toda una familia vive, duerme, cocina, come y se lava en un solo cuarto, que se ha encontrado que el cólera se extiende una vez introducido; y aun más en aquellos lugares conocidos como albergues de clases bajas”.²⁴

A partir del conocimiento producido por esos tres grandes científicos, la magnitud y letalidad de las pandemias de cólera empezó a declinar de manera significativa... en los países colonialistas. En naciones como la nuestra, la tercera pandemia adquirió la “forma endémica en diferentes entidades”.

Desde España, penetró el cólera de nueva cuenta a México en 1850 y “cundió en toda la República”, con excepción de Coahuila, Nuevo León, Tabasco, Campeche y Yucatán. Empero, de 1853 a 1857, prácticamente ningún estado quedó libre de ese mal. En Oaxaca, por ejemplo, se escribió: “Fueron días de intenso sufrimiento e inquietud sin precedentes. Declararse la enfermedad, desarrollarse en un santiamén y sacar los cadáveres más que corriendo, era la misma cosa”.³⁰

Algo semejante ocurriría otra vez en 1882-1883, al arribo de la cuarta pandemia de cólera que afectó a México y muchos otros países. Por fortuna, ello no sucedió con la quinta pandemia (de 1887 a 1896).

En la India y otras colonias, el cólera *morbus* siguió siendo hasta la actualidad una enfermedad endémica, “responsable del 5-10% de los casos de diarreas agudas en situaciones *no epidémicas*”³⁴ y de dos pandemias más en el siglo XX.

Como herencia inacabable del colonialismo inglés, aún en septiembre de 1991 se presentaron más de siete mil enfermos y, por lo menos, 40 muertos en Bangladesh, al noreste de la India. Otro severo brote epidémico ocurre en Nepal.³⁵ Para colmo, y a diferencia de los demás países

afectados, esta enésima epidemia es provocada por el biotipo *Clásico* del *Vibrio cholerae*; el más virulento y letal de sus 60 variedades.³⁶

Las pandemias de cólera del imperialismo

Las cinco pandemias de cólera ocurridas en el siglo XIX, ofrecieron sobradas posibilidades para su conocimiento científico y combate eficaz. Antes de concluir esa centuria, se contaba ya con los fundamentos de la "historia natural" de tal enfermedad.

John Snow descubrió en 1854, mediante el análisis del medio ambiente propicio a las epidemias de cólera, sus mecanismos de transmisión y las características de la población que determinaban el riesgo a sufrirlas. Además, la teoría microbiana de las enfermedades, postulada por Louis Pasteur (en 1878) y la identificación del *Vibrio cholerae* por Robert Koch (1883), sentarían las bases necesarias para prevenir y controlar eficazmente las epidemias de cólera y, por supuesto, para desarrollar una terapéutica adecuada. No obstante, continúa ocurriendo hasta la actualidad.

Ello, sin embargo, con una clara diferencia entre las naciones. En las más desarrolladas y colonialistas, el cólera se daba como casos aislados y a lo sumo, pequeños brotes epidémicos. Por el contrario, en los países colonizados, dependientes y subdesarrollados, el cólera se tornó endémico y, a partir de ellos, sucederían dos pandemias más en el siglo XX.

Aunque menos frecuentes que las anteriores, su extensión y duración serían mayores. La sexta pandemia de cólera se prolongó 21 años: de 1902 a 1923. Con la característica de que, "durante la primera mitad del siglo XX la enfermedad estuvo confinada en gran medida al Asia, excepto en 1947, en que ocurrió una epidemia grave en Egipto".³⁷

La séptima pandemia lleva ya 30 años de desarrollo. A partir de 1961, se propagó desde Indonesia y "se ha difundido extensamente hasta afectar al menos a 98 países", sobre todo de Asia, Africa y América Latina. Acerca de las circunstancias de esta pandemia de cólera se trata a continuación, después de definir algunos conceptos económicos y sociológicos, indispensables para la comprensión cabal del fenómeno bajo estudio.

La fase superior del capitalismo

Los cambios en la frecuencia, extensión y durabilidad de las pandemias de cólera ocurrieron a raíz, precisa-

mente, del ascenso del capitalismo a su fase superior: la *imperialista*.

Como señalara Ilich³⁸, en el periodo que va de 1860 a 1880, la economía capitalista liberal o de libre competencia, alcanza su máximo desarrollo en Europa occidental. Ello daría impulso a dos trascendentales fenómenos: "el enorme auge de las conquistas coloniales" y el surgimiento de los *monopolios*.

Por una parte, "la exacerbación de la lucha por el reparto del mundo" entre los países capitalistas más desarrollados, desembocaría en las guerras mundiales del siglo XX.

Por otra parte, el gran crecimiento y la concentración de la producción, así como la unión del capital bancario con el industrial, darían origen a los monopolios y asociaciones internacionales monopolistas. Esto señalaría "el tránsito del capitalismo a un régimen superior", puesto que "el imperialismo es la fase monopolista de capitalismo".

En efecto, con el "auge de fines del siglo XIX y la crisis de 1900-1903 los carteles se convirtieron en una base de toda la vida económica. El capitalismo se ha transformado en imperialismo".

Finalmente, la correlación de ambos fenómenos daría lugar a una nueva situación, en cuanto a los países dependientes y subdesarrollados: la "semicolonia" o *neocolonialismo*.

A diferencia del siglo anterior, ya no es predominante la exportación de mercancías hacia las colonias, sino la exportación del *capital* mismo. De esta manera, no sólo existen ya naciones colonialistas y colonizadas; "sino también las formas variadas de países *dependientes*; políticamente independientes, desde un punto de vista formal, pero en realidad envueltos por las redes de la dependencia financiera y diplomática".

Todos aquellos pueblos que habían logrado liberarse del colonialismo, se verían sometidos, después de su independencia formal, a las nuevas reglas impuestas por el imperialismo.

Las crisis económicas

Una vez desarrollado el modo de producción capitalista, transcurre a través de un "curso vital, peculiar de la industria moderna y desconocido en todas las épocas anteriores... de un ciclo decenal interrumpido por oscilaciones menores -de periodos de animación media,

producción a toda marcha, crisis y estancamiento”.³⁹

En este ciclo, son particularmente graves las crisis económicas, puesto que grandes masas de la población son afectadas de manera importante en sus condiciones de trabajo y de vida y, en consecuencia, en su salud-enfermedad.⁴⁰

A diferencia de las crisis precapitalistas (ocasionadas por la *subproducción* de bienes de consumo), en el capitalismo “siempre es una crisis de *sobreproducción* de mercancías”, cuyo “exceso” impide su venta a precios que garanticen la ganancia promedio.

A partir de ello, todo el sistema económico se desorganiza: las fábricas quiebran y cierran, se despide a gran cantidad de trabajadores y bajan, concomitantemente, la producción, las ventas, los ingresos, los pagos, las inversiones y los empleos.

Empero, las repercusiones de las crisis son diferenciales: “afecta más fuertemente a los débiles que a los fuertes, a los pobres que a los ricos”; trátense de trabajadores y empresarios, de pequeñas y medianas industrias o grandes monopolios o, “a escala mundial, en lo que se refiere a los países semicoloniales y dependientes por una parte y los países imperialistas por otra”.⁴¹

Ello se hizo evidente durante el capitalismo de libre cambio, en las ocho crisis del siglo XIX pero aún más con las 13 crisis acaecidas en la presente centuria: una cada siete años en promedio.

Como las más graves de todas, destacan las de 1929 y 1974-1980. Aún en los noventa continuamos padeciendo los efectos de esa penúltima crisis con epidemias de cólera, entre muchos otros. Para culminar la “década perdida” de los ochenta, volvió a bajar el producto nacional bruto de América Latina en 1990. Según evaluación del Banco Mundial, el descenso en este año fue de 2.6% y, junto a los demás países subdesarrollados, persisten más de *mil millones* de personas que padecen una vida en extrema pobreza.⁴²

Repercusiones del imperialismo y de las crisis capitalistas en las naciones dependientes

El Movimiento de Países No Alineados señala que en las naciones subdesarrolladas “crónicamente el número de desempleados y subempleados se estima entre 400 y 500 millones de personas... El ingreso per cápita resulta entre 7 y 40 veces menor que en los países capitalistas desarrollados y la abismal pobreza, hambre física, albergue mise-

rable, asistencia médica y atención educacional casi nulas golpea a más de mil millones de seres”.⁴³

Lógicamente, esta situación crónica se exagera durante las crisis económicas; las cuales son provocadas por los países imperialistas y transmitidas a las naciones dependientes, según ha reconocido la misma ONU al afirmar: “El principal causante de los pobres resultados de la economía mundial ha sido la recesión de los países industriales de Occidente”.⁴⁴

La crisis de 1974-1980 reveló la situación en que se encuentran las *tres cuartas partes* de la humanidad, después de casi un siglo del ascenso a la fase superior del capitalismo y de 13 crisis económicas, veamos los siguientes datos:

| | |
|---|------------------|
| Hambrientos | + 500 millones |
| Viven en condiciones de extrema pobreza | + 1 000 millones |
| Desempleados y subempleados | + 500 millones |
| Con ingreso per cápita anual menor de 150 dólares | 800 millones |
| Sin posibilidad alguna de acceso a la atención médica | 1 500 millones |
| Niños sin posibilidad de asistir a la escuela | + 200 millones |
| Adultos analfabetas | 814 millones |
| Sin fuentes estables y seguras de agua potable | 2 000 millones |

En el gráfico 1 la Organización Mundial de la Salud (OMS) equipara algunos indicadores sanitarios y socioeconómicos, entre países desarrollados y subdesarrollados, las diferencias son realmente abismales.

