

**Historia social urbana.
Espacios y flujos**

Eduardo Kingman Garcés, compilador

Historia social urbana. Espacios y flujos



FLACSO
ECUADOR



Ministerio
de Cultura

Índice

© De la presente edición:

FLACSO, Sede Ecuador
La Pradera E7-174 y Diego de Almagro
Quito-Ecuador
Telf.: (593-2) 323 8888
Fax: (593-2) 3237960
www.flacso.org.ec

Ministerio de Cultura del Ecuador
Avenida Colón y Juan León Mera
Quito-Ecuador
Telf.: (593-2) 2903 763
www.ministeriodecultura.gov.ec

ISBN: 978-9978-67-191-7
Cuidado de la edición: Bolívar Lucio
Diseño de portada e interiores: Antonio Mena
Imprenta: Crearimagen
Quito, Ecuador, 2009
1ª. edición: enero, 2009

Presentación	9
Estudio introductorio	
Lo urbano, lo social: la historia social urbana	11
<i>Eduardo Kingman</i>	
CIUDAD Y POBLACIÓN EN LA COLONIA	
Ciudad de la Santísima Trinidad y Puerto de Nuestra Señora de los Buenos Ayres: construcción del espacio urbano y social (1580-1617)	37
<i>Araceli de Vera de Saporiti y Gabriela de las Mercedes Quiroga</i>	
Notas para el análisis de los hogares del Buenos Aires colonial: el padrón de 1744	57
<i>Sandra Olivero y Antonio Irigoyen</i>	
Vivir para morir en el hábito de San Francisco	89
<i>Carmen Sevilla Larrea</i>	
La construcción de puentes en las ciudades latinoamericanas	101
<i>Dirk Bühler</i>	

ESCENAS E IMAGINARIOS URBANAS

Identidad colectiva y cronotopos del Quito de comienzos del Siglo XX	125
<i>Ernesto Capello</i>	
Cenas urbanas: conflitos, resistências e conciliações no processo de modernização da cidade do Recife/Brasil nos anos 1920	139
<i>Sylvia Costa Couceiro</i>	
“Em nome da cidade”: modernização, história e cultura urbana em Câmara Cascudo nos anos 1920	155
<i>Angela Lúcia Ferreira e George A. F. Dantas</i>	
Los Bandos de Buen Gobierno y el ordenamiento de la vida urbana en Mérida, Venezuela: 1770-1810	173
<i>Edda O. Samudio A</i>	

ORDEN URBANO, POLÍTICAS POBLACIONALES, DISCIPLINAMIENTO

Ordenação Urbana: As transformações espaciais da República brasileira	189
<i>Valéria Eugênia Garcia e Maria Angela P. C. S. Bortolucci</i>	
Cárcel y sociedad en América Latina: 1800-1940	209
<i>Carlos Aguirre</i>	
Cólera y Dengue en Lima al final del siglo XX y comienzos del XXI: salud y la cultura de la sobrevivencia	253
<i>Marcos Cueto</i>	
Beneficencia pública y privada en Orizaba, Veracruz, 1873-1911	273
<i>Hubonor Ayala Flores</i>	

SECTORES SUBALTERNOS, CIUDADANÍA Y EXCLUSIÓN

Más allá de lo mestizo, más allá de lo aymara: organización y representaciones de clase y etnicidad en el comercio callejero en la ciudad de La Paz	293
<i>Rossana Barragán</i>	
Orígenes de una Democracia Corporativa: estrategias para la ciudadanización del campesinado indígena, partidos políticos y reforma territorial en Ecuador (1925-1944)	323
<i>Valeria Coronel</i>	
Apuntes para una historia del gremio de albañiles de Quito. La ciudad vista desde los otros	365
<i>Eduardo Kingman Garcés</i>	

Cólera y dengue en Lima al final del siglo XX y comienzos del XXI: salud y la *cultura de la sobrevivencia*

Marcos Cueto*

Las epidemias –de cólera de 1991 y la de dengue de 2005– que azotaron, con diferente intensidad, a los pobladores de los barrios más pobres de Lima; tienen semejanzas y diferencias desde un punto de vista sanitario, social y político. Revelan, además, un patrón de la salud pública propio del Perú y de otros países Latinoamericanos que quiero resumir en el término *cultura de la sobrevivencia*¹.

La semejanza principal es que su causa social principal estuvo en las precarias condiciones de vida de la población de menores recursos económicos, empeoradas después de los programas de ajuste estructural neoliberal y las políticas económicas de igual signo aplicados por el gobierno de Alberto Fujimori. A esto se suma la continuidad del mismo rumbo en las políticas económicas durante el gobierno de Alejandro Toledo (Quijano, 2002: 71-82; Ballón Echegaray, 2002).

El ajuste de Fujimori y la política económica de Toledo, aparentemente, son diferentes porque emanaban de gobiernos autoritarios y democráticos; pero tuvieron en común el recorte de los gastos sociales que dejaron con pocos recursos los servicios sociales de salud y el cuestionamiento tácito de la salud como un derecho de los ciudadanos a través de una serie de medidas, como la privatización de parte de los servicios sanitarios y el

* Universidad Peruana Cayetano Heredia/Instituto de Estudios Peruanos

1 Una primera discusión del término aparece en Marcos Cueto, *Cold War, Deadly Fevers, Malaria Eradication in Mexico 1955-1971* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007).

cobro parcial de los servicios médicos públicos. A esto se sumó, en el caso de Toledo, la falta de rumbo con respecto a las políticas estatales de salud, que permitió que se apoderaran temporalmente del Ministerio de Salud grupos católicos extremistas que produjeron serios retrocesos en una serie de áreas como la salud sexual y reproductiva, lo que indicaba que la salud no era una prioridad del Gobierno (Coe, 2004: 56-69; Miranda y Yamin, 2004: 68-69).

