





**La infectología  
que aprendí,  
viví... y sentí**

TOMO 2



OLINDO A. L. MARTINO

**La infectología  
que aprendí,  
viví... y sentí**

TOMO 2



EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA

Martino, Olindo Adrián Luis

La infectología que aprendí, viví ... y sentí / Olindo Adrián Luis Martino. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Autores de Argentina, 2016.

500 p. ; 22 x 15 cm.

ISBN 978-987-711-694-6

1. Autobiografías. I. Título.

CDD A863

EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA

[www.autoresdeargentina.com](http://www.autoresdeargentina.com)

Mail: [info@autoresdeargentina.com](mailto:info@autoresdeargentina.com)

Diseño de portada: Justo Echeverría

Diseño de maquetado: Editorial Autores de Argentina

Queda hecho el depósito que establece la LEY 11.723.

Impreso en Argentina – Printed in Argentina

## CAPITULO XX

### La presencia del médico argentino en África.

#### Su protagonismo en la disciplina tropical (I)

*“Haz lo que puedas, con lo que tengas,  
donde te encuentres”*

*Theodoro Roosevelt (1858 -1919)*

Así lo hice, porque sucedió en Ruanda, esa tierra sufrida y ardiente...- Doctor- tiene una llamada de la Facultad de Medicina – me anunciaba la enfermera de la Sala IX del Hospital Muñiz...-

Fueron aquellas palabras las iniciadoras de un largo camino que, al poco tiempo, se transformaría en una aventura formidable, temeraria y excitante.

Desde entonces guardé todo aquello, intensamente vivido, con respeto profundo y agradecimiento hacia ese repentino hado que empujó vocación y firmeza hacia aquel retazo de tierra roja y milenaria. Fue, sin duda, una vibrante aventura de observación y estudio en uno de los países más conflictivos del marginado continente africano: Ruanda.

Quién, al evocar a este minúsculo retazo de suelo negro, podría apartar un sentimiento de emoción y recogimiento? Porque allí, todavía, se esconde la lejana cuna del primate inteligente.

Oportuno es recordar la frase del filósofo alemán Friedrich Hegel: *“La cultura principia con el fortalecimiento de la abnegación en sí mismo”*. Altruismo que parte de una lucha casi constante entre razas, de penuria tras penuria y de enfermedad... y más enfermedad, seguida de muerte casi segura. Una cultura añeja gestada en extenuantes sacrificios e inmolaciones como intento para mitigar el dolor y el desamparo del hombre.

Soy argentino y quiero entrañablemente a mi tierra. Como tal, y además como tutor de la salud, entendí que se había creado un nuevo espacio en ese instante de mi vida como médico itinerante. Ahora sería en África, también junto a jóvenes argentinos. Algunos a quienes había logrado formar. Otros que, desde mi llegada, se pondrían bajo mi tutela docente.

Con emotivo orgullo debo decir que allá por el año 1994 ondeó nuestra bella celeste y blanca en dos hospitales de Ruanda y una en Zaire, creados por la (ONG) de origen argentino Médicos en Catástrofes (MEC). Una esforzada y benemérita obra de atención primaria de la salud (APS) en poblaciones devastadas por la cruenta guerra civil desencadenada entre las etnias «*butu*» y «*tutsi*». Frente a tamaña masacre humana la referida organización esgrimió un valiente proyecto cooperativo plantado en aquel casi ignorado corazón del territorio africano.

Mi fructífera estadía en Ruanda pudo concretarse gracias a una convocatoria emanada del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR), con el objetivo de visitar Ruanda y Zaire y evaluar la calidad operativa desempeñada por los médicos en aquellas regiones con prevalencia de padecimientos de elevada morbi-mortalidad. También se me asignó la misión de valorar la eficiencia de los centros asistenciales que operaban bajo la tutela de MEC. Esta ONG fue declarada, al poco tiempo de instituida, “*partenaire*” del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para refugiados (ACNUR).

Destaco que el mentor y director de MEC fue el médico cirujano argentino Abel Pasqualini, quien logró testimoniar, en toda su dramática magnitud, el histórico genocidio desencadenado en Ruanda en 1994. El citado profesional, conjuntamente con otros dos operarios de la salud, cumplieron una arriesgada y conmovedora labor socorriendo y asistiendo a los incontables heridos y refugiados que buscaban amparo en los precarios y semiderruidos centros de salud. Cabe mencionar que el citado organismo no gubernamental tuvo siempre como cima el amparo humanitario en situaciones de calamidad social. A la par, desarrollando proyectos filantrópicos que

permitieran mejorar la calidad de vida de esos abatidos y silenciados pueblos.

Ruanda, que fuera entonces asiento de mi peregrinaje, representa un minúsculo pañuelito geográfico empotrado en el corazón mismo del esotérico territorio africano. Situado entre los 2 y 3 Grados de Latitud sur (debajo mismo de la línea del Ecuador terrestre) y cerca de los 30° Grados de longitud este, limita al oeste con Zaire, al norte con Uganda, al este con Kenia y Tanzania y al sur con Burundi.

Este país con alrededor de 26.338 Km<sup>2</sup> de superficie representa un oasis favorecido por la influencia de sus vecinos lagos Victoria y Tanganica, y el aledaño Lago Kivu que lo limita hacia el oeste con el Zaire

La presencia del médico argentino en Ruanda no fue entonces casual. Todo comenzó cuando dos de sus profesionales decidieron ir al África pues vieron frustradas sus posibilidades de crecimiento en su propia cuna. Actitud que más allá del obligado desapego por el terruño, parecía justificarse ante una estimulante gratificación económica a despecho, quizás, de un crecimiento científico. Cualquiera fuese el motivo del voluntario exilio, lo cierto es que aquellos esforzados médicos argentinos gestaron una encomiable epopeya médica, en medio de una guerra tribal implacable y sin tregua desencadenada entre el grupo étnico Hutu, y la socialmente más acomodada comunidad Tutsi.

Considero oportuno relatar algunos datos etno-socio-sanitarios que configuran el perfil de ese atribulado país sobre el cual, difícilmente, encontremos una noticia o comentario periodístico. De acuerdo con datos suministrados por MEC y por el ACNUR, la población de Ruanda, antes de la guerra civil, se estimaba en 7.300.000 habitantes. El 75% de ella pertenecía a la etnia Hutu, el 24% a la Tutsi y el 1% Pigmea (2). La tasa de crecimiento poblacional del país era del 4,1%. Para el año 2000 se esperaba una población estimada en cerca de 11.000.000 habitantes. Imagine el lector un país apenas mayor a la provincia de Tucumán – 22.524 Km<sup>2</sup> – con tamaña carga demo-socio-económica, política y sanitaria?!

Ruanda es un país que encubre un ominoso analfabetismo donde cerca del 70% de sus habitantes no saben leer ni escribir, mientras que la comunicación verbal se establece a través del idioma “*Kenya-Ruandés*”.

Cada grupo familiar suele tener una progenie entre seis y ocho hijos, hecho que explica la ampliada base de su pirámide poblacional con un 48% de niños menores de 15 años (3)

No menos preocupantes resultaban las tasas de mortalidad infantil (117‰); de mortalidad infanto-juvenil (198‰) y la presencia de una grave mala nutrición (300‰). Sencillamente, pavoroso!

A pesar de este breviarío demográfico Ruanda sobrevive y comparte un trozo del resignado y doliente corazón centroafricano, declarado con acierto por las Naciones Unidas como la región “*más caliente*” del planeta.

Antes de seguir con el relato procuraré, en apretada síntesis, describir el impresionante ecosistema ruandés que la providencia puso ante mis asombrados ojos de médico tropicalista.

Recorrer este menudo territorio es como encaramarse a un imaginario sube y baja mientras nos traslada por ondulantes senderos rodeando estrechos valles y pequeñas colinas, caprichosamente tornasoladas. Una insospechada belleza que se repite sin cesar y permite disfrutar los sin fines de luces y sombras colándose por entre las bajas y purpúreas nubes. Ruanda conjuga así un diminuto esplendor que aún logra subsistir en aquel ensangrentado retazo de tierra colorada.

Ruanda, tierra formidable! Tierra añosa! Tierra estridente, rebelde y marginada! A cada lado de sus rojizas cornisas y sigzagueantes caminos, los manchones de agreste bosque limitan con su oscuro verdor las pequeñas carpetas de magro suelo cultivado (plátanos, té, mandioca, maíz); logro esforzado de modestos campesinos que arduamente consiguieron mantenerse con vida. Una resignada labor que, a pesar del tenebroso destino histórico, continuará imperturbable en el tiempo, y a pesar de las desgastantes disputas étnicas frente a la onsenible indiferencia de los poderosos.

Diariamente, mientras visitábamos los hospitales de campaña, impresionaba observar largas caravanas de hormigas humanas que orillaban la vera de los caminos. Desde la distancia semejaban negros montículos jaspeados por el vistoso colorido de sus ropajes. Mientras tanto las mujeres, con admirable destreza, llevaban desconocidos bultos sobre sus cabezas, saldo de las miserables ventas de sus cosechas.

Entre tamaño *mare magnum* viviente se destacaban las menudas siluetas de jovencitas ruandesas que, colgando de sus espaldas, sostenían las pequeñas mochilas del tesoro de sus entrañas: los negritos retoños!

Camino a nuestros hospitales, nos acompañaba día a día el ondulado y rojizo espejo del río *Nyabarongo* que por momentos se lo veía apacible y de pronto, rodeando un codo, crispase, soberbio, para luego esfumarse por detrás de las escalonadas cornisas de cerros irisados. *Nyabarongo*, palabra melodiosa que bastaba pronunciarla para sentirla resonar desde la profundidad misma de aquella tierra volcánica. *Nyabarongo*, nuestro río amigo, trozo milenario de belleza ecuatorial y testigo pleno de una interminable lucha fratricida.

Considero importante agregar a este relato un poco de historia que, sin duda, permitirá comprender y apreciar con mayor claridad una tragedia política acrecentada, todavía, por el enconado odio racial existente entre las etnias “*tutsi*” y “*hutu*”. De hecho, la historia de la pequeña Ruanda será, siempre, identificada por sus sangrientas purgas raciales.

Datos etnográficos sostienen que en la intimidad de las montañas de lo que es hoy la República de Ruanda habitaban los pigmeos *Twa* hasta la llegada de los Hutus en el siglo XI. En la actualidad, los pigmeos constituyen apenas el 1% de la población del país y en franca extinción. La etnia “*hutu*”, pueblo consagrado a la agricultura fue posteriormente subyugada por el pueblo ganadero “*watutsi*” -más conocido como etnia “*tutsi*”-. Esta última procedía de la actual Etiopía y se caracterizaba por ser físicamente más fuerte y de carácter dominante, atributos raciales que prontamente influyeron sobre

la población hutu, corporalmente más pequeña y sumisa. De resultas se afianzó el sistema feudal y explotador signado por la figura del “*mwami*”, rey tutsi con poder absoluto.

Hacia fines del siglo XIX ponen los pies en territorio ruandés los “padres blancos” misioneros cristianos de origen alemán que, además de ejercer el tácito proselitismo religioso, favorecieron el desarrollo urbano bajo la total aprobación del Mwami quien, sin rodeos, se sometió al protectorado alemán.

Tras las dos contiendas mundiales – 1914-18 y 1939-45 – las Naciones Unidas pasaron a controlar los territorios de Ruanda y Burundi, legando la administración a Bélgica y manteniendo la figura política del Mwami en cada uno de los países africanos.

A partir de la década del `50 comenzó a tejerse la primera fricción entre tutsis y hutus debido a las reiteradas demandas de mejoras sociales por parte de los hutus; demandas alentadas por la propuesta democratizadora de la administración belga pero rechazada por la acaudalada minoría conservadora tutsi. Tal enfrentamiento costó la vida de líderes hutus. Como represalia, en 1959 miembros del movimiento de emancipación “*Parmehutu*” llevan a cabo una matanza de más de cien mil tutsis, mientras que cerca de ciento cincuenta mil fueron obligados a dejar el país.

En el año 1962, con abrumadora mayoría de la comunidad hutu, los belgas otorgan la independencia a Ruanda. Este país, a su vez, decide separarse definitivamente de Burundi.

A partir de entonces se profundiza el odio entre tutsis y hutus. Se suceden guerrillas, asesinatos, cambios de gobiernos y frecuentes tratados de paz con el fin de aminorar el creciente odio tribal. Sobre todo las tenaces ataques “sorpresa” gestadas por los tutsis provenientes de Uganda. A pesar del acuerdo con cese al fuego firmado en 1993 por el entonces presidente hutu Juvénal Habyarimana y garantizado por la presencia de tropas de las Naciones Unidas, este mismo año el avión que transportaba al presidente de Ruanda y al presidente de Burundi, Cyprien Ntaryamira, es derribado.

Con este imprevisto y dramático hecho estalló el polvorín. Un odio abrazador movilizó a la organización guerrillera “Interahamwe”(4), de origen hutu, identificada con ese nombre al significar “los que permanecen o pelean juntos” desatando una indescriptible masacre que costó la vida a ochocientas mil personas en su mayoría pertenecientes a la población tutsi (5).

La pavorosa guerra civil desencadenada en Ruanda prueba, en toda su aciaga magnitud, la subsistencia de un primitivismo tribal en el cual premeditadamente se mutiló, decapitó y martirizó a simple filo de machete. Increíble capítulo de violencia encendido en las postrimerías de un siglo que, envanecido y ufano difundía inconmensurables avances científicos y tecnológicos.

Veo atinado evocar aquí esta frase de José Ingenieros: *“Toda violencia es un efecto de causas y sólo puede suprimirse reparando el desequilibrio que la engendra”*. Consagrado axioma que nos obliga a indagar en el propio y sangriento entretejido de este penoso episodio histórico. Al respecto sería oportuno reconocer que, en las sociedades primitivas o casi bárbaras como tantas otras de nuestra época - la lucha por la conservación de un espacio existencial radicaría en el desequilibrio de las partes, una que ejerce el poder y degusta la opulencia, la otra que soporta resignada el azote y se sumerge en la miseria. Equivale a decir que, mientras una parte sojuzga la otra se arrincona oprimida y sufre. Es así como el calendario del marginado va juntando rencor, apilando indignación y reprimiendo el grito de justicia. Mientras tanto, día a día, su entorno societario va adoquinando el lastre de la desigualdad, el hedor ácido del más fuerte, la usurpación del insolente, el odio a puño cerrado y, sin esperar, la violencia incontenible. Sin duda una inmundicia pancarta de antinomia social! Qué importa entonces dónde brota la sangre humana si, a poco de finalizada la matanza y mitigado el fuego, todo entra en el olvido y, peor aún, la equidad social queda estancada a mitad de camino(6).

Es probable que nunca se sepa el número exacto de muertos que provocó aquel encarnizado holocausto. Con todo, se calcula en cerca

de un millón, en su mayoría población tutsi, y el exilio de más de dos millones de ruandeses que se refugiaron en Tanzania, Zaire, Uganda y Burundi (7) (8)

En ese imprevisible escenario de exterminio y pobreza estructural, un casi anónimo grupo de jóvenes profesionales de diferentes orígenes y credos, congregado se hallaba trabajando en territorio ruandés, en tres hospitales de campo, con la emotiva escena cotidiana de ver a ese intenso cielo africano entrelazarse con el bello celeste y blanco de nuestro pabellón nacional. Allí se concentraba un ejemplar y sacrificado grupo de corazones optimistas, férreas voluntades y actitudes heroicas frente a situaciones extremas. La mayoría de las veces no quedaba tiempo para eruditas y planificadas prácticas médicas.

Así, en cada alborada, impregnados con el milenario y refrescante rocío africano, esos noveles e incógnitos médicos se esforzaban por mitigar el cuantioso sufrimiento físico de aquella casi olvidada comunidad negra. Con incansable estoicismo, educando, extendiendo la mano caritativa y, con ella, el cálido abrazo hacia un esperanzado mañana. De esta forma y más allá de la ímproba faena asistencial, estos jóvenes y beneméritos operarios de la salud contribuyeron a sembrar la confraternidad entre esos grupos humanos marginados y marcados por el odio tribal.

Sostengo que para vigorizar y promover la salud entre los pueblos es menester fomentar la solidaridad, bella y noble espiga que sólo se expande al amparo de la igualdad social. Durante aquella incomparable experiencia vivida en África, transité por el gemebundo piélagos de un país destruido y desangrado donde la enfermedad misma se expresaba con un perfil luctuosamente deshumanizado. He visto así al hombre reducido a un deleznable pingajo de materia, sostenido apenas por una esquilma osamenta. Pensé entonces cuánto había que aprender todavía para lograr mitigar el dolor físico impregnado por una orfandad social. Pensé también cuánto era capaz de decir una mirada fraterna que no siempre alcanzaba a expresarse

en una página de libro. Fraternidad -ese cálido aliento del espíritu- necesaria para levantar al caído en su adversidad.

Para nosotros, médicos de diferentes latitudes, estaba claro que tamaña comunidad sobreviviente y desorganizada no contaba con una voluntad propia para lograr una digna recuperación, no solamente frente a una enfermedad orgánica, acaso tanto más frente a la pérdida de seres queridos, de bienes personales... del propio hogar. Recordé entonces las palabras escritas por Friedrich Nietzsche: "*Me puse a mí mismo en mis manos y me sané yo a mí mismo: la condición de ello - cualquier fisiólogo lo concederá - es estar sano en el fondo*" (9). Una verdad sin concesiones, "...*estar sano en el fondo*" -. Con su lectura pensé: ¿Qué refugiado ruandés - con independencia de la etnia a la cual pertenecía - podía estar realmente sano en todo su ser? Más aguzada todavía me parecía esta otra reflexión del filósofo alemán: "*Un ser típicamente enfermizo no puede sanar, menos aún sanarse él a sí mismo; para un ser típicamente sano, en cambio, el estar enfermo puede constituir incluso un enérgico estimulante para luchar... para poder más vivir*". Una profunda meditación que, sin más, nos lleva a esta sólida conclusión: luego de la violenta e indiscriminada matanza, la población ruandeza, duramente golpeada y sobreviviente, se transformó en una comunidad típicamente enfermiza con quiebra de sus valores humanos y, como país, enfrentando un sombrío horizonte para la reivindicación y el renacimiento. Además, sin fortalezas ni posibilidades para la resiliencia - invaluable capacidad para vencer a la adversidad - ese trágico trozo histórico de sangre, muerte y sombras, se tornó mucho más grave todavía al no poder remontar el hondo desmoronamiento social a que llevó ese incompresible genocidio.

Me atrevo a afirmar que el ecosistema socio-sanitario ruandés padeció, además de la dolencia física, otra enfermedad ínsita en el hondo rizoma de su linaje. Ruanda se sumió en la enfermedad de la incultura. Porque si depende de los hombres edificar sus complejas sociedades, es razonable admitir que este pueblo mártir, ya históricamente segregado, abrumado por las plagas, las interminables luchas tribales y enfundado en un odio chauvinista, a partir del genocidio

se sumió en una lamentable desorganización social con serio peligro para el desarrollo futuro de sus potencialidades antropológicas.

Me ocuparé ahora de narrar la relación médico-paciente para luego referirme a la frecuencia y tipos de padecimientos que requerían la consulta diaria en cada centro asistencial que funcionaba bajo el firme amparo del pabellón argentino.

Era constante la afable predisposición de nuestros médicos hacia los pacientes que a toda hora requerían asistencia médica y, con frecuencia, soportando estados críticos de una enfermedad. Estas formas graves de presentación, tanto en niños como en los adultos, obedecían a factores predisponentes que mantenían en riesgo a esas comunidades azotadas por el infortunio. Me refiero a la pobreza estructural, la desnutrición, la ausencia de calendarios de vacunación, el exilio y el constante temor por el asedio de pequeños grupos de guerrilleros que, sin duda, minaban la resistencia y acrecentaban la situación de estrés.

En todo momento percibí una obediente y hasta tímida entrega de aquellos seres que – sobre todo los pequeños enfermitos – por momentos se los veía tiritar de miedo ante el primer contacto con un instrumento médico.

La asistencia sanitaria se centralizaba primordialmente en dos áreas asistenciales: el hospital de Mujororo, situado a cerca de 200 Km. al noroeste de Kigali, ciudad capital de Ruanda. Rodeado por un sistema de colinas donde las serranías no superan los 1500 metros de altura. Al pie de sus laderas retazos de pequeños valles eran por momentos atravesados por finos brazos de agua, afluentes comunes del tortuoso y caudaloso Nyabarongo.

Para llegar al hospital de Mujororo debíamos recorrer dos tramos. A lo largo de 65 Km, por un camino pavimentado, cómodo y bastante seguro. Por supuesto siguiendo las onduladas y pintorescas cuestas que modelaban una extensa región de la típica serranía ruandesa. En el otro tramo del camino, hasta llegar al hospital, alternaban caminos de picadas bordeadas por profusa vegetación e

interrumpidos por algunos claros naturales, a través de los cuales el viajero podía deleitarse con las irizadas pizarras que vestían a sectores orientales de esas colinas pintorescas.

El hospital de Mujororo estaba dotado de aproximadamente 100 camas. Dirigido por dos médicos, uno argentino y otro ruso, con apoyo de un cirujano volante. Cubría las necesidades asistenciales básicas y ofrecía una cobertura sanitaria a cerca de 45.000 habitantes! Su laboratorio era precario. Un tanque con capacidad para cerca de 200.000 litros proveía de agua (frecuentemente contaminada) al hospital y a la población aledaña.

La población esparcida en su área de influencia estaba compuesta en su mayoría por chozas primitivas, construidas con barro arcilloso de origen volcánico. También existían viviendas más amplias y ventiladas cuyas paredes eran levantadas con grandes panes de ladrillo arcilloso reforzado con fibras vegetales, construcción que brindaba a los pobladores mayor amparo y confort ante las duras exigencias del clima afro-ecuatorial. Obviamente la población carecía de agua potable y no poseía un adecuado sistema de disposición de excretas.

El hospital de Mujororo supervisaba, además, tres centros sanitarios satélites, todos ellos situados en jurisdicción de la Prefectura de Giseni.

El otro hospital radicado en territorio ruandés, asistido por MEC, era el de Nyamata, situado a 50 Km. en dirección sudeste de la ciudad capital. Difícil se hacía llegar al lugar debido al terreno ríspido, anfractuoso, colmado de angostísimas picadas que, a lo largo del semestre lluvioso, se inundaban en casi su totalidad haciendo difícil su travesía.

A diferencia del paisaje montañoso que ofrecía el camino rumbo a Mujororo, la travesía hacia Nyamata mostraba vastas y erosionadas planicies -consecuencia de las intensas precipitaciones- cuyo desgaste las transformaba en rojizos y yermos suelos. Las viviendas, mucho más precarias que en el ecosistema de serranías, evidenciaban una abrumadora miseria social.

El hospital de Nyamata ofrecía apenas 60 camas para una demanda asistencial de aproximadamente 42.000 personas. Destaco que esta localidad recibía diariamente pequeños grupos de refugiados procedentes de Zaire, asentados en los denominados “campos de transición”. Allí, permanecían entre 1 y 2 meses; luego eran transferidos a otros destinos. Por tal motivo la población de Nyamata se veía incrementada mes tras mes, circunstancia que motivó al ACNUR a impulsar el proyecto de incrementar a 200 el número de camas para poder así paliar la elevada demanda de asistencia sanitaria.

Con inocultable emoción debo decir que durante mi paso por Ruanda vi mucho: enfermedades, sufrimiento, pobreza, abandono, pillerías...

Describiré a continuación las enfermedades que más me impresionaron, muchas de las cuales ilustran la cotidiana geografía médica de esa región del África ecuatorial. Con holgura, la imagen dominante fue la desnutrición, tristemente repetida y casi siempre de presentación grave; patología que con una elevada incidencia (entre el 60 y 70% de los casos) se presentaba con diferentes matices dermatológicos: pelagra, ictiosis, equimosis y hemorragias por escorbuto, blefaritis aguda, xeroftalmia, profundas queilitis angulares agravadas por la sobre infección. Agreguemos a la desnutrición la penosa imagen del marasmo, imagen desgarradora de la desnutrición universal.

Mientras observaba la piel de aquellos chicos desnutridos tenía la sensación de estar frente a un montón de papel arrugado y áspero, típico aspecto de un tegumento que clamaba por nutrientes y vitaminas esenciales como la “A” y el complejo B. Claramente, lo que apreciaban mis ojos, sorprendidos por tanto cúmulo de patologías, no era otra cosa que la penosa y repetida figura de la miseria africana.

La fiebre de origen desconocido (FOD), siempre constituyó un desafío para el médico de aquellas latitudes. En tierra ruandesa exigía siempre pensar en el temido y pernicioso paludismo por *Plasmodium falciparum* – sobre todo el resistente a la cloroquina –, el cual venía extendiéndose como reguero de pólvora por las áreas

endémicas. Conforme a las estadísticas epidemiológicas proporcionadas por MEC, su incidencia oscilaba entre el 18,38% y el 41,35%. La forma cerebral de malaria se registró clínicamente entre el 6,28% y el 12,24%, todos ellos confirmados por gota gruesa (10).

Existía una seria preocupación en relación con el manejo terapéutico de las embarazadas afectadas con paludismo debido a la elevada tasa de abortos y mortinatos registrados. Más aún, cuando el parásito – como fuera mencionado – comprometía el sistema nervioso central. Al respecto, a mi regreso a Buenos Aires, propuse por primera vez en la Argentina el uso de la “exanguino transfusión” asociada a la quinina como terapéutica alternativa en los casos con grave compromiso multiorgánico (11).

Una experiencia inédita para mí fue el haber observado un caso de encefalitis causada por *Trypanosoma rhodesiense* que bien puede confundirse con la encefalitis malárica pero que se diferencia de ésta porque en la primera etapa presenta como puerta de entrada un chancro de inoculación – con ingreso del parásito - tras la dolorosísima -doy fe- picadura de la mosca tse-tse -*Glossina morsitans*-. La presencia de este chancro puede confundir, sobre todo, con la picadura de garrapatas transmisoras de importantes rickettsiosis (12)

Frecuentes fueron las infecciones de la vía respiratoria superior e inferior, incluida la tuberculosis. La precariedad del laboratorio clínico conspiró para una adecuada certificación diagnóstica que vició la verdadera dimensión de esta enfermedad. Sin duda, debió ser significativa en un ecosistema tan golpeado por su penosa historia

Del mismo modo hubo dificultades en el diagnóstico de las parasitosis intestinales que, más allá del reconocimiento a “visu”, la real magnitud debió ser sin duda mayor. Presunción que se apoyaba al comprobar el clásico y repetido abdomen globuloso, con el ombligo llamativamente saliente, en la mayoría de los niños menores de 5 años.

La disentería, con su preocupante forma aguda, sanguinolenta y prolongada, llevaba en la mayoría de los casos a un estado de consun-

ción. Resultó una afección bastante común de observar en los centros de salud y en pacientes internados en el hospital de Muhororo.

Destaco la ausencia de cólera en las áreas geográficas asistidas por MEC durante los meses de mi permanencia en territorio ruandés. Sin embargo, comenzaron a registrarse casos de la enfermedad en la región del Zaire (Bukavu) limítrofe con Ruanda, donde asentaban campos de refugiados hutus; un dantesco espectáculo de amplios esteparios con apenas un grifo de agua contaminada en medio de grupos humanos miserablemente hacinados.

Conforme a mi experiencia, pocas veces había asistido en el Hospital Muñiz y en provincias del norte argentino formas graves o mortales de fiebre tifoidea. Las razones acerca de los motivos de esa tendencia infausta de evolución no parecían muy satisfactorias. Lo cierto era que no pocos enfermos que asistimos en los hospitales africanos, a los pocos días de comenzada la enfermedad, estos evolucionaban mal y, con llamativa frecuencia, se perforaban! En ese país la fiebre tifoidea era así hiperendémica, la gravedad casi constante y la mortalidad elevada. No había datos acerca de la virulencia del bacilo tífico en Ruanda pero, más allá de esta posibilidad, había un aceptable justificativo para la elevada ocurrencia de formas graves de salmonelosis por "*Salmonella typhi*": elevada exposición al contagio habida cuenta de la extrema promiscuidad en la cual vivían estas poblaciones refugiadas, carentes de agua potable y de letrinas; situación agravada por una deficiente educación sanitaria, la elevada desnutrición proteínica y la habitual demora en concurrir a la consulta médica.

Siempre fue un desafío presumir en un paciente tífico la vecindad de una perforación intestinal. Su silencio clínico traicionaba al clínico más experto. La razón era atendible. Sabíamos que el bacilo provoca pequeñas úlceras en el intestino delgado, dejando inmóvil a la víscera... como queriendo evitar así su perforación! Cuando observamos el vientre en ese temible momento evolutivo de la enfermedad, percibimos que está inflado como un globo. El mismo paciente refiere que no siente ruido alguno en su barriga pero que sí nota un dolor "como lejano" y continuo. Ahí es donde el médico

ansioso – pisa el palito – y se tiente a palpar el vientre para encontrar la explicación de ese dolor “raro” que días atrás no existía haciendo pensar que las cosas iban a evolucionar bien. He aprendido que palpar en forma grosera y desaprensiva un vientre tífico “inflado”, que además gime – pero sin gritar –, seguramente provocará una perforación y con ella una peritonitis tífica de la cual difícilmente habrá recuperación. Representa una inesperada y calamitosa complicación que pude comprobar en más de una ocasión durante mi actividad médica en Ruanda. Con los años también aprendemos que la simple intuición, a veces, puede evitar una conducta inoportuna.

La hepatitis A, de curso habitualmente favorable, en ese ecosistema africano registró alrededor del 2% de formas clínicas fulminantes! La desnutrición proteíno-calórica y las carencias vitamínicas que comprometen seriamente al sistema inmune, quizás expliquen la mayor incidencia de formas extremas de enfermedad. La falta de registros confiables impidió evaluar la morbi- mortalidad de la hepatitis B.

Difícil se hacía lograr un diagnóstico precoz en aquellas infecciones graves que se acompañaban de lesiones hemorrágicas (piel, aparato digestivo, mucosas, etc.) tales como fiebre amarilla selvática, rickettsiosis, Ébola

Entre las parasitosis típicas regionales cabe mencionar a la filariasis, oncocercosis, dracunculiasis, Kala-Azar africano y esquistosomiasis mansoni. Las considero verdaderamente magnas – principalmente la filariasis, el Kala-Azar y la esquistosomiasis mansoni- por su elevada prevalencia en suelo africano, pero más aún por la gravedad clínica y las incapacidades que ocasionan, transformando a los enfermos en individuos socialmente irrecuperables. Parasitosis implacables que muestran, dondequiera que estén, imágenes penosas de seres humanos caquécticos, con el abdomen extremadamente abultado, pérdida total del pelo, las costillas alineadas como alargadas y mudas teclas de un piano...y la mirada triste...siempre triste, apenas velada por una lánguida sonrisa de resignación frente a un dolor físico difícil de escapar.

Entre la población infantil era frecuente observar niños pequeños con marasmo. Basta con percibirlo apenas una vez para darse cuenta del abandono de persona que arrastra ese miserable estado de desnutrición universal. Al mirarlos parecían monitos arrugados con mirada asustada o diminutos viejitos gimiendo al menor estímulo. Tantas veces me he preguntado cómo es posible que existan madres que lleguen a tal estado de insensibilidad, o al límite de sus fuerzas, que no les permita llegar a un puesto sanitario. Hoy todavía sigo sin comprender la tremenda apatía que, en ocasiones, he comprobado en alguno de tales progenitores, De no revertir tal emergencia sanitaria estos pobrecitos, debido a la caótica merma de sus defensas, estaban condenados a morir debido a infecciones tales como una bronconeumonía, disentería o septicemia(13).

Pienso que sufrir marasmo es caer al profundo piélagos de la miseria humana.