Así, por ejemplo, mientras que en el mundo desarrollado se dispone de un médico por cada 520 habitantes, éste índice fluctúa entre 1 por 2 700 en los países de mediano desarrollo y, de 1 por 17 000 en los más pobres; tan sólo “en cinco países desarrollados Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Alemania y Australia ejercen su profesión 120 mil médicos procedentes de países subdesarrollados”.⁵

Específicamente, el rubro de medicamentos y tecnología médica, se ha convertido en una muy productiva fuente de explotación económica en las naciones dependientes.⁴⁵

Indicadores de salud e indicadores socioeconómicos afines

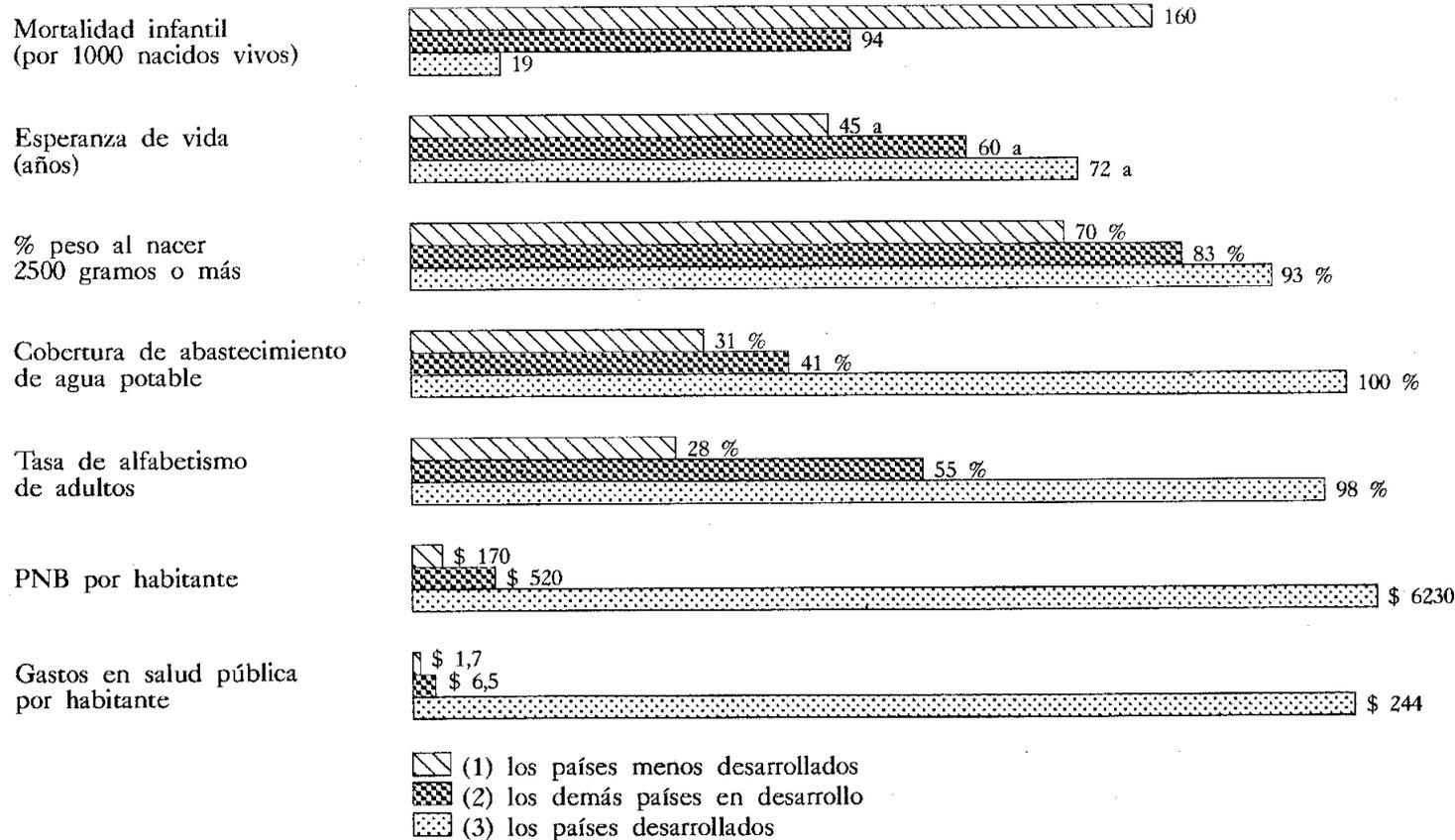


GRAFICO 1

FUENTE: OMS. *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000, Ginebra, 1981.*

El imperialismo contra la salud de las naciones subdesarrolladas

Según evaluación de la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura), “más de 500 millones de seres humanos padecen hambre hoy en el mundo”, casi todos habitantes de países subdesarrollados: 22% africanos, 27% del Lejano Oriente, 13% latinoamericanos y 11% del Cercano Oriente. Por esta razón, “40 millones de personas, la mitad de ellas niños, mueren cada año de hambre y desnutrición”.⁴⁶

Estos problemas son resultado de relaciones sociales que antepone las ganancias del capital, por encima del bienestar humano. Así, por ejemplo, la FAO ha dejado claro que “existen alimentos suficientes para todos” y, a su vez, la OPS-OMS afirman que “el déficit alimentario está asociado más bien a la falta de capacidad de adquisición por parte de la población indigente y no a las restricciones globales en la potencialidad de la oferta alimentaria”.⁴⁷

Aun cuando tres cuartas partes del planeta están inundadas con agua de beber, la OMS estima que “no menos de dos mil millones de seres humanos carecen de fuentes estables y seguras de suministro de agua”.

Por consiguiente, “no menos de 750 mil personas mueren cada mes a causa de enfermedades relacionadas con el consumo de agua contaminada. Más de 1 500 millones de habitantes del mundo subdesarrollado viven expuestos a estas enfermedades, y cada año se producen cientos de millones de casos nuevos”.

En síntesis, las condiciones económico-sociales creadas y sostenidas por el imperialismo, conjuntamente con los capitalistas y gobiernos “nacionales”, son la causa de que la mayoría de la población mundial padezca insalubridad, alta mortandad y escasa esperanza de vida. De esta suerte y de acuerdo nuevamente con la OMS:

Las causas fundamentales de morbilidad y mortalidad en los países subdesarrollados son las enfermedades transmitidas por el agua: las fiebres entéricas, la disentería, la tifoidea, el cólera, la esquistosomiasis y muchas otras.⁵

En ningún caso se trata de un problema de sobrepoblación, incapacidad productiva o falta de recursos. Como se ha señalado “con el aporte anual de seis mil millones de dólares por parte de la comunidad internacional—menos de lo que se invierte en cinco días de gastos militares, una fracción minúscula de lo que se gasta anualmente en bebidas alcohólicas— se cumplirían cabalmente los objetivos del Decenio del Agua proclamado por las Naciones Unidas”.⁴³

Dadas tales circunstancias, resulta lógica la ocurrencia de pandemias de cólera (y de varias enfermedades más) y, en todo caso, lo admirable es su baja frecuencia y letalidad en el presente siglo.

La séptima pandemia de cólera en el mundo

Entre las siete pandemias de cólera *morbus* ocurridas hasta ahora, hay diferencias esenciales: por una parte, las cinco primeras que sucedieron durante el colonialismo del siglo XIX, se caracterizaron por su *alta frecuencia* (una cada 3 a 12 años, con 6.5 en promedio) y *gran letalidad* (50% de los enfermos).

Por otra parte, en el siglo XX sólo se han desarrollado dos pandemias con una mortalidad mucho menor (1 a 2%); pero de *mayor duración* (21 y más de 30 años, contra 10.6 de promedio en la pasada centuria) y con más grande *extensión geográfica*.

La séptima pandemia comenzó en 1961, cuando el *Vibrio cholerae*, biotipo El Tor, desbordó los límites del área endémica de Célebes, Indonesia, y se extendió a otros países del Asia oriental. Llegó a Bangladesh a fines de 1963, a la India en 1964 y a la URSS, Irán e Iraq en los dos años siguientes.⁴⁸

En 1970 se extendió a “casi toda Asia” e invadió el África occidental (la enfermedad es ahora endémica en este continente) y la región oriental de Europa. Durante 1973 alcanzó a Estados Unidos, la península Ibérica e Italia. Entre 1977 y 1978 hubo pequeños brotes en Japón y, por primera vez, apareció el cólera en el Pacífico meridional.³

Para la década de los ochenta, “el número de casos registrados no aumentó, pero se *triplicó* el número de países notificantes”.⁴⁸ En Inglaterra, se elevó casi *cuatro veces* la tasa de ataque entre los visitantes a países tropicales: de 1 en 800 mil en 1986, a 1 en 210 mil en 1989; lo cual “no es diferente a lo observado en viajeros estadounidenses”.⁴⁹

Durante 29 años de esta pandemia, la única zona que se había mantenido exenta de cólera *morbus* era América Latina. Empero, a partir de enero 1991, cuando se presentaron los primeros casos en Perú, se extiende aceleradamente por Iberoamérica.

De esta manera, ha llegado a afectar “al menos 98 países”, principalmente subdesarrollados. Sólo en los últimos 10 años: 20 naciones de África, 11 de Asia y 10 de Latinoamérica. Además, ha sido mayor y más grave la

morbimortalidad en ellos; mientras que, con “uno que otro caso, cuando el cólera incursionó en los países industrializados, la eficiencia de los servicios de salud y de los sistemas de vigilancia lo mantuvieron a raya”.⁴⁸

En efecto, durante los primeros 10 meses de 1991, la OMS registró un total de 456 897 casos de cólera a nivel mundial; de los cuales, 15 108 resultaron fatales. La mayor parte de esta casuística correspondió al África: 124 976 enfermos y 11 587 defunciones. En cambio, en Europa sólo ocurrieron 300 casos y ocho muertes (la gran mayoría en Rumania). Por lo tanto, la mortalidad africana superó en 3.4 veces a la europea con tasas de letalidad de 9.3 y .7%, respectivamente.

Tres fueron las naciones de África más perjudicadas por la pandemia de cólera: Nigeria, Chad y Ghana. En este mismo orden, los afectados ascendieron a 48 200, 13 114 y 11 878 personas, con 6 354, 1 298 y 377 defunciones.