Asimismo, otra semejanza de ambas epidemias es que los líderes de los trabajadores de salud, absorbidos por la tarea humanitaria de salvar vidas, no tuvieron la visión de lanzar una campaña política que modificase los condicionantes sociales de la salud que retroalimentaban el círculo vicioso entre enfermedad y pobreza (de los que la mayoría de ellos eran conscientes); en cambio, circunscribieron su acción a medidas paliativas. Es importante destacar que entre los principales condicionantes sociales destacaban el agravamiento de la miseria y la ausencia, precariedad o mala distribución de los sistemas de abastecimiento de agua potable para la población urbana más pobre, así como de los servicios higiénicos y desagüe. Según un estudio, la pobreza extrema se mantuvo relativamente estable a comienzos del siglo XXI y se concentró y aumentó en Lima Metropolitana (Instituto Cuando, 2001).

En medio de difíciles condiciones contextuales, médicos y trabajadores de salud llevaron adelante su trabajo con valor y devoción, aliviando el dolor y postergando la muerte, sabiendo muchas veces que su labor era sobrepasada por las condiciones sociales que reproducen la enfermedad. A pesar de sus valiosos esfuerzos, las epidemias del cólera y del dengue fueron oportunidades perdidas para remontar el patrón de urbanización sin infraestructura sanitaria que ha caracterizado el desarrollo de Lima en el siglo XX y que se acentuó con los gobiernos de Fujimori y Toledo.

Entre las diferencias de estas dos epidemias están que el cólera –que afectó a muchas más personas que el dengue– se convirtió rápidamente en una tragedia humana y periodística y se difundió desde el Perú al resto del continente. En el caso del dengue, en gran parte porque por número “limitado” de casos, la percepción fue la de una dolencia “importada” porque precedieron epidemias en otros países de la región y por el marcado subregistro epidemiológico. El escándalo periodístico, en este caso,

fue de menor proporción y por consiguiente la “urgencia” política menos intensa.

Al final de las dos epidemias, muchos médicos peruanos mostraron con orgullo su capacidad de intervenir y controlar los peores estragos de enfermedades que aparentaban ser aún más terribles de lo que fueron, y que al hacerlo habrían evitado una tasa de mortalidad mayor a la esperada. Es indudable que salvaron muchas vidas y este fue un logro humanitario notable. Sin embargo, fue claro que en ambos casos este logro se fundó, sobretodo, en el uso creativo de tecnologías, en el voluntarismo y en la horizontalización de la intervención sanitaria: medidas hechas como alternativa a programas verticales y autoritarios dirigidos por expertos sanitarios que dirigían a la población.

Sin embargo –y este es el argumento central de este trabajo–, las epidemias no fueron oportunidades perdidas para la instrumentalización neoliberal y asistencialista que se quería dar a la salud pública por parte del Estado con las reformas neoliberales². Esta instrumentalización implicó la generalización de la indolencia ante el deterioro de las condiciones de salud, la sensación de que el Estado era impotente para tratar de resolver los problemas de fondo que estas implicaban y la banalización de la enfermedad desde el poder y los medios de comunicación. Ello provocó soluciones oficiales temporales y asistenciales y el acentuamiento de la discriminación, el estigma y la culpabilización de las víctimas de las epidemias (enfermos, pobres o sectores marginados de la sociedad) como los responsables de la misma, por persistir en estilos de vida antihigiénicos.

A diferencia de lo que sostienen otros autores que piensan que desde los años cuarenta los Estados latinoamericanos, incluido el peruano, quisieron crear una suerte de estado de bienestar pero nunca pudieron alcanzarlo; considero que la sanidad estatal, inclusive en las ciudades, se acomodó a soluciones temporales y culpabilizó a las víctimas, eludiendo sus

2 Con respecto a las reformas neoliberales de salud, véase Homedes y Ugalde, “Why neoliberal health reforms have failed in Latin America,” *Health Policy*, 71:1 (2005): 83-96 y Anne Emmanuelle Birn, “Federalist flirtations: the politics and execution of health services decentralization for the uninsured population in Mexico, 1985-1995,” *Journal of Public Health Policy* 20:1 (1999): 81-108.

responsabilidades con la solución de los determinantes sociales de la enfermedad³.

Historias “naturales” del cólera y el dengue

El cólera, una enfermedad diarreica aguda producida por el *Vibrio Cholera*, se desató en febrero de 1991 casi simultáneamente en las ciudades de Chancay, Chimbote y Lima; pero abarcó a casi todo el país en poco tiempo⁴. Esta era una enfermedad que, literalmente, sorprendió a los peruanos ya que no se producían casos desde mediados del siglo XIX. En casos graves no tratados, la pérdida rápida de líquidos corporales lleva a vómitos, entumecimiento de las piernas, deshidratación severa y la prostración. Sin tratamiento adecuado, puede ocurrir la muerte en cuestión de algunas horas. En la epidemia de 1991, en total se produjeron poco más de 320 000 enfermos a nivel nacional de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), lo que equivalía al uno por ciento de la población total. Se usó la denominación de EDA como un eufemismo médico, en parte, porque parecía atenuar el dramatismo que evocaba el término *cólera* y, sobretudo, porque era imposible comprobar en un laboratorio si todos los casos de diarreas que llegaban a la emergencia de los hospitales eran portadores del *Vibrio Cholera* (Cueto, 2003: 268-289).

La forma fundamental de transmisión de esta enfermedad era la infección fecal-oral que se producía por alimentos y agua contaminada (*Journal of the American Medical Association*, 1991). Ello reveló no solo a los pésimos sistemas de agua y desagüe urbano en las zonas de ingresos más bajos, sino patrones de cultivos de hortalizas y otros productos vegetales en los alrededores de Lima que eran regados con aguas servidas. Los agricultores estaban convencidos que de esta manera se ahorraban fertilizantes y sus productos crecían mejor.

3 Sobre la atribución de culpa a grupos marginales o discriminados existe el estupendo trabajo de Charles L. Briggs y Clara Mantini-Briggs. *Stories in the Time of Cholera: Racial Profiling During a Medical Nightmare* (Berkeley: U. of California Press, 2003).