También tuve oportunidad de ver niños con “*Kuashiorkor*”, conocido como desnutrición proteino calórica. Este síndrome disabsorbtivo se halla asociado con diferentes grados de hipo o avitaminosis. Al examinarlos parecían dos piezas corporales diferentes: mientras que el tórax mostraba a un niño esquelético el abdomen emergía pronunciadamente globuloso. También ellos acostumbran a llorar fácilmente porque son emocionalmente inestables. Pero, ¿cómo no llorar protestando esta carencia alimentaria que, más aún, representa una palmaria incultura nutricional! (14).

Acabo de mencionar dos conmovedoras figuras de grave carencia nutritiva en la infancia. Basta con enfrentarse una vez a ese espectáculo y recordar que todavía hoy, en este venturoso y progresista siglo veintiuno, seguimos acumulando fríos números que en verdad muestran el increíble disparate de observar pequeños niños apáticos, vencidos y miserables!

En Ruanda todavía era frecuente en aquella década del '90 el sarampión, especialmente en criaturas entre 2 y 5 años. Destaco que en la epidemia desatada en 1995, durante el mes de noviembre, la tasa de letalidad fue del 54,5 por mil casos. Increíble, ver morir a

poco más de 5 niños de sarampión por cada 100 enfermos, era un absurdo desatino sanitario. La neumonía y la bronconeumonía eran las causas más frecuentes de muerte.

La patología ocular era relativamente común en vastas regiones de África, debido en parte a la mala nutrición y, con ella, el gran déficit de caroteno y vitamina A. Entre las entidades reconocidas reconocí como frecuente a la blefaritis, queratoconjuntivitis, opacidades en la cámara anterior y contadas veces casos de queratomalacia y leucoma.

Extraordinario hallazgo fue para mí comprobar el movimiento de una pequeña larva, seguramente algún nematode (¿filaria?), alojado en la cámara anterior del ojo derecho en una anciana ruandeza.

Las enfermedades por transmisión sexual no ofrecían registros de notificación confiables. MEC, por su parte, informó una tasa de incidencia que oscilaba entre 22,8 y 45,7 por mil consultas generales aunque sin especificar etiología. No podía extrañar esta elevada prevalencia en una población promiscua, desmembrada por una guerra civil, enclaustrada en campos de refugiados, desorganizada social y económicamente; además, carente de ocupación y salario digno. Personalmente he podido observar en los centros de salud periféricos frecuentes casos de uretritis de casi segura etiología gonocócica localizados frecuentemente en prepucios fimóticos. Igualmente chancros luéticos y chancros blandos, estos últimos siempre sumamente dolorosos. Algo poco visto pero bien documentada dermatológicamente fue la observación en algunos hombres y mujeres con casos avanzados de “*donovaniosis*” provocada por *Klebsiella granulomatis*, con lesiones en glande y vulva, vegetantes y malolientes.

Durante mi viaje de observación, docencia y relevamiento sanitario me llamó la atención la inusitada ocurrencia de cicatrices cutáneas de aspecto grotesco, en ocasiones hasta diría monstruoso! Representaban auténticos “*queloides*”, dermatosis prevalente en la población negra de aquellos parajes del continente negro. No tengo explicación para la presencia de esta entidad dermatológica, donde la piel dañada por variadas causas cicatriza termina provocan-

do cicatrices deformes. Como si el clima tropical reprodujese, con igual lujuria, un tejido exuberante como lo hace con la frondosa vegetación.

Ilustrativo fue para mí la comprobación de un caso de linfoma de Burkitt en un niño ruandés. Su frecuencia en la infancia se asociaría con aquellas áreas geográficas donde prevalece el paludismo pernicioso debido a *Plasmodium falciparum* (15) El caso me provocó mucha pena frente a tan deformante e infame padecimiento el cual, seguramente, sellaría con la muerte y en breve lapso aquel sufrimiento.

El SIDA fue presuntivamente diagnosticado en alrededor de 14 casos por 1.000 consultas registradas en el Hospital Adi-Kivu de Bukavu, Zaire, y en cerca de 3 por mil consultas realizadas en el Hospital de Mujororo en Ruanda. Era casi habitual observar en centros de salud y hospitales regionales pacientes en grave estado de consunción, asociado con fiebre, diarrea acuosa y una piel atrófica, fácilmente plegable y sembrada de rosarios ganglionares. En verdad impresionaba como una especie humana vencida, expresando una profunda depresión psíquica y la constante tristeza en sus miradas.

Me detengo un instante para relatar por fin una grave y miserable enfermedad observada en África, y que por su historia natural, características de aparición y su impresionante y repulsiva expresión clínica, me obliga a recordarla. Me refiero al “Noma” (también identificado como “*Cancrum oris*” (16). Apenas con verla el espectador se siente consternado y hasta impotente, porque es situarse frente a una escoria humana, producto de la furia de maléficos microbios, pero también rematada por la indolencia de una sociedad paupérrima, depreciada y marginada a través de su tenebrosa historia.

A modo de adenda no puedo dejar arrumbado en el olvido una anécdota que me conmovió vivamente.

Una de tantas mañanas, que ya se insinuaba como agobiante, nos dirigíamos al hospital de Nyamata. Había llovido toda la noche y aún el vapor de la madrugada emanaba nebuloso sobre la roja arcilla. Parecía sumergirnos en un imaginario sauna invitado por la propia naturaleza.

Una larga fila de figuras humanas rodeaba el centro de salud a la espera de ser atendidos. Jóvenes, niños, mujeres, ancianos, en su mayoría procedentes de refugios situados en la frontera con el Zaire, aguardaba silenciosa. Desde la distancia simulaban pequeñas estampas de ébano. Era habitual observar alguna de esas estatuillas humanas en posición de cuclillas, recostada sobre un tronco de árbol o una pared de adobe; conducta que observé con frecuencia – como hábito folclórico? – en poblaciones negras.

Reunidos con el director de MEC, su coordinador médico, el intérprete del idioma “*swahili*” – suahelí o kiswahili – y un colega de origen ruso que en esos momentos se desempeñaba como director del hospital de Nyamata, nos acercamos a la extensa y paciente fila de pacientes. Personalmente – todavía no sé por cuál motivo – me detuve frente a una mujer joven – más bien diría adolescente – quien llevaba apretujado sobre su pecho un bulto cubierto por una raída tela de arpillera. Imperturbable, con su mirada fija en el envoltorio, parecía una bella y trágica escultura de azabache. Me acerqué un poco más a ella y mientras apartaba la roída estopa le indiqué al intérprete que le preguntara por qué estaba allí... casi seguro en vela desde la noche anterior. En swahili le respondió en forma entrecortada que su hijito estaba muy calentito y con fatiga desde hacía días y por eso lo había “*traído a Nyamata desde el campo de escapados*” – léase refugiados -. Mientras tanto yo miraba al pequeño, perplejo y sin saber que decir. Tieso, con pequeños manchones lívidos y esbozando una rigidez cadavérica, el bebé yacía inmóvil entre los incansables brazos de amparo de su joven madre...

Lentamente apartamos a la mujer de la larga fila mientras el intérprete le comunicaba la infausta noticia. No hubo respuesta. Apenas silencio. Un silencio que sólo puede quebrarse con llanto, desesperación, impotencia, desmoralización... Conducta que era de esperar en aquella madre atribulada. Fue entonces cuando aprendí que frente al tremendo dolor existencial, como el presenciado en aquel momento, podía existir todavía otra imagen de dolor humano frente a la realidad de la muerte. Por primera vez en mi vida lo ví

reflejado en aquella muchacha ruandesa: la imagen de la mudez y una mirada ajada, vidriosa, arrumbada...

Con su hijo inerte y fuertemente apretado contra su pecho comenzó a caminar lentamente hacia una pequeña arboleda. Allí, otro joven negro, apoyado sobre un añoso eucaliptus, contemplaba a la mujer acercándose. Sin decir palabra tomó el bulto que ella le alcanzó y sin expresar congoja colocó al niño dentro de un envoltorio de cartón abandonado. Con la caja mortuoria improvisada entre sus manos se alejó en silencio del lugar hasta desaparecer entre la arboleda del pequeño bosque.

Así finalizó una vida... un pequeño desconocido a quien el destino le había frustrado el derecho a una vida digna.

En esta apretujada síntesis he procurado esbozar la altruista obra realizada por la MEC, en ese pequeño y casi perdido continente del gigante africano. Bajo mi celeste y blanca viví, quizás una de las experiencias más relevantes de mi vida como médico itinerante. Mano a mano con un entusiasta grupo de médicos argentinos y de otras latitudes. Cumpliendo una ponderable faena de humanismo médico, venciendo la soledad, la adversidad climática, la carencia de medios técnicos modernos. Y, sobre todo, inmersos en históricos y penosos avatares de un intransigente odio tribal. Por cierto, una verdadera proeza humana, una grandiosa lección de optimismo brindada por estos jóvenes profesionales. Porque así debe ser, siempre incansable, la lucha que el médico debe afrontar ante la eterna miseria humana.

¡África! Tierra milenaria, tierra noble, tierra colorada y rebelde. Tu pesada arcilla nos hundió en el secreto de tantos misterios y encuentros. Ahora todo quedó atrás. Quizás no vuelva a transitar por sus apretados y serpenteados senderos. Pero confieso que de ese inconmensurable continente me he llevado vivencias que no vi jamás escritas en los tantos clásicos que me lanzaron a la aventura médica. Reflexivas y profundas vivencias que impregnaron y foguearon mi siempre inquieto espíritu de aventura. Pero también me llevo como imborrable esa sufrida imagen del dolor de una raza maltratada,

creo que desde siempre... desde el mismo momento en que la tierra fue gobernada por el hombre inteligente.

Qué vigente y oportuna me parece ahora esta sentida estrofa de David Diop:

*“África!...dime África,  
eres tu entonces esa espalda que se curva  
y cae bajo el peso de la humillación”*

Pero acaso también deba compartir, con franco optimismo existencial, éstos versos del poeta Joserra Pumar, cuando alienta la cálida solidaridad hacia tantos pueblos africanos, todavía inmersos en el olvido por parte del mundo consumista y voraz. Dicen así:

*“... entre fronteras de hambre, vergüenza e injusticia llora África,  
De este nuestro tiempo, ... un último aliento, busca creer, busca vivir,  
darle sentido a un planeta, a un mundo, en el que el hermano  
siempre sea nuestro.  
Tristeza e injusticia, tras el velo, el velo del silencio.  
No dejemos morir, la que es nuestra última esperanza.  
¡Llamémosla Solidaridad !*

## **Notas y citas bibliográficas:**

- 1- «*La presencia del médico argentino en África. Su protagonismo en la disciplina tropical*». El presente capítulo contiene tramos de mi conferencia pronunciada en la Sesión Pública Extraordinaria de la Academia Nacional de Medicina el día 13 de agosto de 1996 y publicada en el BOL. A. N. de Medicina, 1996; 74(2):521-542
- 2- Las montañas de lo que hoy es la República de Ruanda estaba primitivamente habitada por pigmeos “*Twa*” hasta el siglo XI, época de la llegada de la etnia Hutu. Pigmeo (del griego πυγμαίος, *pygmaios*, «de pequeño tamaño») es el término usado para referirse a una serie de grupos humanos cazadores-recolectores que viven en selvas ecuatoriales africanas y que se carac-

terizan por su baja estatura: los hombres miden menos de 1,5 metros de media.

<https://es.wikipedia.org/wiki/Pigmeo>

- 3- En las visitas a las chozas, o durante los interrogatorios realizados a mujeres en los centros de salud, quedé muy impresionado al escuchar por parte de algunas madres expresar, con llamativa indiferencia, la desaparición de alguno de sus pequeños hijos sin que insinuaran preocupación por recuperarlos. Quizás una actitud de resignación frente a tanta tragedia social y muerte soportadas durante la guerra civil.
- 4- El «Interahamwe» era una guerrilla que se formó en Ruanda durante su guerra civil, formada en su mayoría por personas de la etnia hutu. El significado literal de la palabra Interahamwe es «Los que permanecen juntos» o «Los que pelean juntos». Se formaron originalmente como un grupo paramilitar en apoyo al presidente Habyarimana, a fin de hacer frente al avance de las ofensivas del Frente Patriótico Ruandés (RPF). Posteriormente estas fuerzas, junto con elementos de la Guardia Presidencial, fueron responsables de la muerte de cerca de 800.000 personas en el Genocidio de Ruanda en 1994 en contra de la etnia tutsi y los hutus moderados.
- 5- [http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia\\_de\\_Ruanda&oldid=57362502](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia_de_Ruanda&oldid=57362502)
- 6- ¿Cuál ha sido en realidad la trama del genocidio de Ruanda? El alto contenido dramático del conflicto quedó evidenciado por el breve lapso en que duró la masacre entre ambas etnias. Según la ONU se extendió alrededor de 100 días, entre los meses de abril y julio de 1994, lapso durante el cual se asesinó preferentemente a golpe y a filo de machete. Desde comienzos de ese año las milicias hutus congregadas en el «*Interahamwe*», bajo el significativo lema «golpeemos juntos», comenzaron a ser entrenadas y alentadas con prédicas orientadas a la caza del tutsi, previniendo un supuesto golpe genocida por parte de esta minoría más dotada. Pero documentos y reuniones oficiales secretas filtradas por la prensa internacional parecen haber

demostrado que el genocidio ruandés fue hábilmente planeado por el gobierno hutu y financiado con dinero proveniente del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional destinado al Programa de Ajuste Estructural. Declaraciones de funcionarios del gobierno de Ruanda fueron elocuentes en el sentido de estar de acuerdo en deshacerse del peligro tutsi porque «...sin tutsis todos los problemas desaparecerían» (7)

[http://es.wikipedia.org/wiki/Genocidio\\_de\\_Ruanda](http://es.wikipedia.org/wiki/Genocidio_de_Ruanda)

- 7- «Ex primer ministro de Ruanda desvela la planificación del genocidio» BBC News (26 de marzo de 2004). Consultado el 20 de setiembre de 2011.
- 8- Global security – Ruanda, Civil War. Citado por :  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Genocidio\\_de\\_Ruanda](http://es.wikipedia.org/wiki/Genocidio_de_Ruanda) y  
[http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Genocidio\\_de\\_Ruanda&oldid=60322294](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Genocidio_de_Ruanda&oldid=60322294)
- 9- Nietzsche F W.,1971:28. Citado por Andrea Diaz Genis en “La solidaridad como gran salud” Actio 2.1, octubre 2003, pags.: 1- 9
- 10- Para nosotros los médicos que veníamos de otras latitudes, la malaria cerebral representó una experiencia impresionante – y no menos dramática – Cuando se declaraba y no se llegaba a tiempo con la quinina – recurso terapéutico disponible en Ruanda – el paciente moría indefectiblemente. Yo sabía bien la razón de tan infausto desenlace porque durante mi capacitación de posgrado en el Instituto de Medicina Tropical de Sao Pablo, al lado del gran patólogo Prof. Thales de Brito – con quien me unió tiempo después una entrañable amistad – pude estudiar acabadamente las graves lesiones cerebrales cuando los parásitos de esta forma de paludismo atacan el sistema nervioso central. Los glóbulos rojos invadidos por *P. falciparum* son desplazados hacia las paredes de los vasos sanguíneos cerebrales, de forma tal que entorpecen la circulación provocando una verdadera asfixia obstructiva del órgano llevándolo así a la muerte. Por ello era importante hacer un diagnóstico precoz ya que el tratamiento con quinina, si bien liberaba a los hematíes

de su carga parasitaria, lo hacía lentamente mientras tanto la injuria cerebral aceleraba las lesiones cerebrales que así se tornaban irreversibles. Entonces cada minuto que se adelantaba en la terapéutica específica impedía un tramo de destrucción del tejido cerebral. Recuerdo que en nuestro servicio de la sala IX del hospital Muñiz comenzamos a ensayar la lincomicina – y su derivado activo la clindamicina – con resultados alentadores. Fue cuando propuse al Coordinador del hospital de Muhororo utilizarla en los casos de malaria por *P. falciparum* cloroquino resistente. A meses de mi regreso a la Argentina me enteré que la droga solicitada oportunamente nunca llegó a Ruanda. No me cabe duda que hubiese sido útil su aplicación en estos casos graves.

[www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/01-1984-03.htm](http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/01-1984-03.htm)

- 11- A raíz de mi intervención como infectólogo en un caso gravísimo de paludismo por *P. falciparum* con compromiso multi-orgánico, adquirido en EL Zaire en el año 1977 por un ingeniero agrónomo argentino que había concurrido a esa extensa región africana con prevalencia de malaria cloroquino resistente. Dicha experiencia fue finalmente publicada en:  
Roncoroni AJ, Martino OA. “Therapeutic use of exchange transfusion in malaria” Am J Trop Med Hyg. 1979 May;28(3):440-4
- 12- En nuestro servicio de Medicina Tropical del Hospital Muñiz hemos diagnosticado rickettsiosis de origen africano adquiridas por picadura de diferentes especies de garrapatas. Una de ellas es la denominada “*rickettsial pox*” por presentar, además del chancre de inoculación en el sitio de picada con ingreso de *Rickettsia africae*, -una erupción máculo- vesiculosa leve en la piel y en el paladar membranoso. A partir de ese primer caso, observado en una turista argentina, comenzaron a llegarnos otros similares procedentes del continente negro.
- 13- El marasmo constituye la inanición más grave que pueda observarse en niños pequeños, entre meses y cerca de los dos años de edad. Representa una desnutrición universal. El penoso aspecto del cadá-

ver permite comprobar que todas las vísceras son pálidas “como si nunca hubiese habido vitalidad”. En ocasiones se han descrito sectores del tegumento de aspecto descascarado “*Flaky paint*” debido al desprendimiento en colgajos de trozos de piel inerte.

- 14- *Kuashiorkor*. Además del paradójico aspecto tóraco-abdominal: extremadamente flaco de la cintura para arriba; acentuadamente hinchado - por edema carencial - desde la cintura para abajo. Esta desnutrición proteino- calórica suele acompañarse de cabello raído, pigmentación ocre en la piel - cutis pelagroide - diarrea, intensas boqueras, áreas de piel desprendida (signo de la pintura descascarada del Prof. Cordero), hígado agrandado, anemia severa, labilidad cardíaca, retardo del crecimiento, etcétera.
- 15- El referido plasmodio actuaría como agente mitógeno para los linfocitos B; estimularía a linajes de estas células blancas en un terreno sometido a reiteradas infecciones palúdicas, las cuales deprimirían la inmunidad celular tornando al sujeto proclive a la enfermedad oportunista por el virus de Epstein-Barr (EBV) (Epstein MA et al. [1964]; Greenwood BM et al, [1979]; Whittle HC et al. [1984]).
- 16- “Noma”, también denominada gangrena oro-facial. Tuve oportunidad de comprobarla en África donde, según algunas estadísticas, compromete entre el 1 y 7% de la población entre los 2 y 16 años. Representa una lamentable enfermedad que conjuga la interacción de varios factores: microorganismos causales tales como *Fusobacterium necrophorum* y *Prevotella intermedia*. Sin embargo, estas bacterias necesitan de otros microorganismos denominadas facilitadoras tales como *Staphylococcus aureus*, *Borrelia vincenti*, *Treponema denticola* y *Streptococcus spp*, colonizados en una cavidad oral con malos hábitos higiénicos o como consecuencia de enfermedades debilitantes (sarampión, infecciones por virus herpéticos, HIV, candidiasis, mala nutrición). También se imputa como mecanismo predisponente la presencia de animales de establo que padecen la denominada “*podredumbre de las pezuñas*” -. Doy fe por haberlo visto en Ruanda - debido a la maceración de sus manos

y patas a partir de un suelo altamente contaminado con microorganismos anaerobios procedentes de un suelo con elevado tenor de detritus vegetales y estiércol. Personalmente comprobé que los niños que transportaban manojos de ramas secas a sus domicilios, acostumbraban a masticar palillos o a escarbar sus múltiples caries dentarias! Los patógenos ingresan así a través de microtraumatismos, iniciando una cadena de eventos patológicos: estomatitis necrotizante que progresa destruyendo encías, hueso maxilar -o mandíbula-, piezas dentarias; horadando luego la piel de la cara y dejando el horripilante espectáculo de dejar al descubierto parte de las cavidad oral! En la mayoría de los casos esta infección destructora lleva a la muerte. Tanto que la tasa de letalidad llega al 80 o 90% de los casos. La OMS estimó para el año 1999 quinientos mil casos notificados y ciento cuarenta mil nuevos casos por año. Co Enwonwu, WA, Falker, Jr and EO Idigbe. «Oro-facial gangrene (NOMA) cancrus oris: Pathogenetic mechanisms» CROBM 2000, 11 (2): 159-171  
<http://cro.sagepub.com/content/11/2/159>



Fig.: 20.1. Vista panorámica de Ruanda donde predominan las colinas y los caminos en caracol recorriendo las serranías de medianas altitudes.



Fig.:20.2. La flecha indica el pequeño territorio de Ruanda, uno de los países más pequeños del continente africano.



Fig.: 20.3. Camino de tierra que nos conducía al hospital regional de Muhororo.



Fig.: 20.4. Camino de selva que nos llevaba al Hospital de Nyamata.



Fig.: 20.5. Típica choza ruandesa



Fig.: 20.6. Ruta asfáltica vecina a la ciudad capital (Kigali). Era habitual verla muy transitada por pobladores, sobre todo mujeres con su ropaje colorido transportando pesados bultos sobre sus cabezas.



Fig.: 20.7. Tramo del estrecho y tortuoso Río Nyabarongo. Surcaba una extensa región del país. Había lugares donde su torrente impresionaba por su color rojizo.



Fig.: 20.8. Niños ruandeses



Fig.: 20.9. En una colina junto a mis inolvidables amiguitos ruandeses. Al fondo se divisa el Hospital de Muhororo.



Fig.: 20.10. Vista panorámica del Hospital de Muhororo.



Fig.: 20.11. Con mis médicos Residentes, Dres. Goetz y Bonifacio.  
Al fondo uno de los pabellones del Hospital de Muhororo.



Fig.:20.12. Frente del Hospital de Muhororo, asiento de la ONG «Médicos en Catástrofes»



Fig.: 20.13. Hospital de Muhororo. Durante una revista de sala con los médicos Residentes y el interprete, quien nos acompañaba en dichas recorridas para facilitarnos la traducción de términos folclóricos usados por los pacientes.



Fig.: 20.14. Modelo de camilla manual usada para transportar a los enfermos.



Fig.: 20.15. Grave desnutrición proteino calórica



Fig.:20.16. Grave desnutrición proteino calórica.



Fig.:20.17. Pelagra grave en un niño africano



Fig.:20.18. Comisuritis bilateral sobreinfectada. En el lado izquierdo de la cara se aprecian lesiones costrosas debido a la asociación con grave pelagra.



Fig.:20.19. Escorbuto. Alopecia y equimosis en la cara



Fig.:20.20. Grave paludismo terciano maligno.  
(*Plasmodium falciparum*). Expresión estuporosa.



Fig.:20.21. Encefalitis malárica por *Plasmodium falciparum*.  
Crisis convulsiva por probable enclavamiento del tronco cerebral.

Fig.:20.22. Marcada palidez de la mucosa conjuntival por malaria.



Fig.:20.23. Palpando el bazo en un paciente con paludismo.



Fig.:20.24. En el laboratorio del Hospital de Muhororo coloreando un preparado de sangre para ver al microscopio.



Fig.:20.25. Frente a una paciente afectada de malaria



Fig.:20. 26. Impresionaba observar en la población negra de Ruanda casos de cicatrices queloides de aspecto hasta monstruoso.



Fig.:20.27. Extensa cicatriz queiloide en el centro del tórax.



Fig. 20.28. Adolescente ruandés con deformación del macizo facial debido a una tumoración que compromete la fosa orbitaria y el hueso maxilar superior. Probable linfoma de Burkitt asociado a la infección por virus de Epstein Barr.

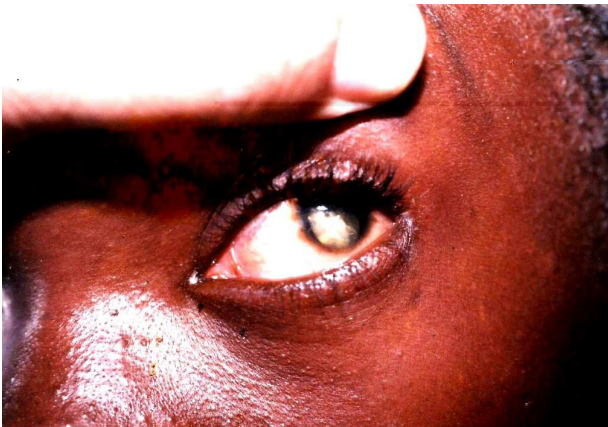


Fig. 20.29. Las lesiones oculares eran de observación frecuente. En ocasiones con pequeñas imágenes en movimiento dentro de la cámara anterior que podría deberse a la migración de larvas de parásitos.



Fig. 20.30. Máscara guerrera.



Fig.:20.31. Bolsas de plástico conteniendo huesos humanos, producto de la matanza durante el etnogenocidio tribal entre las etnias «tutsi» y «hutu».



Fig.: 20.32. Fosa común utilizada para el depósito de los cadáveres de pobladores masacrados durante la guerra tribal entre las etnias «tutsi» y «hutu»



Fig.: 20.33. La lucha tribal sólo dejó llanto, orfandad y pobreza...



Fig.: 20.34. ...abandono y desesperación



Fig.: 20.35. ...con una tremenda incertidumbre existencial.



Fig.: 20.36. ... y dejando el impostergable deber de ayuda y protección humanitaria

## CAPÍTULO XXI

# La epidemia de cólera en Perú

*Aquello no podía olvidarse.  
Verlos caer... y morir sumidos y colapsados.*

Mediados del mes de noviembre.. A pesar de las noticias nadie podía saber, todavía, que sucedería aún en lo que restaba de aquel inquietante año 1991. Y el calor seguía apretando cada día más...

Sábado al mediodía. Acababa de llegar del Hospital Zonal de Agudos «Enrique Erill» situado en la localidad de Escobar donde me desempeñaba como médico infectólogo. Todos los hospitales estaban ya alertados de la gravísima epidemia iniciada a principios de ese año en varias capitales costeras de Perú (1). En consecuencia, los centros sanitarios regionales del conurbano bonaerense y resto de la provincia de Buenos Aires se hallaban en alerta sanitaria adecuando sus instalaciones y parte de sus insumos ante una imprevista aparición de casos de cólera provenientes del norte del país, o bien del exterior.

Me disponía a almorzar cuando sonó el teléfono. La llamada provenía de la Sala de Guardia del mencionado hospital. Era la médica clínica que me comunicaba con evidente nerviosismo:

- Doctor, acaba de ingresar una paciente “*shocada*” de origen boliviano llegada recién en un micro desde la provincia de Salta. Está con diarrea y apenas puede hablar. Creo que puede tratarse de un cólera – Y continuó diciendo:
- Doctor, con la enfermera no conseguimos tomarle el pulso – ¿Puede venir a verla?

Al momento, mientras me disponía a salir, nuevamente sonó el teléfono. También yo me sentí de pronto algo nervioso. Pensé en dicha posibilidad diagnóstica, la cual era factible luego de la tragedia epidémica desatada, meses atrás, en aquel país andino. Además,

era de imaginar que de confirmarse tal presunción, tamaña sería la batahola que desencadenaría la increíble noticia para aquella populosa ciudad bonaerense como era Escobar.

Apurado me dispuse a atender el teléfono

- Sí, escucho- ¿quién habla? –pregunté

- Doctor, le habla Amalia la enfermera de guardia. Venga por favor... la paciente se desmayó después de tener dos deposiciones seguidas que llenaron dos chatas en un minuto ¡Nunca vi tal cosa! – exclamó

- Dígame Amalia – pregunté un tanto ansioso mientras manejaba camino al hospital - ¿De qué color es la materia fecal?

Mientras conducía con destino al hospital, estaba casi convencido de que aquel episodio relatado por la médica y la enfermera de guardia, anunciaba el debut de una epidemia de cólera la cual, semanas después, emergería violentamente en regiones empobrecidas del norte de la provincia de Salta, vecinas a la frontera con Paraguay y Bolivia (2). Así fue no más!

Me bastó observar a la pobrecita boliviana para certificar, casi con seguridad, mi suposición. Sus facciones hablaban por sí solas. La expresión de su rostro era la desplomada mascarada del cólera! Oscuras ojeras rodeaban una mirada triste y alejada. Fisonomía casi constante que observé – durante mi estadía en Perú - en las formas graves del mal y que denominé «*facies sumida*». Una desfalleciente expresión de vida perdiéndose en la profundidad de las órbitas.

La joven, procedente de un pueblito vecino a Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, dejaba a su familia para venir a la Argentina requerida por sus paisanos para ayudar a levantar la cosecha de hortalizas en un huerto arrendado por la comunidad boliviana en las afueras de la localidad de Escobar. Durante su largo viaje en micro, el cual se extendió por más de 24 hs., tuvo las primeras deposiciones que se intensificaron con el correr de las horas para, luego, hacerse cada vez más frecuentes siendo sus intervalos de apenas media a una hora. Debido a su gran extenuación apenas respondía al interrogatorio

con palabras entrecortadas. Fue así como, entre asustada y abatida, la pobrecita muchacha nos refirió que su intestino parecía una canilla por donde “...*la caca salía como agüita*”. Tales palabras resultaron para mí concluyentes. Entre personas humildes o poco instruidas, ciertos vocablos o términos del folclore personal resultan elocuentes y orientadores hacia un diagnóstico. Sobre todo cuando estamos asistiendo dentro de un rancho o en pleno descampado. El término “aguita” representó para mí la palabra clave porque expresaba verazmente el aspecto macroscópico patognomónico de la materia fecal del cólera: agua...agua de arroz!

Pocos minutos después, ante mi presencia, la enferma tuvo una explosiva deposición cuyo aspecto me recordó lo visto en el hospital del Callao, mientras asistía, en plena epidemia, a pacientes con mis siempre recordados y prestigiosos colegas – Dres. Jorge San Juan, Mario Masana Wilson y Alfredo Seijo – del hospital Muñiz. Debo agregar aquí otro signo elocuente que marca la presencia del vibrión colérico: sobre la superficie líquida y casi incolora de la materia fecal se visualizaban, sobrenadando, minúsculos grumos parecidos a islotes de huevo cocido, Dentro de ellos – ya lo habíamos aprendido! –, camuflados, se apilan explosivas granadas coléricas con su flagelo terminal ... cual metralla mortífera.

Amelia – dije al momento – Llame enseguida al laboratorio para que tomen una muestra de estos “*grumos sobrenadantes*” y que hagan una coloración para buscar bacilos coléricos. Cuando la preparación esté lista y colocada bajo la lente del microscopio, que me avisen – terminé diciendo.

Con seguridad me inclinaba a pensar que en esos grumos estarían concentrados los bacilos indígenas, o de la calle, denominados así para diferenciarlos de aquellos microbios que se desarrollan artificialmente en los medios nutritivos de cultivo.

Recuerdo que mientras me disponía a mirar el preparado en el microscopio, un grupo de colegas, enfermeras y personal de laboratorio comenzó a rodearme. El silencio era espectral. Quizás in-

sinuando algo mágico que estaba por suceder en ese ambiente de búsqueda de...dramáticas verdades.

¡Positivo!, exclamé sin poder contener mi emoción – Allí estaban agrupados o dispersos los vibriones, denominados también bacilos “*coma*” debido a que en su forma primitiva, en la naturaleza, adoptan la forma de “*vibrión*” o “*virgula*” (3)

Levanté la vista del microscopio y a modo de trágica metáfora agregué:

Colegas, observen y jamás olviden esta imagen. *Seres microscópicos encorvados, desgarrando con sus minúsculos garfios las paredes del intestino, quitándoles el agua por completo y dejándolo como río sin cauce ... inerte y marchito.*

De inmediato la paciente fue internada en una sala de aislamiento que funcionaba como “*schock room*”, término con el cual, mi colega y querido amigo Dr. Jorge San Juan, bautizó a las salas que en el futuro serían destinadas para el tratamiento de urgencia de los enfermos coléricos (4). Obviamente equipadas conforme al criterio que ya venía adoptándose en otras patologías infecciosas críticas en las salas I, II y III del Hospital Muñiz.