En segundo lugar se ubica América Latina, donde enfermaron 320 383 individuos y murieron 3 371. Le sigue Asia con 11 238 casos y 142 muertes. Europa y Norteamérica son las menos dañadas.⁵⁰

Pandemia de cólera en América Latina (1991)

Según evaluación de la OPS respecto de Latinoamérica, a pesar de que “en ningún país se conoce la prevalencia real de diarreas” (debido a la poca cobertura de los servicios médicos y a las deficiencias informáticas y estadísticas), resulta evidente que las enfermedades infecciosas gastrointestinales “representan un *grave problema* de salud pública”.⁴⁷

En un estudio reciente, plantea que, aunque “otros problemas han sido causa de más muertes, en términos de la historia latinoamericana, cercana y lejana, han sido mucho menos importantes que las enfermedades diarreicas”. De hecho, continúa en este subcontinente “la persistencia de uno de los problemas más evitables y, sin embargo, todavía de los más comunes”.

Entre 1965 y 1990, se atribuyen 6 046 200 defunciones a las enfermedades infecciosas intestinales en América Latina; las cuales representan el 9% o una de cada 11 muertes por todas las causas.

Si bien han disminuido los decesos por diarreas, prácticamente en todos los países latinoamericanos, al compararlos con Estados Unidos y Canadá, “se encuentra que ningún país de América Latina y el Caribe, tiene hoy una tasa inferior a la vigente en esos dos países hace un cuarto de

siglo. Toda la mortalidad acumulada en Estados Unidos en ese periodo, por todas las causas, ocurridas antes de los 45 años de edad, alcanza a 5.8 millones; que es inferior a los seis millones de muertes por enfermedades infecciosas intestinales de América Latina y el Caribe”.⁵¹

Tales hechos, han obligado a que la propia OPS reconozca que “no sólo señalan la ocurrencia de fenómenos biológicos”; sino ante todo las considerables y persistentes deficiencias en “las condiciones de vivienda, alimentación, educación, saneamiento ambiental y otros factores que caracterizan el estilo y la calidad de vida de las sociedades en que ocurren”.⁴⁷

Un factor sobresaliente en este contexto es el *agua*. En Latinoamérica “para fines de 1988, más de 89 millones de personas (cerca de 34 millones en áreas urbanas y 55 millones en áreas rurales), o sea 21% de la población, todavía carecían de acceso a abastecimiento de agua; y casi 141 millones (57 millones en las áreas urbanas y 84 millones en las rurales), o sea 34% de la población, no tenía acceso a servicios adecuados de disposición de excretas y aguas servidas”.

Por lo demás, en los servicios disponibles “existen grandes deficiencias en prácticamente todos los países de América Latina. Las normas nacionales de calidad generalmente no se cumplen: 75% o más de los sistemas de abastecimiento de agua no la desinfectaban o tenían problemas operativos serios; la contaminación del agua ya ha alcanzado proporciones de crisis; algunos ríos están tan contaminados que son prácticamente alcantarillas abiertas”, etcétera.

En particular, “las autoridades de salud no están preparadas para tomar medidas correctivas y no han asignado suficientes recursos financieros, materiales y personal debidamente adiestrado para realizar una tarea efectiva”.⁵²

Tal es, en síntesis, la evaluación realizada por la OPS en torno a las enfermedades diarreicas y su pronóstico es que “este desbalance va en aumento”. Por consiguiente, después de África, América Latina presenta las condiciones más propicias del mundo para la introducción, diseminación y permanencia de la actual pandemia de cólera *morbus*.

En efecto, después de cien años sin esta enfermedad, del 23 al 29 de enero de 1991 se detectaron los primeros casos en algunas localidades costeras al norte de Lima, capital de Perú. A partir de entonces, “el cólera atacó a un país por mes: Ecuador en febrero, Colombia en marzo, Chile en abril, Brasil en mayo, México en junio, Guatemala en julio, El Salvador en agosto y, más recientemente, Bolivia y Panamá”.⁵¹

Como se muestra en el cuadro adjunto, al empezar septiembre habían enfermado ya 298 702 latinoamericanos por cólera; de los cuales fallecieron 3 165. Empero, un mes después se agregaron 5 482 casos nuevos y ocho muertes más. Por consiguiente, en los primeros 10 meses de esta pandemia, dicha enfermedad ha afectado a más de 304 200 habitantes de América Latina y han muerto 3 173. Ello equivale a 1 145 enfermos y 12 muertos diarios, en promedio.

De acuerdo con la OPS, "todas las cepas eran *V. cholerae* 01, serotipo Inaba, biotipo El Tor y produjeron toxina de cólera".⁵ Empero, últimamente se ha detectado también el serotipo Ogawa (de mayor virulencia) en Perú.

Sumariamente, la pandemia de cólera *morbus* en América presenta las siguientes características nacionales: 51, 52, 53, 54, 55

- *Perú*. Aquí se sufre la situación más grave. El 86% de los enfermos y el 77% de los muertos por cólera en todo el continente de América son peruanos; más de la tercera parte de los afectados (38%) debieron internarse en algún hospital.

"Después de que los primeros casos se presentaron en algunos puntos de la costa, hubo una propagación *explosiva* en la extensa faja del litoral peruano". Durante marzo, la incidencia alcanzó 20 mil casos por semana y la letalidad superó al 4% de los afectados. A los cinco meses de la epidemia (junio 22 de 1991), la tasa de incidencia acumulada (la suma de todos los casos, respecto a la población total) fue de 1 037.4 por cada 100 mil habitantes. Para finales de agosto, al menos 1.5% de los peruanos había presentado la enfermedad. La gravedad de esta epidemia nos obliga, a

examinarla en un apartado especial.

- *Ecuador*. Este país se ubica en el segundo lugar de la pandemia americana con el 12% de la morbilidad y el 18% de las defunciones. Un porcentaje muy alto (78) de los enfermos debió ser hospitalizado.

Los primeros casos se detectaron el 28 de febrero de 1991, en la frontera con Perú. Se propagó hacia el norte y en la ciudad de Machala "afectó los barrios marginales, caracterizados por deficiencias en la infraestructura de saneamiento básico". Entre julio y agosto, ocurrieron 800 casos cada semana, como promedio. La tasa de incidencia, a mediados de agosto, fue de 377.3 enfermos por cada 10 mil habitantes y la de letalidad 1.6%.

Empero, tales índices nacionales varían entre las regiones ecuatorianas. Aun cuando la morbilidad ha sido superior en la costa (384.5 enfermos por cada 100 000 habitantes), la mortalidad sólo ha sido del 1%. Por el contrario, pese a la menor casuística de la Sierra (con una tasa de incidencia de 139.3%), la letalidad es más del triple: 3.3%.

Evidentemente que ello se explica por las peores condiciones de vida de la región serrana y, sobre todo, de las poblaciones indígenas, en las cuales se presentó una mortalidad máxima de 8.7%.

- *Colombia*. El 2% de los casos y el 4% de las defunciones sitúan a esta nación en el tercer lugar. Más de dos tercios (65.8%) de los 7 321 afectados hasta octubre, fueron hospitalizados.

Los primeros enfermos de cólera se detectaron a fines

Morbimortalidad por cólera *Morbus* en América

Enero a septiembre de 1991

| País | Casos | | Hospitalizados | Defunciones | | Letalidad General | |
|----------------|---------|------|----------------|-------------|------|-------------------|--------|
| | Núm. | % | | Núm. | % | Promedio | Máxima |
| Perú | 256 343 | 85.8 | 97 422 | 2 453 | 77.5 | 1.0 | 4.1 |
| Ecuador | 35 587 | 11.9 | 27 866 | 576 | 18.2 | 1.6 | 8.7 |
| Colombia | 5 605 | 1.9 | 3 690 | 119 | 3.7 | 2.1 | 3.9 |
| MEXICO | 806 | 0.3 | 84 | 9 | 0.3 | 1.4 | 3.7 |
| Brasil | 124 | --- | 77 | 1 | --- | 0.8 | 5.5 |
| Guatemala | 115 | --- | 115 | 2 | 0.1 | 1.7 | 4.0 |
| El Salvador | 43 | --- | 30 | 1 | --- | 2.3 | 4.0 |
| Chile | 41 | --- | 38 | 2 | 0.1 | 4.9 | 4.9 |
| Bolivia | 20 | --- | 6 | 2 | 0.1 | 10.0 | 10.0 |
| Estados Unidos | 18 | --- | 10 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| TOTAL | 298 702 | 100 | 129 338 | 3 165 | 100 | 1.0 | 10.0 |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ver referencia 51.

de marzo de 1991, en la frontera con Ecuador. Y desde entonces, se ha expandido la epidemia con relativa rapidez a lo largo del litoral Pacífico. La diseminación "se vio favorecida por la alta vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas intestinales, debido a las condiciones de postergación en que viven las poblaciones de esa zona".

- *México*. Aun cuando sus porcentajes de morbimortalidad por cólera de esta pandemia en América, son bajos (0.3%), los 806 enfermos y los nueve muertos, hasta septiembre 10, ubican a este país en el *cuarto* lugar.

Desde su inicio, el 17 de junio de 1991, la epidemia afectó a zonas rurales marginadas y a los barrios empobrecidos de la capital. Según informe del Presidente de la República (el 1 de noviembre), se han dado más de dos mil casos y 23 defunciones en 11 de las 32 entidades federativas.

Los datos oficiales indican la hospitalización de sólo el 10% de los enfermos y una tasa de letalidad de 1.4%; aunque en la Huasteca veracruzana han fallecido casi cuatro de cada cien afectados (3.7%). Por el interés particular que tenemos en nuestro país, también se examina en otro acápite.

- *Guatemala*. En la tercera semana de julio 1991, se diagnosticó el primer caso de cólera y se encontró *V. cholerae* en el río Suchiate, frontera México-guatemalteca. Para octubre 10, el Ministerio de Salud de Guatemala reconoció 388 contagios y 10 muertos. No obstante la OMS había contabilizado, hasta esa fecha, 667 enfermos, de los cuales el 85% requirieron atención hospitalaria.⁵⁶ Por ello, esta nación ocupa el quinto lugar entre los países americanos con cólera *morbis*.