4 Una historia y una explicación de la enfermedad aparecen en Robert Pollitzer, 1959. Robert V. Tauxe, (1995: 141-146). Una cronología de la enfermedad en el Perú aparece en Carlos Reyna y Antonio Zapata, *Crónica sobre el cólera en el Perú* (1991).

Un resultado de esta epidemia fue la intensificación de la culpabilización de las víctimas. “Los sucios” fueron presentados por el Gobierno de Fujimori como los que tenían un estilo de vida insalubre, pero un estilo elegido por ellos mismos y que habían contribuido decisivamente con la epidemia. Asimismo, un barco asiático con tripulantes enfermos de cólera que arrojaban sus desechos al mar y que pescó cerca de Lima fue presentado en varios medios de comunicación como el origen de la epidemia. Los trabajadores de salud recurrieron al uso de Sales de Rehidratación Oral (un sobre de bajo costo cuyo contenido, disuelto en agua, se bebe para atenuar la deshidratación) y de la tetraciclina (un antibiótico para varias infecciones) para aliviar y salvar a los enfermos. Sin embargo, esto no evitó que una enfermedad, que no existía en el Perú, se volviese endémica y que la diarrea fuese para los niños pobres un acontecimiento por el que tenían que pasar unas 12 veces cada año; es decir, casi una vez al mes (Cieza, 1991: 68-69).

El dengue común o dengue clásico, también conocido como la “fiebre rompe huesos” (el otro tipo menos generalizado pero más letal fue el dengue hemorrágico), es una enfermedad producida por un virus (que tiene cuatro serotipos) y caracterizada por una fiebre aguda, intensos dolores en las articulaciones, en los músculos, de cabeza y en los ojos, sensación de mareos y vómitos; síntomas que comienzan repentinamente y que duran generalmente una semana. Su carácter sorpresivo y dramático se agrava por síntomas como la falta de apetito y erupciones en la piel. En cualquier momento de la fase febril los casos graves producen hemorragias por la nariz, las encías e intestinos que dependiendo del virus pueden ser o no intensas y llevan al enfermo a un estado de *shock* que, en el caso del dengue hemorrágico, es mortal si el paciente no recibe tratamiento inmediato; es decir, entre las primeras 12 y 24 horas de haber contraído la enfermedad. El dengue es una enfermedad que cuando se presenta en forma de una epidemia adquiere carácter “explosivo”.

Algo que tenían en común con el cólera fue que las soluciones tecnológicas fáciles no funcionaban. No existía una vacuna o las medidas preventivas eran generalmente paliativas y el auto-tratamiento podía ser peligroso e ir contra la sabiduría popular. La administración de aspirinas, por ejemplo, usadas generalmente por la población contra las fiebres, era con-

traproducente: solo la administración de paracetamol aliviaba los síntomas de los enfermos (Organización Panamericana de la Salud, 1995). En parte por la inexistencia de una vacuna, los determinantes sociales de la enfermedad se hicieron más evidentes.

Es importante mencionar que, en los años veinte, una vigorosa campaña de la Fundación Rockefeller eliminó el mosquito *Aedes aegypti* de la costa peruana. Este era el más conocido transmisor de la fiebre amarilla y es el mismo vector que transmite el dengue, pues las hembras de este mosquito se alimentan, principalmente, de sangre humana o de animales domésticos (Cueto, 1992: 1-22).⁵ A pesar de que el mosquito se refugió en zonas de la Amazonía, el Perú y la Oficina Sanitaria Panamericana, llevaron adelante entusiastas campañas de erradicación y, en 1958, el Perú declaró erradicado el *Aedes aegypti*. Sin embargo, en las décadas siguientes se deterioraron tanto las campañas de control vectorial como el sistema de vigilancia epidemiológica (en 1964 simplemente se suspendieron las campañas de control del *Aedes aegypti*) y se estima que la enfermedad fue fácilmente confundida por médicos por otras de síntomas algo similares como la rubéola, el sarampión, la gripe, la hepatitis, la leptospirosis, y la malaria (Casapia Morales y Vásquez, 2000).

En 1984, el mosquito fue detectado nuevamente en la ciudad amazónica de Iquitos, una ciudad de aproximadamente 300 000 habitantes (Baisley, 2001: 212-218). Esto fue también resultado de las limitaciones del Estado peruano, con un sistema de salud y vigilancia epidemiológica destrozados por la crisis económica y política de los años del conflicto armado interno (la hiperinflación y la lucha entre el Ejército y Sendero Luminoso). Muchos expertos explicaron su reaparición como uno de los efectos negativos del narcotráfico. Según esta explicación las avionetas colombianas que venían a recoger la pasta básica de cocaína de la Amazonía peruana, habían estado antes en el Caribe donde la enfermedad era endémica y trajeron seres humanos portadores y el mosquito *Aedes aegypti*.

Posteriormente, esta explicación fue ampliada para explicar aparición de la enfermedad en la costa: los migrantes campesinos de la costa norte

5 Sobre la eliminación y regreso del *Aedes aegypti*, véase Brés, 1986.

que viajaban en las temporadas de siembra y cosecha a las plantaciones de coca de la Amazonía. Otra explicación, a la que apeló el Ministerio de Salud en distintos momentos, fue que Ecuador era el origen de la llegada de la enfermedad en el Perú, ya que en ese país se produjeron los primeros casos de dengue y existía una vieja historia que se remonta al período colonial de una retroalimentación de reinfecciones entre los puertos de Paita y Guayaquil. Es interesante notar que, a mediados de los ochenta, es decir durante los años de mayor crisis económica y promoción de reformas neoliberales, buena parte de los países sudamericanos, incluyendo Venezuela, Argentina y Brasil, se reinfestaron de *Aedes aegypti* o tuvieron casos de dengue (Pan American Health Organization, 1994).