La jovencita boliviana felizmente curó y fue dada de alta al cabo de diez días. Como la pobrecita, además de padecer cólera también venía con signos de desnutrición, se la apuntaló debidamente para menguar aquella deficiencia. Una dieta base de proteínas y reforzada con vitaminas y minerales que, sumada al cálido trato por parte del personal de enfermería, permitió su recuperación y, estoy seguro, también contribuiría para aminorar el desamparo con el cual se encontraba al llegar sola y muy enferma a un país desconocido.

Hasta donde supe, la bolivianita fue el primer caso de cólera documentado en el conurbano bonaerense. Pocas semanas después, promediando el mes de enero de 1992, estalló la alarma en la provincia de Salta. De acuerdo con versiones periodísticas locales provenientes de la Universidad Nacional de Salta y proporcionadas por la antropóloga Silvia Torezani (5), el brote colérico estalló en

los primeros meses de 1992 en el extremo norte de la provincia mencionada, en las promiscuas localidades de Santa Victoria Este y Santa María, vecinas al límite con Bolivia y atravesadas por el lecho del Río Pilcomayo; en dicha época habitadas en su mayoría por comunidades indígenas «*wichi*».

En un meduloso estudio antropológico la antropóloga Torenzani propone una «*deconstrucción*» de la construcción social de la epidemia, precisamente en aquellas arrinconadas y empobrecidas regiones noroestinas. Según la investigadora fueron varios los factores que propiciaron la emergencia de tamaña epidemia. Al respecto, coincido plenamente cuando menciona que «*hay una ruptura entre el hombre y el medio ambiente*». Era lógico pensar así cuando se sabía que aquellas comunidades aborígenes carecieron siempre de agua potable y no conocían las letrinas! Además, por su origen étnico – indígenas – se hallaban marginados de la sociedad. Más aún, poblaciones aisladas y apartadas de «*los centros de tomas de decisiones y de poder*», circunstancia que las alejaba, como acertadamente expresa Emilio Tenti Fanfani (6), de «*posibilidades de participación y que sus reclamos tuviesen eco en estos centros de poder*».

Una mañana del mes de febrero, de aquel aciago año epidémico, mientras trabajaba en el hospital regional de Tartagal con un grupo de colegas del Hospital Muñiz entre los cuales figuraban Jorge San Juan, Mabel Nogueras, Alfredo Seijo, Tomás Orduna y Mario Masana Wilson, colaborando mano a mano con los esforzados médicos salteños, llegó a mis manos un matutino salteño que me conmovió por sus términos pero, a decir verdad, más bien me indignó. Aludiendo a que el cólera había llegado a la ciudad salteña de Embarcaciónn, situada a 88Km de Tartagal y a 40 km de Orán, con una población de quince mil habitantes, y que había afectado a un hombre blanco – pero haciendo hincapié que no era aborigen – habitante de una miserable vivienda construida con barro y caña, aleadaña al centro de la ciudad, cuyo acceso era “*atravesado por ratas y lagartijas color esmeralda...*”. La nota periodística agrega pun-

tualmente: “*Conviven, como los indígenas, con perros esqueléticos, gatos, loros, gallinas y patos...*”. Tal como lo enfatizaba en su publicación la antropóloga Torezani la nota claramente estigmatizaba al pobre paciente “blanco” comparándolo con la aciaga figura del indígena. Mientras tanto el lector podía, durante la lectura del artículo, percatarse que en el ámbito de la ciudad no se vivía “*entre animales esqueléticos, ni había caminos de tierra cruzados por basurales...*”. En síntesis – como triste y perdurable realidad – una nota periodística separando claramente el área donde moraban los blancos de la otra – la depreciada y marginada – limitante con Bolivia, asiento de las comunidades indígenas.

Como era de esperar la epidemia se extendió a otras provincias norteñas y, además, al conurbano bonaerense, donde un matutino de febrero de 1992 transcribe una frase del entonces presidente de la Nación que dice: “...*el cólera ya penetró; pero estamos tratando de focalizar esa peste en el norte, más específicamente en la provincia de Salta*”. Al respecto, recuerdo bien que ni bien regresamos de Perú, un periodista me preguntó en el Aeropuerto de Ezeiza si yo consideraba posible que el cólera reemergiera en la Argentina. Respondí afirmativamente, justificando lo expresado a partir de inocultables hechos facilitadores de la dispersión del bacilo colérico: viajeros procedentes del Perú portadores inaparentes del vibrión colérico; las inocultables realidades que ofrecía la frontera boliviana, con un constante tráfico de personas y mercancías; el frágil ecosistema norteño, carente de agua potable, sin letrinas y con una población desnutrida, analfabeta y carente de educación sanitaria.

Poco valió lo prometido por las autoridades y la pretensión de justificar lo injustificable: la palmaria pobreza estructural. Porque la “*vergüenza colérica*” se instaló, se difundió y se quedó, largamente, con pequeños y hasta desapercibidos focos endémicos implantados justamente en aquellas regiones empobrecidas.

La misma página del matutino aludido más arriba señalaba, además, que se había declarado la alarma sanitaria en Buenos Aires, donde según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

(INDEC), el 49% de hogares se encontraba en riesgo sanitario debido a “deficiencias en las instalaciones de agua y cloacas”. Pero cómo, no se sabía acaso que cerca de una de cada dos viviendas se hallaba en permanente riesgo sanitario?!

Frente a estas intolerables realidades, resulta imposible aceptar hoy una excusa que pretenda mejorar la, de por sí, bizca imagen de nuestra rasgada historia. Porque pasaron ya más de veinte años y todavía muchos de aquellos penosos escenarios se mantienen inamovibles, con basura y olor a mierda!

Referiré a continuación algunas de las inolvidables vivencias recogidas durante mi estadía en Perú que, más allá de la grave implicancia sanitaria que suponía la violenta epidemia desencadenada sobre una población gravemente carenciada desde el punto de vista sanitario, traslucía además un fuerte matiz antropológico. Tragedia que me tuvo como atrevido protagonista ya que, sin dudar, me dispuse a ir decididamente al encuentro de tamaño hecho epidemiológico para sentirme útil como médico argentino frente a ese inesperado acontecer de la historia de un abatido pueblo hermano. Vivencias que, emotivamente, compartí con mis colegas Dres. San Juan, Masana Wilson y Seijo.

Perú, través de su vida como pueblo americano, acumuló hechos adversos en su arquetipo social, facilitando la emergencia de un escenario ecológico propicio para el debut del impiadoso flagelo cólico. En sus áreas rurales – sobre todo andinas – la pobreza ofrecía un visible marco de referencia con elevados índices de mortalidad infantil (7). En parte resulta comprensible si recordamos la accidentada geografía física de ese país, donde se conjugan extensas praderas con escarpados picos montañosos. Así también es el caso de la costa semidesértica y, hacia adentro del continente, la imponente columna andina que contiene a sus pies la intrincada selva amazónica. Desde tiempo inmemorial esas imponentes magnificencias de la naturaleza dificultaron la integración social, el desarrollo económico, el crecimiento cultural y la educación sanitaria. Además, Perú mostró ser uno de los países americanos con mayor arraigo en sus

pautas folclóricas y hábitos de vida, evidentes barreras frente a substanciales políticas de cambio.

Pero detrás de este peculiar arquetipo territorial y de raza, existían, además, otros infortunios que agudizaron la crisis peruana. Entre ellos se destacaron: el éxodo rural masivo hacia la costa semidesértica que vació, económica y demográficamente, la columna vertebral andina; el ilimitado crecimiento de la narcoeconomía; la incontrollable violencia terrorista; la declinante calidad de vida, en parte consecuencia del inaudito descuido en la potabilización del agua de consumo (Ghersi R, Naupari H). Fueron, así, tempestuosos factores que condujeron al desfasaje de la esencial forma de vida del pueblo peruano.

Es así como el día 29 de enero de 1991, la Oficina General de Epidemiología dependiente del Ministerio de Salud de Lima, recibe el reporte de un incremento en el número de casos de “*gastroenteritis*” procedentes de Chancay, ciudad costera distante 90 kilómetros de la ciudad capital, los cuales comenzaron a notificarse a partir del día 23 del citado mes. Las primeras descripciones identificaban al mal como “*una crisis voluminosa de diarrea acuosa acompañada de vómitos y calambres musculares*”. Pocos días después los laboratorios del Instituto Nacional de la Salud del Hospital Universitario Cayetano Heredia y del Instituto de Investigaciones de la Armada Peruana lograron aislar, a partir de coprocultivos de enfermos procedentes del mismo Chancay y de la localidad costera de Chimbote, *Vibrio cholerae* 01, *Inaba*, biotipo E1 Tor. Aislamiento ratificado posteriormente por el Centro de Enfermedades Comunicables (CDC) de Atlanta, Georgia, USA.

Fue una inesperada cachetada frente a una sociedad en franca decadencia. Propicia, también, para que el cólera emergiera en Latinoamérica, Le tocó a Perú ser la primera víctima histórica epilogando el siglo XX. A partir de allí se extendió a Ecuador, Colombia, Brasil, Chile, Bolivia y en nuestro país donde representó una vergonzante emergencia sanitaria, consecuencia de la ya inoculable ineptitud por parte de la política sanitaria de turno. Sin ate-

nuantes, un episodio vergonzoso de nuestra historia que, al menos en resguardo de nuestra prosapia histórica y dignidad ciudadana, no debe olvidarse.

Recordemos que, en apenas un mes, Perú, notificó 37.538 casos de cólera con 199 muertes, es decir con una tasa de letalidad vecina al 50 por mil de enfermos confirmados. Cabe destacar que esa tremenda cifra mensual superó ampliamente la incidencia anual de cólera registrada en Asia durante el bienio 1988-89! Más dramática aún fue la tasa de ataque tres meses después, donde el número de pacientes llegó a 143438 casos, muriendo 1027 individuos. Según los comentarios periodísticos, muchas de las defunciones registradas se produjeron en clases sociales bajas como consecuencia del elevado costo que significaba el tratamiento con electrolíticos, única forma de paliar la brutal deshidratación que ocasionaba la enfermedad (8)

Es también ilustrativo recordar que Perú no reportaba ningún caso de cólera desde hacía un siglo. Mientras tanto el inocultable deterioro en el sistema de tratamiento del agua se iba acentuando día a día. Gran parte de la responsabilidad cayó entonces sobre los funcionarios públicos a cargo de la empresa de tratamiento del agua de consumo. Llamativamente también se culpó a grupos ecologistas que insistían en campañas de protección de los animales en peligro como así también de las poblaciones nativas rurales. Ellos pedían discontinuar la desinfección del agua con cloro y, finalmente, tuvieron éxito en influir para que las autoridades responsables del tratamiento hídrico disminuyeran las campañas de cloración. Hubo un débil intento de paliar la deficiencia sanitaria existente pero finalmente las organizaciones sanitarias responsables ignoraron la salud de la población. Como reflexión personal no entiendo cómo, la cloración, en beneficio de la salud de la población humana pudo, de algún modo, representar un perjuicio en la economía pecuaria.

Pero, al fin de cuentas, creo que todo está claro. Porque todo lo acontecido representó un cúmulo de desperdicios, insensatez, impericia e indiferencia humanos. Su producto, fácil de captar: un conventillo social que juntó pobreza, analfabetismo, vagancia, suciedad,

falta de higiene individual y colectiva, agua contaminada con residuos cloacales, en vez de jabón al alcance de las manos y, finalmente, patrones de turno conspirando contra el derecho a la vida digna. Personalmente, y luego de haber asistido como médico y ciudadano a la pavorosa imagen del cólera, vuelvo a preguntarme: ¿Acaso esta miserable enfermedad no representa el producto de una naturaleza ultrajada... incluida, por supuesto, a la humana?

Haber compartido aquella emotiva, intensa y hasta riesgosa aventura con Jorge San Juan, Mario Massana y Alfredo Seijo, profesionales con sólida formación infectológica, marcó un hito memorable y creo irreplicable en mi vida profesional.

De pronto nos encontramos en Perú, venerada tierra de los incas!. Iniciaba la semana. Era una mañana soleada y pesadamente húmeda. Gentilmente, el jefe de la guardia de la sala de emergencia del Hospital del Callao, puso en nuestras manos un arrugado guardapolvo. Porque poco era lo que quedaba en aquel desorden humano empujado por una imparable angustia colectiva. Tanto pasillos, consultorios o rincones aledaños al centro de admisión, estaban colmados con pacientes parados – aquellos que se sentían todavía con fuerzas! – sentados o en cuclillas. Otros, ya en camillas o sobre colchones; cuando no encima de mantas o depositados apenas sobre el piso. Todo se entrecruzaba: enfermeras, médicos, civiles, paramédicos entrando y saliendo, yendo y viniendo...o saltando como resortes sobre algún moribundo tirado en el suelo. Frente a esa babel de desconcierto y anarquía me cruzó otra vez por la mente la imagen de los feroces bacilos, recuperados de la materia fecal de aquella pobre bolivianita, cruzando vertiginosos bajo el campo microscópico, en el laboratorio del hospital de Escobar.

Lo cierto era que todos estábamos poco menos que atolondrados y sin rumbo. Tamaña era la ansiedad y el desconcierto frente a esa avalancha sufriente que clamaba por ser atendida. Mientras cumplía mi labor de pronto detuve la mirada en un paciente que salía del baño, sosteniendo el soporte metálico con el suero “revividor” y un

trozo de papel higiénico. Al instante cayó frente a mí como fulminado. Tal era el brutal shock originado por la imparable y voluminosa diarrea sufrida minutos antes. Aquel inesperado drama sobrepasaba a todos. No había tiempo para ordenar las ideas. Lo único que atinábamos, casi como autómatas, era meter suero a diestra y siniestra, buscando la vena yugular, o las del codo y hasta las del pie... ¡o las tres juntas! para que los mustios enfermos no murieran secos.

Frente a ese descalabro escénico, a decir verdad pocas veces me sentí tan oprimido e impotente. Observar cómo las muertes se sucedían sin parar, dejando el macabro espectáculo de filas de cadáveres bajo cobertizos improvisados con sus reseca y casi momificadas figuras, producto de la deshidratación ocasionada por la imparable canilla colérica. Para siempre quedó entonces estampada en mi memoria el trágico semblante del colérico moribundo, imagen a la que denominé “*facies sumida del cólera*” exhibiendo esos ojos tristes hundidos en las cuencas orbitarias. Como si la cara de la muerte se anticipara, irónica, cubriendo el desfalleciente hálito de vida (9)

Todavía hoy afirmo que nuestra esforzada labor, en todo momento mancomunada con la encomiable tarea de nuestros colegas peruanos, nos permitió acopiar una substancial experiencia epidemiológica y, sobre todo, en el manejo del paciente crítico. Aquí debo remarcar la importante labor que le cupo al Dr. Jorge San Juan quien, con la paciencia que siempre lo caracterizó y su sólido conocimiento en el área de la medicina crítica, logró a través de la introducción de la diálisis peritoneal – técnica que no vimos practicar en enear3411isar en..9(tana

conocimientos y aquilatar una rica experiencia clínica frente a una enfermedad infecciosa temible y desconocida para nuestra generación de profesionales de la salud.

Diariamente nuestra labor iniciaba con la categorización de pacientes según su gravedad. Aquellas formas leves las manteníamos en observación, sentados o recostados en camillas ubicadas en la sala de guardia o en los ambulatorios; por sus propios medios ellos se hidrataban por boca utilizando soluciones electrolíticas balanceadas que les proveía el centro sanitario (10) Además, se les administraba doxiciclina, un antibiótico similar a las tetraciclinas, efectivo y barato.

En realidad, cada mañana, asistíamos muchos pacientes con formas ambulatorias, es decir autolimitadas que evolucionaban espontáneamente hacia la curación sin complicaciones. Pero igualmente había que administrarles el antibiótico para evitar que transmitieran la bacteria a otras personas, sobre todo con sus manos contaminadas.

Como la demanda de asistencia era numerosa y la capacidad de asistencia limitada, manteníamos a los enfermos en observación alrededor de seis horas. Ni bien se constataba una estabilización en las funciones vitales: pulso, presión arterial, sensorio y paralelamente una disminución en la cantidad de deposiciones, amén de una diuresis aceptable, se les permitía regresar a sus domicilios manteniendo las pautas indicadas en el protocolo elaborado por el organismo de salud limeño.

Muy diferente fue nuestro criterio operativo frente al dramatismo clínico que representaba una forma grave y colapsante de cólera. Al lado de los esmerados y decididos colegas peruanos tuvimos que apelar a una disposición de ánimo inquebrantable – no cabían flaquezas ni prejuicios – y además, frente a situaciones extremas, poseer una capacidad de decisión certera e inapelable. No había vuelta atrás sencillamente porque el cólera, apenas en horas, dejaba al caído en desgracia más reseco que “charqui bajo el sol”. Asistir, instante tras instante, al desmoronamiento de la criatura humana consumiéndose sin poder gritar su dolor porque hasta la voz se debilitaba en un con-

sumido hilo de agonía, era, en verdad, difícil de soportar. Por ello era necesario foguearse en aquel sobrecogedor drama humano pero sin enturbiar el optimismo que siempre debía acompañarnos en nuestra honorable función de sanadores de personas.

No faltó la conducta decidida e inamovible basada en el conocimiento médico y el razonamiento lógico. Me refiero a una práctica heroica, defendida sin titubeos - para luego ser difundida - por nuestro grupo profesional. Puntualmente orientada al oportuno manejo del paciente gravemente deshidratado y en la crítica antesala del shock hipovolémico. Temperamento que defendimos a raja tabla frente a la envarada conducta de los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes aconsejaban la hidratación por vía oral utilizando botellones de casi dos litros conteniendo sales de rehidratación donde ningún paciente grave - por demás apático y sin fuerzas! - pudiera sostener tamaña garrafa (11). Recuerdo que discutimos - entre ellos había un funcionario japonés rígido como samuray de película - poco menos que hasta los gritos alrededor de la amplia mesa de la dirección del hospital. Sin ceder, nos aferramos a las tres formas clínicas de presentación del cólera que, por otra parte, era lo que presenciábamos a diario: la "*leve*" donde el enfermo tenía una deposición cada 6 h; la "*moderada*", cuando las mismas se sucedían con intervalos de 2 a 3 hs. y, finalmente, la forma "*grave*" donde el sujeto quedaba literalmente seco en menos de 3 horas al perder, con cada deposición con una frecuencia de 15 a 30 minutos, entre medio y un litro de, gráficamente, agua de arroz! -. Con esta clara visión del fenómeno colérico nos jugamos. Para nosotros - en coincidencia con los profesionales peruanos - esa era la realidad. No había otra. Una genuina verdad mostrando un modelo epidemiológico de cólera, como queriendo despedirse del conflictivo siglo XX, pero advirtiendo que podía reemerger mientras la miseria social o la desidia sanitaria siguieran asechan como miserable constante de vida comunitaria. Fue así como logramos imponer el criterio y, con sentido práctico, aplicarlo al primer nivel de atención... y a pesar de la férrea resistencia interpuesta por el magno Olimpo de la Salud,

me refiero a la imponente Organización Mundial de la Salud, con su célebre sede en la bellísima ciudad de Ginebra, Suiza.

Comenzamos así por hidratar a los pacientes críticos – sin pulso y que no orinaban – poniéndoles tres vías: una en la vena del codo; la otra en la vena yugular y la tercera en la vena del dorso del pie. Adecuando por supuesto las concentraciones de agua, sodio, glucosa, potasio y bicarbonato, y conforme al laboratorio quien nos iba proporcionando los valores del medio interno de la sangre y orina. Con este recurso terapéutico, aunado en caso necesario por la diálisis peritoneal – aconsejada y aplicada por Jorge San Juan y más tarde por su colaboradora y discípula, la Dra. Mabel Noguera (12), se logró bajar la tasa de letalidad entre 3 y 5 mil de los casos clínicos confirmados.

En verdad la experiencia adquirida en la cama del paciente grave fue intensa y hasta obsesiva. No llegar a tiempo para intentar revertir un estado de shock mientras se extinguía rápidamente una vida, no podía ser excusable. En situaciones límites como los soportados por nuestro grupo de trabajo, fácil era comprender que decidir una terapéutica determinante y salvadora, más de una vez dependía del criterio individual y no pocas veces empujado por el pulso intuitivo. Frente a tamaña realidad y desborde de graves manifestaciones, poco valía la ayuda del libro que apenas describía la experiencia recogida en otras latitudes donde el cólera ya era endémico, adoptando una fisonomía diferente a la que estábamos enfrentando. En realidad ese fue el motivo por el cual me enfurecí con el jefe de la delegación de la OMS, y en plena reunión – que decidiría la conducta terapéutica de los futuros enfermos – le reproché su posición invitándolo a concurrir a las salas de internación y comprobar personalmente cómo evolucionaban aquellas formas críticas donde, a ojos vista, la rehidratación por vía oral representaba una burda torpeza. Porque los hechos mostraban, a las claras, que había que aprender. Había que aprender algo nuevo. Había que encarar una rápida y masiva forma de hidratar. Fue allí donde me acordé de la oportuna frase del politólogo americano, Benjamín Barber, cuando dice: “Yo no divido

al mundo en fuertes y débiles, o en exitosos y fracasados, sino en quienes aprenden y quienes no aprenden”.

Grande, inconmensurablemente grande, fue el tesoro en aprendizaje, emociones, anécdotas y sólida experiencia aquilatados durante la epidemia de Perú y, meses más tarde, en nuestra arrinconada tierra noroestina. Porque ¡vaya si habremos visto pacientes! También, ciertos hallazgos insólitos como el increíble y hasta irónico aislamiento de vibriones vagabundos en el propio cuello del grifo del “office” de enfermería, hallazgo posible gracias a nuestra obsecuencia e infaltable viveza porteña! ¿Cómo lo descubrimos? Pues simplemente frotando con un hisopo estéril el orificio de la canilla, luego llevarlo a cultivo y, finalmente, previa coloración, sentarse a mirar el preparado y sorpresa: ¡Positivo! Ya lo creo que fue increíble ese hallazgo. ¿Qué tal? Puede ahora imaginar el lector en qué lúgubre y oscuro laberinto de imprevistos nos movíamos a diario. Pero así se nos presentaban los hechos y esa era la conducta que debimos asumir. Arriesgada por cierto pero, a no dudar, entusiasta, vocacional... y humanitaria!

Y ahora referiré lo que creo ajustado en llamar “*descomunal espectro colérico*”, es decir la dramática lectura de un padecimiento, reitero, poco imaginable para nuestra generación.

Situémonos entonces junto al enfermo para evocar la denominada “*crisis colérica*”. Elijo este fragmento evolutivo por considerarlo el magno proemio de casi toda la vestimenta de signos y síntomas que caracterizan la forma gravísima del cólera vibriónico

Y bien, así lo evocaré: Una crisis ha quedado atrás. Todo parece entrar en calma. El paciente sigue lúcido, el abdomen en aparente calma, sin despeño diarreico. Pero de pronto el sosiego que parecía dar tregua al sufrimiento se ve interrumpido por un agudo retortijón de vientre, un calambre abdominal que nos permite imaginar a millones de microscópicos garfios coléricos descarnando la frágil mucosa del intestino delgado. Pero en vez de sangrarse, el oscuro tubo abre las compuertas de su extenso dique y en instantes apenas derrama todo; agua, glucosa, sodio, potasio, cloro... El amplio molino de la vida detiene sus aspas. Un último hilo de agua se pierde en

la acequia de la chata. Otro voluminoso despeño intestinal acaba de ocurrir. El sujeto queda exánime. La facies sumida...la voz apagada. Los dedos arrugados parecen trapitos retorcidos. A este signo se lo reconoce como “*manos de lavandera*”.

El intenso debacle acuoso y de solutos que ocasiona la potente toxina colérica en cada deposición, paraliza progresivamente las funciones vitales. Sabemos que el 60% del peso corporal es agua – usina esencial para la vida – y que gracias a su presencia se cumplen los intercambios metabólicos, la función respiratoria en la intimidad de las células y el riego circulatorio del circuito corporal. De ahí que hayamos aprendido que donde no hay agua no es posible la vida.

Tras la masiva expoliación de agua y solutos, ¿cómo traduce el organismo – o lo que queda del él – este tremendo alud? Veamos:

El constante e intenso calambre, electivamente periumbilical, se asocia con frecuencia a una dolorosa y sostenida contractura de los músculos de ambas pantorrillas.

- ...¡Doctor! - parece que me arrancan las piernas – así lo acostumbra a referir el propio paciente -.

El abdomen, luego del intenso retortijón abdominal, queda en un silencio expectante. Pero entumecido como si la barriga hubiese sido pateada. Al observar con frecuencia aquel importante síntoma pensé que, sin embargo, el dolor tras la brutal crisis, quedaba adormecido y el “*quejido colérico*” podía rescatarse todavía luego de una minuciosa y paciente palpación de región abdominal. Hecho que lo estimé como de importancia diagnóstica y orientadora de la enfermedad colérica. Fue así como pude comprobar que, efectuando una presión leve desde el borde derecho del ombligo hacia abajo, rodeándolo en orientación inversa a las agujas del reloj, mis dedos despertaban un dolor que iba decreciendo – en intensidad - a medida que me alejaba del punto inicial. Es decir que a medida que me iba alejando del ovillo del duodeno y parte del yeyuno hacia el intestino grueso, el dolor iba disminuyendo. Precisamente porque me estaba alejando del sitio de mayor actividad de la poderosa toxina colérica. El dolor «*inverso a la*

*dirección de las agujas del reloj*», constatado luego de la crisis colérica, no lo había visto descrito hasta ese momento.

Profunda fue mi impresión al observar detenidamente las facies del colérico terminal: la mirada alejada, vencida, como queriendo dejarse llevar sin saber hacia dónde. Los ojos hundidos en las cuencas “calavéricas”. Las pupilas pequeñas, casi puntiformes como cerradas a las puertas de la vida. Y esas plomizas ojeras dando su pincelada final a la mascarada de la muerte.

La depleción hídrica y de electrolíticos son tan importantes que se expresan por un profundo desfallecimiento del paciente, quien apenas se traducen con una marcada afonía. Su voz apagada, sin fuerza, se debe a la atonía de los músculos laríngeos, debido a que sus delicadas fibrillas carecen de potasio, el vital electrolito rector de la tonicidad muscular. Por igual motivo agréguese, a lo dicho, la dificultad para sacar la lengua.

Con todo lo expresado, y luego de lo vivido y aprendido al lado de tantos pacientes, no podíamos comprender todavía la testaruda postura de los expertos de la OMS que insistían en mantener, de cualquier forma, la rehidratación por vía oral. Actitud incomprensible e inadmisible con solo observar a esos desfallecientes y marchitos seres, poco menos que penitentes momificados, quienes apenas podían elevar el dedo índice para señalar que en realidad se estaban muriendo!

Un año después, instalada ya la epidemia en la provincia de Salta, no fue fácil imponer nuestra conducta terapéutica entre los profesionales de esa provincia. El primer contacto de nuestro equipo profesional del Hospital Muñiz con los colegas salteños no resultó como era de esperar. Con la mejor intención personal y espíritu solidario nuestro propósito era transmitir la experiencia adquirida en Perú, con especial interés en el manejo del enfermo grave camino al colapso circulatorio o a la insuficiencia renal. En cambio resultaron incomprensibles las ingratas expresiones de bronca de los mencionados colegas quienes nos apodaron “*intrusos y usurpadores porteños*” (¿?). Actitud que nos conmovió por considerarla injusta y desconsiderada, Pero una opor-

tuna y casi milagrosa reunión de emergencia celebrada en la ciudad de Tartagal, castigada duramente por el flagelo, logró disipar aquellas diferencias surgidas apenas, hoy creo, por el comprensible nerviosismo generado en el cuerpo médico y en los funcionarios de turno, sobre quienes pesaba la responsabilidad sanitaria de proteger la población amenazada por tamaño riesgo sanitario. Por supuesto que también era lógico que los médicos y profesionales de la salud de aquella provincia se sintieran heridos en su amor propio al tener que enfrentar a un equipo médico foráneo... para peor porteño.

Así quedó inscripta en mi mente y guardada en mi cargada mochila de vivencias, la historia que me envolvió en la increíble y dura epopeya del cólera en un casi final del siglo XX.

Addenda. Pocos días después de mi regreso de Perú, fui invitado por el entonces decano de Medicina, Profesor Dr. Luis Ferreira, para que relatara la experiencia recogida durante con la luctuosa epidemia de cólera iniciada en las primeras semanas del mes de enero de 1991. En su despacho, casualmente, se encontraban mis recordados profesores, Dres. Osvaldo Fustinon y José Emilio Burucúa. Fue en dicha ocasión que me solicitaron diera una conferencia vinculada con la epidemia. Tiempo después, por expresa invitación del Consejo de Administración de la Academia Nacional e Medicina de Buenos Aires, fui invitado también a exponer sobre el tema. En dicha ocasión mi presentador fue el Académico Burucúa. Recuerdo que para mí fue un acontecimiento por demás emotivo. Pasaron varios meses. El 25 de julio de 1991, recibí un inesperado llamado del Académico Dr. León del Soldatti comunicándome que el Plenario Académico me había honrado eligiéndome Académico Titular con el sitial N° 10 – que lleva el prestigioso nombre del Profesor Gregorio Aráoz Alfaro – ocupado años anteriores por el Profesor Dr Domingo Pasanante y, nada menos, por que el maestro Raúl Vaccarezza. La ceremonia de mi incorporación fue el 23 de noviembre del mencionado año. En tal ocasión mi presentador fue el Académico León del Soldatti. Desde entonces pasaron ya veinticuatro años.