La población rural ha sido la más afectada, ya que el "98% de los casos provienen de pequeñas aldeas del occidente". Y aunque ha atacado a personas de cualquier edad, la mayoría (58%) supera los cinco años y se trata, sobre todo, de hombres (56%).

- *Panamá*. A pesar de que no se le había incluido en la pandemia a mediados de septiembre, en octubre se registraron 511 enfermos y 13 muertos por cólera, situando a Panamá en el sexto lugar americano.⁵⁶

- *El Salvador*. Al principio de la epidemia, en agosto, sólo ocurrieron 43 casos y una defunción. Sin embargo, apenas un mes después, la incidencia aumentó 12 veces (a 497 enfermos) y 18 personas habían fallecido. Nada más uno de los 14 departamentos continuaba al margen y en 80% de los mantos acuíferos se encontró *V. cholerae*.

Los principales estragos corresponden a la capital y, en

su gran mayoría, son barrios indigentes. La tasa de letalidad en este país es alta: de 4.05%. Con todo ello, El Salvador se ubica en el séptimo puesto de la actual pandemia de cólera *morbis*.

- *Brasil*. La epidemia está prácticamente confinada al estado de Amazonas. En particular, las ciudades que se comunican por vía fluvial con Perú y Colombia como es el caso de Tabatinga. "Las condiciones de saneamiento de la zona son precarias. En Tabatinga, solamente 39% de las viviendas tienen conexiones domiciliarias, 29% cuentan con pozo, 17% obtienen agua de sus vecinos, 10% usan agua de lluvia y 5% la obtienen del río"; en donde se arrojan todas las aguas negras.

- *Chile*. El brote epidémico de 41 casos y dos defunciones, ocurrido entre abril 7 y mayo 22 de 1991, se concentró en la ciudad de Santiago y sus alrededores (83%). Casi todos (38 pacientes) se hospitalizaron. Mayores de 10 años, el 60% son del sexo masculino. Al parecer, la epidemia ha cesado ya que desde esa fecha no han ocurrido más casos.

- *Bolivia*. A partir de agosto 27 se han confirmado 24 infectados y dos decesos. Todos adultos de la región fluvial a 20 km al sur de La Paz. Y aunque es baja la casuística, la tasa de letalidad es de las más altas del continente, 8.3%.

- *Estados Unidos*. A este país corresponde el último lugar entre las naciones afectadas por la pandemia de cólera. Sin defunción alguna: seis pacientes se trataba de viajeros (por Perú, Ecuador, Cambodia e India) y otros 12 que consumieron mariscos ecuatorianos. Hasta ahora, "no se han registrado casos secundarios de transmisión dentro del país".

El pronóstico de la OPS es que, "por la evaluación de la epidemia de cólera en América Latina, tanto en lo que respecta a su magnitud, como por las características de su propagación, se teme que esta enfermedad pueda extenderse a otros países en los próximos meses y que pase a ser endémica en algunas áreas de la región. En consecuencia, es esencial que todos los países estén preparados..."⁵¹

Cabe considerar que, ante una pandemia de 30 años de desarrollo, ocho meses no pueden ser sino el principio. Según advertencia de la OMS, "la amplia experiencia con la séptima pandemia de cólera, ha demostrado que es imposible evitar la introducción del cólera en un país".

Por ende, es muy probable que ninguna nación de América Latina quede al margen de esa contabilidad. Puesto que cuatro siglos de colonialismo y una centuria de imperialismo, acompañados de más de 20 crisis capi-

talistas, han dejado muchas y muy propicias condiciones para el desarrollo de cualesquier tipo de epidemias y "el cólera es sólo una de más de 20 enfermedades graves relacionadas con el agua", que predominan en este subcontinente.⁵²

Finalmente, consideramos que al menos cinco observaciones merecen destacarse en el examen realizado, respecto al cólera en las Américas:

- a) Con la única excepción de Estados Unidos, la pandemia ha afectado a países atrasados o con mediano desarrollo económico-social.
- b) En Estados Unidos se trata de un problema *externo* y de personas con posibilidades de viaje alrededor del mundo. Por el contrario, en América Latina se ha conjuntado con una grave problemática *interna* en cada uno de los países; atacando en las regiones más empobrecidas y con grandes deficiencias en saneamiento ambiental e infraestructura sanitaria y, en general, con malas condiciones de vida y de trabajo.
- c) En Estados Unidos se ha impedido la más mínima difusión de los casos de cólera importados. En las naciones con mediano desarrollo (Brasil, México, Chile) se ha logrado la contención y control de los brotes epidémicos. En cambio, en los países más atrasados, el desarrollo de las epidemias ha sido "explosivo" y ya se ha tornado endémico el cólera en varios de ellos.
- d) En estos últimos, asimismo, han resultado más graves las epidemias; con tasas de letalidad 4, 5, 8 y hasta 10 veces más altas que el promedio internacional. Esto, incluso con una morbilidad o incidencia menor.
- e) Y ante todo, el cólera se ha manifestado con un evidente carácter *clasista*; afectando casi exclusivamente a indígenas, campesinos, pescadores y habitantes de barrios proletarios en las ciudades.

Todas estas características fundamentales son importantísimas para indagar la *causalidad o determinación* de esta séptima pandemia de cólera *morbis*. Así lo demuestra el análisis que hacemos a continuación de los casos de Perú y México.

El cólera en Perú

Según mostramos antes, en Perú se sufre la más grave epidemia de cólera *morbis* en el continente americano; el 86% de los enfermos y más del 77% de los muertos son peruanos. Hasta la fecha (octubre 1991) han presentado

los síntomas alrededor de 300 mil personas; contrayendo la infección, un mínimo de 1 millón 200 mil individuos (entre 8 y 9% de la población total). En la actualidad, el cólera es ya *endémico* en Perú. De los 6.05 millones de latinoamericanos muertos por enfermedades diarreicas, entre 1965 y 1990, el 9.4% fueron peruanos; esto es 571 mil personas.

Estos males superan el 12.5% entre todas las causas de defunción en Perú. Durante dicho periodo fallecieron por diarrea un promedio quinquenal de 23 560 individuos. Y según evaluación de esta mortandad por la OPS;⁵¹ quien "ha construido una escala de cinco niveles, siendo el nivel uno el menos grave y el nivel cinco el más grave", desde 1965 Perú "permanece en el mismo estadio: en nivel cuatro". En tales circunstancias, una epidemia de cólera con tan grandes dimensiones era simplemente inevitable.

De acuerdo a indagaciones de OMS y OPS, "la enfermedad puede haberse introducido a través de desechos de barco contaminados, que pudieran haber contaminado a peces y mariscos que la población acostumbra comer crudos, o por contagio directo con personas procedentes de zonas endémicas".⁵⁵

Así se ha pretendido explicar el inicio de la epidemia en puertos y localidades costeras (Chancay, Chimbote, etc.) cercanas a Lima, la capital del país. A partir de ellos el cólera presentó una "aparición casi simultánea en poblaciones ubicadas en una extensión de alrededor de 1 200 km de costa", en donde "hubo una propagación *explosiva*"; 16 días después invadió la región serrana, y a los 29, la selva.

Con un incremento constante, durante marzo llegaron a presentarse hasta 20 mil casos semanales (véase el gráfico 2). En promedio, entre enero y mayo de 1991, ocurrieron 1 676 casos y 14 defunciones diarias.

En su mayoría, son habitantes de Lima (41%), del interior del país (La Libertad y Piura, con 15 y 11%, respectivamente) y del puerto de Chimbote (9%). También mayoritariamente, los afectados fueron hombres en edad productiva y el 81% tenían más de cinco años de edad.

De los 256 343 casos registrados hasta septiembre 1991, el 38% debió ser hospitalizado y falleció el 0.96% del total y el 2.5% de los internados en algún hospital.

Empero, tales promedios nacionales varían considerablemente entre las regiones peruanas; observándose que, pese a la menor incidencia en la Sierra, aquí ha sido mucho más grave la epidemia.

En efecto, como lo muestra el gráfico 3, mientras que

la tasa de incidencia acumulada en esa región se sitúa en 206 casos por cada 100 mil habitantes; es superior en la Costa (1 445) y la Selva (1 094). No obstante, el porcentaje de hospitalización en la Sierra, del 52% superó al de estas dos regiones: 37 y 44%, respectivamente.

“La letalidad fue 1% para el país y 0.5, 4.1 y 3.9% para la Costa, Sierra y Selva, respectivamente. La proporción de fallecidos en relación con el número de casos hospitalizados fue 2.5% para el país; a nivel de la Sierra y la Selva los valores son claramente superiores a los de la Costa: 8% en la Sierra y Selva, contra 1.2% en la Costa, en forma análoga a lo observado para los casos fatales en su conjunto”.⁵²

La explicación de tales divergencias es muy sencilla: en la Selva y sobre todo en la Sierra Andina, habita la gran mayoría de los indígenas peruanos, padeciendo las peores condiciones de vida y trabajo y con la máxima carencia de servicios públicos, tan elementales como agua potable y atención médica.

Con todo, “los costos de atención de la epidemia son altísimos” y ha repercutido también contra la producción y el comercio nacional. Esto ha significado una caída de la productividad y de las exportaciones, una desviación de recursos médicos y, desde los primeros meses de la epidemia, pérdidas para el Perú de más de mil millones de dólares.

Sin embargo, quizás lo peor es que la catástrofe que significa todo lo anterior, “*probablemente se hubiera podido evitar*”, por lo menos, como indicara el Ministerio de Salud peruano, “con inversiones oportunas en los servicios de agua y saneamiento”. No obstante, ello no se realizó, a pesar de la gran evidencia de su necesidad, puesto que “el país ofrece condiciones altamente propicias (pobreza, carencia de agua y saneamiento, alta contaminación) para el desarrollo del cólera”.

El agua potable sólo alcanza para el 55% de los peruanos. Menos de la cuarta parte (22%) de la población rural y dos tercios (67%) de la urbana, tienen acceso a ella. El saneamiento básico es por demás deficiente: del 17% en el campo, al 54% en las ciudades.