Entre Marzo y Julio de 1990 se registraron los primeros casos de dengue clásico, es decir no hemorrágico, en Iquitos, en la ciudad de Tarapoto (ubicada en el departamento amazónico de San Martín) y en otras localidades de la selva donde la mayoría de la población conseguía el agua que necesitaba del río, en donde se formaban charcas y pozas que criaban al mosquito. La cifra oficial de casos es impresionante: más de mil personas afectadas. Asimismo, estos eventos demostraron que no debería considerarse una enfermedad “importada”, sino que existía lo que los epidemiólogos llaman una transmisión “autóctona” (Center for Disease Control, 1991: 145-147)⁶. Sin embargo, no hubo pronta respuesta del Estado para contener este o los siguientes brotes de dengue y en 1995 reapareció en Iquitos y en Pucallpa (también en la Amazonía).

Una novedad que ocurrió en ese año es la enfermedad llegó a tres ciudades de la costa norte: Tumbes, Máncora y Los Órganos (Casapia Morales y Vásquez, 2000; Cabezas, 2005: 212-228). En años posteriores, ocurrieron otros casos de la enfermedad en ciudades de la costa peruana, más cerca de Lima que las anteriores, como varios centros urbanos de Trujillo. Para el año 2001, el *Aedes aegypti* se encontraba distribuido en 174 806 km², es decir en zonas donde vivía expuesta 13% de la población peruana. Preocupante también fue el hecho que un año antes se ha-

6 Esta fue la primera vez que se confirmaron los casos con pruebas de laboratorio. Otro trabajo al respecto es I. Phillips, J. Need, J. Escamilla, E. Colan, S. Sánchez, M. Rodríguez, L. Vásquez, J. Seminario, T. Betz, A. Rosa, “First documented outbreak of dengue in the Peruvian Amazon region,” *Bulletin of the Pan American Health Organization* 26: 3 (1992): 201-207.

bía identificado el mosquito transmisor del dengue en 9 localidades de la ciudad Lima, en 3 distritos distintos (Casapia Morales y Vásquez, 2000; Cáceres, 2001: 657-658).

Una manera oficial de minimizar el problema fue decir que en el Perú solo existía la forma más leve de la enfermedad; es decir, el dengue clásico que generalmente no mataba y no la forma más intensa que era el dengue hemorrágico, típico del Caribe (Ministerio de Salud, 1996: 6). Es necesario mencionar que la primera epidemia de gran magnitud de este tipo de la enfermedad ocurrió en Cuba, en 1981, con más de 344 000 casos. Muchos la consideraron un evento aislado, hasta que pocos años después ocurrió una similar en Venezuela (de hecho los casos en Iquitos, en 1990, se los relacionó con el fin de una epidemia en ese país)⁷. Sin embargo, esta argumentación se empezó a venir abajo cuando solo entre los años 1992 y 1997 la OPS registro más de 10 000 casos de dengue hemorrágico en varios países de América Latina (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

El Perú no se quedó atrás. En 2001, aparecieron los primeros casos de dengue hemorrágico en la Amazonía peruana (250 personas infectadas confirmadas con pruebas de laboratorio) y se halló los 4 serotipos de la enfermedad (Anaya, 2002: 171-180). Es importante mencionar que el haber sufrido de uno de los tipos de esta enfermedad, por ejemplo dengue clásico, creaba inmunidad solo contra esa forma de la enfermedad; alguien que había tenido dengue clásico podía caer enfermo de dengue hemorrágico.

Entre enero y mayo de 2005 se registraron oficialmente 9 000 casos de dengue en el Perú. De ellos, más de 118 habían ocurrido en Lima y estaban reconfirmados con pruebas de laboratorio. La estacionalidad es importante porque durante el verano el incremento de temperatura acelera el ciclo reproductivo del *Aedes aegypti*. La mayoría de casos se habían producido en los populosos distritos de Comas, considerado el segundo distrito más poblado del país y el más afectado por el dengue y otros doce distritos del cono norte de la ciudad, en los que se había detectado la presencia del *Aedes aegypti*. En estos distritos, donde vive cerca de una cuarta

7 Webb, 1992.

parte de la ciudad, o más de millón y medio de habitantes, la población pobre vive en las laderas de los cerros, en terrenos eriazos, suelo rocosos arenoso y de pendiente elevada. Ahí no existen servicios básicos de higiene como desagüe, existen unas cuantas cisternas de agua y la mayoría tiene que comprar el agua de camiones que no dan ninguna garantía de higiene (Núñez Ato y Valvidia Fernández, 2006: 107-122). La inexistencia de desagües y de fosas sépticas y adecuados pozos negros para los desechos humanos, creaban otra oportunidad para el *Aedes aegypti* de establecer criaderos.

En Lima sin embargo, donde existían recursos para estimar los casos no registrados –pero no necesariamente para examinar la sangre de todos los casos sospechosos–, se calculaba que por cada caso oficialmente localizado, debía haber habido 10 individuos que debían ser considerados parte de un subregistro más cercano a la realidad. Por ello es razonable pensar que, en el 2005, se produjeron entre 1 000 y 1 200 casos de dengue solo en Lima⁸. Igualmente grave era la alarmante percepción periodística y de algunos sectores médicos (como Luis Suárez de la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud) que inicialmente vaticinaron un riesgo de 40 000 casos solo en el cono norte de Lima⁹.

Sin embargo, la respuesta del Estado fue la de no reconocer plenamente el problema; es decir, no reconocer el hecho como una epidemia, sino enfatizar que era un brote focalizado y controlable, no hacer campañas masivas en los medios de comunicación para no alarmar a la población y en cambio minimizar y aprovechar el número limitado de casos “oficiales” que se registraron para banalizar el peligro de la enfermedad. Por ejemplo, según el Ministerio de Salud se descartó que el dengue se pudiese extender a otros distritos de Lima que no fuesen Comas, a pesar de la demanda de otros distritos populares de protegerse de este peligro¹⁰. El mismo doctor Suárez, que pocos días antes había pronosticado la posibilidad de 40 000 casos en Lima, se desdijo al afirmar en el periódico más

8 *El Comercio* (2005c). Esta cifra fue proporcionada por la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

9 *La República* (2005).

10 *El Comercio* (2005b).

importante y “respetable” del país que no había una situación de emergencia¹¹.