## Notas y referencias bibliográficas:

- 1- Gherzi, E y Naupari, H. “*Agua sucia*”: Las causas y los responsables del cólera en Perú. 23 de enero del 2005. Como lo señala el Profesor Enrique Gherzi, hacia fines de la década de 1980 el sistema de provisión de agua de Perú era antiguo o inadecuado y los costos de reparación e inversión eran demasiado altos. El gobierno peruano no alcanzaba con cubrirlos. Debido a la mala administración, grandes sectores de la población carecían de agua limpia y, además, padecían diferentes grados de desnutrición. Se corrompió la distribución de agua en camiones, ya que las autoridades y los proveedores de agua cobraban ilegalmente por este elemento. La cloración del agua estaba por debajo de los niveles recomendados por la OMS en la mayoría de las regiones,  
[www.elcato.org/publicaciones/edc/edc-2005-08-23html](http://www.elcato.org/publicaciones/edc/edc-2005-08-23html)
- 2- El cólera debutó arrasando las miserables poblaciones de Santa María y Santa Victoria Este, situadas al Nordeste de la provincia de Salta. Santa María representaba una pequeña localidad perteneciente al Departamento de Rivadavia. Situada sobre el Río Pilcomayo en la frontera con Paraguay y vecina a la frontera con Bolivia desde donde partían noticias de casos de diarrea en la población. El Censo de 1991 la consideró como una población rural dispersa compuesta por criollos e indígenas. Con respecto a Santa Victoria Este, localidad también perteneciente al Departamento de Rivadavia, ubicada sobre el límite mismo con Bolivia y Paraguay, durante el Censo de 1991 notificaba apenas de 878 h., en su mayoría etnias wichi, cholotes, chulupis y Qoms – etnia identificada burlonamente como toba por los guaraníes-. Una ruta provincial la unía con Santa María. Haberlas recorrido, como lo hicimos cuando enfrentamos a la epidemia, era poco menos que transitar por un suelo olvidado por la sociedad civilizada.  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Santa\\_Victoria\\_Este](http://es.wikipedia.org/wiki/Santa_Victoria_Este)

- 3- Vibrión: bacteria en forma de coma dotado de movimientos ondulatorios y un flagelo terminal para desplazarse.  
<http://www.es.thefreedictionary.com/vibriion>  
En los medios de cultivo *Vibrio cholerae* modifica su forma. Pierde su encurvamiento y al colorearlo por el método de Gram, se lo aprecia en el microscopio óptico de color rojo y casi enderezado, actitud para la cual no tengo explicación. Siempre me intrigó el hecho por el cual el bacilo colérico, proveniente de un medio de cultivo, adoptaba una morfología erecta mientras que el bacilo de la naturaleza – en estado salvaje – mostraba en cambio una forma curva como si fuera una coma. Será porque el bacilo en cautiverio se endereza en son de protesta por haber perdido su libre albedrío? ¡Vaya uno a saber!  
Si además colocamos una gota fresca de materia fecal entre porta y cubre objeto, y luego enfocamos el microscopio, nos impresionará ver a los vibriones correr alocadamente y atravesar el campo microscópico en forma diagonal. Es fácil comprender esta actitud ya que las bacterias en su forma indígena poseen movimientos ondulatorios y se desplazan en el campo microscópico como si fueran fustigadas por su flagelo terminal!
- 4- El Dr. Jorge San Juan, discípulo predilecto del eminente infectólogo y antropólogo, Francisco “Paco” Maglio, es el actual jefe del Departamento de Medicina Crítica del Hospital de Enfermedades Infecciosas “*Francisco J Muñiz*”. Cuando debutó el cólera en Perú, junto a los Dres. Mario Masana Wilson y Alfredo Seijo, integró el equipo profesional que me acompañó a ese país para estudiar los aspectos epidemiológicos, clínicos y bacteriológicos de la epidemia. Desde entonces, Jorge es un digno referente en patología infecciosa crítica.
- 5- Torezani, S. La Institución de la pobreza y los tiempos del cólera. 1er Congreso Internacional “*Pobres y Pobreza en la Sociedad Argentina*”  
<http://www.naya.org.ar/>

- <http://www.naya.org.ar/congresos/contenido/quilmes/P3/8htm>
- 6- Tenti Fanfani, E. Representación, delegación y acción colectiva en comunidades urbanas pobres. En “*La mano izquierda del Estado*”. Eds. miño y Dávila, 1992, Bs As. Informe: Ministerio de Salud Pública de Salta.
  - 7- Klinger, J. “*Pobreza y Salud. Reflexiones sobre América Latina*”. Bol. Of. Sanit. Panam. 1989; 107 (5): 458-462
  - 8- Alfaro Álvarez, C. et al., (1994). Epidemia de Cólera en Perú, Lima, Asociación de Consultores Internacionales en Salud.
  - 9- Martino, Olindo “*El médico: ¿operario... o artesano de la salud?*”. En “Por qué ser médico hoy. Puentes entre la formación y la práctica de la medicina”. Pags.: 163- 164. Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2009
  - 10- Solución de sales de rehidratación oral (SRO). Las SRO recomendadas por la OMS y UNICEF contienen: Cloruro de sodio -3,5 gramos, Bicarbonato de sodio - 2,5 gramos, Cloruro de potasio - 1,5 gramos, Glucosa anhidra - 20,0 gramos.
  - 11- El empecinamiento por parte de los veedores sanitarios de la OMS en insistir con la hidratación por vía oral se debía a que comparaban el brote de cólera que se estaba desarrollando en Perú - hasta ese momento un país libre del mal - con la endemia que históricamente venía sufriendo, por ejemplo, la región de Bangladesh, en la India. Que yo haya visto ninguno de estos funcionarios se molestó en ponerse guardapolvo, barbijo y guantes para ingresar a una sala con pacientes sufriendo aquella enfermedad tan extenuante.
  - 12- La Dra. Mabel Noguera, tuvo una participación muy activa frente a la epidemia que asoló, a partir del mes de enero de 1992, el norte de nuestro país. Trabajó intensamente en terreno y en varios hospitales regionales de la provincia de Salta, aportando con llamativo empuje y eficiencia sus vastos conocimientos como infectóloga.

En época de actividad de la cámara hiperbárica, con asiento en la sala III (Cuidados Intensivos) del Hospital Muñiz, fue la responsable de la indicación de este importante tratamiento. Más tarde, siguiendo los lineamientos de su maestro, el Dr. San Juan, fue nombrada Jefa de la Sección Diálisis Renal con sede en el Departamento de Medicina Crítica del citado nosocomio.



Fig.: 21.1. Extremo norte de la provincia de Salta donde estalló el brote de cólera.



Fig.:21.2.Toma de muestra de agua en el río Pilcomayo, vecina a las poblaciones contaminadas. El análisis bacteriológico demostró la presencia de contaminación fecal.

Fig.:21.3.Con el Dr. Alfredo Seijo, a orillas del puerto El Callao, capturando bivalvos para descartar en el laboratorio la presencia de bacilos coléricos.



Fig.:21.4. La Dra. Mabel Noguera asistiendo a un paciente con cólera en la zona rural de la provincia de Salta.



Fig.: 21.5. Pacientes con forma leve de cólera recibiendo la hidratación en uno de los consultorios externos del hospital del Callao



Fig.:21.6. Clásica facies sumida del cólera grave.



Fig.:21.7. Impresionante despeño diarreico que ha mojado el pantalón de esta enferma en casi su totalidad!

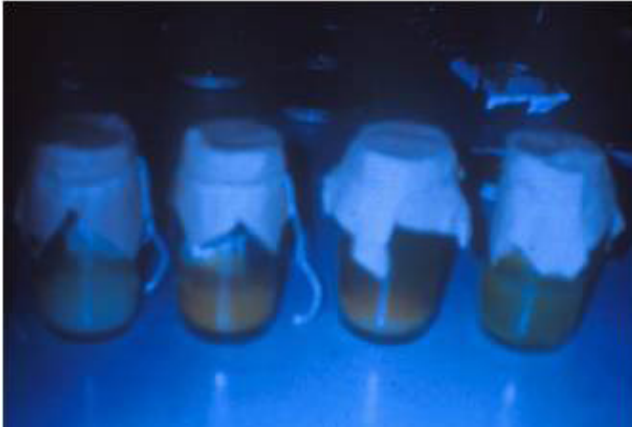


Fig.:21.8. Muestras de materia fecal colérica con aspecto de «agua de arroz»

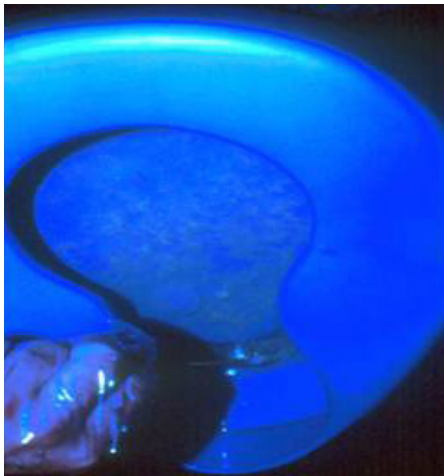


Fig.:21.9. Materia fecal acuosa donde flotan grumos con aspecto de huevo coagulado. En ellos se acumulan conglomerados de bacterias en forma de coma (nativas).



Fig.:21.10. Región boscosa de Santa Victoria Este (Salta), donde se registraron los primeros casos de cólera en enero de 1992.



Fig.:21.11. Agentes sanitarios y médicos rastreando casos de cólera en ranchos del norte de la provincia de Salta.



Fig.: 21.12. Clásico cebiche, típica comida peruana.  
En la epidemia de cólera de Perú, la ingestión de pescado  
crudo contaminado fue una de las fuentes importantes  
de infección en la población.

## CAPÍTULO XXII

### **Pobreza y enfermedad, una realidad inocultable**

*Los excluidos, espectro y castigo para el Norte Argentino*

*“Parecen totalmente depravados, corruptos, viles y odiosos;  
pero es muy raro que aquellos que hayan llegado tan bajo no hayan  
sido degradados en el proceso, además, llega un punto en que los  
desafortunados y los infames son agrupados,  
fusionados en un único mundo fatídico.  
Ellos son los miserables, los parias, los desamparados...”*

*“Los Miserables”*

*Víctor Marie Hugo (1802 – 1885)*

Aunque no sepamos por qué, toda vez que escuchamos estas dos palabras nos sobreviene un indefinido desasosiego. Claro está que frente a una, o frente a ambas, apenas es necesario el instinto para sentir rechazo.

Dada la profundidad de su problemática, propongo situar primero a la pobreza, luego a la enfermedad y, finalmente, intentar una respuesta a esta pregunta: ¿Existen argumentos para vincular pobreza con enfermedad?

Con el aval científico de la Universidad de Salamanca se ha propuesto una definición actualizada de la pobreza que, en términos corporativos, la señala como una “...*demanda de la sociedad*”. Es decir como una sociedad consolidada que, con monóculos, observa tal penuria social, pero desde la vereda de enfrente.

Un tanto coincidente con este punto de vista el economista y filósofo hindú Amartya Sen, ganador en 1998 del premio Nobel en Economía, llegó a expresar que “*a las personas no se les debe permitir llegar a ser tan pobres como para ofender o causar dolor a la sociedad*” Una escalofriante opinión que obliga a reflexionar : ¿Entonces el

problema no radicaría en el sufrimiento del menesteroso sino en las incomodidades que sufriría la comunidad frente a esta desagradable realidad? Vaya si lo dicho no representa un crudo sinceramiento toda vez que la pobreza sería, entonces, un lamentable invento del hombre: crear un homólogo bajo condiciones miserables. Pero similar fue también la trágica coincidencia de Thomas Malthus cuando allá por el año 1789 llegó a decir: *“El hombre viene al banquete de la naturaleza y no encuentra lugar vacante en él. La naturaleza le ordena marcharse, porque él no ha preguntado a la sociedad, antes de su nacimiento, si ésta le necesitaba o no”*.

Pobreza: irritante e ingrata palabra. No debe extrañar la evolución del significado de este vocablo desde que fuera rescatado del latín *“paupertas”* (1), que asociaba a la pobreza con el parir del ganado o con la tierra poco fértil. Desde entonces muchas fueron las definiciones que pretendieron ser, por mérito propio, justas e irreprochables.

A decir verdad el andamiaje de esta ríspida palabra viene erigiéndose desde que el hombre logró darse cuenta hacia dónde puede conducir una desigualdad. Así, una definición terminante señala que *“la pobreza es una forma de vida carente de los recursos suficientes para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas del hombre”*. Y pensar que todo empezó a partir de los pobres animales que no podían parir suficientes cantidad de cabezas o, con otro sentido, asociado con la tierra yerma, sin cosechas y sedienta de agua. Pero me animo a agregar otra definición, extensiva a otras esferas del consumo, el desarrollo y la convivencia social. Dice así: pobreza significa *“...imposibilidad de acceder a recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas”*, con *“desgaste inmoral del nivel y calidad de vida de las personas”*. Significa aceptar, entretanto, una vivienda precaria, alimentación deficiente, dificultad en el acceso al agua potable, ausencia de letrina, educación y asistencia sanitaria insuficientes. Una definición que, sin lugar a dudas, es reconocida por los sanitaristas como Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

Muchacho aún, mientras cursaba la carrera de medicina, escuché a un distinguido profesor de patología transmitir este claro pensamiento: “sólo *podremos vencer una enfermedad si conocemos su esencia en profundidad*”. Por lo tanto, si consideramos a la pobreza como un “mal social” podemos sin temor a equivocarnos representarla como una grave y vergonzante enfermedad. Entonces, sólo conoceremos la verdadera matriz de la pobreza absoluta si comprendemos los factores que la engendran.

En un intento por dilucidar los factores que configuran a la pobreza social se tomó, entre sus ejemplos más conspicuos, el concienzudo estudio realizado por Alfredo Bolsi y Norma Meichtry, investigadores del Conicet en las áreas de Estudios Geográficos e Investigaciones Geo-históricas, en el extenso territorio del Gran Norte Argentino (2). Y me parece atinado elegir este importante y extenso territorio socio-cultural porque en mi experiencia es allí donde se expresan, con mayor verosimilitud y crudeza, las enfermedades vinculadas con la pobreza.

De acuerdo con estos autores, el Gran Norte Argentino abarca el 27,5% de la superficie total del país, es decir más de una cuarta parte de la superficie geopolítica de la Argentina. Allí se cobija el aglomerado humano más pobre del país, configurando un prolífico ecosistema que abarca a las provincias Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca Formosa, Chaco, Santiago del Estero, Misiones y Corrientes. De acuerdo con el Censo del 2010 (INDEC) reúne una población de 8.275.485 habitantes, lo cual representa poco más del 20 % del total de la población nacional.

Este vasto compás norteño ofrece una contrastante arquitectura ecológica la cual, a través de su historia, ha venido ejerciendo una indudable influencia en el desarrollo social, económico, folclórico y, significativamente, en el aspecto sanitario. Oportuno es recordar aquí la elocuente expresión del eminente ecólogo y sanitarista canadiense, Dr René Dubois cuando dice: “*en muchas situaciones del cotidiano vivir, el clima hace al hombre*”. Me permitiría agregar: sobre

todo en un clima definido como se muestra el sub trópico de nuestro techo norteño.

El Gran Norte Argentino representa así un extenso paisaje que transcurre desde su oeste montañoso y escarpado hacia el opuesto confín del este aluvional, conjugando una contrastante e imponente extensión de tierra patria, fuertemente impregnada de retazos de historia, hábitos culturales, tendencias productivas, riquezas, poder... y también miserias que, a través de su abultada madeja de acontecimientos existenciales, logró tejer una definida vestimenta antropológica.

Desde el punto de vista productivo, el ecosistema norteño representa una estructura endeble; por lo tanto su pronóstico histórico ha sido siempre previsible: llevar a cuestras la mascarada de la pobreza estructural. No debe sorprender entonces que en este empobrecido estrato social se concentren los mayores porcentajes de enfermedades carenciales e infectocontagiosas y, peor aún, las mayores y todavía objetables tasas de mortalidad infantil. Mientras que esta crucial tasa para todo el país, en el año 2013, ascendió al 10.8‰ nacidos vivos, en las provincias de Corrientes, Formosa, Salta y Tucumán, la misma oscilaba entre el 15‰, 14‰ y 13‰, respectivamente, dando cuenta de las cifras más altas registradas para la Argentina en el período considerado. Pero ciertas mamás del norte tampoco la pasan muy bien. Mientras que la tasa de mortalidad materna para todo el país representó el 3.2 por 10.000 nacidos vivos, las provincias de La Rioja, Formosa y Corrientes arrojaban cifras que oscilaban entre el 11‰, 9‰ y 7,5‰, respectivamente (3), (4), (5).

Pero para comprender cómo y por qué determinados padecimientos afligen a un simple hombre, que injustamente sufre bajo el perverso yugo de la pobreza y la indigencia, debemos comenzar por definir los atributos de estas penosas y malas palabras que exaltan la gran bronca que existe contra la persistente desigualdad social. Porque todavía hoy se la sigue sufriendo en el retazo más golpeado de nuestra prometedora tierra: el Gran Norte Argentino.

Creo haber dicho bien “malas” palabras que, eternas, siguen monótonas golpeando oscuros cántaros de la historia. Palabras como pobreza señalando un ingreso familiar que no alcanza para comprar la canasta básica global. También palabras como indigencia, con su huesuda imagen denunciando que el ingreso familiar no alcanza, siquiera, para adquirir lo esencial para alimentarse. Inocultables e inflexibles son también aquellos indicadores estadísticos que tras la encuesta permanente de hogares señalaba para la década del 2010, tasas de pobreza e indigencia que en chicos menores de 14 años oscilaban entre el 39 % y el 35%, respectivamente. Mientras tanto, la pesada tiniebla de la “*brecha de la pobreza*”, expresión que suele indicar a *esa fisura que aparta del necesario ingreso y permite a un hogar salir de tal situación*, era en tal periodo del 34% (6)

Vinculada a esta penosa realidad social debe mencionarse el inocultable golpe bajo asestado al crecimiento económico, donde la falta de creación de empleo del sector pobre sigue siendo un problema acuciante. Apenas con recordar que en la Argentina el 36% de la población urbana entre 18 y 65 años tiene como “*máximo la educación primaria*”; y de este universo poblacional el 54% corresponde al sector pobre y el 65% al indigente. ¿Cómo puedo entonces alentar la esperanza de un crecimiento económico y una decorosa calidad de vida frente a esta perversa desigualdad social? ¿Cómo puedo ser tan indiferente frente a una cargada atmósfera de penuria humana sin percibir el acechante espectro de la enfermedad y hasta de la muerte? Y si se trata de este irremediable fin, ¿cómo no delatar, a viva voz, la ya mencionada tasa de mortalidad infantil registrada en las provincias norteñas más castigadas?

La miseria humana convive con diversos sufrimientos, genuinos harapos de vidas entre los cuales cabe destacar la desnutrición proteico calórica cuya forma magna es el “kwashiorkor”, expresión que deriva de la lengua “Kwa”, oriunda de la costa de Ghana, que significa “el desplazado” aludiendo al niño destetado prematuramente para dar lugar a su hermanito recién nacido. La triste carátula de esta enfermedad la he observado en criaturas cuyas edades oscilaban

entre los 10 meses y 2 a 3 años. El crecimiento se retarda, el abdomen es globuloso debido a la notoria hepatomegalia y a la presencia de líquido en la cavidad abdominal. En los grados avanzados la cara y las piernas están hinchadas debido al clásico desbalance osmolar a expensas de hipoproteinemia y retención de agua. La piel se presenta por sectores eritematosa, con escamas, agrietada o desprendida como si fuera una superficie de “pintura descascarada”, elocuente expresión del Dr. Alejandro Cordero, distinguido dermatólogo argentino. La presencia de diarrea crónica agrava el pronóstico del Kwashiorkor debido a la expoliación de agua, potasio, magnesio, glucosa y otros esenciales oligoelementos, llevando a la criatura a una progresivo desmoronamiento de la homeostasis y a un desfallecimiento hemodinámico. La imagen sobrellevando esta vergonzosa desnutrición es la de un niño triste, llorón, vencido y miserable... como su propio destino.

Más dramática e inconcebible aún es la desnutrición universal conocida como “marasmo”. Basta con reparar, apenas una vez, su consumida figura para no olvidarla. Predomina en niños pequeños, habitualmente menores de 3 años. Adoptan un aspecto llamativo ya que su extrema delgadez y arrugamiento de la piel lo asemeja a pequeños viejitos – *little old man* -. Un hallazgo significativo que rubrica la intensa desnutrición universal es haber comprobado en piezas de necropsia las vísceras pequeñas y pálidas. La atrofia muscular es tan manifiesta que explica el aspecto de trapo arrugado que evidencia la superficie cutánea. El profundo estado de carencia nutritiva es agravado todavía por la presencia de fiebre, vómitos, diarrea y deshidratación debido a las frecuentes infecciones oportunistas que terminan con sus vidas. Conmueve ver al pequeño desamparado cómo vive su drama, siempre lúcido y con su carita llorosa... pero sin saber por qué. Como si se tratara de seres envejecidos por los malos tratos de una sociedad despiadada. Y para tornar más triste este relato hoy día encontramos todavía expectros marasmáticos en chicos mayores, intensamente depauperizados.

En mis largas caminatas como médico itinerante, mientras atravesaba inhóspitos bosques y selvas del norte argentino, Centro América y el continente africano, regiones de difícil acceso y condenadas a una prolongada marginalidad social, pude conocer otro lamentable padecimiento signado por la pobreza. Me refiero a la pelagra, cuyo nombre fue establecido el año 1771 por el médico italiano Francesco Frapolli que sugirió tal denominación “*pelle*” piel y “*agra*” áspera, debido a los trastornos agudos que sufrían los pacientes afectados por tal dolencia. Recuerdo que nos encontrábamos en el centro de salud de Nyamata – territorio ruandés del África subecuatorial – examinando pacientes con mi residente Dr. Pablo Goetz cuando nos trajeron a un pequeño de cerca de cuatro años con unas tremendas boqueras. Mientras lo examinábamos Pablo me señaló los cachetes y partes de las manos del niño cubiertas por cascarones de color parduzco tapizándole, llamativamente, los lugares descubiertos de su piel

- Pobre chiquito, mire Doctor la roña que tiene! – me dijo

- No Pablo, eso no es roña- le respondí – Puede que no esté bien higienizado pero fijate bien en el resto de la piel. Esos cascarones que simulan una piel mugrienta, como si no estuviera lavada desde hace tiempo, son más notorias en los lugares *más descubiertos de su piel* justamente donde la luz y aquí el sol tropical golpean fuerte. Es lógico que se confundan con una piel sucia. Pero no está mal pensando porque en estas comunidades africanas no suele usarse el jabón!

- Pero Dr. - insistió mi residente- , si casi todos los chicos y hasta personas grandes las tienen. Más lógico sería pensar que se trata de falta de higiene teniendo en cuenta las penurias que sufre este pueblo africano.

- Es cierto – le respondí - pero estas lesiones que simulan mugre son debidas a una severa pelagra, *grave avitaminosis B que en casos extremos se asocia con diarrea y trastornos de la esfera psíquica. De ahí que se la denomine la enfermedad de las tres D: dermatitis, diarrea, demencia.* Además, le insistí, justamente a estas severas lesiones de

dermatitis pelagrosa se agregan boqueras que testimonian la grave deficiencia de nutrientes del grupo B.

Por mi parte, toda vez que observaba a una persona con pelagra – tan frecuente en pobres vagabundos que dormían en las calles o con la esperanza de ingresar a una sala de nuestro generoso hospital Muñiz – la tildaba como a una enfermedad marcadora de profunda desdicha, y tatuada trágicamente en la piel que recubre un cuerpo vencido y un alma errante. Así, la piel pelagrosa es una sucia arpillerá que cubre a un ser descartable.

Frente a estas realidades, no es fácil derrumbar el sólido andamiaje que mantiene una enfermedad creada y sostenida por la pobreza estructural. Empotrada, precisamente, en el conflictivo Gran Norte Argentino. Vale aquí evocar algunas de esos miserables mojones que la identifican: un clima inhóspito, un acceso geográfico dificultoso, cruciales necesidades básicas insatisfechas signadas por el analfabetismo, una vivienda precaria, la ausencia de letrina y la falta de agua potable; el bajo ingreso “per capita”, y, cómo ocultar, el oscuro tizne que pincela la estigmatización social, postergando el impostergable derecho a la educación sanitaria, parte del ropaje necesario para acceder a una digna calidad de vida.

A todo ello y a su desalentador producto, la enfermedad, así tuve que enfrentarme. Equivalía adaptar mis conocimientos a un sin número de realidades ecológicas, folclóricas y étnico culturales que, por momentos, amenazaron desbordar mi fortaleza personal. Y, confieso, llegué a dudar, más de una vez, la toma decisiones frente a críticas situaciones de emergencia sanitaria. Duro fue curtirme frente a tales retos, pero también invaluable fue lo que recogí como experiencia de vida.

La desmoralizadora presencia de la pobreza estructural, responsable de una impiadosa desigualdad social, priva a los más débiles de una existencia digna. Basta con recordar el aciago aforismo de Thomas Malthus (7) quien, allá por fines del siglo XVIII, sentenció: “...sólo aquellos que progresan llegan finalmente a sobrevivir y son los seleccionados de su generación”. Creo que no se equivocó porque durante

mi labor entre grupos sociales altamente vulnerables, fue justamente lo que enfrenté: criaturas humanas poco menos que descartables.

Con sentido realista no he observado hasta el momento una política comprometida hacia un tratamiento radical de la miseria social, cuando menos para satisfacer un mínimo y digno bienestar comunitario. Como individuo, como ciudadano y como médico he comprobado, en mi largo andar por esta espléndida y pródiga tierra patria, que vencer a la pobreza estructural, y no apenas disipar sus ligeros harapos, no es una tarea simple y resuelta apenas con un decreto presupuestario generoso. Abolir la andrajosa miseria no pasa solamente por esta importante decisión. A propósito es que retomo aquella medulosa frase pronunciada por Malthus. Al desmenuzarla surgen los siguientes aspectos a considerar:

1 - “...solo aquellos que progresan llegan finalmente a sobrevivir...”

Que un individuo o una sociedad progresen depende, en mi opinión, de dos factores esenciales:

- a) De quien impulsa, ayuda o ampara una mejor calidad de vida. Tarea cuya responsabilidad recae, primordialmente, en quienes construyen las leyes.
- b) De la iniciativa individual o colectiva. Considero que es más penosa la apatía del espíritu que la fatiga del cuerpo. A tono con lo expresado he podido comprobar en ciertas regiones de mi país modestas construcciones – pero al fin habitables y suficientemente confortables – averiadas, descuidadas y mugrientas debido a la injustificada desidia de sus ocupantes. A niños pequeños descuidados y sucios con sus cachetes tiznados por el abandono. Además, comprobar retretes, surtidores de agua comunitarios, cabinas telefónicas públicas averiadas o destruidas. Como también asistir al penoso espectáculo de ver, rodeando la vivienda, montículos de basura, trastos inútiles y desperdicios al azar como si, a través del tiempo, fueran esparcidos por un mefítico destino. Estas costumbres y actitudes mal habidas sólo pueden comprenderse en una sociedad con bajos valores de instrucción y de carencia de au-

toestima. Entonces más que válida la expresión de Massimo Manfredi (8) cuando dice : “...*En una sociedad semejante no es vergüenza ser humilde y pobre, sino no hacer nada para mejorar su propia condición...*”. Esas actitudes de clara desidia, y cada vez más frecuentes de observar en las puertas mismas de la opulenta sociedad de consumo, representan una claro golpe bajo contra el derecho a un merecido bienestar.

- 2- Siguiendo el análisis del apotegma maltusiano “...*solo aquellos que progresan llegan a sobrevivir...*”. Está claro que solo los que progresan llegan a sobrevivir, porque logran ampararse en el blindaje de un bienestar. Bastaría entonces con un salario digno y una cobertura de salud para permitirles transitar la difícil senda. Pero también es cierto que, en su mayoría, lo harán bajo el yugo de la gélida globalización. Porque en verdad creo que la impiadosa sociedad de consumo también consume el espíritu...
- 3- Finalmente, y aquí viene lo más jugoso de la sentencia del erudito clérigo anglicano: “...*y son los seleccionados de su generación*”. Únicamente ellos tendrán libre acceso al perfeccionamiento intelectual, a la conducción y al bienestar productivo... ¿Quizás una esquivada alusión a la selección darwiniana?

Si bien el principio de la teoría maltusiana se refería a un planteo demográfico, donde el crecimiento poblacional en un sentido geométrico se acompañaría apenas por el crecimiento aritmético en la producción de los alimentos fue refutado, debido a los resultados positivos obtenidos por los países ricos que elevaron su producción; mientras tanto cayeron sus tasas de fertilidad, me permití sin embargo tomar intencionalmente la frase de Thomas Malthus para ensamblarla con la expresión de Manfredi que, repito, dice “...*no es vergüenza ser humilde y pobre sino no hacer nada para mejorar la propia condición*”, y donde mejorar la propia condición representaría, según Marber, “...el puente para una vida superior...”. Procedí a este enlace de pensamientos porque en definitiva considero que para superar a la miseria y “ganarse” una calidad de vida digna, es preciso el esfuerzo

mancomunado de quien, por un lado, dirige y concede el beneficio, mientras que por el otro dependerá del beneficiario del mismo quien, en definitiva, será el legítimo responsable de su crecimiento y bienestar personal. Porque, en definitiva, es el hombre el único depositario de su azaroso destino.

Hoy por hoy enfrentamos una realidad. Si pretendiéramos analizar la pobreza y su cohorte la desnutrición – en especial proteino calórica – y vincularla con un país socavado en sus riquezas naturales, advertimos que, contrariamente, lo que en Argentina sobra es riqueza y diversidad naturales. En cambio arrastramos, día a día, la triste afrenta de un pueblo empobrecido y desesperanzado que sigue su penoso camino histórico, soportando una maliciosa distribución de la riqueza nacional donde el 20% de los ciudadanos más ricos recibe el 53% del ingreso, mientras que el 20% de los ciudadanos más pobres acumula apenas el 4,3% del ingreso nacional.

No existe frustración más penosa para un niño que al nacer pierde en ese instante a su madre. En el año 2006 la UNICEF reveló que la mortalidad materna más elevada en la Argentina se había registrado en tres provincias norteñas: Chaco, Corrientes y Formosa, con tasas que oscilaron entre 8, 10 y 11 por diez mil nacidos vivos, respectivamente; y si bien la tasa global para el país era del 4‰ nacidos vivos, la comparaba con la de países industrializados donde apenas llegaba al 1,3‰ nacidos vivos (9).

Como sufriente argentino no tengo tapujos en vociferar la ignominiosa realidad descubierta por investigadores del CONICET quienes, al evaluar 700 niños menores de 5 años provenientes de hogares con necesidades básicas insatisfechas, demostraron que el 40% de ellos tenía un coeficiente intelectual por debajo de 80 puntos, cuando la media se sitúa entre 90 y 100 puntos. Para rematar esta incongruencia social, cabe agregar que un antiguo indicador de la calidad de vida de un pueblo es la talla de crecimiento de sus niños. En este sentido se ha comprobado que en ciertas poblaciones del norte argentino existe una menor talla en centímetros verificada a partir del nacimiento, y hasta los 5 años cumplidos. Personalmente

he podido comprobar este hallazgo en mis trabajos de terreno realizados en la década del '60 con niños maticos radicados en la provincia de Formosa.

El inocultable hecho de asistir a madres con hijos de bajo peso al nacer, desnutridos, con un desarrollo retardado y, como irreversible estigma generacional, muchos de ellos medio tontitos, me motiva a recordar las crudas palabras del Profesor Jean Ziegler : “...*detrás de cada víctima hay un asesino*”. Trágica predicción que remata diciendo “las hecatombes del hambre no obedecen a ninguna fatalidad, sino a un verdadero genocidio” (10)

En esta sociedad globalizada, y cada vez más despiadada, considero que hoy, más que nunca, aquel profesional de la salud que tenga que enfrentarse con esta inocultable realidad debería comportarse como un genuino operario social (10), imbuido de un amplio criterio societario ya que el primer padecimiento marcador de una comunidad decadente es precisamente la pobreza y, su aledaño espectro, la indigencia. Y aprovecho para preguntarme: ¿cómo mejorar la “insita condición” si el desamparado sigue analfabeto, camina descalzo y, hoy día, nadie siquiera lo escucha o lo protege?