Por eso, la evaluación general es de “una carencia crítica de servicios básicos de vivienda, agua, saneamiento, salud y educación”; la cual afecta al 57% de la población total del país.

Todo ello, a causa de una situación que ha derivado, “desde hace 30 años, en una grave crisis económica, que se ha acelerado en los últimos 10 años”. Sus características son: caída del producto interno bruto, inflación, decaí-

miento de la producción y de las exportaciones, déficit fiscal, desempleo y subempleo, depresión salarial y una deuda externa de 17 mil millones de dólares (1 215 dólares por habitante).

Se estima que el 60% de los trabajadores son “informales” y miles de ellos “venden alimentos en la vía pública, sin las mínimas condiciones de higiene y sin ningún tipo de control sanitario”.

En consecuencia, como ha debido reconocer el propio Ministerio de Salud de Perú, “el riesgo de enfermar y morir es muy elevado y la morbimortalidad está estrechamente relacionada con las graves deficiencias del saneamiento ambiental”.

Un indicador evidente de esto es la mortalidad de los niños menores de los cinco años de edad; la cual se eleva hasta 138 defunciones por cada mil nacidos vivos y abarca el 45% de todas las muertes. Las principales causas son, precisamente, las diarreas infectocontagiosas.

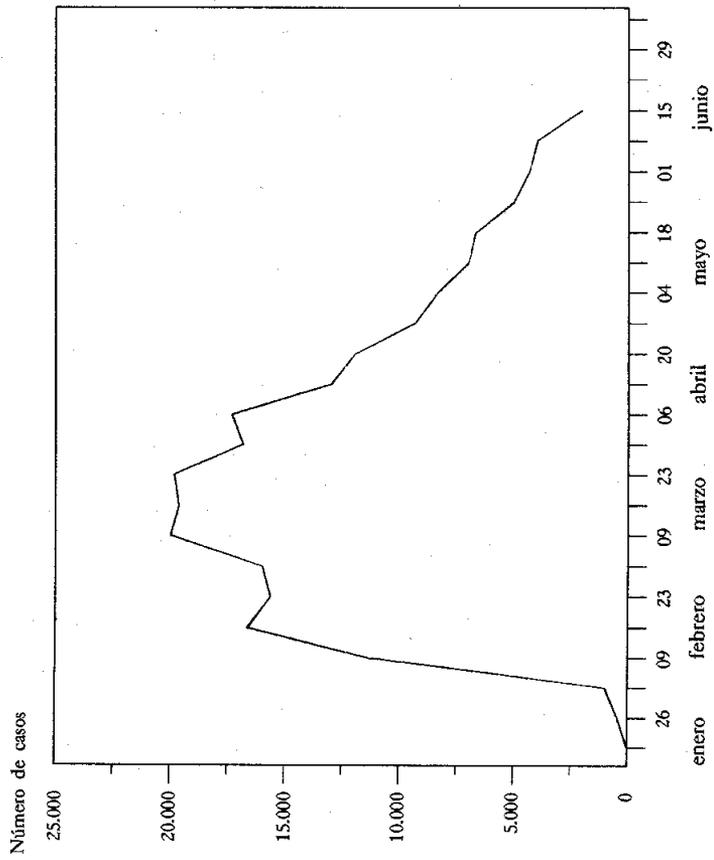
En síntesis, la OMS-OPS “ubica al Perú entre los países en *peores condiciones de salud* de la región de las Américas”.

Para colmo, el sector salud (fuertemente centralizado, con muy baja capacidad de cobertura, ineficiente en la administración y con gran discontinuidad político-técnica) ha sido incapaz de brindar una atención médica mínimamente adecuada. “Los programas fueron declinando y en la práctica llegaron a desaparecer”. Además, “ha sido muy relegado en cuanto a la asignación de recursos presupuestarios, como consecuencia de las políticas de ajuste”, acordadas con el Fondo Monetario Internacional (FMI) y Banco Mundial.⁵⁷

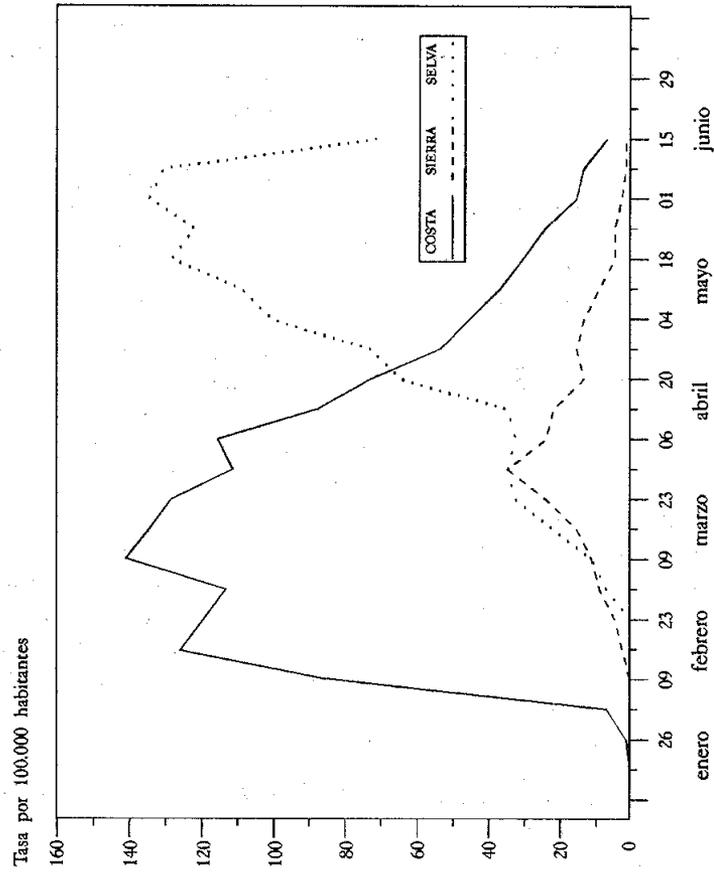
En conclusión, el caso de Perú evidencia de manera muy nítida, cómo el capital y gobierno “nacionales” (el 2% de la población que acapara más del 19% de los ingresos totales del país), bajo el sistema imperialista, han provocado las condiciones económicas, sociales y políticas que determinan la grave catástrofe de salud-enfermedad que padece actualmente el pueblo peruano.

En este contexto, la epidemia de cólera resultó inevitable y de enormes proporciones y gravedad. Sin embargo, es la punta del iceberg de una morbimortalidad causada por la extrema miseria, insalubridad e ignorancia. Daños que le han deparado a la absoluta mayoría del pueblo peruano, las décadas de explotación capitalista e imperialista.

**Gráfico 2. Casos de cólera notificados semanalmente
Perú, 1991.**



**Gráfico 3. Tasa de incidencia semanal de cólera en tres regiones
Perú, 1991.**



Fuente: OPS. Ver referencia 52.

Los primeros 100 días de la epidemia de cólera en México

Después de que el cólera *morbus* “cundió en toda la República”, durante las tres pandemias (segunda, tercera y cuarta) que afectaron a México en el siglo pasado, en 1883 se notificó el último caso, ocurrido en Juchitán, Oaxaca. Conservándose al margen de las pandemias cinco y seis, el cólera regresa 108 años más tarde a nuestro país.

Con ello, se anularon los pronósticos de algunos investigadores nacionales, quienes consideraron que “la posibilidad de una epidemia de cólera es sumamente escasa”.³⁴ Y a pesar de que la misma Secretaría de Salud “reiteraba que la enfermedad no llegaría a México”,⁵⁸ arribó apenas *cinco meses* después de iniciada la epidemia en Perú.

El 1 de noviembre de 1991, el Presidente de la República, Carlos Salinas de Gortari, reconoció una incidencia superior a dos mil enfermos y 23 defunciones; distribuidos en 11 de las 32 entidades federativas. Lo sorprendente, en todo caso, no es la ocurrencia de estos brotes epidémicos, sino su cuantía relativamente limitada.

Esta observación surge al considerar que, sólo después de Brasil, es en México donde ha ocurrido la mayor mortandad por enfermedades infecciosas intestinales de todo el continente americano, durante los últimos 25 años. Según estudio de la OPS,⁵¹ de las 6 046 200 personas que fallecieron por tal causa en América Latina entre 1965 y 1990, *más de la cuarta parte* (26.3%), o sea 1 590 000, fueron mexicanos. Esta cantidad representa el 13% de las defunciones nacionales en dicho periodo.

Esta mortandad ha venido declinando. De 90 550 fallecidos por infecciones intestinales durante el quinquenio 1965-1970, ha disminuido a 37 480 para 1985-1990; esto es, un descenso del 59% en los últimos 25 años. Por ello, en una escala creciente de gravedad del nivel 1 al 5; nuestro país pasó del nivel 4 al 3, respecto a la mortalidad por enfermedades diarreicas.

La OPS ha señalado que, en este contexto, “la reducción más impactante se ha producido en México. Sin embargo, todavía hay mucho que ganar; pues la tasa de 2.2 por mil continúa siendo excesivamente alta, lo que se refleja en el número de 25 mil muertes anuales de menores de cinco años, ocurridas en el último quinquenio”.⁵¹

A partir de tales antecedentes, examinamos a continuación la epidemia de cólera en México, durante los 100 primeros días de su desarrollo.

De junio 13 a septiembre 16 de 1991, se reconoce oficialmente que nueve entidades fueron afectadas, con un total de 806 enfermos y 11 defunciones.

Diariamente se presentaron, en promedio, de ocho a nueve casos y ocurrió una defunción cada nueve días por cólera *morbus*.

Estos datos, sin embargo, son por demás dudosos; ya que las autoridades de la Secretaría de Salud consideran que “no importa el número de casos cuantificados”. Sin embargo, se llevó a cabo un riguroso control para restar importancia a esta epidemia en el país.