Asimismo, se hicieron actos simbólicos y paliativos –como la revisión de los contenedores de agua doméstica, tanques, cilindros, tinajas, cántaros o recipientes naturales cerca de viviendas humanas para limpiarlos de larvas; el reparto de larvicidas en los contenedores de agua o bebederos de agua de animales como perros, gatos y pollos; así como en los reservorios naturales del vector como las oquedades en los árboles o los charcos en los jardines; se recogió además latas, botellas, llantas usadas (o neumáticos de automóviles), plásticos y otros “inservibles”, en los que también se criaban las larvas. No obstante, la fumigación, que en realidad solo servía para eliminar a los mosquitos adultos en el momento de esta operación, no tenía efectos residuales ni hubo coordinación entre los hospitales de la zona. Estas actividades fueron acompañadas por otras voluntaristas como el enfatizar la información y educación de la población para que controlen ellos mismos los mosquitos y las larvas; a través por ejemplo de tapar los contenedores de agua local o limpiar sus floreros. Además las autoridades sanitarias contaron con el apoyo de la Municipalidad de Lima y las municipalidades distritales (Pan American Health Organization, 2000).

Los mismos medios de comunicación contribuyeron para trasladar la responsabilidad a los pobladores, sugiriendo que con poco o ningún gasto las familias podían prevenir el dengue y magnificaron la importancia de los contenedores de agua sobre otros aspectos sociales. Pocas veces se cuestionaba las condiciones de pobreza que llevaban a la proliferación de este tipo de reservorios en algunas zonas de la ciudad. El artículo de un diario local concluía diciendo que “Lo más saludable sería que los pobladores sepan protegerse del mosquito antes que convivir con los efectos de su picadura”¹². Asimismo, la siguiente cita de un periódico describía exageradamente el contenido de un recipiente de agua en una zona de Comas (que a la vez ilustra las precarias concisiones en que era conservado el líquido elemento).

11 *El Comercio* (2005). En el mismo sentido esta escrito el artículo: “Especialistas descartan epidemia del mortal dengue hemorrágico en Lima,” *La República*, 2005e.

12 *La República*, 2005b.

Los tanques de agua en estas zonas no son fuentes de vida sino de enfermedades. La mayoría están semicubiertas con tablas astilladas o costales que están asegurados por piedras. Adentro la imagen es peor: el agua tiene un color verdoso y esta repleta de residuos plásticos, de madera y de larvas flotantes. En estas condiciones, los huevos del *Aedes aegypti* se multiplican a cada hora y con cada gota hasta llegar a la etapa de insecto adulto¹³.

Determinantes sociales

El cólera y el dengue eran desastres esperando ocurrir. Ambas revelan la ausencia de agua potable en cantidad suficiente, la falta de sistemas adecuados para la eliminación de excretas, la contaminación de bebidas y alimentos y otros determinantes sociales de enfermedades infecciosas especialmente intensos en las ciudades. Las enfermedades diarreicas (como la gastroenteritis, la disentería y la fiebre tifoidea), cuyas causas ambientales son parecidas a las del cólera, han sido desde los años setenta, junto con las enfermedades respiratorias, las principales causas de enfermedad y mortalidad infantil de los menores de 5 años en Lima (Webb, 1992). En 1988, solo el 55% de la población tenía acceso a agua potable y el 41% a sistemas de alcantarillado (en las zonas rurales 22 y 16 por ciento respectivamente).

El cólera reveló los peligrosos grados de contaminación del agua vendida en las zonas urbano-marginales de la ciudad y la contaminación del agua por el desagüe en varios distritos, debido a la precariedad de los sistemas de infraestructura sanitaria y baja policía. Asimismo, reveló el envenenamiento de peces en la bahía de Lima, ya que las aguas servidas de la ciudad son arrojadas al mar a través de tres colectores ubicados en las playas aledañas a viviendas que los centros de pesca artesanal recogen para proveer el pescado que se utiliza crudo en los ceviches (Gotuzzo, 1991: 105-107; Brandling-Bennet, Glass y Liberl, 1992). En muchos distritos medios y pobres de la ciudad, que contaban con conexiones de agua inadecuadas, era necesario almacenarla ya que el abastecimiento era insuficiente; es decir, la recibían apenas por algunas horas al día.

13 *La República*, 2005c.

En el caso del dengue la enfermedad se debía al incremento de la miseria y también a los pésimos sistemas de agua de uso doméstico que obligaba a los moradores urbanos a conservarla en reservorios domésticos precarios y contaminados. A ello se sumaban las precarias condiciones de vivienda en lugres como Comas con dormitorios y ventanas sin la protección de telas metálicas ni mosquiteros y en las que predominaban los pisos de tierra. Por otra parte, el incremento de la migración hacia Lima de campesinos y pobladores de áreas contaminadas por el dengue, recalaba generalmente en Comas y otros distritos de la zona norte, con débiles redes familiares que los apoyen en caso de enfermedad. Estos campesinos llegaban del norte del país a una estación limeña de bus, llamada Fiori, donde no existe ningún control sanitario.

El género y la edad fue otro determinante social del dengue ya que eran las mujeres y los niños, los que generalmente tenían mayor riesgo de contraer la enfermedad por estar mayor tiempo de contacto con los mosquitos que se encontraban en el entorno de la casa.¹⁴ Asimismo, otro determinante social del dengue fue la existencia del cementerio “ilegal” El Madrigal en Comas; este, como otros cementerios de las zonas populares, no tenía personal que lo cuidase frecuentemente, por lo que en los floreros y macetas se criaban sin mayores problemas las larvas de los mosquitos.