Sin embargo, vencer una magna pobreza no es apenas enjuagar sus mugrientos harapos, o mitigarla con un decreto presupuestario generoso. Abolir sus simientes andrajosas exige analizar, comprender y luego proponer, sin preámbulos ni negociaciones...y una vez por todas, estos principios esenciales:

Educar, proteger la salud y garantizar una calidad de vida digna con iguales derechos para todos los ciudadanos. Luchar y velar por estos principios exige conocimiento, esfuerzo, compromiso social y optimismo. Y qué mejor aliento de esperanza a esta propuesta que recordar las hermosas estrofas del poeta uruguayo Mario Benedetti que dicen:

*“No te rindas, por favor no cedas aunque el frío queme, aunque el miedo muerda, aunque el sol se ponga y se calle el viento.*

*Aún hay fuego en tu alma. Aun hay vida en tus sueños, porque cada día es un comienzo nuevo; porque ésta es la hora y el mejor momento”*

## Notas y citas bibliográficas:

- 1- <https://es.wikipedia.org/wiki/Pobreza>  
<http://mymemory.translated.net/es/latin/spanish/paupertas>
- 2- Bolsi, A. Meichtry, N. Territorio y pobreza en el Norte Grande Argentino. Barcelona: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona, 1 de agosto de 2006, vol X, 218 (10).  
<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-218-10.htm>
- 3- Nuria Susmiel. Argentina: Pobreza, desigualdad de oportunidades y políticas públicas; pags.: 8-18, En Pobreza, desigualdad de oportunidades y políticas públicas en America Latina. Programa SOPLA. Konrad Adenauer  
[www.kas.de/wf/doc/kas\\_32590-1522-4-30.pdf?121101120718](http://www.kas.de/wf/doc/kas_32590-1522-4-30.pdf?121101120718)
- 4- INDEC. Ministerio de Economía y Producción. Incidencia de la Pobreza y de la indigencia en 28 conglomerados urbanos. Resultados semestrales: 1er. semestre año 2003.  
[www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)  
[http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/74/pob\\_tmay03.pdf](http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/74/pob_tmay03.pdf)
- 5- [www.deis.msal.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.pdf](http://www.deis.msal.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.pdf)  
REPUBLICA ARGENTINA - AÑO 2013. 78. TABLA 32 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS, POR JURISDICCION DE RESIDENCIA.
- 6- Nuria Susmel  
[www2.congreso.gob.pe/.../POBREZADESIGUALDADOPORTUNIDAE...](http://www2.congreso.gob.pe/.../POBREZADESIGUALDADOPORTUNIDAE...)  
Nuria Susmel, Cinthya Pastor Vargas. Marcela Peticara. Luis Ignacio Román Lomelí. Samanta Sacramento. Fernando Spiritto. Juan Diego Trejos Solórzano.
- 7- Thomas Roberts Malthus (An essay of the principle of population; 1789)

- 8- *The Study of Sociology* (Herbert Spencer, 1820-1903)  
La preocupante reflexión de Thomas Roberts Malthus! (An essay of the principle of population; 1789)  
*“El pobre viene al banquete de la naturaleza y no encuentra lugar vacante para él. La naturaleza le ordena marcharse, porque él no ha preguntado a la sociedad, antes del nacimiento, si ésta le necesitaba o no”*  
*The Study of Sociology* (Herbert Spencer, 1820-1903)  
*“...Sólo aquellos que progresan llegan finalmente a sobrevivir y son los seleccionados de su generación”*
- 8- Valerio Massimo Manfredi. Escritor italiano nacido en Módena, Italia en 1943. Ensayista, historiador, periodista y arqueólogo italiano, autor de la trilogía «*Alexandros*» compuesta por «El hijo del sueño» (1998), «Las arenas de Amón» (1998) y «El confín del mundo» (1998), además de «El ejército perdido» (2008) y «Odiseo: el juramento» (2013).  
[www.frasesypensamientos.com.ar/autor/valerio-massimo-manfredi.htm](http://www.frasesypensamientos.com.ar/autor/valerio-massimo-manfredi.htm)
- 9- La lucha por sobrevivir lleva al ser humano a una constante fricción con su ecosistema donde apenas triunfa el más apto. Finalmente lo arrastra a una “Eutanasia social natural del más débil”  
 (“La pobreza como categoría económica”); E. O. Colombo. 2007, pag.35)
- 10- Citado en : Martino Olindo. “*El Médico: ¿operario ...o artesano de la salud?*” 20 de febrero del 2009, perteneciente a la Editorial “Libros del Zorzal”.
- 11- [www.elrincondelamedicinainternacom/.../el-medico-operario-o-artesano](http://www.elrincondelamedicinainternacom/.../el-medico-operario-o-artesano)



Fig.: 22.1. Vivienda precaria en área rural de Nicaragua. Visita como experto en Medicina Tropical para brindar Asistencia Técnica a la Universidad Autónoma de Nicaragua - León (Instituto de Medicina Tropical y Salud Pública), en el marco Argentino de Cooperación Horizontal. Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto de la República Argentina. (Año 1997).



Fig.:22.2. Niña sorprendida en momentos de lavar una prenda en un grifo público.



Fig.: 22.3. Un modelo habitual de letrina rural



Fig.: 22.4. Mujer "wichi" cocinando dentro de la vivienda



Fig.: 22.5. y 22.6. El paradójico ecosistema del Gran Norte Argentino



Fig.: 22.7. y 22.8. El Paradójico Ecosistema del Gran Norte Argentino



Fig.:22.9. Educación. Atributo insustituible para una calidad de vida adecuada.



Fig.:22.10.Hambre,miseria y abandono  
22.11. Desnutrición grave



## CAPÍTULO XXIII

### Sobre el dolor y la muerte

*“El dolor con su grito... la muerte con su silencio”*

Por haber presenciado muy de cerca trágicos espectros del dolor y de la muerte, dedicaré este inolvidable recordatorio de escenas que atesoro con unción y respeto, y vividas durante mis épocas de infectólogo de guardia del hospital Muñiz.

En los albores de mi práctica médica ingresaban al hospital Muñiz, casi sin excepción, enfermos de extrema gravedad e infecciosidad. Era comprensible, en tales circunstancias, predecir una elevada letalidad. En los fines de la década del '50 no se hacía uso del coma farmacológico, situación que permitía asistir, en toda su magnitud, al dramatismo que caracterizaba un determinado proceso infeccioso destinado, con bastante probabilidad, al óbito.

#### **Pálida y alevosa...**

Una tarde como otras de otoño. Tibia y algo húmeda. El crepúsculo comenzaba a recostarse sobre el largo muro del hospital. Era domingo. Ese día me tocaba recargo de guardia. Me dispuse a recorrer los ondulados senderos de aquella antigua casa de aislamiento, bajo el techo ambarino de las centenarias tipas, con destino hacia las salas donde había internado pacientes durante la mañana. Caminaba solo. El silencio, aliado fiel de la meditación, me invitaba a recordar. Mientras lo hacía experimenté, de pronto, un retorno hacia pasadas vivencias, algunas intensas y no menos penosas. Detrás de imaginarios celajes comenzaron a fluir figuras fantasmales mientras sentía, a la vez, que algo me detenía en cada sala donde sucedieron los hechos. Razón tenía quien supo decir «la memoria, es, *ciertamente, un fiel refugio de la vida y de la historia...*»

Las primeras sombras de aquella noche comenzaron a desdibujar las siluetas de los pabellones. Me parecía estar en un amplio escenario que, poco a poco, iba apagando sus luces para dar comienzo a la función. Cada sala parecía lista a desplegar el cortinado de algún drama quizás olvidado.

Fue entonces cuando sentí la necesidad de detenerme en la sala XX, destinada durante años a pacientes mujeres. El episodio que referiré sucedió en pleno brote de difteria. La sala estaba colmada con criaturas afectadas con formas graves de la enfermedad (1). El Hospital de Niños, al igual que nuestro hospital, se hallaba también

más útil y con la robustez espiritual necesaria si hubiese tenido la valentía para transmitirle a esa madre atribulada, apenas la palabra optimista como senda hacia una misericordiosa recuperación.

## **Morir anudado!**

Quien haya visto morir a un ser humano con rabia furiosa no creo que pueda olvidarlo. Como en otras enfermedades con elevada potencialidad invasora, la rabia no podía ser internada en otro nosocomio que no fuera el Hospital Muñiz, Porque desde su creación estaba signado para recibir aquello pestilente, desfigurante, virulento, contagioso y ponzoñoso.

Aquellas patologías que no podían ser admitidas en otros centros asistenciales se concentraban en nuestro benemérito y dedicado hospital de enfermedades infecciosas al cual le puse el apodo, aunque mal interpretado, de “tachómetro” porque siempre acumuló el triste desecho humano, representado por penosas y hasta insoportables enfermedades tales como la tuberculosis, la lepra, la sífilis, la hidrofobia, las monstruosas úlceras malolientes recorridas por gusanos, el tétanos, la gangrena gaseosa, el cólera, la viruela, en los últimos años el VIH, etc. Patologías que, con sobrados motivos, solían ser rechazados por otros centros asistenciales.

Precisamente, el dramático espectáculo que ofrecía el sujeto rabioso comenzaba en el mismo instante en que la pobre víctima ingresaba a la guardia del hospital. Tengo el vívido recuerdo del primer enfermo que asistí como practicante médico de guardia en la década del '60. Así recuerdo los hechos: era cerca del mediodía. Me encontraba en uno de los consultorios de la guardia observando una placa de tórax con mi colega y distinguido neumonólogo Dr. Roberto Manzano. Mientras cambiábamos opiniones acerca de ciertas imágenes observadas en la radiografía, se detuvo un auto particular del cual descendió un hombre de mediana edad asistido en el descenso por otra persona también del sexo masculino. El supuesto paciente – por su semblante un tanto desencajado – se mostraba nervioso, algo sudoroso y afiebrado. Comencé a interrogarlo.

- Por qué viene Señor – le pregunté – mientras se recostaba en la camilla y la enfermera le colocaba el termómetro

- Desde hace una semana Doctor no puedo dormir, tengo pesadillas de terror, me tiembla la pierna derecha y tengo como descargas eléctricas que me suben por la pantorrilla...- Mientras hablaba se subió la botamanga derecha del pantalón para mostrármela.

- Le pasó algo en la pierna...un golpe, o se cortó – pregunté en seguida

- No Doctor - respondió – lo único que me pasó, pero hace más de un mes fue que mientras caminaba una tarde por el parque de mi barrio un perro me mordió la pierna. Me dolió bastante pero casi no me salió sangre.

- Fue al hospital o consultó a un médico – interrogué - mirando seriamente a mi colega que se había acercado para interiorizarse del caso.

El paciente estaba febril, con una temperatura que superaba los 39 °C y un estado infeccioso cuyo origen había que establecer.

Mientras examinaba al paciente, éste pidió un vaso con agua. Lo que siguió fue inesperado, dramático y en apariencia – sobre todo para un novato como todavía lo era yo - inexplicable. El hombre se incorporó para poder tomar el agua que había solicitado. En el consultorio, vecina a la camilla había una pileta. La enfermera procedió a abrir el grifo para dejar escurrir el agua. Fue en el preciso instante en que el agua comenzó a llenar el vaso cuando el paciente, tomándose con ambas manos la garganta y tras un quejido, expresó con expresión de espanto:

- Me ahogo Doctor...me ahogo!

No había duda! Roberto y yo, perplejos, estábamos frente al dramático signo de la «hidrofobia». Frente a un genuino caso de rabia humana! Faltaba todavía otro signo confirmatorio. En ese preciso instante, el practicante mayor médico de nuestra guardia, Dr. Carlos Urtubey, enterado del caso invitó al sujeto a cerrar sus ojos mientras comenzaba a agitar una hoja de diario frente a su cara. Al sentir la imprevista ráfaga, el hombre reaccionó con igual desesperación

como frente al agua. El diagnóstico no ofrecía dudas (3). Sabíamos que a ese nivel avanzado de compromiso del sistema nervioso, expresado en los clásicos signos – aero e hidrofobia - no habría retorno y la muerte sobrevendría pocos días después.

Caso concluído. Pero aún faltaba por asistir al segundo acto del drama hidrofóbico. Ni bien el cerebro del enfermo fue invadido por la encefalitis – con un virus desorganizador de la mente humana- comenzó la excitación psicomotriz, transformándolo en un ser disociado, agresivo, por momentos amenazante, presa de delirios persecutorios (4) con emisión de saliva casi siempre espesa, la mirada perdida y las corneas (5) opacas y desecadas... Entonces vino lo peor, ¿Cómo contener y aplacar a una bestia poco menos que enfurecida?! En aquella época no había otra forma como no fuera inmovilizándolo con el chaleco de fuerza que prácticamente “anudaba” al paciente inmovilizando sus brazos y, todavía más, sujetándolo con sabanas enrolladas para fijarlo a la cama. ¿Qué otra cosa podía hacerse para mitigar tamaño descontrol y brindar una muerte digna al pobre desgraciado? Sólo plancharlo con la máxima sedación disponible. Apelábamos entonces al “cocktail farmacológico” que asociaba ampliactil+ fengán+ diazepam intravenoso. No había otra!

Tres a cinco días duraba el triste espectáculo para que el sufrimiento llegara a su fin, y así poder aflojar las ligaduras y dejar huir también a un alma despavorida...

Fue mi primer paciente afectado por la rabia. Una dura experiencia que, a la vez, me mostró la todavía insondable impotencia de la medicina frente a cierto tipo de espantoso dolor humano.

## **Maloliente carnicería**

En eso terminaría. En una nauseabunda carnicería. De eso se trataba. Una enfermedad infecciosa de extrema gravedad y elevada mortalidad, rechazada por la mayoría de los centros asistenciales porque mataba sin piedad y, para peor, dejaba el recuerdo de un hedor nauseabundo: la gangrena gaseosa!...y cómo sacudía su llegada

justamente en un día de guardia y, todavía, en un día domingo que se suponía aparentemente tranquilo.

Pestilente enfermedad, desencadenada por la invasión de bacterias de extremada virulencia y representadas por *Clostridium welchi*, *Clostridium perfringens*, *Clostridium novyi*, etc. Sin lugar a dudas representa una siniestra calamidad sanitaria que la comparo con auténticas pirañas microbianas que destruyen cuanto tejido encuentran a su paso, con especial saña el tejido muscular al cual terminan licuándolo en un magma de gas pútrido, dejando la tétrica imagen de un campo de batalla pleno de cadáveres disueltos y malolientes.

El episodio sucedió, así, un domingo de guardia. Se trataba de una mujer obesa, cincuentona, diabética y con cargados antecedentes de reumatismo en ambas rodillas que la obligaban a inyectarse medicamentos conteniendo elevadas dosis de pirazolonas. Esa tarde ingresó cuatro horas después de haberse hecho aplicar una inyección intramuscular. Fue llamativo que, apenas dos horas después de aplicada la inyección, la propia enferma expresara que «...*la nalga se me endureció con un dolor insoportable*».

La enferma yacía sobre la camilla del consultorio de guardia con el rostro desencajado por el dolor y la elevadísima temperatura – recuerdo que el termómetro marcaba 40, 5°C! -. El rostro sudoroso y su pulso radial apenas perceptible. Era evidente que estaba entrando en shock. Recuerdo que mientras la estábamos examinando con mi talentoso colega Carlos Urtubey, nos llamó la atención una expresión pronunciada por la enferma:

- Doctor – comenzó diciendo - siento desasosiego, como que algo me está por pasar. Un presentimiento Doctor...siento que me corren ríos fríos por el cuerpo. ¿Qué tengo Doctor...?

Personalmente, y en mi experiencia personal, no estaba acostumbrado a escuchar a un paciente expresarse en esa forma. Muchas veces, nosotros los médicos, preocupados por rescatar aquellos signos y síntomas orientadores de un diagnóstico no reparamos en ciertas manifestaciones que parten del propio subconsciente – quizás el alma queriendo escapar del cuerpo -. La paciente pronunció la

palabra desasosiego que se asocia con esta sumatoria de sensaciones: inquietud, depresión, conmoción, agitación... sensación de una muerte inminente. Estaba claro que ella, sin ser médica, presentía la gravedad de su padecimiento. Se lo estaba clamando su Yo íntimo... ese “intermundo que comunica recíprocamente la esfera superior e inferior de la existencia humana, es decir, el mundo Espiritual con el Terrenal (6)

Al examinar la piel donde la enferma sentía su máximo dolor, reparamos la presencia de un tenue dibujo reticular de color rosado amarillento cubriendo la zona afectada. Recuerdo que al apoyar apenas mis dedos sobre la piel enferma despertó una excesiva sensibilidad, pero lo más llamativo fue comprobar, con apenas presionar la piel con los pulpejos de los dedos, un signo elocuente y trágico: ¡la crepitación! Definitiva, que nos expresaba estar frente a una gravísima celulitis provocadora de gas o, más temible aún, que tal crepitación era el exponente de una gangrena gaseosa clostridial, equivalente a muerte segura, salvo que se apelara a una conducta presurosa, desesperante y riesgosa donde cada instante equivalía a restarle tiempo a la silenciosa parca.

Valió apenas la comprobación del trágico signo de la crepitación bajo los pulpejos de mis dedos para decidir con la máxima celeridad conducir a la enferma al quirófano. Había que apelar al único y posible tratamiento que me permití denominar triángulo terapéutico salvador (TTS). Una conducta terapéutica heroica! Consistía – siguiendo los principios geométricos de igualdad de los tres lados del triángulo equilátero – en practicar, con máximo rigor estas tres conductas: cirugía inmediata y generosa, consistente en amplias y profundas incisiones (fasciotomía) para eliminar tejidos desvitalizados hasta llegar en profundidad a la intimidad de los planos musculares. Procedimiento que en verdad escenificaba una carnicería con abundante pérdida de sangre y líquidos de los compartimentos intercelulares, provenientes de la devastadora destrucción microbiana. Cabe imaginar que luego de una intervención con estas características el quirófano ofrecía un espectáculo espeluznante. Tachos colmados con gasas y apósitos

ensangrentados; camisolines, gorros, barbijos impregnados con sangre coagulada y restos de tejidos putrescibles. El piso del quirófano, la camilla quirúrgica, los soportes para sueros, tubos aspiradores y la mesa para el instrumental quirúrgico sembrados con apósitos hediondos. Todo era una imagen macabra de una decidida y violenta lucha para vencer a la muerte. A la par, había que complementar la fatigosa y temeraria labor del cirujano con la administración masiva de una asociación de antibióticos – inundar prácticamente al paciente -. Finalmente, el tercer lado terapéutico a realizar, con igual rigor y temporalidad, era introducir al enfermo en la “cámara hiperbárica” sometiendo el área afectada a una presión de 2 atmósferas de presión de oxígeno – método ya mencionado en otro trayecto de este relato biográfico – con el objetivo de oxigenar masivamente aquellos tejidos recuperables todavía intactos, aunque anóxicos y poco perfundidos.

Hoy pienso que jugarse, como acostumbrábamos hacerlo en casos como el relatado, fue el producto de una formación profesional adecuada y un entrenamiento por demás intensivo, forzados en verdad por la variada patología infecciosa que ingresaba a diario a nuestro hospital, en su mayoría de mediana y extrema gravedad, la cual exigía poseer una firme capacidad de decisión frente a tales emergencias infectológicas.

La enferma de mi relato felizmente curó. Creo aquí necesario, una vez más, insistir en el principio que garantiza el éxito de una conducta médica en el sentido de practicar el principio de la “inteligencia compartida”, donde cada protagonista realizó su tarea “específica” en forma eficiente, ética y coordinada con el resto del equipo de trabajo. Este dramático caso representó un cabal ejemplo del uso de este importante atributo...con la simple armonía de una regla geométrica - igualdad de los lados de un triángulo equilátero -. Ello permitió asegurar el producto final: salvar una vida.

## **Drink water...drink water please!**

El pobre hombre parecía borracho mientras trasponía, casi a los empujones, la puerta vaivén de acceso a la guardia del hospital. Sus

facciones estaban desencajadas, los ojos vidriosos, la cara sudorosa y apenas podía articular palabra. Desorientado, ingresó al office de enfermería mientras, en un inglés cerrado, suplicaba a la enfermera:

- ¡Drink water ...drink water please!

La escena se tornó dramática cuando ingresó a uno de los consultorios y percibió que en un rincón había una pileta. Fue impresionante verlo prenderse del grifo y empezar a tomar agua en forma casi desesperada. Atónitos y algo desorientados, la enfermera y yo quedamos mirándolo. Personalmente no tenía la menor idea qué se traía el paciente, de dónde procedía y por qué lo habían trasladado a nuestro hospital.

Paso a contar los hechos que dieron vida a ese aleccionador e inolvidable caso médico. Por su idioma trabado y gutural el paciente parecía oriundo de algún país escandinavo. Efectivamente, por el relato de un compañero de tareas, era marinero de un buque de ultramar que el día anterior había llegado a Buenos Aires procedente del Perú y otros puertos sudamericanos. Sus camaradas lo habían notado decaído y con dolores en el cuerpo. Al día siguiente empeoró y comenzó a tener escalofríos intensos, momento en que comenzó a desvariar (7), motivo por el cual fue conducido a un hospital de la capital y desde allí derivado al nuestro por sospecha de un cuadro infeccioso severo. Había que tomar en cuenta que su barco había cumplido un largo periplo por diferentes puertos de clima cálido.

Durante mi largo andar por los senderos del conocimiento que me brindó el Hospital Muñiz, aprendí, junto a mis exigentes maestros, un aforismo que fue siempre unívoco en todos ellos: «Martino, todo enfermo infeccioso, cualquiera fuese su gravedad y forma de presentación debe, sin excepción, ser examinado en forma exhaustiva» (8). Simple, por cierto. Significaba decir que el examen físico debía extenderse hasta el más escondido rincón del paciente. Porque muchas veces era el pequeño detalle que afloraba y permitía identificar la etiología del proceso mórbido. Este indeclinable principio venía a propósito de nuestro paciente, postrado en la camilla y sumido en una olla de fiebre – el termómetro marcando casi 41 °C – con

francos delirios zoópsicos (9). Yo, todavía estudiante, estaba francamente desorientado.

Se procedió a quitarle la ropa para examinarlo y descartar algún signo orientador en la superficie de su piel. Un retículo rosado se dibujaba sobre el tórax, parte del abdomen y muslos. Llamó entonces la atención la presencia de un bulto rojizo y caliente a nivel de su ingle derecha. El simple contacto era muy doloroso y la tumoración de consistencia aumentada y levemente fluctuante. Era lógico suponer que un paciente enrolado en la marina mercante hubiese adquirido una enfermedad por transmisión sexual, como sífilis, gonorrea, paradenitis, chancro blando etc. Sin embargo no cerraba comprobar que durante aquella breve permanencia de apenas hora y media sobre la camilla, el estado general se desmoronara tan rápidamente y la caída drástica de presión arterial desembocara en un colapso vascular. No cabía pensar que toda aquella dramática evolución fuera producto apenas de su condición de enolista y de la elevada temperatura. Estaba claro que nuestra orientación diagnóstica no era la correcta. Un tanto desconcertados, el practicante médico mayor decidió pedir la opinión a nuestro médico interno. Yo era todavía un simple iniciado y procuraba captar todo detalle posible para aprender y justificar la confianza que habían depositado en mí aquellos grandes de esa época.

El Dr. José María Leston – ese día nuestro jefe de guardia – concurríó a la sala de guardia de inmediato. Le comentamos el caso. Miró al paciente y dijo a la enfermera: *«alcánceme una jeringa y una aguja para punción pleural, La carga con un poco de suero fisiológico y me da un par de guantes»*. Mientras esperaba se dirigió a nosotros especialmente a mí diciéndome: Esto Martino no es un absceso común. Fíjate de donde viene el enfermo. Su compañero de viaje dijo que antes de navegar por Sud América habían recalado puertos del sud este asiático. Mientras decía esto y se disponía a efectuar la punción me atreví a preguntarle

- Doctor, pero por qué usa una aguja tan grande y gruesa?

- Porque estoy seguro de que hay pus, y bien trabado, y la única manera que pueda ser aspirado es escurrir unas gotas de suero dentro de la jeringa y cuando aspire el suero diluya el pus y logre así arrastrar hacia la jeringa suficiente material para analizar.

Mientras realizaba la punción de un casi seguro ganglio enfermo, el paciente se puso más agitado, la presión arterial continuó cayendo, el pulso se hizo filiforme, obnubilado comenzó a golpear la pared del office e instantes después, bañado en sudor, entró en coma. Yo no podía entender tamaño deterioro orgánico en apenas en poco más de un día de evolución.

Mientras el enfermo era trasladado a la sala 1 y 2, dedicadas al cuidado de los enfermos graves – tétanos, rabia, crup diftérico, meningitis tuberculosa, disentería bacilar, etc. – me atreví a preguntarle al Dr. Leston:

- Doctor cuál puede ser el origen de esta enfermedad que, en tan poco tiempo, pudo desencadenar un cuadro tan siderante?

- Martino, el paciente tiene ya una grave septicemia y el origen seguramente está en ese ganglio tan supurado, doloroso y con tan grave compromiso general. Este pobre marinero se está consumiendo... Esa sentencia, «consumiendo», pronunciada por un médico de la talla del Dr. Leston, representó para mí un anuncio sombrío.

Desde el laboratorio informaron que el extendido del material patológico, coloreado por el método de Gram evidenció la presencia de pequeños bacilos Gram negativos en profusa concentración. Solamente pequeños bastoncitos responsables de una grave adenitis supurada que, sin duda, estaban consumiendo al desdichado paciente y muy probablemente llevándolo a la muerte!

El Dr. Leston fue preciso: - «...es casi con seguridad un bubón pestoso» – Y con gesto categórico y severo ordenó:

- Ya mismo le inician cloromicetina y estreptomicina a las dosis máxima -

Mientras tanto esperábamos el resultado del cultivo específico y las reacciones bioquímicas confirmatorias.

- Dudo que se salve... terminó diciendo el Dr. Leston, y con la agilidad que caracterizaba su andar, subió a su habitación para continuar escribiendo un artículo sobre tuberculosis pulmonar, tema que dominaba como pocos.

Cerca de la medianoche del día de su ingreso el paciente moría... Lo último que recuerdo es que estando en coma comenzaron a aparecer sobre la superficie de sus piernas, y parte de los brazos, manchas de color cobalto oscuras como equímosis. Era el primer caso de la peste negra (10) que veía en mi novel vida de infectólogo del Hospital Muñiz.

Cuarenta y ocho horas después el cultivo para bacilo pestoso fue aparentemente confirmado. Pero como no hubo necropsia, finalmente no pudo ratificarse el diagnóstico. Sin embargo había que dar crédito al diagnóstico del Dr. Leston porque él supo – y hasta nos comentó – sobre casos de peste bubónica internados en el Muñiz, durante el brote que en año 1946 se había denunciado en el barrio de Palermo.

Días después tuvimos noticias de que el barco fue puesto en cuarentena e inspeccionado por personal de sanidad de puertos. Al parecer se comprobó que en la bodega había rastros de roedores (11), alentándose la sospecha de la posible fuente de infección. Sin embargo no tuvimos noticias de otros casos similares.

## **Una interminable sogá humana ...deshilachada por la pobreza**

¡Nyamata! Todavía una ardiente porción de África. Sobre el húmedo y rojizo suelo una fila interminable de refugiados de la etnia hutu esperaba ser atendida en el centro de salud. Durante la noche habían estado huyendo de los campos para exiliados ubicados en el Zaire. Hombres, mujeres y niños desamparados y sin techo sobrevivían amontonados clamando el amparo de una mano compasiva y salvadora.

Inmóviles, como detenidos en el tiempo, permanecían incontables horas de espera. No importaba. Tiosos, allí estaban, en silencio, esperando y adoptando las más diversas posturas para mitigar el calor, el cansancio y la inanición.

El referido centro de asistencia primaria estaba localizado aproximadamente a 70 km. de Kigali, la ciudad capital de Ruanda, país desangrado por pasadas guerras civiles y obligado a sobrevivir a través de la ayuda de organizaciones no gubernamentales (ONG) entre los cuales cabe mencionar el ACNUR(12).

Como fuera oportunamente mencionado, una de aquellas organizaciones era de filiación argentina y conocido como «Médicos en Catástrofes». Como también lo referí, me encontraba en Kigali trabajando con colegas provenientes de diferentes países y reclutados con la intención de brindar ayuda humanitaria a ese maltratado país. Fui reclutado allí para formar recurso humano en la difícil disciplina tropical, justamente en esa tierra cargada de odio y enfermedades transmisibles, muchas de ellas desconocidas en la práctica de la infectología convencional.

Como era habitual en aquellas latitudes ecuatoriales, aquella mañana húmeda y neblinosa presagiaba un calor abrazador. Llegamos al puesto sanitario y comenzamos a recorrer aquella interminable columna humana que esperaba ser atendida. Semblantes con similar tristeza y marcados por el hacinamiento, el hambre y la enfermedad. Aquella larga humanidad de desesperanza parecía una interminable sogá deshilachada perdiéndose en la cargada niebla matinal como si fuera un largo espectro de harapos, llagas, quejidos y súplicas.

Nos acompañaba el jefe de la misión, además un intérprete ruandés perteneciente a la etnia tutsi, un colega de procedencia rusa y mi antiguo alumno de pregrado y luego Médico Residente en Patología Regional y Medicina Tropical del Hospital Muñiz quien, sorpresivamente, llegó a ese país para unirse a esa temeraria aventura.

Mientras recorríamos con la mirada el cortejo de aquellas figuras maltrechas, a escasos metros del centro de salud divisamos la figura de una niña cuya edad no excedía de los doce y trece años. Inmóvil,

con su vientre llamativamente abultado – era evidente su embarazo a término – yacía abrazada a un grueso tronco de árbol. Parecía querer protegerse bajo su frondosa copa. Personalmente no alcanzaba a interpretar aquella actitud que, mientras transité por ese país africano, observé repetirse en niños sin techo y huérfanos.

Fue entonces cuando me acerqué a ella, seguido por el intérprete y un colega perteneciente a la mencionada ONG. Su mirada reflejaba temor. El semblante sudoroso y las mejillas con manchas de color cobrizo oscuro – similares a manchas gravídicas!? – contrastaban con la palidez extrema de sus conjuntivas. Seguramente, pensé, esa niña estaba arrastrando una grave anemia infecciosa.

Instantes después su cuerpo empezó a temblar y a contornearse mientras sus manos crispadas se hundían en las arrugas de la exuberante corteza. Arrastrando un extenuante gemido de dolor de pronto cayó al suelo mientras una fluida acuosidad sanguinolenta escurría por sus frágiles piernas. Todo hacía suponer que la asustada niña acababa de romper bolsas e iniciaba un trabajo de parto. Además, por el llamativo deteriorado de su estado general, cabía pensar que sufría una enfermedad de casi segura filiación infecciosa. La fiebre, la intensa palidez de sus mucosas y su compromiso psíquico – mirada alejada e indiferente – nos inclinaba, entre otras, hacia una malaria producida por “*Plasmodium falciparum*”, endémico en todo el territorio ruandés (13)

Los acontecimientos se sucedieron en forma rápida y dramática. La pobre niña fue rápidamente trasladada al centro de salud donde se la depositó en una camilla para permitir un adecuado trabajo de parto que, en apariencia, prometía ser incierto. Ya alarmaba no percibir latidos fetales y la profunda debilidad que mostraba la pobrecita, situación que hacía difícil su propia colaboración para arribar a un alumbramiento normal. De inmediato, se le colocó una vía con suero y se le inició quinina intravenosa sin esperar que la gota gruesa confirmara la presencia de una casi segura malaria terciaria maligna.

Improductivas fueron las maniobras para acelerar el encaje del bebé en el canal del parto. La apatía, la desorientación que padecía aquella

niña – producto de la elevada temperatura y la pronunciada anemia - y la falta de fuerzas para pujar, tornaron estériles todos nuestros intentos para ayudar al nacimiento. Finalmente, hubo que proceder a una desesperada extracción manual. El feto, como ya intuíamos, estaba muerto y macerado. La madre, ya estuporosa, apenas logró extender su mano y acariciar la cabecita macilenta de su hijito. Falleció al anochecer. Una lágrima que se abrazó a su mejilla fue fiel testigo de aquella frustración de vidas. La de ella, que no pudo continuar viviendo, la de su pequeño hijo, cuyo derecho a la vida le fue injustamente negado. Y detrás, como escenario para la necesaria reflexión, una triste historia de guerra tribal. Masacre, humillación, orfandad, hambre y enfermedad... y para llevarnos como anécdota dos hijos de aquella ardiente tierra a quienes se les negó la oportunidad de luchar y subsistir dignamente.

Difícilmente pueda borrar aquel episodio. Porque en su cabal esencia antropológica representó un acontecer doloroso, indigno, donde no alcanzarían las lágrimas de la humanidad toda para mitigarlo. Porque en verdad representó el dolor de una humanidad desgajada de sus derechos inalienables... ¡ simplemente ser iguales entre sus semejantes! Personalmente, no necesité ser mucho más para darme cuenta que ese pueblo africano representaba una raza duramente condenada al holocausto étnico.