En contra de esta política de desinformación, debió intervenir hasta la Comisión Permanente del Congreso de la Unión. La razón de fondo para tal actitud, radica en el hecho de que la presencia y desarrollo de cólera por las áreas más empobrecidas del país (zonas rurales y urbanas miserables), muestra con toda claridad la gran lejanía en que se encuentra aún el México “moderno” que tanto se proclama.

En efecto, la prolongada vigencia del capitalismo y su dependencia de los países imperialistas, llevada al extremo de un “tratado de libre comercio”; lejos de llevarnos a la modernidad de los países desarrollados, ha consolidado la explotación, la pobreza, insalubridad e ignorancia para la mayoría de los mexicanos.

Según los propios datos oficiales, durante la década pasada los habitantes sumidos en la pobreza se incrementaron de 32.1 a 41.3 millones; esto es, *más de la mitad* de la población total. De ellos, padecen una *miseria extrema* 17 millones de personas; o sea, el 21% de los mexicanos.⁵⁹

Por otra parte, tanto los problemas estructurales agudizados por la crisis económica (desempleo, subempleo, depresión salarial, inflación, devaluación, etc.), como la política económico-social del Estado mexicano (anulación de subsidios, privatización, privilegio del pago de la deuda externa por encima de las necesidades populares de abasto, vivienda, atención médica, educación, etc.), acordada en gran medida con los centros financieros imperialistas (Fondo Monetario Internacional, Banco Internacional de Desarrollo, Banco Mundial, etc.), todo ello, se ha conjuntado para el abatimiento de las condiciones de trabajo y de vida para la mayoría de la población mexicana.

Esto se manifiesta necesariamente en la salud-enfermedad popular; de tal manera que, “a partir de la profundización de la crisis en 1982, se delinear formas particulares de enfermar y morir, determinadas por el deterioro de la calidad de vida y de trabajo en las clases sociales

mayoritarias".⁶⁰ Esto se expresa diferencialmente en las categorías de enfermedades:

Las crónico-degenerativas y accidentes presentan un constante incremento (absoluto y relativo) tanto en la morbilidad como en la mortalidad. Entre las primeras destacan: el cáncer, padecimientos cardíacos, hipertensión arterial, diabetes *mellitus* y cirrosis hepática.

Respecto a las enfermedades infecciosas y parasitarias, si bien ha disminuido su importancia en la mortalidad; en la morbilidad "la tendencia francamente ascendente se presenta en los últimos años" de la década anterior; en cuanto a amibiasis, gastroenteritis, infecciones respiratorias agudas y neumonía.

Los padecimientos prevenibles por vacunas "presentan un comportamiento *errático*": mientras tienden a decrecer la tos ferina y el tétanos; han presentado incrementos, en algunos años, la difteria, poliomiélitis y sarampión. Esta última enfermedad provocó una epidemia en 1990, con 16 484 enfermos y 1 474 muertos registrados.²¹ Incluso epidemias "en erradicación", como el paludismo y dengue hemorrágico, elevaron su incidencia.

Específicamente, tan sólo en las primeras 18 semanas (de enero 1 a mayo 4) de 1991, la SSA reportó un total de 817 500 casos de enfermedades diarreicas. Entre ellas destacan: amibiasis, salmonelosis, shigelosis y fiebre tifoidea.⁵⁴ Estos datos precisan la cantidad de mexicanos con el riesgo de contraer cólera.

El hecho de que uno de cada 26 mexicanos adquiera una infección intestinal, resulta no sólo inevitable, sino reducido; al considerar que, según la Comisión Nacional de Agua, 24 millones de mexicanos carecen de agua potable entubada y "algo más del 50% no tienen servicio de alcantarillado".

Esta problemática es particularmente aguda en el campo, donde más del 90% de la población está al margen de tales servicios. Pero incluso en la capital de la República, la ciudad más urbanizada, "viven un millón y medio de personas que carecen totalmente de servicios sanitarios y que practican el fecalismo al aire libre", que unido a las deficiencias en el suministro de agua y disponibilidad de drenaje, exponen al 40% de los capitalinos (3.3 millones de personas) al riesgo de las infecciones gastrointestinales y, entre ellas, al cólera.⁵⁸

Según se ha dicho, esta enfermedad ingresó al país traída por un desconocido narcotraficante sudamericano. Así, el 13 de junio de 1991, se diagnosticó el primer enfermo de cólera *morbus* en San Miguel Totolmaloya, Estado de México. Dos días después, falleció uno de los 27 infectados.

Entre junio 25 y julio 22, se detectaron 50 casos en el Valle de Tula, estado de Hidalgo. Un brote aún peor tuvo lugar en la región Huasteca, entre esa entidad y Veracruz, con 227 enfermos y dos muertos, de julio 7 al 1 de agosto.

A su vez, en la frontera de Chiapas con Guatemala, se registraron 40 casos más y una defunción. También en el mes de julio, otras 58 personas presentaron cólera en Puebla.

A principios de agosto se encontró el primer caso en el Distrito Federal, para llegar a 21 a mediados de septiembre. En este mes, se registraron brotes en Oaxaca, Tabasco y Campeche; hasta alcanzar el total de 806 enfermos y 11 defunciones por cólera en el país.

Las dos terceras partes de los afectados (69%) son hombres, entre 15 y 24 años de edad; y casi el 12% (96 pacientes) debieron ser hospitalizados por su estado de gravedad.

Sin embargo, extraoficialmente se sabe de más casos de cólera en la Huasteca potosina, San Luis Potosí, Zacatecas y Chiapas; por lo que debe ser mayor la casuística que lo aceptado por las autoridades de salud.^{58, 61}

Finalmente, durante octubre los estados de Sonora y Yucatán se unieron a la epidemia; para sumar más de dos mil casos y 23 defunciones nacionales y, por ende, una tasa de letalidad de 1.15%. Por lo demás, si consideramos que sólo uno de cada cuatro infectados por el *Vibrio cholerae* presenta los síntomas del cólera; tales datos indican que por lo menos ocho mil mexicanos han sido portadores de esta bacteria.

Con todo, y aun cuando la epidemia de esta gastroenteritis no ha alcanzado las grandes dimensiones que presenta en Perú, Ecuador o Colombia; México se ubica en el *cuarto* lugar entre los países americanos involucrados en la séptima pandemia de cólera. Sin embargo, esto puede modificarse, puesto que analizamos sólo algunos meses de un proceso que alcanza ya 30 años y, sobre todo, porque aparecen nuevos casos día con día y en más entidades federativas.

Según pronósticos de la SSA, siete entidades más presentan un "alto riesgo de receptividad" al cólera y otras ocho un "mediano riesgo". Empero, el Estado de México, el Distrito Federal y Sonora habían sido considerados como de "bajo riesgo de receptividad".¹

Por otra parte, ¿cuál ha sido la respuesta del Sector Salud frente a ésta y las demás necesidades de atención médica a los mexicanos? Ni adecuada ni suficiente. La política sanitaria realizada por el actual Estado mexicano, ha sido delimitada con toda precisión:

“En el terreno de los servicios de salud de los proyectos neoliberales, tal como se instrumentan en América Latina (con una injerencia determinante de los organismos internacionales, como el FMI y el BID), tienen como ejes centrales: el recorte presupuestario, la focalización de gasto público en los grupos de extrema pobreza, la descentralización y la privatización”.⁶²

En contraste a las reiteradas declaraciones del supuesto carácter prioritario de las necesidades populares y, específicamente, de la atención médica; los presupuestos y gastos realizados en estas áreas se han mantenido por debajo de los mínimos indispensables e incluso, han disminuido considerablemente.

Así, cuando la OMS recomienda que el gasto en salud no sea menor al 5% del producto interno bruto; lejos de alcanzar este porcentaje en México, se redujo del 1.9 al 1.6% durante la década pasada.

En cambio, resulta evidente que para el Estado mexicano la verdadera prioridad es el servicio de la deuda externa e interna; aun a costa de la disminución de recursos financieros para educación, investigación científica, asistencia social, trabajo y previsión social y, por supuesto, atención médica. Esto se evidencia en el gráfico adjunto, en el cual se muestra que, mientras el servicio de la deuda (sobre todo con Estados Unidos) se ha incrementado de *un tercio a dos tercias partes* del gasto público total, entre 1980 y 1989; por el contrario, el gasto en desarrollo social disminuyó del 17.3 al 10.5% y el de salud de 4.7 a 2.7%, en el mismo periodo.

De hecho, “al terminar la década, el presupuesto de todas las instituciones de salud aún era menor que en 1981”. Calculando el gasto per cápita durante los ochentas, las *disminuciones son muy importantes: del 44% en el IMSS e ISSSTE y de 50% en la SSA.*

En consecuencia, “el recorte presupuestario, el autoritarismo, la descalificación del trabajo y las malas condiciones de trabajo, han provocado un marcado deterioro de los servicios de las instituciones de salud”. Esto se advierte cotidianamente en todo el sector de la atención médica; pues aun en la seguridad social, que acapara de dos tercios a tres cuartas partes de los recursos, “a partir de 1986, todos los indicadores de servicios prestados, en relación al número de derechohabientes (como consultas generales y de especialidad, hospitalizaciones, partos, etc.), decaen sistemáticamente”.⁶²

No obstante, la actitud de las autoridades sanitarias de México es de confianza, optimismo y hasta triunfalista respecto al cólera. El Dr. Jesús Kumate, por ejemplo, Secretario de Salud, ha declarado que gracias a la efecti-

vidad de los cordones sanitarios y de los servicios médicos, “los brotes han sido apagados en tres o cuatro semanas”; por lo cual, “el problema del cólera está prácticamente controlado en todo el país”.⁵⁸

Más aún, otro alto funcionario de la SSA ha advertido un efecto positivo como subproducto del combate al cólera: “En comparación con el año pasado, hemos tenido 20% menos diarreas”.⁶¹

Sin embargo, la epidemia sigue propagándose a más entidades y continúa en aumento el número de enfermos y defunciones.