Finalmente, en Comas existen barrios donde simplemente no existe ni la policía ni menos un puesto de salud. El tono resentido del testimonio de una mujer de la que se decía tener dengue fue dramático y revelador: “Acá en el cerro no tenemos agua ni desagüe y jamás ha venido un médico a ver como vivimos”¹⁵. Existió la denuncia de trabajadores de salud de no poder ingresar a zonas amagadas por el dengue por haber sido ellos atacados en varias ocasiones; inclusive “víctimas de intento de robo por delincuentes.” Una evidencia que, para los así llamados “delincuentes”, las prioridades del Estado debían ser otras, está ilustrada en una narración periodística, que a su vez revela el prejuicio con que eran vistos los secto-

14 De hecho un estudio de 2002 hecho en la ciudad de Trujillo, encontró que el mayor porcentaje de casos de dengue (64%) registró mujeres de las cuales la mayoría eran amas de casa. Alcides Otiniano-Oyola y Luis Uribe-Urbe, “Segundo brote de dengue en Trujillo: Estudio socioepidemiológico, 2002.

15 *La República*, 2005d.

res más marginales de Lima. Fue descrita por un periodista que visitó una de las zonas donde se combinaban el dengue y la “delincuencia”:

“Un hombre que portaba un fierro reclamaba con voz de ropavejero al personal del MINSA [Ministerio de Salud] que ya no siguieran echando larvicidas a los tanques, sino que repartieran medicinas y alimentos para los niños. Mientras él hacía este show, otro hombre miraba fijamente la cámara de nuestro reportero.”¹⁶

Es importante recordar que la delincuencia está asociada a la pobreza y el subempleo; algo que indudablemente ocurría en Comas. Inclusive la pobreza tenía que ver con el almacenamiento de los así llamados “inserviles” (llantas y plásticos viejos), en los que se criaba el mosquito. Inicialmente se creía que estos materiales no se eliminaban porque era difícil deshacerse de ellos. Sin embargo, para muchos pobres este almacenamiento de objetos, que a muchos parecerían inútiles, era atesorado por su valor potencial y la posibilidad eventual de dar algunos centavos para sobrevivir (Casapia Morales y Vásquez, 2000: 45).

La cultura de la sobrevivencia

Las respuestas a las epidemias del dengue y del cólera hicieron evidente un patrón en la práctica sanitaria oficial, caracterizado por programas verticales o una sanidad definida desde arriba que tiene antecedentes en los programas de la Fundación Rockefeller de los años 1920; pero que se reforzó con los programas verticales implementados poco después de terminada la Segunda Guerra Mundial. Durante este período, se formaron algunas características de este patrón que básicamente se resumen en: soluciones temporales y asistenciales, intervenciones verticales, autoritarias y fragmentadas, la discontinuidad de las programas e iniciativas de salud, la hegemonía y hasta imposición de la medicina occidental sobre otros saberes y prácticas sanitarias (sobre todo la indígena), la entronización del hospital como el centro de atención médica, la separación artificial entre pre-

16 *La República*, 2005c.

vención y tratamiento favoreciendo a este último y la obliteración de los factores sociales a favor de un enfoque biomédico, que buscaba una bala mágica a los problemas de enfermedad. Es decir, ha sido un patrón que promovió la percepción de la salud pública oficial como parte de una *cultura de la sobrevivencia*, de la cual eran más responsables los pobres que el mismo Estado.

Con las políticas económicas impulsadas por Fujimori y que continuó Toledo, la salud pública acentuó características de la *cultura de la sobrevivencia*; a pesar de que la “reforma sanitaria” recomendada por los organismos oficiales, y que varios de los ministros de Salud Fujimori suscribieron, nunca se pudieron aplicar completamente en el Perú (como si ocurrió en Colombia o en Chile). Entre estas características estaban la renuncia de la cobertura universal, el cobro de tarifas en hospitales públicos, la privatización de parte de los mismos, la separación entre la normativa y la provisión de servicios sanitarios, el énfasis en la focalización en determinados grupos o problemas, un énfasis exagerado en la eficiencia, la gerencia y medidas costo-efectivas en el corto plazo y el drástico recorte del presupuesto estatal del Ministerio de Salud, sobretudo para sus actividades preventivas.

Otra característica de la salud pública oficial, en los dos episodios de enfermedad analizados en este trabajo, fue cierto grado de autoritarismo. A pesar que se logró cooptar organismos vecinales y promover la participación comunitaria e inclusive se manipuló términos modernos tomados del lenguaje de la salud intercultural en los que la etnicidad de los migrantes fue una categoría importante, la sanidad estatal tendió a suprimir cualquier movimiento social espontáneo por la salud e hizo muy poco por modificar la discriminación a migrantes indígenas provincianos que llegaban a Lima. Allí enfrentaban las condiciones más precarias de agua, vivienda y vulnerabilidad ante las epidemias y que fueron percibidos en el caso del dengue como uno de los orígenes de la epidemia.

Es importante destacar que, en el pasado, la resistencia sanitaria popular solo fue capaz de superar el patrón oficial de sanidad en contadas ocasiones a través de movimientos sanitarios fragmentados y discontinuos¹⁷. Tampoco se ha podido evitar que la mayoría de la población pobre inte-

riorice la *cultura de la sobrevivencia* y llegue a considerar a la salud no como un derecho ciudadano, sino que como concesiones que, ocasionalmente, puede dar el Estado y que en el mejor de los casos están simbolizadas en un hospital, un medicamento, una vacuna. El patrón de la *cultura de la sobrevivencia* significa que mucha gente pobre considera que la salud pública es solo una respuesta a las emergencias y que ellos son receptores pasivos que, a lo sumo, deben ser como se dice en el lenguaje sanitario “sensibilizados” o “canalizados”, para que acepten las medidas dictadas desde el Estado. Muchas veces esta interpretación *limitada*, por llamarla de alguna manera, ha sido apoyada por los políticos peruanos.

El engrandecer el *Vibrio colera* o banalizar el mosquito *Aedes aegypti* permitió: legitimar campañas concentradas en la contención, enfatizar en factores asistenciales y biomédicos, culpabilizar los estilos de vida de los pobres y obliterar los determinantes sociales de la salud. De esta manera, se minó el compromiso político por la prevención y la comprensión de la dimensión política que tiene la salud pública; además, se buscó reforzar la importancia y dependencia de recursos sanitarios tecnológicos, como las técnicas de rehidratación oral y el control manual de los contenedores de agua doméstica.