Aquel pañuelito ardiente de territorio ruandés que nos tuvo como circunstanciales testigos, nos mostró una tremenda realidad hacia la cual, aún fielmente comprendida, poco podríamos modificar. Nos quedó así una pesada deuda hacia aquel pueblo atribulado. Y un agrio sabor a impotencia. En verdad, una extenuante desesperanza que me llevó a recordar aquellas estrofas de Hugo Mujica (14) cuando *dicen*:

*“...En lo hondo no hay raíces  
Hay lo arrancado”*

## **Notas y citas bibliográficas:**

- 1- En el año 1964 se registró en Buenos Aires un brote de difteria que afectó a la población infantil en edad escolar. Como era de

esperar la epidemia se desencadenó debido a que una vasta franja de poblacional infantil no estaba protegida convenientemente contra el bacilo diftérico – *Corynebacterium diphtheriae* -. La letalidad llegó, en tal ocasión, a cerca del 30 por ciento. Los casos graves – formas malignas de enfermedad - que lograban sobrevivir arrastraban penosas convalecencias debido a las frecuentes complicaciones cardíacas – miocarditis -, y nerviosas - parálisis del velo del paladar, músculos oculares y piernas -, dejándolos postrados y llamativamente maquillados con una mascarilla de intensa palidez generalizada debido, se cree, al electivo tropismo de la potente exotoxina diftérica sobre el corazón, la glándula suprarrenal y las estructuras neuromusculares. La necropsia casi siempre demostraba una grave miocarditis como causa principal de la muerte.

- 2- El Sentido del Dolor humano. Editorial.  
<http://www.ugm.cl/main/wp-content/uploads/2010/03/sentido-del-dolor-humano.pdf>
- 3- La hidrofobia y la aerofobia constituyen dos signos reveladores de la encefalitis rábica en el hombre, La visión del agua que fluye o la sensación de movimiento del aire frente a la cara originan la contracción dolorosa de los músculos de la faringe y de la laringe con intensa sensación de ahogo y ahorcamiento.
- 4- Una comprobación frecuente, sobre el cual existen aún explicaciones controvertidas fue observar pacientes del sexo masculino con rabia, adictos al alcohol y promiscuos, proferir gritos y descargas de agresividad mezclados con vocabulario soez. Es probable que la adicción sumada al compromiso severo del sistema nervioso central provoque la liberación de algún centro límbico de control cerebral.
- 5- He podido comprobar que en la etapa terminal de la rabia humana las corneas se presentaban opacas, desecadas, impresionando como faltas de vitalidad. Por inmunofluorescencia se puede detectar el antígeno viral (prueba de Schneider) en las

- células de descamación de la córnea y el aislamiento del virus a partir de los folículos pilosos de la piel de la nuca.
- 6- Daniela Picón: “Beulah: intermundo, surrealidad. El territorio del subconsciente y los sueños en el mundo visionario de William Blake”. Rev. chil. lit. no.86 Santiago abr. 2014  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22952014000100009>
  - 7- En sujetos consumidores habituales de alcohol, es frecuente observar que al iniciar un cuadro febril, no necesariamente elevado, son presas de rápidos cambios de conducta – delirios, agresividad, alucinaciones, etc., despistando el verdadero origen del padecimiento.
  - 8- Junto a ellos – Mauro de la Paolera, José Cohen, Carlos Urtubey, Raúl Garbugino, José María Leston, Raúl Vaccarezza, Guido Politzer, Oscar Bebilaqua, Esteban Cardama - aprendí que, frente a una enfermedad infecciosa, siempre debía extremarse la práctica semiológica porque la presencia de pequeños o aislados signos o síntomas más de una vez representaban verdaderas cajas de sorpresas. Por ejemplo: petequias sub ungueales (mínimas hemorragias debajo de las uñas que simulan minúsculas astillas) anunciando una severa endocarditis infecciosa; perforación del tabique nasal en casos de leishmaniosis cutánea y mucosa; edema en ambos párpados asociado a inyección conjuntival en la triquinosis; crepitación del tejido celular subcutáneo en la celulitis necrotizante y gangrena clostridial; el despegamiento de la burbuja en la miasis forunculoide; la veloplejía y el reflujo velopalatino en la difteria maligna; el estrabismo convergente en la meningoencefalitis tuberculosa y en ciertas criptococosis meningoencefálicas; la hipoestesia de un pequeño sector de la piel en la lepra incaracterística; también la infiltración de los lóbulos de las orejas en la forma lepromatosa; la ptosis palpebral con la clásica midriasis en el botulismo, etcétera.
  - 9- Los he comprobado en enfermos infecciosos graves con larga historia de etilismo. En tales circunstancias manifiestan ver caminar por paredes y techos distintas especies de animales (zoop-

sias), algunos de las cuales se abalanzan sobre ellos y por tal motivo necesitan ahuyentarlos. Ello se traduce por los movimientos desordenados que suelen acompañar a tales fantasías.

10- [https://es.wikipedia.org/wiki/Peste\\_negra](https://es.wikipedia.org/wiki/Peste_negra)

[www.definicionabc.com](http://www.definicionabc.com) › Historia

11- Un hecho por demás interesante ha sido verificado experimentalmente y permite explicar por qué la pulga *Xenopsylla cheopis*, transmisora del bacilo pestoso a partir de la rata – fuente importante de la enfermedad –, se torna tan agresiva y sembradora de bacilos pestosos. Dicho vector, a medida que pica a la rata, ingiere sangre cargada de bacilos. Éstos forman un “tapón pestoso” que obstruye su embudo faríngeo. Así, la pulga no logra ingresar la suficiente cantidad de sangre succionada, quedando entonces insatisfecha y hambrienta. Tal situación la obliga a no detenerse y a buscar otros huéspedes de sangre caliente – entre ellos el hombre – para satisfacer su “repasto” sanguíneo. Es en el preciso instante en que chupa sangre cuando regurgita bacilos aprisionados en el ovillo faríngeo, los cuales son expulsados al torrente sanguíneo de la víctima provocando la infección. Esta avidez por alimentarse la torna así muy agresiva y diseminadora de bacilos de la peste. Otro hecho importante es que el ciclo activo de transmisión de la enfermedad inicia a partir de una epizootia – brote infeccioso en las especies animales – entre los roedores enfermos con una mortandad elevada. Al morir éstos (cadáveres de ratas fueron observados en la bodega del barco!) las pulgas emigran y ávidamente procuran otras especies de sangre caliente – entre ellas el hombre – para continuar con su ciclo de vida.

La peste fue una enfermedad que en Argentina llegó a producir el 30% de las defunciones entre los enfermos. Su llegada a América data de fines del siglo XIX. En la Argentina, precisamente, se originó a causa de un vapor de bandera holandesa que llegó con un cargamento de arroz a Montevideo, de ahí se hizo un trasbordo a Asunción del Paraguay donde se produjo un bro-

- te epidémico y de ahí se expandió a Rosario y, luego, a Buenos Aires
- 12- Véase PRIETO, A. (1996) (del 27 de enero al 02 de febrero de 2013) Volumen 22 – Semana Epidemiologica No 05 ISSN versión impresa: 1563-2709  
Política y enfermedades en Buenos Aires, 1946-1953 \*  
\*Una versión de este artículo fue publicado en *Asclepio. Revista de la Medicina y de la Ciencia, Madrid*, Vol LVIII, N°2, julio-diciembre de 2006, pp.115-138.  
Karina Inés Ramacciotti. Universidad de Buenos Aires-CEDES. [historiapolitica.com/datos/biblioteca/ramacciotti.pdf](http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/ramacciotti.pdf)
- 13- <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
- 14- ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados.
- 15- [www.oksiglas.com/sigla-acnur.php](http://www.oksiglas.com/sigla-acnur.php)
- 16- Es sabido que el territorio ruandés es endémico de malaria por *Plasmodium falciparum*, resistente a la cloroquina. Es decir que a la virulencia de la cepa responsable de la fiebre terciana maligna, se asocia la resistencia al agente quimioproláctico cloroquina. Esta forma de paludismo se está extendiendo desde hace años por el continente africano a modo de imparable mancha de aceite. En verdad es el único parásito del paludismo que en la práctica médica puede matar. Su extendido tropismo hacia diferentes órganos le garantiza una exitosa acción patógena, provocando lesiones graves en el cerebro, corazón, hígado, riñón, glándula suprarrenal, tejido hemocitopoyético; arrastrando al organismo a una genuina septicemia parasitaria y, como epílogo, a la irremediable “*anoxia histotóxica*”. Este grave deterioro funcional traduce la asfixia – ya que los hematíes parasitados no pueden transportar oxígeno molecular - de las organelas mitocondriales, esos virtuales pulmones microscópicos celosamente custodiados dentro de la inteligente arquitectura citoplasmática.
- 17- Hugo Mujica. La Nueva Creación. Preliminares  
[www.poeticas.com.ar/Directorio/Poetas.../Hugo\\_Mujica.html](http://www.poeticas.com.ar/Directorio/Poetas.../Hugo_Mujica.html)



Fig.23.1. La palidez de la difteria maligna representa un signo constante.

## CAPÍTULO XXIV

### **El Hospital Francisco J Muñiz, historia de un paradigma médico**

*“La salud pública es la base sobre la cual reposa  
la felicidad de los pueblos”*

*Benjamin Disraeli (1804 -1881)*

Al poco tiempo de retirarme del hospital Muñiz para acogerme al beneficio jubilatorio, me solicitaron escribiera una reseña histórica de esta benemérita institución. Por cierto, me sentí muy honrado con tal invitación. Al iniciar tan sentida tarea, no imaginé que aflorarían a mi mente tantas reminiscencias que evocarían retazos intensamente vividos y que hoy todavía atesoro como devotos recuerdos.

Mientras ordenaba mis ideas me sentí transportado por aquella senda histórica que trazó con excelencia académica el camino de la más antigua cuna del diagnóstico de las enfermedades infecciosas y que hoy, todavía, está representada por la emblemática figura del hospital “*Francisco Javier Muñiz*” (1)

Recuerdo mi época de estudiante transitando por aquellos largos y ondulados senderos del hospital mientras las pálidas hojas del otoño crujían bajo mis pies tornando más reales y emotivos aquellos momentos. Un espacioso predio que fuera tiempo atrás una benemérita casa de aislamiento y años después un hospital para enfermos infectocontagiosos, surgido como consecuencia de un trágico suceso histórico.

Es cierto que el hombre, por su innata tendencia gregaria, busca rehacerse y hasta crear con mucho más ahínco en situaciones de profunda adversidad que en momentos de comfortable opulencia. A propósito pongo como ejemplo a la trágica peste de fiebre amarilla del año 1871 que ocasionó una siniestra brecha de infortunio sobre la población de Buenos Aires, con grandes pérdidas humanas y de-

jando un inmenso vacío cargado de gemidos de orfandad. Quienes sobrevivieron cuentan así la forma como golpeó su fantasmal presencia: abrupta en su aparición, dramática en su evolucionar...precisa para matar. No cabe el olvido para quien haya visto de cerca la atormentada máscara del semblante ambarino y el preludeo mortal que acompañaba el vómito negro. Allí, precisamente, cayó la soberbia figura de Francisco Javier Muñiz. Allí también la epidemia sumió a otros sacrificados galenos que, víctimas del flagelo, honraron la ciencia asclepiánica con la entrega de sus vidas o contribuyendo con su esfuerzo al bienestar de la comunidad. Me reconforta decir que algunos de sus nombres aún levitan en el frontispicio de algunas de las salas del hospital: Salustiano Cuenca, Manuel Gregorio Argerich, su hermano Adolfo, Sinfonso Amoedo, Caupolicán Molina, Francisco Riva, Gil José Menéndez, Roque Pérez, Guillermo Zapiola, Vicente Ruiz Moreno, José Pereyra Lucena, Aurelio French, y tantos otros injustamente olvidados. Cuántas veces siendo todavía practicante del hospital me esforzaba por leer sus nombres. Poco o nada sabía de ellos. Pero en la vehemente fantasía de mi joven iniciación, en un íntimo silencio con sus imaginarias figuras solía pedirles que me inspiraran en sus sabidurías... y mientras me alejaba de aquellas imaginarias lápidas suspendidas sobre los portales de cada sala de internación pensaba que, más allá del bullicio cotidiano, también podía percibirse el eterno silencio de un ausente.

Más de una vez me esforcé en transportarme a sus épocas de vida. ¿Cómo serían aquellas preclaras figuras? ¿Cómo se sentirían con sus vestiduras médicas? Los imaginaba entrar a las sobrias y disciplinadas salas de cuño europeo saludando con sus elegantes galeras, exhibiendo sus levitas almidonadas e imponiendo sus austeras facciones a través de sus barbas recortadas y los ensortijados mostachones. También me preguntaba cómo lograron enfrentar y soportar a ese desalmado flagelo amarílico que, para la época, era aún poco conocido. Porque entre tantos sacrificados médicos, enfermeros, boticarios, estudiantes y hasta corajudos pobladores, fueron sin duda ellos quienes inscribieron la primera y memorable página que

veintitrés años después, en 1894, inspiraría la firme voluntad del entonces Director de Salud Pública Dr. José Ayerza y del Intendente Dr. Federico Pinedo para colocar la piedra fundamental del predio que finalmente, luego de una larga espera de 10 años, daría origen al hospital de enfermedades infecciosas que llevaría el nombre ilustre de Francisco Javier Muñiz.

Evocaré a continuación algunos mojones de aquella y trágica historia. Una pesada carga de adversidades epidemiológicas obligaron a construir un albergue sanitario cuya estructura asegurara la asistencia de las patologías prevalentes de la época y un eficiente aislamiento de los enfermos. Decisión fundada en las explosivas epidemias que acometieron al territorio argentino desde 1856, con el debut del cólera en una guarnición de Fuerte Argentino en Bahía Blanca. A este brote le siguieron otras asestadas por el mismo flagelo durante los años 1867 y 1868 (2).

Interesa agregar que la primera aparición en Buenos Aires de la fiebre amarilla fue descrita por el Dr. José Penna en el año 1858, con poco más de doscientas denuncias pero con una elevada letalidad que llegó a la mitad de los casos notificados. Fue sin duda un sombrío anuncio de la luctuosa y “espantable” epidemia que se iniciaría 12 años después, en 1870, en la provincia de Corrientes y se extendería un año más tarde a la ciudad de Buenos Aires (3). Con intención mencioné la palabra espantable debido a que esta creciente ciudad se sumió en un lúgubre y sombrío callejón solitario a raíz del impresionante éxodo de familias enteras que huyeron de la metrópoli reduciendo su población estable, estimada en ciento noventa mil personas, a cerca de sesenta mil.

Como suele acontecer en situaciones de inesperada adversidad y sus consecuencias trágicas, no faltaron cronistas e historiadores irónicos dando a conocer la huída del Presidente Sarmiento al Paraguay, temeroso de contraer la enfermedad. Si la noticia fue verdad, nacida de partidistas u opositores, el argumento no fue en realidad para enaltecer su figura. Sin embargo, tal objetable actitud no debería menoscabar su luminosa personalidad y prolífica tarea como educador y gobernante ya que, a decir verdad, a cualquier ser huma-

no, con independencia de su calidad y cualidad individuales, no se lo debe juzgar por una actitud sino luego de conocer verídicamente su trayectoria de vida.

Era lógico que en medio de tal desolación y masivo descontrol ciudadano, se produjeron hechos repudiables identificadas en la indiferencia frente a la súplica, el dolor y la agonía, llegando a extremos de inexplicables abandonos de seres queridos afectados por el mal o, peor aún, la violación del juramento hipocrático debido al censurable abandono de enfermos.

En esa fantasmal metrópoli, casi desarticulada, no podía faltar la dantesca escena mostrando sobre las veredas ataúdes apilados finjiendo tétricos poliedros esperando ser transportados a su póstumo destino, el camposanto. Aterroradoras imágenes que supieron inspirar la conmovedora pluma de Paul Groussac que supo escribir: *“Por centenares sucumbían los enfermos, sin médicos en su dolencia, sin sacerdotes en su agonía, sin plegaria en su féretro”*.

Ciertas tragedias sanitarias que de pronto sumergen a grupos humanos en la desesperación colectiva, no pueden atribuirse ligeramente a siniestros maleficios. Tienen casi siempre una explicación valedera. Para descifrar sus orígenes es menester dilucidar aquellos factores del medio ambiente que contribuyeron a edificar un escenario ecológico favorable para la eclosión de la epidemia amarílica. En otros términos, lograr comprender aquello que me permito definir como *“historia natural”* de una patología infecciosa transmisible. Con esta orientación, el caso particular del brote de fiebre amarilla urbana, que afectó de manera brutal e inesperada a una metrópoli en pujante crecimiento edilicio y económico, tuvo un entramado epidemiológico peculiar que le permitió reemerger, durante ese año 1871, en la forma siniestra como nos lo cuenta la historia.

Referiré en forma sucinta cómo se articularon factores y hechos que desencadenaron la funesta epidemia. En primer lugar situemos el teatro de los acontecimientos. El escenario – nicho ecológico – donde se concentró el mayor número de casos fue el centro de la entonces ciudad de Buenos Aires representado por los barrios de

San Telmo y Monserrat – con sus amplios conventillos – y, contemporáneamente, en los núcleos de viviendas próximas al Riachuelo, región baja y húmeda, óptima para el desarrollo del mosquito vector (4). Aquella monocorde aguafuerte de ciudad chata y abierta fue transfigurándose, paulatinamente, en una metrópoli poco menos que hacinada y promiscua. La presencia de mercados al por mayor y al menudeo al igual que los saladeros y locales para el faenamamiento, acumulaban porradas de materia orgánica putrefascible, conducta indiscriminada que todavía era agudizada por el hedor proveniente del Riachuelo, el pantano de la calle Larga – hoy el barrio de Barracas – y las zanjas anegables del sector sur de la ciudad. Un ambiente mefítico, por cierto, alentado todavía por un persistente clima lluvioso y caliginoso.

Aquel teatro ecológico fue sin duda el señero apuntador para el ingreso del protagonista de la tragedia amarílica, el mosquito transmisor identificado como *Aedes aegypti*, reconocido por sus simétricas y elegantes tonalidades claroscuras que le acreditaron el apodo de “mosquito tigre”. Pero todavía existían otros argumentos favorecedores para desencadenar tamaño cataclismo sanitario. La óptima adaptación del mosquito vector, tanto frente a climas cálidos como a templados. Más aún, sus hábitos antropofílicos y hasta hogareños que, sabemos, lo mueven a preferir la vivienda humana y, casi sin pretensiones, utilizar cualquier colección de agua: cacharros, mace-tas, floreros, latas, pequeños charcos, etc., para desovar.

Es importante señalar que, en ese entonces, no existía en Buenos Aires red de agua corriente – tampoco cloacas, desagües ni recolección de residuos domiciliarios – motivo por el cual era costumbre mantener en recipientes domiciliarios, generalmente descubiertos, colecciones de agua para uso doméstico. Para ambientar todavía más el ecosistema epidémico, los pobladores vaciaban los desperdicios domiciliarios en zanjas y riachos (5)(6)

Conforme a los documentos históricos con que disponemos, tal fue el promiscuo teatro donde se desarrolló la impiadosa e implacable epidemia de fiebre amarilla que dejó cerca de catorce mil muer-

tos, una ciudad disgregada, un tremendo desasosiego poblacional y, por parte de las autoridades comunales, la presurosa decisión de solucionar la grave deficiencia sanitaria.

Ante las acuciantes demandas asistenciales y preventivas surgidas por sucesivas apariciones de fiebre amarilla, cólera, viruela, gravísimos casos de peste bubónica, y enfermedades clásicas altamente contagiosas como la difteria, el sarampión y la escarlatina que, además de representar severos contratiempos sanitarios, inmovilizaban el ambicioso crecimiento inmigratorio capitalino, un grupo de hombres inspirados por el entonces Intendente Don Torcuato de Alvear impulsaron, con visión de futuro, un nuevo arquetipo de metrópoli. Uno de sus oportunos logros fue la creación del hospital para enfermos infectocontagiosos que se denominaría Casa de Aislamiento y que substituiría al antiguo lazareto (7).

Transitaba ya el año 1882. Para su construcción se destinó el terreno adyacente al clausurado Cementerio del Sur, donde una década atrás había sido fosa común y testigo del depósito de tantas desdichadas víctimas del “azote amarílico”. Aquella extensa y conmovedora lápida sería luego reemplazada por el soleado verdegal del actual parque Ameghino. Hoy, todo espíritu sensible que recorra sus amplios senderos, se sentirá conmovido con solo leer la breve leyenda inscrita sobre el mármol tallado al pie del monumento a los caídos en la luctuosa epidemia de fiebre amarilla del año 1871. Esculpido por Juan Ferrari simboliza la cualidad más abnegada que enaltece al linaje humano y esto es lo que dice: *“El sacrificio del hombre por la humanidad representa una virtud pero también un deber que los pueblos cultos estiman y agradecen”*.

En el mes de agosto de 1894, frente al histórico parque Ameghino, fue asentada la piedra fundamental del que sería un espacioso hospital y que reemplazaría a la Casa de Aislamiento. Hubo que esperar sin embargo 10 años. Por fin, el 28 de octubre de 1904 nace el tan esperado establecimiento sanitario que, a partir de entonces, simbolizaría el prestigioso hospital escuela de enfermedades infecciosas. Destaco aquí el sentido del término espacioso porque fue esa

la sensación que tuve como estudiante de medicina la primera vez que ingresé a él, allá por el año 1952. Frente a mí sentí la plenitud de ese vasto jardín salpicado con inagotables verdes (8) Todavía la recuerdo. Fue una tibia mañana de otoño. Comencé a recorrer sus ondulados senderos amparados desde lo alto por las frondosas y abigarradas copas de tipas, ombúes, casuarinas y eucaliptos. Parecían abrazarse en un verde apretón. De pronto se me cruzó en el camino un pequeño hornerito. Como siempre con su andar compadrito. Se plantó en la senda y batiendo sus castañas alas me enfrentó con su descomunal chirrido. Al principio no comprendí que esa era su casa y aquel agudo trino, quizás un mensaje de bienvenida. Jamás imaginaría que esa íntima escena quedaría para siempre arrebujada en mi mochila de recuerdos. Hoy todavía lo imagino cruzando el sendero con sus alas un tanto más trémulas, su trino algo más apagado... su andar menos elegante. Hoy, ya un viejo recuerdo. Ese ágil compadrito que tantas jornadas me hizo palpitar el corazón de alegría frente al ineludible dolor humano.

Y así, el prestigioso nosocomio, supo cobijar la triste imagen del dolor físico pero también rodeándolo con un frondoso jardín de esperanza.

La consumada amalgama entre muros y paisaje natural se debió a la visionaria idea del Dr. José Penna, eminente epidemiólogo quien supo interpretar al “yo” doliente inmerso en su paisaje ecológico. En el caso particular del hospital Muñiz, la propuesta de este adelantado sanitarista fue diseñar tres cuerpos separados entre sí por un bosque de pequeños árboles rodeados de otros más exuberantes, facilitando así el aislamiento natural. Era brindar a tantos pobres desahuciados el exultante colorido de la naturaleza, invitándolos a dejarse llevar por los espaciosos jardines y sentir de cerca la generosa medicina de ese vital oxígeno para el cuerpo y el espíritu.

El Dr. José Penna fue, merecidamente, el primer Profesor Titular de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de Buenos

Aires, y autor de importantes trabajos científicos entre los que se destacan “*El cólera en la Argentina*” y la “*Viruela en América del Sur*”.

Poco a poco, desafiando adversidades sanitarias como también impredecibles amenazas epidemiológicas, el Hospital Muñiz se vio en la necesidad de acrecentar su estructura edilicia y jerarquizar su cuadro profesional. Fue menester construir roperías y lavaderos, equipos para estudios radiológicos y laboratorio diagnóstico. De igual forma sanitarios más confortables y dependencias con mejores comodidades para el personal de guardia.

Dado el habitual sedentarismo a que obligaban los largos tratamientos, sobre todo con los enfermos tuberculosos, en el año 1932 fue habilitado el Pabellón Koch y, poco después, una sala para pediatría. Surgió entonces la inteligente y oportuna idea de crear una escuelita para niños tísicos obligados a permanecer largamente internados. Recuerdo que durante algunos años en los cuales me desempeñaba como médico interno, dos colegas de mi guardia concurrían a la sala de pediatría en horas de visita para alegrarlos actuando como mimos (9), alternando con religiosas y maestras una benemérita tarea educativa que para la época se hallaba poco difundida en los hospitales públicos.

Cualquiera fuese el padecimiento infeccioso, la estadía, cuando menos, no era inferior a tres o cuatro semanas mientras que para los enfermos tísicos solía extenderse por meses y hasta años. Importa destacar que para la época los enfermos leproso también eran alojados en el Hospital Muñiz. Ni bien eran localizados y antes de ser derivados a este hospital, se los alojaba en calabozos con el fin de mantenerlos aislados de la comunidad. Porque quienes padecían este castigo bíblico “*perdían el contacto habitual con sus congéneres...*” (10) Esta lamentable actitud, una suerte de mezcla de terror y castigo medieval, representaba el triste destino con que eran señalados esos pobres lazarinos que, penosamente, caían en la ominosa fosa del repudio social. Pero también es cierto que en toda adversidad siempre se conjugan piedad y rebeldía. Así surgió la pluma justiciera

de José Belbey (11) quien supo redimir a esa desfigurada humanidad en su emotivo libro “*Los hijos de Hansen*”.

Debido a la preocupante difusión de los casos de lepra en el país, con significativa prevalencia en la región del litoral, en el año 1930 se fundó el Patronato de Leprosos de la República Argentina y poco después sucesivas filiales ubicadas en aquellas provincias con mayor morbilidad. Posteriormente, en el año 1939, el Presidente Marcelo Torcuato de Alvear dispuso la creación de la Colonia Regional de Leprosos “Maximiliano Aberastury” en la isla Cerrito, destinada a atender a los enfermos del mal procedentes de las provincias de Formosa, Chaco y Corrientes. Entre los cinco establecimientos creados en el país para la asistencia del mal de Hansen, quiero destacar al Sanatorio “Baldomero Sommer” inaugurado en el mes noviembre de 1941 y ubicada en Gral. Rodríguez, Pcia de Bs. As; institución que congregaba numerosos pacientes y familias aquejadas por el mal. Allí me desempeñé como médico interno en la década del ‘60, al lado de prestigiosos leprólogos como Ricardo Manzi, Angel Marzetti y Adolfo Meliman. Hago esta mención porque gracias a mi entrenamiento en el Hospital Muñiz, al lado de leprólogos de la talla de Estéban Cardama y Juan Carlos Gatti, pude hacer frente a pacientes de difícil manejo clínico, (12). Era habitual que los discapacitados por deformaciones o por amputaciones de los dedos de las manos o pies se mostraran hostiles al verse con tales impotencias; aunque también por el hecho de ser separados de sus seres queridos que, como era sabido nacían sanos y por tal motivo eran trasladados a instituciones o asilos para alejarlos del riesgo de infectarse y permitirles un desarrollo normal. Felizmente todo eso, en la actualidad, ha sido superado.

La peste blanca, como solía denominarse a la tuberculosis, tuvo a partir del año 1938 su primer dispensario para enfermos ambulatorios, ubicado en el predio del hospital con su ala de ingreso por la calle Velez Sarsfield. Creación que no admitía más demoras si se tomaba en cuenta la pesada carga sanitaria que involucraba el sufrimiento prolongado de la tuberculosis como realidad social. Se

iniciaba así un invaluable aporte al desarrollo de una eficiente medicina preventiva. Pero seamos justos recordando que esta irremplazable necesidad sanitaria representó el inamovible cenit que inspiró la labor titánica de José Penna; fuertemente influenciada por la doctrina del gran estadista y filósofo inglés Benjamín Disraeli quien, por primera vez, reconoció la obligación de los gobiernos de cuidar la salud de los ciudadanos, utilizando para ello una simple y lapidaria frase: “*Cuando una nación ha perdido la salud lo ha perdido todo*”. ¡Pocas palabras que conllevan el profundo significado de asegurar una adecuada cualidad social!

La obra progresista de ese adelantado caballero de la salud pública, que a no dudar fue José Penna, estuvo eslabonada por actividades impulsadas con inteligente estrategia para las necesidades de la época. Le cupo así la responsabilidad de ser el primer director y prestigioso mentor del creciente ideario del Hospital Muñiz. Además de catedrático fue Director de la Asistencia Pública de Buenos Aires, Presidente del Departamento Nacional de Higiene y además, con envidiable dinamismo, impulsó la finalización de las obras que dieron cuerpo y esplendor al entonces Instituto Bacteriológico Nacional “Carlos Malbrán”, hoy Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud - ANLIS - “Dr. Carlos Malbrán”. Obsérvese que su magna obra tuvo como puntos cardinales aquellos noveles bastiones responsables de la asistencia comunitaria, la centralización del diagnóstico microbiológico y la prevención de enfermedades. Pero también sería él con su calidad docente quien orientaría la formación de nuevas generaciones hacia el riguroso reconocimiento de las siempre preocupantes infectopatías de la época. Finalmente, el ejemplar libro de su vida quedó epilogado con su activa participación en la vigencia de la ley 4202 que prescribía la vacunación antivariólica.

La ímproba e histórica labor desarrollada por José Penna fue secundada por calificados galenos del momento. Había coincidencias formales porque a ojos vista era clara la necesidad de practicar, precisamente en el difícil ámbito de la disciplina infectológica, una

adelantada inteligencia compartida. Significaba afianzar el conocimiento clínico infectológico con el apoyo de otras disciplinas tales como la epidemiología, bacteriología y virología clínicas y experimentales. Firmemente consolidadas con la estadística biológica y la vigilancia epidemiológica. Disciplinas mancomunadas para crear, imponer y ejecutar ideas bizarras. Y por cierto que el producto resultó venturoso ya que la señora antorcha del conocimiento, aún mismo enfrentando las consabidas y enfermizas mediocridades de turno, supo ser apoyada y conducida con vehemencia por las nuevas postas de médicos e investigadores que hoy, de manera inobjetable, enriquecen el calendario científico de nuestro tiempo. Permítaseme entonces honrar a puntales de una extensa pléyade de hombres que labraron nuestra doctrina medica y honraron nuestra historia: José Semprún, Horacio Madero, Bonorino Cuenca, Octavio Pico Estrada, Maximiliano Aberastury, Carlos Pico, el brillante Julio Méndez, dos veces laureado como médico, Mariano Castex, Bernardo Houssay, Salvador Mazza, Francisco D'Estéfano. Y fue justamente este último, quien en 1919 reemplazó al Dr. José Penna -fallecido ese mismo año- como Titular de la Cátedra de Clínica Epidemiológica – así denominada en un principio - y luego como Cátedra de Clínica de las Enfermedades Infecciosas.

El Profesor D'Estéfano era un médico práctico, un incansable operario de la salud que sustentaba una personalidad singularmente tosca. Su carácter áspero y sus decisiones inapelables le valieron el apodo de la “mula”. Fue quizás la personal aldaba que le facilitó consolidar su importante obra médica, social y especialmente docente frente a la demanda sanitaria del momento. En su larga trayectoria asistencial y educativa dejó una ilustre camada de discípulos entre los que se destacaron Raúl Vaccarezza, José Peroncini, Carlos Videla, Roberto Paso, Francisco Inda, León Charosky, Isaac Natín y Hernan Gonzalez. Su fructífera y extensa labor, que se extendió hasta 1938, inspiró a uno de sus dilectos seguidores, el Dr. Hernán Gonzalez a decir: “*Con una pasión por el hospital tan extraordinaria no*

*he conocido otro ser humano igual. Dejó una obra grandiosa y su recuerdo perdurará siempre”.*

Finalizaba el año 1938. Un lamentable nubarrón de furtiva codicia humana dividió la orgullosa y reconocida Primera Cátedra de Clínica Epidemiológica. Con el retiro del consagrado maestro la envidiable escuela pergeñada y consolidada a través de casi dos décadas, fue dividida por decisión del poder político universitario. La intención era clara: Dividir para reinar. Más aún: “*Divide y Vencerás*”, escribió Nicolás Maquiavelo en su famosa obra “*El Príncipe*” Un Príncipe que quería ir todavía más lejos cuando supo agregar a su ideario político esta lapidaria reflexión: “*Evalúa a tus enemigos: del fuerte hazte amigo; al débil aniquílalo ; a tu igual combátelo*”. Así resultó entonces la cortada de cinta que obligó a crear, por un lado, la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis con su nuevo titular el Profesor Raúl Vaccarezza y, por el otro, la flamante Cátedra de Patología y Clínica de las Enfermedades Infecciosas bajo la conducción del talentoso Profesor Carlos Fonso Gandolfo. Aunque no llegó a conocer a este último, destaco en él su atinada preocupación por organizar campañas sanitarias que permitieron a sus alumnos y discípulos reconocer, sobre el propio terreno, la historia natural de (13) de nuestras tradicionales endemias regionales. Una encomiable y adelantada manera de engendrar futuros sanitaristas.