Según advertencia de la OMS, “el control definitivo del cólera sólo se logrará cuando los suministros de agua, el saneamiento y las prácticas de higiene personal sean lo suficientemente seguros para evitar la transmisión del *Vibrio cholerae*”.² Empero, no sólo continúan enormes las carencias en estos aspectos, sino que su desatención y menor apoyo financiero, aseguran su continuidad por muchos años más; incluso considerando la limitada focalización que realiza Pronasol en las manchas de pobreza extrema.

En este sentido, ha resultado relativamente fácil contener los brotes de cólera en sólo 10 o 12 de las 32 entidades de la República Mexicana, y atender a dos mil enfermos. Empero, *todo el país* posee condiciones más que suficientes para desarrollar una epidemia de este tipo. El millón y medio de mexicanos que padecieron alguna enfermedad gastrointestinal el año pasado, sirve de indicador acerca de las dimensiones que puede llegar a adquirir una epidemia generalizada de cólera *morbus*.

Si esta catástrofe llegara a ocurrir, sería muy cuantiosa la mortalidad; puesto que el sector salud no cuenta con los recursos necesarios para atender a toda la población, ni siquiera en condiciones “normales” de salud-enfermedad. ¿Qué será de los 35 millones de mexicanos que en realidad carecen, actualmente, de cualquier tipo de atención médica institucional?

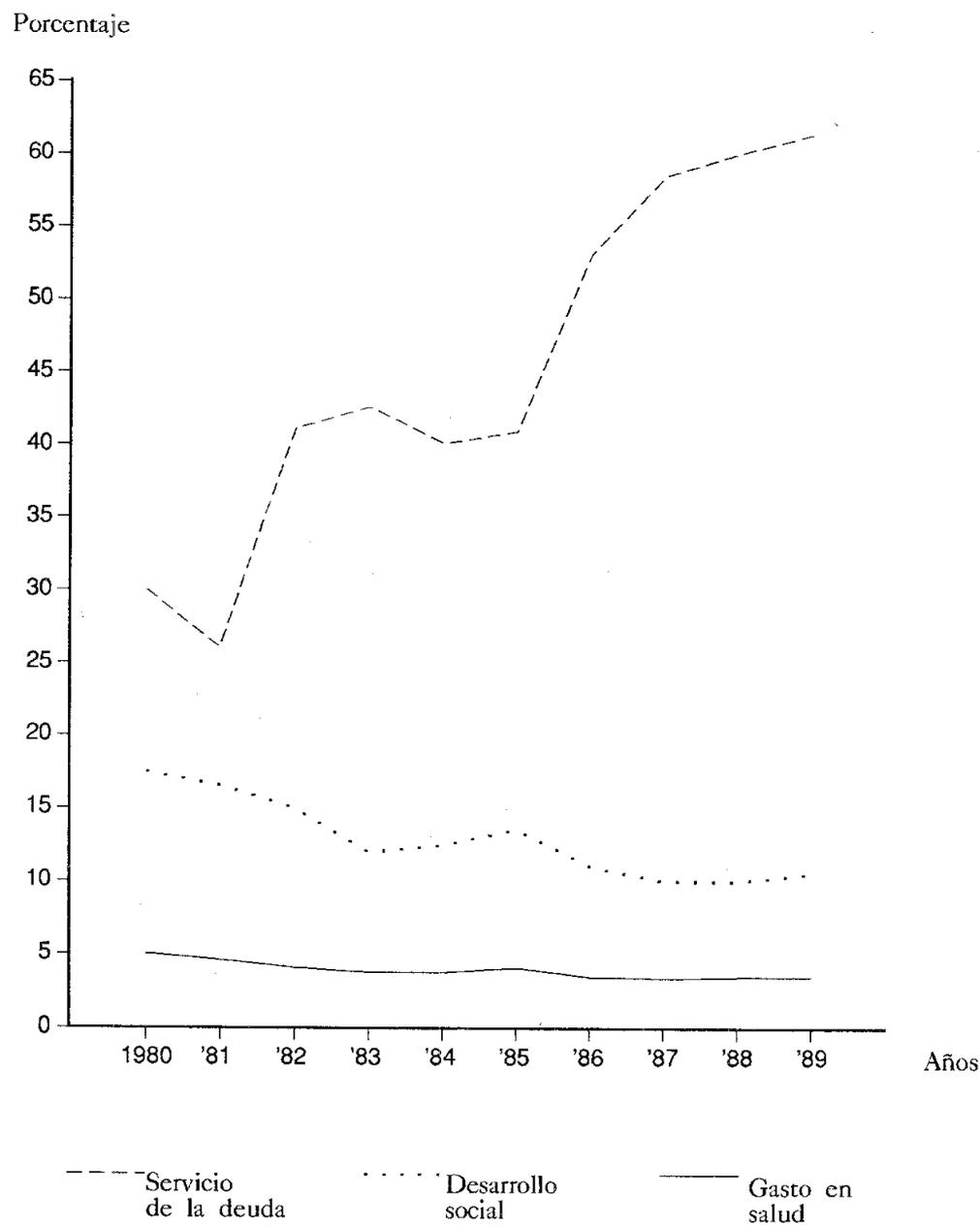
Epílogo

Aun cuando las limitaciones propias de un trabajo aproximativo, como este ensayo, puede mostrarse el carácter *histórico* de las epidemias, en general, y de las pandemias de cólera, en particular. En el fondo de su apariencia biológica y natural, subyace la esencia de los procesos sociales.

Por ello, un conocimiento y una explicación cabales,

GRAFICO 4

Evolución porcentual del gasto público en
Servicio de la deuda, Desarrollo social y
Salud. México, 1980-1989.



Fuente: I Informe de Gobierno.
Poder Ejecutivo Federal, 1989.

objetivas y científicas acerca del cólera *morbus* (o de cualquier otra enfermedad humana), precisan ineludiblemente de la investigación de los factores económicos, sociales, políticos y culturales; ya que son éstos los que definen las circunstancias de cada momento histórico concreto en el que ocurre una epidemia o una pandemia.

Dejar al margen su consideración y limitarse a los aspectos biomédicos, redundaría en un conocimiento no sólo incompleto y sesgado por necesidad, sino carente de esencia puesto que toda epidemia y pandemia constituyen, en efecto, un proceso social e histórico.

Tales razones fundamentan el esfuerzo realizado, con el fin de definir las transformaciones observables a través de las siete pandemias de cólera; así como las circunstancias históricas y los factores sociales que las han determinado. Todo en aras de un conocimiento científico que permita su comprensión, la evaluación de las actividades institucionales realizadas y, principalmente, que oriente el juicio y la acción de los grupos sociales más perjudicados por la enfermedad y la muerte.

Este sentido debe predominar en el análisis de la actual pandemia mundial de cólera: la séptima en la historia, la segunda causada por el imperialismo y la más grande y prolongada de todas.

Aunque hace falta todavía precisar detalles, abundar en la información y demostrar correlaciones; es un hecho indudable que la causa de esta séptima pandemia de cólera radica en las condiciones de vida y sobrevivencia de los pueblos del mundo, originadas o influidas por el factor más sobresaliente y poderoso sobre la humanidad actual: el imperialismo. ¿Podría, acaso, ser de otra manera?

Los sucesos históricos más recientes han consolidado el predominio y hegemonía absolutos del imperialismo en el orbe entero, durante su fase neoliberal. Y las naciones dependientes, controladas y sometidas por Norteamérica, Europa Occidental y Japón, han resentido en todos los aspectos de la vida humana tal supremacía. Salvo en las élites de los otros estados nacionales (los grandes burgueses, los gobernantes y sus corifeos), se han deteriorado gravemente las condiciones de trabajo y de vida de todos los pueblos y países subdesarrollados.

A la correlación entre los imperios, los capitalistas y gobiernos "nacionales", obedecen las deficiencias y carencias absolutas en alimentación, agua potable, vivienda, educación, servicios médicos, saneamiento ambiental, empleo, ingreso, etc.; a pesar de las cuales debe sobrevivir una gran parte de la humanidad y que son causa directa de diversos, cuantiosos y graves daños a la salud. Esta verdad ha sido reconocida hasta por la misma Organiza-

ción Panamericana de la Salud (OPS):

"En el contexto de la crisis económica mundial, gran parte de los países han visto quebradas sus economías y han decidido someterse a procesos de ajuste, que pretenden combatir la inflación y auspiciar el crecimiento, al mismo tiempo que buscan una nueva forma de inserción en la economía internacional... Así, los profundos cambios económicos y político-sociales, ocurridos en los últimos años a nivel internacional y en América Latina en particular, han contribuido a un fuerte deterioro de las condiciones de vida de importantes sectores de la población y a la profundización de las desigualdades, en cuanto a condiciones de vida y salud".

Además, de manera concomitante, "en la mayoría de los países los servicios de salud pública se han deteriorado considerablemente y predomina la tendencia a la reducción del gasto per cápita en salud"⁵¹

Este medio ambiente, con un empeoramiento generalizado de las condiciones de vida, trabajo y salud de las grandes masas humanas que habitan las naciones subdesarrolladas, ha devenido un excelente caldo de cultivo para el *Vibrio cholerae* y ha exacerbado situaciones estructurales más que propicias para la transmisión y expansión del cólera *morbus*.

La séptima pandemia, por ende, no ha sido más que un resultado inevitable y lógico de las repercusiones sociales del imperialismo en su fase neoliberal. Y además de las epidemias sufridas, el cólera se ha tornado endémico en más países y regiones asiáticos, africanos y latinoamericanos. De esta manera, se han diversificado y expandido los reservorios mundiales para la ocurrencia de próximas pandemias.

Frente a tales riesgos y dado que la vacuna actualmente disponible "es ineficaz para prevenir la propagación del cólera"⁶³, no puede ser del todo específica la estrategia para combatirlos. En consecuencia, advierten la OMS y OPS y "considerando que el agua es el vehículo más importante de transmisión del cólera, se deberá hacer todos los esfuerzos para garantizar la pureza del agua potable para beber, cocinar y lavar".⁴ Tal estrategia, por ende, implica mínimamente cinco aspectos indispensables:

- 1) Dotación de agua potable a toda la población.
- 2) Que todas y cada una de las familias cuenten con excusado o letrina séptica.
- 3) Drenaje apropiado y reciclado de las aguas negras para no contaminar el medio ambiente.