Actualmente, la intensidad de las enfermedades diarreicas de los últimos veranos de Lima ya no es la de 1991 (aunque siempre ha reaparecido el cólera) y un nuevo brote epidémico de dengue en Lima continua siendo una tragedia que espontáneamente se posterga. Los peruanos tenemos no solo algo que temer en el futuro mediano, sino algo que aprender de la historia de las respuestas del poder a las epidemias. El legado más negativo del patrón de la *cultura de la sobrevivencia* es la tolerancia al deterioro de las condiciones de vida y la popularización de la idea que la salud pública, en el mejor de los casos, puede mejorar el acceso a ciertos recursos que tiene el Estado, pero no modificar las condiciones sociales que producen la enfermedad.

En ese sentido es interesante anotar que, a partir de 1997, los organismos internacionales decidieron modificar el eufemismo de “erradicación” de los mosquitos –establecido en los años cincuenta del siglo XX– que transmitían la enfermedad, por el de “combatir” el mosquito¹⁸. Aunque la

17 Marcos Cueto, 2001; 1991.

18 PAHO, Resolución CE120.R19 utiliza el término “combatir” en lugar de “erradicar” en referencia al control del *Aedes aegypti*

decisión parece más razonable y realista, revela una resignación ante el crecimiento de una enfermedad que no había existido por varias décadas, en el Perú y en Sudamérica. Es, además, una resignación ante la pobreza y al patrón de crecimiento urbano sin saneamiento. Según un estudio de 1993, es decir dos años después de la epidemia del cólera, el 40% de los habitantes del Perú, o alrededor de nueve millones de personas, no se abastecían de agua a través de conexiones domiciliarias o pilones¹⁹.

El patrón de la *cultura de la sobrevivencia* se reforzó en las repuestas a las epidemias, porque implicó intervenciones de corta duración que generalmente producen resultados de corto plazo y que tiene poco valor en sí mismas. A su vez estas intervenciones efímeras conllevaron el efecto negativo de crear expectativas de corto plazo, en relación a la salud pública que iban en contra la idea de la prevención y solución de los determinantes sociales de la enfermedad.

La *cultura de la sobrevivencia* muestra también que los pobres están acostumbrados a luchar por ver la salud como un terreno donde se obtiene un acceso a recursos limitado y parcial, no como un espacio de negociación política y sanitaria para un proceso de cambio de condiciones de vida. La persistencia de la *cultura de la sobrevivencia* refuerza la inequidad social, la dependencia del poder, la pasividad de la comunidad y la reiteración de un viejo recurso del Estado frente a las carencias sociales: el estigma y la culpabilización de las víctimas²⁰. La búsqueda de un origen externo de la epidemia, sean los “sucios” para el cólera o los “narcos”, los migrantes provincianos, los ecuatorianos para el dengue fue un recurso del Estado para eludir la solución de los problemas de saneamiento. La atribución a un origen externo parecía eximir de culpa a las autoridades sanitarias y políticas y acentuó la percepción popular –difundida por los medios de comunicación– que las epidemias eran una responsabilidad de “otros” o de individuos, que escogían el ser marginales y parecían no tener consideración por su prójimo.

19 Silvia de los Ríos, “Gestión concertada para abastecer de agua a la quebrada de la ensenada,” [accesible en internet <http://www.oieau.fr/ciedd/contributions/at3/contribution/3perou.htm>]

20 Uno de los casos más recientes del uso de ese recurso fueron las primeras respuestas oficiales al sida en las que las minorías sexuales y las trabajadoras sexuales fueron responsabilizadas por la enfermedad. Para una historia de la epidemia del sida en la región, véase Shawn Smallman, *The Aids Pandemic in Latin America*. (Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2007).

El examen del cólera y el dengue en Lima reveló la falta de planificación del crecimiento urbano, la carencia de seguridad ambiental y sanitaria para las poblaciones urbanas más pobres y los emigrantes y el recrudecimiento de la inequidad social en los espacios urbanos durante la implementación de políticas económicas neoliberales y el deterioro de los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, las epidemias de cólera y de dengue en Lima no fueron tan solo el desperdicio de una oportunidad para mejorar la infraestructura sanitaria urbana. Fueron, principalmente, una oportunidad excelentemente aprovechada para hacer hegemónico el discurso neoliberal oficial y acentuar un patrón de respuestas oficial a las emergencias sanitarias.

¿Cómo romper el círculo vicioso de la *cultura de la sobrevivencia* y los privilegios de la pobreza? Es una pregunta íntimamente asociada a la reformulación de una vieja pregunta: ¿cómo romper la retroalimentación entre la enfermedad y pobreza en los tiempos del neoliberalismo? Estas preguntas solo pueden contestarlas los trabajadores de salud y aquellos interesados en impulsar coaliciones populares por la salud.

Bibliografía

- Anaya, Elizabeth (2002) “Manifestaciones clínicas y distribución geográfica de los serotipos del dengue en el Perú, año 2001”; en *Revista Peruana de Medicina Experimental y de Salud Pública* 19: 4, 171-180.
- Ballón, Echegaray Eduardo (2002) *Toledo, a un año de gobierno*. Lima: DESCO.
- Baisley, Kathy J. (2001) “Epidemiological and ecological characteristics of past dengue virus infection in Santa Clara, Peru”; en *Tropical Medicine and International Health* 6: 3, 212-218.
- Betz, T. (1992) “First documented outbreak of dengue in the Peruvian Amazon region”; en *Bulletin of the Pan American Health Organization* 26: 3, 201-207.
- Birn, Anne Emmanuelle (1999) “Federalist flirtations: the politics and execution of health services decentralization for the uninsured population in Mexico, 1985-1995”; en *Journal of Public Health Policy* 20:1.