El historial académico del hospital Muñiz acumuló todavía el repertorio de otros profesionales que continuaron nutriendo su escenario científico. Así, al Dr. Raúl Vaccarezza lo fueron sucediendo en la cátedra de Tisiología discípulos y profesionales destacados como José María Leston, Juan Carlos Rey, Jorge Pilheu, Francisco Dubra, Rubén Sampietro, Luis Gonzalez Montaner, Eduardo Abbate; mientras que el Dr. Fonso Gandolfo fue sucedido en la Cátedra de Enfermedades Infecciosas por Hernán Gonzalez, Humberto Ruggiero, León Charosky, Enrique Libonatti, Justo Aguleiro Moreira, Artun Tchoulamjan, Haydeé Lefevre, Arno

Turovesky, Fabián Koren, Laura Astarloa, el autor de este capítulo, Omar Palmieri, Jorge Benetucci, Roberto Hirsh, Marcelo Corti...

En la conducción, el hospital Muñiz tuvo destacados directores entre los cuales menciono al Dr. Carlos M. Pico responsable, a partir del año 1930 de la restauración del viejo modelo nosocomial y de quien, otro prestigioso director, el Dr. Carlos Gonzalez Cambaceres alcanzó a decir: “...dio nueva forma a viejos pabellones cargados de tradición y emotivos recuerdos, pero también, de ruinosas dolencias incompatibles con la práctica de la medicina eficaz y humanitaria”. Al igual que el Dr. Pico cumplieron una meritoria labor quienes lo sucedieron: José María Leston; el tan querido y esforzado maestro de varias generaciones como lo fue Alejandro Giuliano; el ya mencionado Carlos Gonzalez Cambaceres – talentoso médico y admirado por su rectitud –; Miguel Martini; Marcelo Diaz Lestrem; Edmundo Enrico; José del Marmol, Rubén Massini y actualmente la Dra. Mabel Nogueras, de meritoria y larga trayectoria en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Muñiz.

Más allá de estos nombres, que dirigieron y jerarquizaron el devenir asistencial y científico de nuestro querido hospital, otros recordados y talentosos médicos también lo transitaron. Muchos de ellos fueron mis compañeros de tareas con quienes me inicié y uní en un entrañable pacto de amistad, trabajo y mutuo respeto. Hoy me inclino en un piadoso responso hacia las figuras de quienes hoy ya no están: Carlos Urtubey, José Cohen, Osvaldo Bevilacqua, Raúl Garbugino, Estéban Cardama, Salvador Castellano, Hugo Zabalza, Vicente Alberti, José Igobono, Oscar Croxato, Raúl Brañeiro, Guido Squassi, José Guinzgurg, Jorge Dabouza, Mateo Fiorentino, María Cristina Peña, Laura Astarloa, Omar Palmieri. Pido comprensión al lector si omito involuntariamente algún nombre.

A través del tiempo el Hospital Muñiz continuó progresando a pesar de imprevistas marejadas de caprichos gremiales y políticos que pretendieron encallararlo en una medianía institucional y esgrimirlo como argumento espurio para justificar su cierre definitivo. Con capacidad y valenía supo enfrentarlas y así, este generoso re-

fugio para enfermos infecciosos, logró sobrevivir para continuar su indiscutible obra en beneficio de la comunidad. Y todavía hoy proyecta fulgores de creatividad científica como también una envidiable formación del recurso humano a través de sus cátedras del pregrado y de sus cursos de excelencia en el posgrado; como también de sus pasantías y desarrollo de becas de perfeccionamiento para médicos nacionales y extranjeros.

Con lo expresado no creo equivocarme al sostener que esta vieja casona del saber continúa su indeclinable labor de prestigio, tanto en lo asistencial como en el diagnóstico de laboratorio, apelando a una operativa reservada apenas a talentosos profesionales, humildes pero jamás doblegables. Por cierto con profesionales que, aún sumidos en recovecos penumbrosos, nos siguen honrando con su invaluable producción científica. Por ello no me equivoco si sigo afirmando que la herrumbrosa fachada de nuestro querido Muñiz sigue, con flameante orgullo, en el podio del repertorio científico internacional. Esta vetusta casona del saber. Vieja y respetada. Tantas veces desvirtuada y maltratada sigue con denuedo peleando hasta el cansancio por sobrevivir. Y hoy sigue en pie, optimista y estimulada por aquellas fervientes estrofas del poeta Almafuerite cuando nos dice: “...*Avanti!*, *Piú avanti* ... *Sempre Avanti*”. Así fue la consigna de los inteligentes operarios que hoy nos siguen honrando con su silenciosa labor. Me place haberlos conocido. Me honra todavía saludarlos. Me emociona además recordar que no hace tanto fui también parte de ese vehemente panel de seres optimistas y creativos

Con ganada justicia nuestro hospital Escuela de Enfermedades Infecciosas logró con valentía, creatividad y paciencia ampliar sus anaqueles de conocimientos y, a la vez, formar distinguidos seguidores. Hoy, a partir de oportunas propuestas para el desarrollo científico, hemos arribado a un mojón de singular prestigio. Hasta donde pudimos llegamos y con orgullo podemos decir que en sus espaciosos jardines de fragantes multicolores ya florece una sólida escuela del saber infectológico. El venturoso destino me ha elegido hoy para

mencionar aquellas dependencias que testimonian su real eficiencia. Ellas son:

Departamento de Urgencia; Medicina Crítica; Terapia Intermedia y Asistencia Respiratoria; Unidad de Guardia; Promoción y Protección de la Salud; Consultorios Externos; Pediatría Infecciosa; Laboratorio del Diagnóstico Microbiológico y Viroológico; Micología Médica; Hepatología Infecciosa; Endoscopia; Diagnóstico por Imágenes; Dispensario de Vías respiratorias; Asistencia integral del paciente con Infección por VIH; Patología Regional, Medicina Tropical y Zoonosis; Medicina del Viajero; Zoonosis; Tuberculosis Multirresistente; Laboratorio de Investigación Microbiológica e Inmunológica; Anatomía Patológica; Cirugía Séptica; Dermatología y Centro Leprológico; Enfermedades por Transmisión Sexual; Salud Mental; Centro de Rehabilitación; Comité de Infecciones; el novedoso Centro de Fertilización Asistida, en parejas disparejas y el Museo Histórico del Hospital Francisco J Muñiz. Todas ellas dirigidas por profesionales talentosos, con muchos de los cuales he transitado años de labor hospitalaria en estrecha amistad y respeto profesional.

A lo largo de su existencia el Hospital Francisco Javier Muñiz sigue enhiesto como importante campo de entrenamiento para innumerables generaciones de estudiantes y médicos noveles, desarrollando campañas sanitarias y rastreos epidemiológicos en distintas regiones del país. Quiero destacar que desde hace más de cinco décadas diferentes grupo de profesionales, junto a calificados investigadores, vienen realizando estas tareas, colaborando y asesorando a los organismos de salud, frente a epidemias y desastres naturales. Así mismo formando recurso humano en diversas disciplinas vinculadas con la atención primaria, zoonosis, medicina del viajero, medicina tropical, emponzoñamientos humanos, micología médica, VIH-SIDA, hepatología infecciosa, diagnóstico microbiológico, erigiéndose así en un centro gratuito de referencia.

El Hospital Francisco Javier Muñiz, con ya más de 110 años de vida, ha rescatado y corporizado su afamada popularidad con otra

inteligente adquisición: el Museo Muñiz con sede en el propio establecimiento y coordinado por la estudiante de la Licenciatura en Políticas y Administración de la Cultura, dependiente de la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF), Sra. María Inés Maglio, nuestra querida “*Tuti*” como solemos llamarla. Entusiasta, inteligente, creativa, infatigable operaria al servicio de la comunidad y apasionada por todo aquello ligado con el acervo histórico y cultural de nuestro hospital escuela de enfermedades infecciosas.

El Museo Muñiz, a poco de gestarse en el año 2008, desarrolló su primera actividad con una muestra sobre el historial del hospital seguida, al año siguiente, por un Espacio de Arte con el dictado de talleres de plástica y animación que se dictaron en la sala de internación pediátrica para VIH/SIDA.

Hay que destacar que el Museo Muñiz participó de los últimos tres congresos científicos bianuales organizados por el mismo nosocomio. En el primero con una muestra fotográfica y una grabación con relatos personales de jubilados pertenecientes al equipo de salud. Durante el segundo congreso el museo aportó dramáticos testimonios históricos de la epidemia de fiebre amarilla. Finalmente, en el tercer congreso se desplegaron banners con lo realizado por el museo desde su inauguración hasta la fecha.

Es interesante destacar la modalidad operativa que despliega el Museo Muñiz. Aplicando una criteriosa metodología interdisciplinaria, desarrolla tareas conjuntas con la Cátedra de Geografía perteneciente a la Carrera de Diseño y Planificación del Paisaje posibilitando, entre otras cosas, el acceso a la planificación edilicia propuesta en su inicio por el Director Dr. José Penna, documento que fortalece la construcción de la identidad del museo. Otro vínculo de tareas se estableció con la Cátedra Rico dependiente de la Carrera de Diseño Gráfico y, además, con la Organización No Gubernamental Chela de Parque Patricios, el Gran Aula, el grupo a 77 y un grupo de voluntarios jóvenes dispuestos a colaborar con las actividades del museo.

Con esta inteligente y dinámica filosofía operativa, el Museo Muñiz apunta claramente a desarrollar, con sólida visión integral, el concepto cultural de la triada salud - enfermedad - atención. Justamente una de las propuestas es intervenir en la comunidad de pacientes incorporando la enseñanza de saberes y oficios con el fin de responder a una necesidad económica y social para facilitar así una política cultural que propicie la inclusión social.

Como resumen cabe decir que el Museo Muñiz representa un importante centro de desarrollo de políticas culturales manteniendo el principio sustentado por García Canclini que las define como “el conjunto de intervenciones realizadas por el Estado, las instituciones civiles y los grupos comunitarios organizados a fin de *“orientar el desarrollo simbólico, satisfacer las necesidades culturales de la población y obtener consenso para un tipo de orden o de transformación social”*”.

Deseo destacar, además, la importante labor comunitaria que desarrolla la emisora radial independiente con sede en el hospital Muñiz.

Ha llegado el momento de detenerme en el horizonte crepuscular de este largo camino que me tocó recorrer y preguntarme si en verdad fui un digno médico y supe honrar a este mi segundo hogar que, desde mi lejana y arrebatada juvenilla me fogueó y me vio crecer como médico y como hombre. Creo que sí y por ello me atrevo a decirlo, ahora, en el instante mismo en que están surgiendo vivencias de tantas ilusiones, alegrías, frustraciones y tristezas. También de éxitos e inesperados fracasos. Ahora todo me parece como transcurriendo rápido...muy rápido sobre el largo celuloide de mi larga vida. Hasta me siento un viejo juglar narrando la digna epopeya de esta anciana casa, verdadero crisol con tanta historia escondida, con tanto dolor contenido y tanta enseñanza dejada. La querida casona de nuestros ilustres antepasados.

Acaso sea esta la última vez que temple la cítara de la evocación, porque a decir verdad ya he iniciado el camino del retorno. Mientras lo pienso acude a mi memoria la silueta encorvada de aquel humilde galeno, hoy poco menos que olvidado. Ahora nos toca caminar jun-

tos. Ambos percibimos la última jornada de labor. Alcanzamos a detenemos bajo el pesado y enmohecido portón de la calle Uspallata. Allí nos espera la optimista sonrisa del joven recambio. Se trata de la retozante generación. La que sin duda seguirá vistiendo con su traje de luces el prestigio científico de la antigua casa de aislamiento. Imagino ahora el apretón de manos y con él el mensaje que simboliza la digna posta del ideal asclepiano. Entonces, mientras le estrecho la mano, le diría: mi estimado colega, rescate del pasado lo que él encierra como vital herencia. Pero recuerde tomar del futuro lo que encierra de inconmensurable promesa. Se sentirá entonces orgulloso de regar con su obra el inagotable jardín del conocimiento humano ...y también como diría el poeta Walt Whitman “...y no deje nunca de soñar, porque en sueños es libre el hombre”

### **Notas y citas bibliográficas:**

- 1- ¿Qué representó para los argentinos, para la cultura nacional y para la medicina de nuestra patria la figura de Francisco Javier Muñiz, cuyo patronímico completo era Francisco Javier Thomas de la Concepción Muñiz? Evocaré aquí los hitos más relevantes que corporizaron su paradigmática figura. Sus blasones sintetizan su prolífica vida: médico, epidemiólogo, naturalista, investigador, paleontólogo, sabio y sacrificado patriota. Su fuerte carácter comenzó a modelarse a los 12 años al recibir el bautismo de fuego como cadete del Cuerpo de Andaluces en la lucha contra los invasores ingleses. Se recibe de médico en 1821 en el Instituto Médico Militar desempeñándose a partir de entonces como Miembro de la Sanidad Militar en distintas guarniciones del país. Sus importantes descubrimientos paleontológicos despertaron el interés de Darwin, Saint Hilaire y de la Academia de Ciencias de Estocolmo que lo premian con la medalla Benzalina y la Condecoración del Caballero de la Orden de Wasa. Alternó su vida de médico – como docente, epidemiólogo y Presidente de la Facultad de Medicina - e investigador con actividades po-

líticas, siendo elegido diputado y senador nacional. Si bien aceptó la doctrina federalista de Rosas defendió obstinadamente la pluralidad ideológica y el disenso, representando a su provincia -Buenos Aires- en la Asamblea Constituyente del año 1853. A raíz de su muerte acaecida el 8 de abril de 1871, víctima de la fiebre amarilla, el Presidente Sarmiento expresó: *“Si se le hubiera dado a elegir su propia muerte, no habría escogido otra: perecer al lado de la causa de los enfermos o de los heridos en el campo de batalla como el soldado al pie del cañón”*. Frase que testimoniaba una profunda gratitud a su fenomenal ejemplo de vida.

- 2- La onda epidémica procedía de Brasil y asentó en territorio argentino luego de la batalla de Tuyuti, afectando a contingentes de soldados argentinos que luchaban contra el Paraguay, este acontecimiento bélico favoreció la dispersión del cólera hacia Corrientes, Rosario, San Nicolás hasta llegar a Buenos Aires, afectando a cerca de ocho mil personas con un saldo de 1650 decesos.
- 3- La epidemia que se abatió sobre Buenos Aires desde fines del mes de enero de hasta comienzos de junio de 1871 produjo, según datos aportados por Mardoqueo Navarro y el Dr. José Penna, alrededor de 50.000 casos clínicos, dejando un saldo de 14.467 muertes, es decir el 28,9 % de letalidad.  
Martino, Olindo, “A la vera del camino”. La Prensa Médica Argentina, vol. 81 (Nº7) : pag.579- 585. Año 1994  
([http://es.wikipedia.org/wiki/Fiebre\\_amarilla\\_en\\_Buenos\\_Aires](http://es.wikipedia.org/wiki/Fiebre_amarilla_en_Buenos_Aires))
- 4- Los conventillos de aquella época representaban habitáculos con amplios patios cercados por hileras de habitaciones que ofrecían albergue a familias enteras. Fuera de la habitación se situaba la pequeña cocina – dispuesta así para evitar el ingreso de las emanaciones de carbón o leña al único ambiente que oficiaba de comedor y dormitorio. Cada vivienda concentraba en ocasiones al matrimonio, los abuelos e hijos ascendiendo en algunos casos a seis, ocho o más personas bajo ese mismo techo. El baño y

los sanitarios eran compartidos, al igual que los tachos de residuos que acumulaban los desperdicios de varias familias por cada recipiente generalmente destapado, a la vista y expuestos a insectos basurófilos, ratas y animales mascota. Es importante destacar que el agua para uso corriente – bebida y cocción de alimentos – se acumulaba en baldes y tachos en el interior o bien por comodidad al lado de la pequeña cocina familiar. Estos pequeños acúmulos de agua facilitaban la puesta de huevos de los mosquitos transmisores de la fiebre amarilla!

- 5- Crego, Mabel A. “*Historia de la epidemia de fiebre amarilla en 1871*”  
<http://www.ensantelmo.com.ar/vernota.php?id=517>
- 6- Romero, Jose L, Romero, Luis A (1983) Buenos Aires, Historia de cuatro siglos. Buenos Aires: abril
- 7- El lazareto, recinto de exclusión y receptáculo de sujetos pestilentes, no tenía como único objetivo impedir el contagio persona a persona. También contribuía a evitar el desagradable espectáculo de convivir socialmente con inficionados tuberculosos, variolosos, desvalidos y vagabundos agusanados y, además, evitaba enfrentarse con leprosos desfigurados. Descripciones de la época refieren la impresión lastimosa que traslucían los variolosos graves muriendo en medio del hacinamiento
- 8- Respecto a la vegetación del Hospital, en la actualidad puede observarse una amplia variedad de ejemplares añosos y de gran magnitud que conforman el entorno verde de los jardines, entre los que se destacan las tipas (*Tipuana tipu*) como especie predominante del nosocomio, y otras que bordean los senderos y se desarrollan en los jardines: ejemplares de palmera fénix (*Phoenix canariensis*), y arbóreos de casuarina (*Casuarina cunninghamiana*), eucalipto (*Eucalyptus sp.*), plátano (*Platanus acerifolia*), magnolia (*Magnolia grandiflora*), pino (*Pinus sp.*), paraíso (*Melia azedarach*), gomero (*Ficus elastica*) y ombú (*Phytolacca dioica*). Se comprueba así una generosa vegetación que le confiere al hos-

pital una identidad particular en esta zona sur de la hoy Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- 9- La referida escuelita funcionaba en la Sala IV del Hospital Muñiz y su jefe era el Profesor Dr. José Peroncini, destacado tisiólogo perteneciente a la escuela del maestro Raúl Vaccarezza. Dicha sala congregaba a niños tuberculosos, en su mayoría procedentes del interior del país, quienes cumplían extensos tratamientos los cuales exigían largos períodos de permanencia en dicha sala. Allí mis queridos colegas y compañeros de la guardia del día viernes, Dres. Oscar Giroto y la bioquímica Diana Fernandez, escenificaban durante las horas de visita bufonadas haciendo el papel de mimos para alegrar a criaturas que, en su mayoría, estaban lejos de sus hogares y del afecto de sus seres queridos. Fue una obra de gran cualidad humana, apenas conocida en nuestro ambiente hospitalario.
- 10- Guerrino Antonio A. Centenario del Hospital Muñiz. Historia de Medicina Revista Argentina del Tórax; vol. 55 (N° 5), pags. 225-227
- 11- Belbey J.: “*Los hijos de Hansen*” (del diario de un leproso). Buenos Aires. Editorial Cultura. S/F  
 “la lepra” representa en la Biblia el pecado, El pecado es la desobediencia a Dios. En este sentido, es llamativo el caso de Job. A pesar de que éste tiene una severísima enfermedad en la piel, nunca se dice en la Biblia que sea lepra. Sin embargo, sus tres amigos le atribuyen maldad. Por el contrario, Dios lo considera apartado del mal e inocente en su enfermedad (y por tanto sin lepra). La lepra, el pecado, nos separa de Dios y de los demás y nos hace inmundos. Sólo Dios puede “sanar” el pecado y limpiar la lepra. Jesús, Dios hecho carne, es el que viene a quitar el pecado del mundo (y por tanto “la lepra”). La implicación de Jesús con los leprosos, su proximidad y cercanía a ellos, refleja el propósito de Dios de sanar a los pecadores. Jesús moriría, según términos bíblicos, “*por los pecados del pueblo*” (Juan 11:49-52),

para que todo aquel que confiase en su sacrificio, fuese limpio, no ya de la lepra, sino de su pecado (Juan 3:16).

¿Son los leprosos actualmente anatemas para Dios y por tanto separados y malditos? De ningún modo. Jesús ama a los leprosos. Dios ama a los leprosos y también a los que no padecen de lepra. Su deseo es la comunión e intimidad con las personas. Jesús “*tocó*” al leproso. Así debemos hacer nosotros. No cabe marginación. No cabe el estigma. No cabe la indiferencia. Si el Dios santo se inclinó, aproximó, tocó y comió con leprosos ¿cuánto más no hemos de hacerlo nosotros?

[www.misioncontralalepra.es/lepra-una-maldicion-biblica](http://www.misioncontralalepra.es/lepra-una-maldicion-biblica)

- 12- Entre las complicaciones más severas que asistimos con mi colega de guardia en el Sanatorio Baldomero Sommer, institución destinada a la asistencia integral del paciente leproso, figuraban la temida perforación del tabique nasal con intensa hemorragia, episodio que llamativamente solía ocurrir en horas de la madrugada provocando un intenso despliegue del personal de la guardia. Otra complicación preocupante era la aparición de fiebre elevada con incendio de las lesiones cutáneas leprosas acompañadas la aguda inflamación de las mucosas oculares, boca, testículos, hígado, bazo, riñones y glándulas suprarrenales. Esta violenta reacción orgánica, identificada como brote hanseniano, denominado fenómeno de Lucio, en la mayoría de los casos se debía a la intensa destrucción de bacilos leprosos provocada por la medicación – sulfonas, rifampicina, etc. – la cual, con frecuencia, se acompañaba de infección generalizada, emergencia médica que obligaba a su reconocimiento precoz y tratamiento conveniente. Otra severa complicación que tuve oportunidad de asistir tanto en el Leprosario de General Rodríguez como en el Hospital Muñiz, fue el torturante “*mal perforante plantar*” una perforación de la planta del pie debida a la neuritis leprosa y a la presencia de osteomielitis de los huesos del pie. En este contexto, no era infrecuente asistir a pacientes crónicos y largamente internados que de pronto sufrían el desprendimiento - ¡sin ex-

perimentar dolor alguno! - de un dedo como consecuencia de la grave demolición neuro-funcional del pie hanseniano. Vaya sorpresa para quien ve por primera vez - como fue mi caso - a un paciente quitarse el calzado arrastrando con él un segmento óseo del pie desprendido!

13- Claro está que en el periodo académico que desarrollaron sus actividades los profesores Vaccarezza y Fonso Gandolfo no se había introducido el concepto de “*historia natural de una enfermedad*”. Este principio esencial lo adquirí - y así quedó incorporado a mi escarcela de médico rural. Doctrina que aprendí al lado del maestro y micólogo Profesor Dr. Carlos da Silva Lacaz, en el prestigioso Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo, Brasil, donde tuve el honor de ser becario e impregnarme de su magna obra vinculada con la “*Geografía Médica del Brasil*”. Allí comprendí por primera vez la relación existente entre la aparición o persistencia de una enfermedad infecciosa y su vinculación con el medio ambiente.

14- El Hospital Francisco J Muñiz ha sido escenario y ha participado en la elaboración de normas de atención médica, diagnóstico clínico y de laboratorio, formación de recurso humano y prevención y vigilancia epidemiológica en durante las siguientes situaciones sanitarias críticas:

- Mediados de la década del '50 (año 1955) epidemia de poliomielitis
- Finales de la década del '60 , epidemias de sarampión y brote de difteria en la ciudad de Buenos Aires

Periodo 1980 - 1989

Pandemia VIH-SIDA: primer hospital del país en asistir y estudiar esta enfermedad.

Rebrote de tuberculosis coincidente con la situación mundial;  
Emergencia de la tuberculosis multirresistente.

Periodo 1990 - 1999

Epidemia americana de cólera;  
Epidemia americana de dengue;

Emergencia en la región del síndrome pulmonar por hantavirus;

Brotos epidémicos de leptospirosis en el conurbano bonaerense;

Emergencia de una nueva rickettsiosis en el NOA.

2000 - hasta la fecha

Intentos de bioterrorismo (Ántrax) con *Bacillus* sp. similar al antrhacis;

Probabilidad de introducción del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS);

Probabilidad de introducción de la influenza aviar;

Brotos de dengue en todo el norte argentino y dengue hemorrágico en zonas fronterizas;

Brotos de leptospirosis en las provincias de Santa Fe, Entre Ríos y Buenos Aires;

Brote de fiebre amarilla en el NEA;

Brotos de leishmaniasis en el NEA

Reemergencia de la rabia urbana;

Corrimiento de la frontera de fiebre hemorrágica argentina;

Emergencia de una nueva rickettsiosis en la provincia de Buenos Aires

Datos aportados por los legisladores del GCABA: Gomez, Verónica - D'Angelo, Julian - Maffia, Diana - Alegre, Gabriela, durante la Sesión Pública del 9 de octubre del 2008 sobre Tratamiento Planificación Urbana

Addenda “*Catalogación con nivel de protección cautelar los edificios del Hospital “Dr. Francisco Javier Muñoz”*”. Opiniones de algunos profesionales de nuestro hospital emitidas en ocasión de la audiencia pública celebrada en Buenos Aires, el día 5 de mayo del 2010, en el recinto del Salón San Martín de la Legislatura de la Ciudad Autónoma :

Dr. José del Marmol: *“En la actualidad, tenemos 160 mil consultas anuales, cuyo 60 por ciento es por HIV”. “En el hospital se atienden en forma ambulatoria y reciben medicación 2.200 pacientes. Cuando yo quise estimar el valor de esa cifra pregunté acerca de otros hospitales, y me respondieron: 80 por mes”,* cosa que marca un poco al Hospital Muñiz Tradicionalmente, el Hospital Muñiz ha tenido la oportunidad de acudir a todas las posibles epidemias y ataques. Por ejemplo, manejamos la famosa crisis del Ántrax y del terrorismo, que venía por sobres. Tuvimos 12 mil investigaciones de sobres y más de 6 mil consultas que hubo que atender, en cierta manera, “a pulmón”. “El Muñiz es un hospital de enfermedades infectocontagiosas. Está definido así. Por otra parte, su naturaleza pabellonada nos dio la posibilidad de prepararnos para recibir al cólera y a las diferentes gripes aviarias. En Toronto aparecieron dos casos de gripe aviar hace unos cuantos años en un hospital monoblock. Tuvieron que clausurar todo el hospital, porque no se podía establecer un sistema de aislamiento del virus. Este es un elemento para tener en cuenta. También desarrolló el hospital medicina del viajero: un Departamento de Zoonosis y un buen estudio de vacunaciones que conviene que se haga a la gente que debe viajar”

Dra. Alicia Barrera:

“El patrimonio comprende, efectivamente, su historia; los edificios; la fachada de interés histórico, arquitectónico y científico; los jardines; los parques; los documentos; las obras de arte; el material bibliográfico; la fotografía; el instrumental; el equipamiento y una valiosa historia oral, que es lo que debemos rescatar. La trascendencia de estos cuidados permitirá que tengamos nuestro hospital defendido.. *“La OPS considera al patrimonio histórico y cultural de la salud como el conjunto de bienes materiales y simbólicos socialmente construidos que expresan el proceso de la salud individual y colectiva en sus dimensiones científica, histórica y cultural, promoviendo el desarrollo de redes que estimulen acciones integradas y cooperativas*

*entre los agentes e instituciones en el campo de la memoria y de la historia de la salud*

Dr. José I Pérez:

“Señores legisladores: me quiero tomar un atrevimiento para mencionar una moraleja. Un maestro tiene dos alumnos a los que les dice: *“Lleven agua del río al aljibe del pueblo”*. El que tenía más condiciones económicas tomó en sus hombros dos vasijas nuevas. El otro, llevaba una vasija que perdía, rota por el uso y el paso del tiempo. Por supuesto, con el ir y venir fue el que más tardó. Al final, cumplió con su objetivo. Pero llorando y con vergüenza le dijo al maestro: *“Te pido que me perdones porque me avergüenzo; tardé muchísimo en llenar el aljibe”*. Al Hospital Muñiz lo sentimos así. Somos como esta gente que tiene la vasija rajada. Y entonces el maestro le dijo: *“No te avergüences; siéntete orgulloso, porque lo que has hecho en todo el camino que has ido recorriendo es regarlo, y en ese camino han crecido flores para aquellos que están deprimidos y que las necesitan”*. En nuestro caso, los pacientes. En ese camino han nacido frutos, han nacido hortalizas con la que se ha dado de comer a los que necesitan. Y terminó diciéndole: “Es un orgullo que hayas tenido la vasija rota”. Por eso sentimos orgullo los trabajadores del Hospital Muñiz.

Dr. Alfredo Seijo:

“El Hospital Muñiz, desde que se creó a la fecha, asiste a los sectores más vulnerables de la sociedad, y no necesita decirlo nadie, sino que basta con acercarse al hospital y ver el tipo de enfermedades que tenemos. Sin embargo, esto no significa que los tengamos que atender en lugares inapropiados o en pabellones que se vienen abajo por la falta de mantenimiento permanente, que –para ser sincero– no es sólo de este gobierno, sino que viene de muchos años atrás” .

*“Las condiciones en las que trabajan nuestros enfermeros, técnicos, médicos y bioquímicos son inadmisibles; a veces, ni siquiera cuentan con condiciones de bioseguridad, que es lo menos que debería tener el Hospital Muñiz”.*

“...si queremos crear ciudadanos dignos en una sociedad civilizada, tenemos que darles otro paradigma histórico a los jóvenes. Yo no reniego de nuestra construcción histórica que ha estado básicamente plagada de batallas y de héroes militares, porque fue muy importante en su momento. Jamás renegaría del General San Martín o de Belgrano, pero es hora de que empecemos a dar a nuestros chicos el ejemplo de un Penna, de un Muñiz, de un Salvador Mazza, de un Coni, de un Oñativia, de un Ramón Carrillo. Debemos empezar a darles a nuestros jóvenes ejemplos de la comunidad civil, porque todos esperamos que el mundo cambie en el futuro”.

*“Eso también lo podemos dar como hospital, porque la finalidad de preservarlo no es para preservarnos a nosotros mismos, sino para poder abrir el hospital a la comunidad, y que vengan los jóvenes de las escuelas primarias y secundarias para conocer otro aspecto de la historia”*

Con fecha 12 de agosto del 2010, La Legislatura de CABA sanciona con fuerza de ley el Proyecto de Ley N° 3537 sobre Catalogación con nivel de protección cautelar los edificios pertenecientes al “Hospital Francisco Javier Muñiz”. El 8 de setiembre del mismo año fue vetada por el Decreto N° 707 del GCABA.

[www.buenosaires.gob.ar/.../normapop09.php?](http://www.buenosaires.gob.ar/.../normapop09.php?)

<http://www.ciudadbares.com.ar/proy-cato802450http>

...y, finalmente, un “raconto” destacado elaborado por el Profesor Dr. Tomás Orduna que consolida el bien ganado prestigio de nuestro querido hospital. Se refiere los orígenes de la *Medicina del Viajero* en el ámbito de la Salud Pública, publicado

en el Boletín Epidemiológico de Córdoba, Número 1.183, el 5 de agosto de 2013

Fuente 31 de julio de 2013: Equipo de Medicina del Viajero – Hospital de Infecciosas ‘Dr. Francisco Javier Muñiz’ (Argentina)

La Medicina del Viajero se dedica al cuidado integral de la salud de las personas que viajan, enfatizando la prevención de enfermedades y situaciones potencialmente peligrosas que puedan ocurrir durante un viaje.

Es una especialidad médica que se constituyó como tal a principios de la década de 1980, e inicialmente su orientación estuvo dirigida al gran grupo de los “turistas”, agregándose *a posteriori* nuevas áreas de trabajo diferentes al turismo: refugiados por las guerras, misioneros, personal de fuerzas de paz, trabajadores temporarios, estudiantes, deportistas o peregrinos por motivos religiosos que, en ocasiones, como los refugiados, constituyen verdaderos problemas de salud pública en virtud del gran número de personas, las condiciones in-humanas de vida a las cuales se ven enfrentados y la consecuencia más temible que es la aparición de epidemias con alta morbimortalidad.