4) Información veraz y oportuna y educación popular acerca del cólera y demás enfermedades diarreicas.

5) Servicios médicos completos para toda la población.

Por una parte, serían enormes los beneficios que reportarían estas cinco acciones elementales, a pesar de ser inespecíficas; ya que “el cólera es sólo una de más de 20 enfermedades graves relacionadas con el agua”.⁵²

Empero, por otra parte, los recursos necesarios sólo pueden obtenerse de una reducción a las ganancias del capital y del pago a las onerosas deudas con el imperialismo (así como otras medidas coadyuvantes: abatir la corrupción, abaratar tecnologías, etc.); a fin de que los recursos financieros existentes hoy en día se inviertan para resolver las necesidades más ingentes de la población. Pues, de acuerdo con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud, en su “Carta de Ottawa para la promoción de la salud”:

“La paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social y la equidad, son requisitos fundamentales para la salud”.⁶⁴

Bibliografía

¹ SSA Dirección General de Epidemiología: *El cólera en México*, México, D. F. 1991.

² OPS-OMS: *Pautas para el control del cólera*. Washington, D. C. 1991.

³ ___ *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*. Washington, D. C. 1987.

⁴ ___ *Guías para el control del cólera*. Washington, D. C. 1991.

⁵ ___ *Salud para todos en el año 2000: Estrategias*. Washington, D. C. 1980.

⁶ Marx, Karl. *El Capital*, T.I. Vol. 3 Capítulo XXIV. “La acumulación originaria”: Siglo XXI Editores. México, D.F. 1983.

⁷ Foucault, Michel. “Historia de la medicalización”, *Rev. Educación Médica y Salud*. 11 (1), 1977.

⁸ IMSS. Bustamante, Miguel E.: “La viruela en México, desde su origen hasta su erradicación”, En *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*. T.I., México, D.F. 1982.

⁹ Hernández, R. Rosaura. “Epidemias y calamidades en México prehispánico”. *op. cit.* Ref. 8.

¹⁰ Fernández del Castillo, Francisco. “El tifus en México antes de Zinsser”. *op. cit.* Ref. 8

¹¹ Viesca, T. Carlos. “Hambruna y Epidemias en Anáhuac (1450-1454) en la época de Moctezuma Ilhuicamina”. *op. cit.* Ref. 8

¹² Flores Cano, Enrique y Malvido, Elsa. Prólogo a *op. cit.* Ref. 8

¹³ Bustamante, Miguel E. “Notas sobre enfermedades posthispánicas en México. El Sarampión”. *op. cit.* Ref. 8

¹⁴ Malvido, Elsa. “Efectos de las epidemias y Hambrunas en la población colonial de México.(1519-1810)”. *op. cit.* Ref. 8

¹⁵ ___ “Cronología de epidemias y crisis agrícolas en la época colonial.” *op. cit.* Ref. 8

¹⁶ Ocaranza, Fernando. “Las grandes epidemias del Siglo XVI en la Nueva España”. *op. cit.* Ref. 8

¹⁷ Somolinos D’Ardois, Germán. “Las epidemias en México durante el siglo XVI”. *op. cit.* Ref. 8

¹⁸ ___ “La viruela en la Nueva España”. *op. cit.* Ref. 8.

¹⁹ Furnier, Raoul. “La viruela desde 1520 hasta la expedición de Balmis”. *op. cit.*

²⁰ SSA: “Síntesis de la viruela en la República Mexicana”. *op. cit.* Ref. 8

²¹ ___ *Informe Semanal de la Dirección General de Epidemiología; año 7 Vol. 2 No. 52. 1991.*

²² Hernández, R. Rosaura. *Epidemias novohispanas durante el Siglo XVI. op. cit.* Ref. 8

²³ Semo, Enrique. *Historia del Capitalismo en México. Lecturas mexicanas*, No. 91. SEP-ERA, México D. F. 1987.

²⁴ Marx, Karl. *La Dominación Británica en la India*. En *Obras Escogidas* : T. II. Editorial Progreso, Moscú 1979.

²⁵ Marx, Karl. *op. cit.*

²⁶ A. Efimov, et. al.: *Historia Moderna*, Editorial Grijalvo, México, D.F. 1989.

- ²⁷ Jacques Pirenne: *Historia Universal*. T. IV Editorial Cumbre. México, D.F. 1979.
- ²⁸ Marx, Karl. "Futuros resultados de la dominación británica en la India"; op. cit.
- ²⁹ "Cólera en Perú... América Latina se integra en la enfermedad" Rev. Infectología: Año 11 No. 5. Mayo, 1991.
- ³⁰ Bustamante, Miguel E. "Cronología Epidemiológica Mexicana. En el Siglo XIX"; En *Ensayos sobre la Historia de las Epidemias en México*. T. II IMSS. México, D.F. 1982.
- ³¹ Oliver, Lilia. "La Pandemia del Cólera Morbus. El caso de Guadalajara, Jal. en 1983". op. cit. Ref. 30.
- ³² Sandoval Ruíz, Gustavo "La Enfermedad coleriforme de Chiapas"; En *Op. Cit.* Ref. 30.
- ³³ Cruz, Salvador. "Un curioso impreso sobre el Cólera" (Puebla 1833) En *op. cit.* Ref. 30.
- ³⁴ Herrera, Emilio y Santos, José I. "¿Existe el riesgo de cólera en México?" *Bol. Med. Hospital Infantil*. México. Vol. 48 No. 4, abril, 1991.
- ³⁵ Diario "El Heraldo" de Chihuahua: Lunes 9 de septiembre de 1991.
- ³⁶ Siddique, A.D., et al: "Survival of Classic Cholera in Bangladesh". Rev. *The Lancet*: Vol. 337, Mayo, 1991.
- ³⁷ OPS-OMS: *Pautas para el control del cólera*. Washington, D.C. 1991.
- ³⁸ Ilich Ulianov, Vladimir. *El imperialismo, fase superior del capitalismo*. Ediciones en lenguas extranjeras. Pekin 1972.
- ³⁹ Karl Marx: *El Capital*. T.I. Vol. 3. Siglo XXI Editores. México, D.F. 1983.
- ⁴⁰ Laurell, Asa Cristina. "Crisis y Salud en América Latina". Cuadernos Políticos No. 33. México, D.F. 1982.
- ⁴¹ Mandel, Ernest. *La crisis 1974-1980*; Editorial Era, México, D.F., 1980.
- ⁴² Diario "El Heraldo" de Chihuahua: Lunes 23 de septiembre de 1991.
- ⁴³ Castro, Fidel. *La crisis económica y social del mundo. Informe a la VII Cumbre de los Países No Alineados*. México, D.F., Siglo XXI Editores. 1983.
- ⁴⁴ ONU. *Informe Económico Mundial. 1981-1982*. New York, 1983.
- ⁴⁵ Borini, Leopoldo M. "Tecnología Médica y Dependencia". *Cuadernos Médico-Sociales No. 41, Argentina, 1987*.
- ⁴⁶ FAO. "Situación y perspectivas de los productos básicos". New York, 1985.
- ⁴⁷ OPS-OMS. *Las Condiciones de Salud en las Américas 1981-1984*; Vol. I, Washington, D.C. 1986.
- ⁴⁸ OPS. Epidemia de Cólera en el Perú y pautas para su control. *Bol. Of Sanit Panam*: 110 (4) 1991.
- ⁴⁹ "Cholera" *British Medical Journal*. (Editorial). London, Saturday 4 of May 1991.
- ⁵⁰ "El Cólera ha matado a más de 15 mil personas en 1991" Diario "El Heraldo" de Chihuahua: Octubre 31 de 1991.
- ⁵¹ OPS. "La Mortalidad por Enfermedades Infecciosas Intestinales en América Latina y el Caribe, en el periodo 1965-1990". *Boletín Epidemiológico*; Vol. 12, Noviembre 3, 1991.
- ⁵² OPS. "Condiciones de Salud Ambiental y la Vulnerabilidad al Cólera en América Latina y el Caribe". *Boletín Epidemiológico*; Vol. 12, No. 2, 1991.
- ⁵³ OPS. "Situación del Cólera". *Bol. Of Sanit Panam* 111 (1), 1991.
- ⁵⁴ SSA. "Cólera/Diarreas infecciosas". *Bol. Quincenal*: Año-I. No. 2, Mayo 24 de 1991.
- ⁵⁵ OPS-OMS. "Cólera en Las Américas". *Boletín Informativo PAI*; Año XIII, No. 1, Febrero, 1991.
- ⁵⁶ "La mortalidad por cólera en Centroamérica, tres veces la normal". Diario "La Jornada": Octubre 11 de 1991.
- ⁵⁷ OPS-Ministerio de Salud de Perú: "La epidemia de cólera en Perú". *Boletín Epidemiológico*: 12 (1) 27, 1991.
- ⁵⁸ "Cólera por dondequiera". "Proceso" No. 776; Septiembre 16 de 1991.
- ⁵⁹ Pronasol: *Combate a la Pobreza. Lineamientos Programáticos*. México, D.F. 1990.

⁶⁰ Blanco, José y López, Oliva: "De la transición Epidemiológica a la Epidemiología de la Crisis". En: *Política Sanitaria Mexicana en los ochentas*. Fin de Siglo Editores. México, D.F. 1991.

⁶¹ "Cólera, mensajero de la muerte". Revista *Epoca*: Agosto 19 de 1991.

⁶² Laurell, Asa Cristina : *La Política Social en la Crisis: Una alternativa para el Sector Salud*. Documentos de Tra-

bajo, No. 27 de la Fundación Friedrich Ebert; México, D.F. 1991.

⁶³ OPS: "Evaluación de las Vacunas contra el Cólera". *Bol. Epid.* Vol. 12, no. 2, 1991.

⁶⁴ OMS: *Carta de Ottawa para la promoción de la Salud*, Ottawa, Noviembre 1986.