- Brandling-Bennet, A.D. Glass y R. I. Liberl, M. (1992) "Epidemic Cholera in the Americas"; en *Science*, 256, June 12.
- Brés, P. (1986) "A Century of Progress in Combating Yellow Fever"; *Bulletin of the World Health Organization* 64: 6, 775-786
- Briggs, Charles L. y Clara Mantini-Briggs (2003) *Stories in the Time of Cholera: Racial Profiling During a Medical Nightmare*. (Berkeley: Univ. of California Press.
- Cabezas, César (2005) "Dengue en el Perú: Aportes para su diagnóstico y control"; en *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 22: 3, 212-228.
- Cáceres, Abraham G., et al. (2001) "Reappearance of *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae in Lima, Peru"; en *Memorias del Instituto Oswaldo Cruz* 96: 5, 657-658.
- Casapia Morales, Martín y Pedro Vásquez (2000) *Dengue Clásico y Dengue Hemorrágico*. Lima: Oficina General de Epidemiología/Instituto Nacional de Salud.
- Center for Disease Control (1991) *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Weekly* 40: 9, March 8, 145-147.
- Cieza, Javier (1991) "Esquema para el manejo de pacientes deshidratados por cólera"; en *Revista Médica Herediana*, 2: 68-69.
- Coe, Ana B. (2004) "From anti-natalist to ultra-conservative: restricting reproductive choice in Peru"; en *Reproductive Health Matters* 12: 24.
- Cueto, Marcos (1991) "Indigenismo and Rural Medicine in Peru: The Indian Sanitary Brigade and Manuel Nuñez Butrón"; en *Bulletin of the History of Medicine* 65.
- (1992) "Sanitation from Above: Yellow Fever and Foreign Intervention in Perú, 1919-1922"; en *Hispanic American Historical Review* 72, 1-22.
- (2001) "Un médico Alemán en los Andes: La visión médico social de Maxime Kuczynski Godard"; en *Allpanchis* 56.
- (2003) "Stigma and Blame during an Epidemic: Cholera in Peru, 1991"; en: *Disease in the History of Modern Latin America, from Malaria to Aids*. Diego Armus, ed. Durham: Duke University press.

- (2007) *Cold War, Deadly Fevers, Malaria Eradication in Mexico 1955-1971*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- De los Ríos, Silvia, "Gestión concertada para abastecer de agua a la quebrada de la ensenada", <http://www.oieau.fr/cieddl/contributions/at3/contribution/3perou.htm>]
- El Comercio (2005). Entrevista a Luís Suárez, *El Comercio*, 17 de abril, A 14.
- (2005b). "MINSA descarta que el dengue vaya a extenderse a otros distritos de Lima", *El Comercio*, 17 de abril, A14.
- (2005c). "Calculan que más de mil personas habrían contraído dengue en Lima", *El Comercio*, 28 de abril, A11.
- Gotuzzo, Eduardo (1991) "El Cólera en el Perú"; en *Revista Médica Herediana*, 2: 3.
- Homedes, N. y A. Ugalde (2005) "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America"; en *Health Policy*, 71: 1.
- Instituto Cuando (Lima), 2001. *Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida, 2000*.
- Journal of the American Medical Association (1991) "Cholera-Peru, 1991"; en *Journal of the American Medical Association*, 10, 265, March 13, 1232.
- La República (2005). "40 mil personas corren el riesgo de infectarse por epidemia del dengue en Lima Norte," *La República*, 4 de abril, 27.
- (2005b). "Forman una gran red sanitaria para enfrentar brote del dengue", *La República*, 18 de abril, 18.
- (2005c). "Aumentan a 89 los casos de dengue en sector de Comas", *La República*, 19 de abril, 19.
- (2005d). "Otras 50 personas con síntomas de dengue en Comas y Canto Grande", *La República*, 20 de abril, 25.
- (2005e). "Especialistas descartan epidemia del mortal dengue hemorrágico en Lima", *La República*, 21 de abril, 25.
- Ministerio de Salud, Programa de Salud Básica para Todos (1996) *Atención del Paciente con Dengue*. Lima: Ministerio de Salud.
- Miranda, J. y A. Yamin (2004) "Reproductive health without rights in Peru"; en *Lancet* 3: 363.

- Núñez Ato, Daniel y Helga Valvidia Fernández (2006) “Evaluación del riesgo ambiental de tipo físico natural y su relación con el planeamiento urbano, caso: distrito de Comas”; en *Revista del Instituto de Investigación de la Facultad de Ingeniería Geológica, Minera, Metalúrgica* 9: 17, 107-122.
- Organización Panamericana de la Salud (1995) *Dengue Hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control*. Washington, D.C.: OPS, Publicación Científica 548.
- Otiniano-Oyola, Alcides y Uribe-Uribe, Luis (2002) “Segundo brote de dengue en Trujillo: Estudio socioepidemiológico”; en *Revista de la Sociedad peruana de Medicina Interna* 15: 2. Internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/spmi/v15n2/segun_brote.htm.
- Pan American Health Organization (1994) *Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever in the Americas: Guidelines for Prevention and Control*. Washington, D.C., PAHO, Scientific Publication Number 548.
- Pan American Health Organization (2000) Promoción de Estrategias para el Estimulo de la Participación Comunitaria y la Educación Popular en el Control del Dengue a través de la Comunicación Social. Lima, Perú 25 al 27 de Abril.
- Pollitzer, Robert (1959) *Cholera*. Ginebra: WHO Monograph Series 43.
- Quijano, Aníbal (2002) “El fujimorismo del gobierno Toledo”; en *Observatorio Social de América Latina*, 3:7.
- Reyna, Carlos y Antonio Zapata (1991) *Crónica sobre el cólera en el Perú*. Lima: DESCO.
- Smallman, Shawn (2007) *The Aids Pandemic in Latin America*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Tauxe, Robert (1995) “Epidemic Cholera in the New World: Translating Field Epidemiology into New Prevention Strategies”; en *Emerging Infectious Diseases* 1: 4, 141-146.
- Webb, Sheila (1992) *Waterborne Diseases in Peru*. Washington, D.C.: The World Bank policy research working papers.
http://www.minsa.gob.pe/ocom/notadeprensa.asp?np_codigo=2321