Otros aspectos ligados a esta especialidad, surgida como un natural desprendimiento de la Medicina Tropical, son el diagnóstico y tratamiento de patologías adquiridas en viajes y que se manifiestan durante o al regreso de los mismos.

La explosión del turismo internacional, desde fines de la Segunda Guerra Mundial, ha sido el principal estímulo para su desarrollo como una verdadera especialidad médica. En las estadísticas de la Organización Mundial de Turismo (OMT) se refleja el incremento de los viajes internacionales: en el año 1950 se contabilizaron unos 25 millones de arribos internacionales, número que alcanzó la cifra de 1.035 millones en el año 2012.

La Medicina del Viajero se vincula con aspectos que van más allá del viajero individual, como son el impacto en los ecosiste-

mas o la introducción de patógenos a través de los viajeros, constituyendo así el origen de enfermedades emergentes o reemergentes en distintas áreas geográficas –por ejemplo la epidemia de síndrome respiratorio agudo severo (SARS)– o las implicancias en la salud de las personas que pueden generar situaciones de desastre natural, como el maremoto (“tsunami”) que afectó vastas zonas de Asia o los más recientes terremotos de Haití y Chile. Esto coloca a esta especialidad médica dentro del contexto de la salud pública internacional. La especialidad también se dedica actualmente a la salud de los migrantes internacionales, a los grandes eventos de masa y tiene una interacción creciente con el denominado “turismo médico”.

En todo el mundo se ha desarrollado esta especialidad con la creación de Centros de Medicina del Viajero, generalmente asociados a áreas de Medicina Tropical o Servicios de Infectología, que luego progresivamente fueron haciéndose autónomos. Hace más de 20 años, en 1991, se creó la Sociedad Internacional de Medicina del Viajero (ISTM) y en diciembre de 2004 se creó la Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero (SLAMVI), con sede en Buenos Aires.

La República Argentina no ha estado al margen de lo sucedido a nivel global, y ha experimentado un incremento en el número de viajeros, tanto internacionales como locales, lo que trajo aparejado una progresiva necesidad de responder a la creciente demanda de consultas, sobre todo previas al viaje. El Hospital de Infecciosas ‘Dr. Francisco Javier Muñoz’ es el primer hospital público, en Argentina, que ha desarrollado un Servicio de Medicina del Viajero, que funciona desde hace más de dos décadas en el Centro Municipal de Patología Regional y Medicina Tropical, CEMPRA-MT, creado en 1984 y consolidado, en los últimos años, con el trabajo de un equipo multidisciplinario.

## Medicina del Viajero y el Hospital Muñiz

En una aproximación de relato histórico sobre el desarrollo de la Medicina del Viajero dentro del Hospital, puede dividirse al mismo en diferentes etapas:

Antes de 1981

- Por ser el hospital de referencia en enfermedades infecciosas, el Hospital Muñiz fue, desde su creación, lugar obligado de consulta para aquellos que sufrieran alguna enfermedad al regreso de un viaje. No puede hablarse estrictamente de Medicina del Viajero en su amplia concepción actual, ya que no existían, en la formación médica, los conceptos relacionados con la importancia de la implementación de medidas preventivas durante los viajes, independientemente del destino geográfico y tipo de viajero.

Período 1981-1992

- A partir de 1981 se delineó un grupo de trabajo, liderado por el Académico Dr. Olindo Martino, con dedicación a algunos aspectos particulares de la medicina infectológica, entre los que se destacan la Zoonología Médica (patología por agresión de animales, especialmente ponzoñosos), la Patología Regional Argentina (enfermedades endémicas y emergentes) y la Medicina Tropical.
- Dándole un carácter más orgánico al grupo, se crea en 1984, el Centro de Zoonología Médica, para el abordaje integral de la zoonología por venenos animales, referente en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense para la atención de dichas patologías. En el año 1989 se constituye como Centro Municipal de Patología Regional Argentina, Zoonología Médica y Medicina Tropical (CEMPRA-MT), con sede en la Sala 9. Dentro de las actividades cotidianas el equipo de trabajo asiste patologías del post viaje.
- Paralelamente, las consultas sobre asesoramiento pre-viaje van incrementándose y permitiendo la incorporación de la

tarea preventiva. De esta manera, la aún incipiente Medicina del Viajero va ocupando un espacio propio a partir de la espontánea demanda de pacientes y la adquisición de conocimientos sobre la misma por el personal del CEMPRA-MT.

Período 1992-2004

- Este constituye un período de organicidad, consolidación y difusión del sector de Medicina del Viajero dentro y fuera del Hospital, con creciente número de consultas que abarcan desde viajeros individuales al asesoramiento de importantes grupos de personas con destinos a diversos países, como ser: personal de Fuerzas Armadas relacionadas con Naciones Unidas (Casco Azul), personal de empresas argentinas con tareas en África y América del Sur (petroleras, constructoras), clubes de deporte, delegaciones gubernamentales, Casco Blanco, etc.
- En el año 1998, el CEMPRA-MT se incorpora a la ISTM, y se inicia la tarea docente, en relación a la incorporación de disertaciones sobre el tema en distintos cursos de posgrado y en la currícula de la Residencia Médica y en la Carrera de Especialistas en Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y diversos Colegios Médicos.
- En el año 2004, varios profesionales del CEMPRA-MT, junto a otros colegas de Argentina y de varios países latinoamericanos, crean la SLAMVI.

Período 2004 hasta la actualidad

- Continúa con una creciente actividad, tanto asistencial como docente. Esta última inclusive a nivel del pregrado en la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la UBA, como así también en otras Carreras de Postgrado como la de Especialistas en Medicina del Trabajo de la Universidad Católica Argentina.
- Desde el año 2006, profesionales del servicio forman parte del plantel docente del Curso Anual que la SLAMVI dicta en Buenos Aires, como en el interior del país.

- Cabe destacar que en el año 2007, el área de Medicina del Viajero se constituyó en asesor de la Unidad Médica Presidencial (Presidencia de la Nación) para los desplazamientos de los miembros del Poder Ejecutivo a distintos escenarios. Asimismo, ha participado en reuniones de consenso y asesoramiento sobre diferentes temas en el ámbito de los Ministerios de Salud de la Nación y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- La actividad docente llevada a cabo ha promovido la creación de otros centros de referencia a nivel público como el Centro de Medicina del Viajero (CEMEVI), del Hospital Interzonal General de Agudos “General San Martín” de La Plata, en el año 2008, y también el primero en el interior del país, que próximamente se inaugurará en el Servicio de Infectología del Hospital “Nuestra Señora de la Misericordia” del Nuevo Siglo, de la ciudad de Córdoba.
- Para finalizar este “breviario” del camino recorrido en relación al Hospital Muñiz y la Medicina del Viajero, es importante señalar que lo logrado es resultado del trabajo, esfuerzo y perseverancia de su equipo de salud, que tiene la convicción de creer en el Hospital Público y en su necesaria e imprescindible participación en el cuidado de la población.

Integrantes del Equipo de Medicina del Viajero del Hospital Muñiz:

- Jefe de Servicio: Tomás Agustín Orduna
- Plantel Profesional: Sofía Echazarreta, Claudia Falcone, Santiago Garro, Gustavo González, Susana Lloveras.
- Jefa de Enfermería: Mónica Solís.
- Enfermero de consultorio: Daniel Zapata
- Secretario administrativo: Marcelo Ameijeiras.

...como decía con emotiva convicción el poeta Almafuerte:  
“...*Avanti... piú Avanti... sempre Avanti!*”

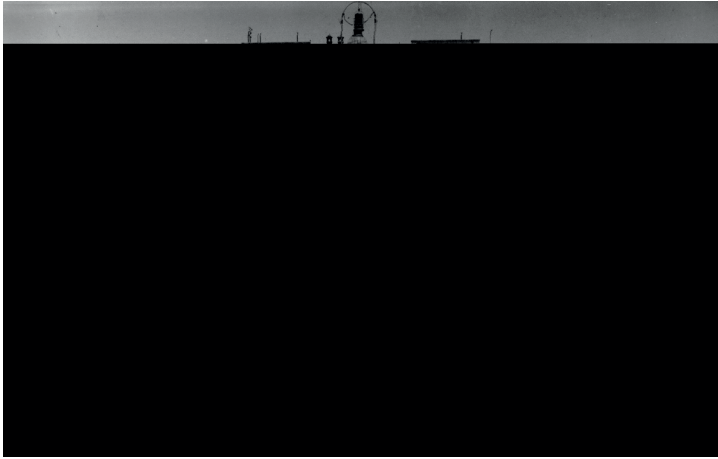


Fig.: 24.1. Entrada principal al Hospital «Francisco J Muñiz» a comienzos del siglo XX (1904).



Fig.: 24.2. Antiguo predio del Hospital “Francisco J Muñiz” que permite apreciar el modelo arquitectónico “encajonado” de las salas de internación, asegurando el aislamiento de los pacientes contagiosos. Alineadas a los costados de las salas, pequeñas arboledas esbozan el futuro y extenso jardín que surgiría años después como propuesta del Dr. José Penna para solaz y oxigenación de los enfermos tuberculosos, quienes debían permanecer internados durante largos períodos.



Fig.:24.3. Antigua sala de internación para enfermos tuberculosos.



Fig.:24.4. Laboratorio Central a comienzos del siglo XX. Era casi constante la presencia de, por lo menos, un arbusto o una pequeña arboleda alegrando el paisaje de cada pabellón.



Fig.:24.5. El 20 de septiembre de 1901 fue creada la Escuelita Interna del Hospital Muñiz destinada para la educación de los niños hospitalizados por enfermedades infecciosas. Sobre todo los pequeños tuberculosos que debían permanecer reclusos durante los largos tratamientos, situación que dificultaba la primera etapa de la instrucción escolar.

— 308 —

Agréguese á esta manera de proceder, la práctica regular de la vacunación antivariólica, efectuada el primer día de su entrada á los enfermos no variolosos, la desinfección de sus ropas á su ingreso, la desinfección regular y constante de todas las ropas de las distintas salas, sin omitir los colchones, almohadas, frazadas y cama de todo sujeto que cure ó muera; el uso diario y frecuente de los baños de higiene desde que los enfermos entren al hospital; la obligación de alojarlos en la *sala de observación ó de duda* siempre que el diagnóstico no manifieste claramente la naturaleza de la enfermedad; la práctica de la limpieza y de la vacunación previa por los sueros de que después se ha echado mano en determinados casos, etc., etc., y podrá asegurarse que un hospital dispuesto en estas condiciones y sometido á una disciplina severa y siempre vigilante, no podía dar origen á contagios internos sino en muy estrechos límites.

Después, la experiencia enseña, que así como determinados enfermedades infecciosas tienen una forma

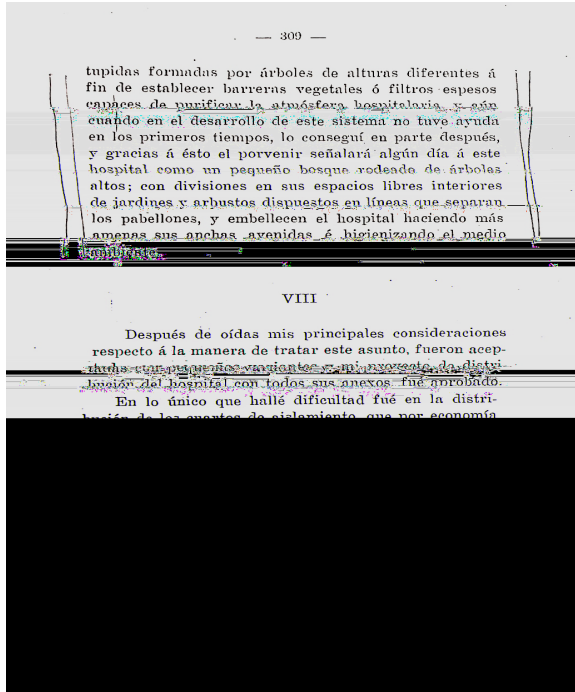


Fig.:24.6- Manuscrito del Dr. José Penna donde justifica la necesidad de diseñar un hospital con amplios jardines pobladas por arboledas que facilitarían la separación de los pabellones y, además de garantizar la oxigenación del medio ambiente, embellecerían el paisaje del hospital.



Fig.:24.7. Las primitivas barracas y saladeros del Riachuelo de comienzos del siglo XX, una región baja de la creciente metrópoli de Buenos Aires, que resultó propicia para los criaderos del mosquito de la fiebre amarilla. Décadas más tarde el Hospital Muñiz recibiría operarios afectados por el carbunco y la brucelosis procedentes de frigoríficos aledaños a esos barrios de Barracas al sur. En mis comienzos como médico del hospital asistí numerosos casos traídos desde aquellos conglomerados de dura labor y bastante promiscuidad



Fig.:24.8. El Hospital Muñiz que conocí desde estudiante. La calle principal custodiada por el monumento al ilustre Profesor Dr. José Penna. En la primera sala de la derecha, destinada a mujeres, inicié la cursada de la materia Enfermedades Infecciosas cuya duración era de un año lectivo. Impresiona la simetría arquitectónica con la cual se disponen las salas de internación. Una rigurosa simetría que, a decir verdad, congeniaba en aquella época con la rigurosa disciplina académica.



Fog.:24.9. Sala 9. Allí comenzamos a asistir los primeros casos graves de emponzoñamientos provocados por venenos animales. El primero de ellos fue un loxoscelismo cutáneo grave de pierna en una mujer. Así se inició nuestro grupo de trabajo vinculado con las zoonosis médicas y la creación del Centro Municipal de Zoonosis Médica en 1984; más tarde asistiendo a las patologías regionales y tropicales y afianzada con la creación del Centro Municipal de Patología Regional y Medicina Tropical (CEMPRA-MT) a partir de 1989.



Fig.24.10. Pabellón XXX. Primer piso. Sala 9, asiento actual de CEMPRA-MT y Centro de Medicina del Viajero (CEMEVI).



Fig.:24.11. Camino que lleva a la Dirección del Hospital y a la sala IX, orillado por elevadas tipas que en épocas de florecencia embellecen el camino con su áureo tapizado.



Fig.:24.12. Vista actual del Laboratorio Central del Hospital Muñiz. La clásica ondulación del terreno hace más pintoresca la disposición de los distintos pabellones del hospital.



Fig.:24.13. Desde la rampa de acceso al Pabellón XXX se visualiza en profundidad la escalera que da acceso a la planta superior del Laboratorio Central.



Fig.: 24.14. Ingreso a las Unidades remodeladas de Internación I y II para la asistencia de pacientes con diferentes patologías infecciosas respiratorias (Terapia Intermedia y Asistencia respiratoria). En el año 1955, durante la epidemia de poliomielitis, las referidas salas fueron destinadas al uso de los pulmotores. Allí debuté como médico de guardia. Muy joven aún me enfrenté con la trágica parálisis infantil manejando esos cilindros de acero que nos torturaban con sus continuos chillidos. Horas y horas de trabajo que no pocas veces quedaban en la nada ya que la parálisis respiratoria se hacía irreversible y el paciente moría por parálisis de los centros bulboprotuberanciales.

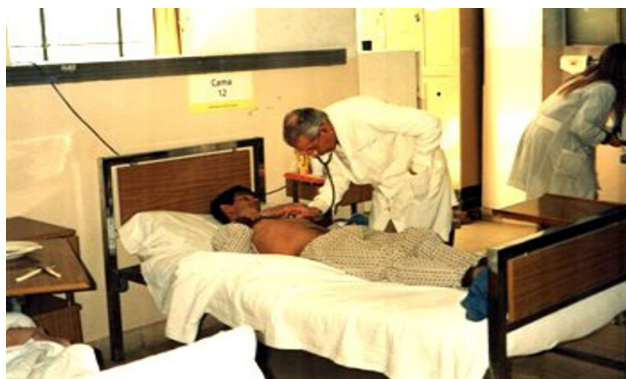


Fig.:24.15. En la sala 9 examinando a un paciente.



Fig.:24.16. Con mis excelentes discípulos (de izquierda a derecha)  
Dres. Claudia Falcone, Gustavo González, Susana Lloveras y  
Tomás Orduna



Fig.:24.17. Rodeado por los Dres. Santiago Garro, Sofía Echazarreta, Susana Lloveras y Claudia Falcone.



Fig.:24.18. ...y la historia del laborioso y eficiente CEMPRA-MT y Medicina del Viajero continuará sin pausa, pero ahora en manos de mi querido discípulo y amigo, Profesor Dr. Tomás Orduna.



Fig.:24.19. Revista de Sala (Pabellón XXX, Sala IX) acompañado por médicos de planta, médicos residentes, rotantes y becarios del interior y extranjeros.

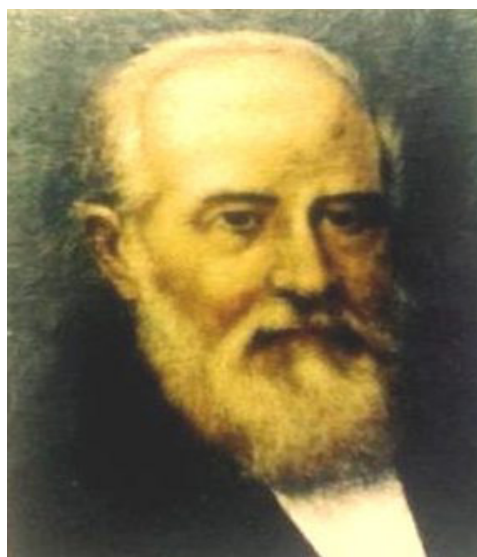


Fig.:24.20. Coronel Médico Francisco Javier Muñiz (1795 - 1871)  
Ilustre paradigma e inspirador de la creación del Hospital de  
Enfermedades Infecciosas.



Fig.:24. 21. Profesor Dr. José Penna, fue para la época el indiscutible artífice de un hospital funcional, dinámico y humanista para la asistencia y aislamiento de los enfermos infectocontagiosos.



Fig.: 24.22. Detrás de sus actuales muros queda así guardada otra historia , la de un médico, uno más entre tantos que pasaron por sus lugares de trabajo. Me despido así, apenas dejando el recuerdo de mi imagen y trayectoria.

## CAPÍTULO XXV

### **Reflexiones en torno al dolor existencial. Hacia una medicina humanista**

*“No deseo que me libres de todos los peligros, sino valor para enfrentarlos. No pido que se apague mi dolor sino coraje para asumirlo.  
No busco aliados en la batalla, sino fuerza en mí mismo.  
No imploro con temor ser salvado, sino esperanza para ir logrando,  
pacientemente, mi propia libertad”  
“... Si lloras porque no puedes ver el sol,  
las lágrimas no te dejarán ver las estrellas”*

*Rabindranath Tagore (1861 – 1941)*

*Premio Nobel de Literatura, 1913*

Aunque no me educaron para comprender el inconmensurable dolor existencial, sí apenas un trecho del dolor físico, durante mi carrera universitaria, procuré de la mejor manera educarme en él para sentirme así fortalecido espiritualmente y más seguro en el desarrollo de mi labor como profesional de la salud.

Desde el mismo instante en que fuera creado el soplo de vida, el libro de Job dio cuenta de este designio pesimista: *“El hombre, nacido de mujer, corto de días y harto de tormentos...”* (1) Cruda realidad. ¿Acaso el dolor, la tristeza, el sufrimiento, el temor, la humillación, no representan acólitos martirizantes en la vida del hombre? De pronto el designio de Job cruzó mi mente. Recuerdo que mientras cumplía tareas como médico en la lejana y castigada Ruanda – sangriento retazo de suelo africano –, en cada rincón se apretujaban grupos humanos atormentados por la destrucción, el odio tribal; diezmados por la endemoniada malaria y, por doquier, pequeños huérfanos abandonados y sin techo... Porque vaya si había sufrimiento en esos remotos y olvidados escenarios de vida en aquel atribulado continente negro.

A pesar de su enaltecida condición de criatura inteligente, el hombre no se considera un gran optimista. Como vislumbrara el gran filósofo alemán Arthur Schopenhauer, el hombre ha sentido siempre que “*toda la vida es dolor*” (2), y que aún aquellos instantes colmados de alegría pueden tiznarse de sufrimiento. En consecuencia, ya que es inevitable y debemos aceptarlo como tal, el sufrimiento encarnaría un sentimiento al cual estamos ligados en forma terminante. Como un fracaso insuperable de manera que, tal como lo sugieren Yepes y Aranguren “*más valdría, entonces, resignarse*” (3). Sin embargo, el vigoroso Friedrich Nietzsche desafió este presagio del destino por considerar que el placer era más profundo que el sufrimiento, argumentando que el dolor existencial no debería ser tan insufrible y despreciable (4). Oportuno sería, entonces, formular esta pregunta: ¿quiénes serían los verdaderos protagonistas que alientan el dolor existencial? La respuesta quedaría ínsita en este compacto aforismo: “*la miseria humana*” ...y cuánta por cierto! Una miseria tan vasta como los extensos continentes y tan profunda como los oscuros mares. Una miseria humana personificada en los débiles, los desdichados, los incapacitados mentales, en aquellos que sufren el desamparo y la soledad, en los abandonados y marginados, en las víctimas de la violencia y la prostitución y en todos aquellos que apenas logran incorporarse cada mañana para buscar afanosamente, en el nuevo día, una luz de fortaleza y esperanza.

Frente a esta incontestable realidad, sería indigno dejar que se hunda en el piélago de la indiferencia a quien padece esta pesada condena. Pero tampoco creer que resulta fácil “*encontrar el sentido antropológico del sufrimiento*” (3) En primer lugar debemos admitir que el hombre, admirable producto de la creación divina, no admite que una mínima pizca de dolor o sufrimiento pueda dañar su vitruviana (5) perfección. Sin embargo, así como percibe a su alrededor un mundo inerte entrelazado con otro palpitante y viviente, también está capacitado para sentir placer - aquello que lo atrae y lo hace sentir bien - o para rechazar todo aquello que lo ponga de mal talante y le provoque malestar. En consecuencia, tanto el dolor físico como el sufrimiento existencial representan buenos aliados porque

de alguna manera se ponen al servicio de su azarosa vida, al alertarlo sobre eventuales amenazas (6).

Aunque estimule recordar a Nietzsche cuando afirma que el dolor existencial no debería ser tan insufrible y despreciable, en rigor de verdad deberíamos coincidir con Santo Tomás de Aquino quien advierte sobre las ineludibles limitaciones que la vida impone al ser humano. Acertado su juicio cuando dice: “*Los hombres son víctimas de muchas deficiencias*” (7), refiriéndose al exigente gasto de energía que demanda la actividad de “*Homo habilis*” en sus ecosistemas de vida. Entre las tantas limitantes de ésta existe, entre otras, la repentina “*privación del bien*” que se anuncia con la atormentada caricatura doliente, inesperada y difícil de soportar, que retuerce el cuerpo y atormenta el alma y frente al cual el sujeto pierde el timón de su vida y, como expresa Aquilino Polaino Lorente, puede obligarlo a capitular (8). Así, este prestigioso médico, psicólogo y filósofo hispano, pretende distanciar la calidad antropológica del dolor exterior – piel y carne ofendidas – de otro dolor interior que desgarrar el espíritu y que a modo de mascarón de proa va rasgando las encrespadas olas del agitado mar de las entrañas.

El dolor físico, dolor visible, dolor de afuera escenifica, en términos generales, el inesperado desequilibrio de un segmento corporal: fractura de un miembro, cólico visceral, dolor de cabeza, fiebre elevada, infarto de corazón, etcétera, que si bien puede expresarse en toda su agudeza es en esencia unidimensional. A “*priori*” el dolor físico expresa una magnitud remediable y parcial. En cambio el dolor de adentro, llevado como sufrimiento y quiebra interior, representa una constelación sombría de hechos creados por el sentimiento, la imaginación, la inteligencia, la memoria, el miedo, las fobias, la hipochondría, que empujan hacia un auténtico dolor existencial. Un dolor recóndito, sumido en una rasgada vestimenta del espíritu y que culmina sofocando el sentido de la vida.

Cualquiera fuese la magnitud del dolor físico de “*Homo patiens*”, a éste le será difícil, aunque se esfuerce, no internalizarlo y transformarlo finalmente en un íntimo y nocivo metabolito. Aquí me

pregunto ¿qué peor detrito que el miedo, lastre que fabrica el temor a lo peor...al cual sigue la tristeza, el llanto mismo, con ese sentimiento de impotencia frente a un mal desconocido que no se puede controlar...? Y me sigo preguntando si el dolor y hasta el mismo grito desesperado no representan acaso el deseo subconsciente de huir del agobiante mal ¿Existe acaso peor miedo que enfrentar a una enfermedad que se sabe incurable, donde el desaliento representa el sombrío espectro que acompaña al espíritu abatido y quejumbroso hasta el último hálito de vida? Es aquí cuando el dolor físico se sumerge en un dolor - cuerpo y espíritu – humanizado.

Durante el ejercicio de nuestra benemérita profesión es habitual enfrentarse con la inevitable realidad de otra abismal tristeza, producto de otro dolor, en mi opinión hasta definitivo, como es la pérdida de un ser querido. Siendo todavía muy joven y a poco de haberme graduado presencié, desde muy cerca, la muerte de niños y adolescentes durante las epidemias de parálisis infantil en 1955, y de difteria en la década del '60. Hoy, tras un sereno análisis pienso que además de enfrentarme con una dura prueba emocional, no imaginable hasta ese momento, aquellas muertes pudieron representar también fracasos en el manejo, de por sí complicado, de aquellas patologías tan severas que aún superadas conducían irremediablemente a la invalidez. Pero lo cierto era que desde mi iniciación profesional comencé a cargar sobre mis hombros la confesa frustración de no alcanzar a percibir, en su exacta magnitud, ese dolor tan diferente al que clama la enfermedad física y por cuya escarpada grieta yo empezaba a resbalar. Un dolor para el cual no me había preparado la universidad. Un dolor ilimitado, invisible, cuyo único vocabulario yacía en el balbuceante gemido del alma.

El impiadoso sufrimiento que padece quien pierde a un ser querido se acompaña, a diferencia del dolor físico, de una total impotencia porque el dolor del cuerpo siempre, aunque vacilante, recibe respuestas. En cambio “... *la carencia de lo que se ama, causada por la pérdida de algún bien amado...*” (9) crea una tristeza permanente frente al vacío definitivo que impone el ausente querido.

## Salud y Enfermedad. El Bien y El Mal

Considero pueril sostener que la salud es meramente la ausencia de enfermedad. Para situarnos en este contexto debemos comprender cuál es la real dimensión semántica de este significativo vocablo. Es improbable que un lector, inquieto por el conocimiento de la esencia del hombre, no haya tenido oportunidad de meditar acerca de la tan difundida definición que lanzara en su oportunidad la Organización Mundial de la Salud, y que a modo de magno proverbio sanitario, en su versión primitiva (1946), reza así: “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia*” (10). Una definición ambiciosa pero en verdad de un alcance utópico por lo menos a corto y mediano plazo y que al filo del análisis, como era de esperar, motivó conjeturas. Al respecto, estimo oportuno considerar la reflexión proveniente del Profesor René Dubós quien expresa: “*La salud es, principalmente, una medida de la capacidad de cada persona de hacer o de convertirse en lo que quiere ser*”. Sentencia clara y trascendente que propone al individuo el compromiso ineludible de edificar su salud, pero en amplia libertad de elegir el rumbo que le convenga para transformarlo en un ser humano calificable frente a su entorno social. Para Dubos, la salud sería entonces el logro de una digna cualidad de vida, esa fortaleza que garantiza al sujeto un sólido crédito social.

Para comprender con meridiana claridad esta tan mentada definición propuesta por el máximo cónclave sanitario (OMS), creo oportuno situarme primero en sus dos germinantes palabras: salud y enfermedad (11) (12). Salud viene del latín “*Salus*” salud, salvación, saludo; conforma un término muy extendido en tiempos romanos y utilizado por sus ciudadanos para expresar el deseo de una “*salud salvadora y deseo de fortuna*”. Además, en el étimo indoeuropeo, presente en el sánscrito y también en la acepción griega, salud significa entero, total, “*Holos*”. Por su parte, el étimo enfermedad viene del latín “*Infirmitas*”, expresión negatoria que significa falta de firmeza o ausencia de fuerza.

Si nos remontamos al imponente gesto romano de levantar la diestra para expresar a su interlocutor el deseo de una salud total y salvadora, pero además un anhelo de fortuna, creo que la definición de la OMS fue ya una realidad antes de la era cristiana. Mientras tanto, en nuestros días, los valientes primates humanos aceptan que la vida da y quita sin preguntar. Así también consienten que, estar bien o sentirse mal, es decir estar sano o de lo contrario considerarse enfermo, representan dos situaciones aleatorias que todo individuo lleva a costas durante su tránsito por la vida.

Se ha llegado a definir a la salud como el “*silencio de los órganos*” “*como un vacío de sonidos corpóreos que hace que la encarnación se sienta más ligera*”. De ser así, es de esperar que la salud represente la “*armonía psico-física del yo, su cuerpo y su alma*” (13). Pero estar sano, es decir ejercitar la salud en toda su plenitud requiere un trabajo constante “*...porque consiste en una defensa victoriosa, pero sin pausa...*”; “*...así cada aliento, cada latido, cada comida...tiene que estar siempre al servicio y dirigirse a la progresión vital, siempre amenazada*” (14). Porque estar sano, en realidad, es estar salvándose. ¿Pero de qué o de quienes? De las constantes vicisitudes que enfrenta el individuo en cada diario vivir. Vicisitudes que no representan otra cosa que determinantes biológicas, medio ambientales, de estilos de vida y de sistemas de amparo y asistenciales que pueden conspirar con un completo estado de bienestar. ¿Cómo impedir entonces una situación hostil que impida tal gracia? ¿Cómo lograr y afianzar el equilibrio tan deseado? A propósito me atrevo a exponer algunas conductas facilitadoras:

- a) Individualizar los “*factores de riesgo*” sanitarios que en breve o largo plazo puedan amenazar la salud individual o colectiva. Riesgos tales como el incumplimiento de programas de vacunación masiva; población de niños con carencias alimentarias; aparición de un desastre natural (terremoto, inundación, erupción volcánica, etc.); introducción de una enfermedad emergente exótica, etcétera.

- b) Posibilidad de corregir los factores socio – económicos y culturales, adversos de una comunidad
- c) Tasar la capacidad de resiliencia de una sociedad tras graves debacles como por ejemplo un desastre natural o una devastadora enfermedad emergente
- d) Valorar, a través de indicadores sociológicos, la capacidad de cambio de conductas que posee una comunidad
- e) Garantizar el acceso equitativo a la educación sanitaria
- f) Asegurar la elección, adquisición y mantenimiento de prácticas saludables e impedir aquellas que comportan el riesgo.

La práctica continua de la educación para la salud garantiza y fortalece el desarrollo de una cualidad digna de vida en una comunidad. Con acierto Albert Einstein decía: *“La motivación más importante para trabajar tanto en la escuela como en la vida, es el placer en su resultado y el valor de dicho resultado para la comunidad”*.

Con respecto a la enfermedad, *“...ese modo doloroso y anómalo de la vida de la persona”* (15), cuya historia natural representa un “estado intermedio entre la salud y la muerte (16), mucho se ha escrito. La enfermedad, sufrimiento de impredecible aparición, siempre indeseable, ha sido señalada como castigo bíblico. Su doliente presencia obliga a recordar que el destino del hombre pende de frágiles hilos que al romperse lleva a fallas que amenazan la salud y hasta pueden conducir a la cesación de nuestra divina creación. La enfermedad pone así, al descubierto, nuestro carácter finito y mortal. Un injusto pronóstico para el destino del hombre que obliga a preguntar: ¿Por qué existe la enfermedad? ¿Por qué el dolor existencial? Todo esto representa acaso un castigo bíblico o apenas el resultado del azar evolutivo de nuestro universo viviente?

En el Antiguo Oriente, según Sergio Armstrong Cox, la enfermedad era considerada como una plaga provocada por espíritus maléficos o proyectada por dioses enfurecidos debido a faltas cometidas por la comunidad; situación que obligaba a la práctica de exorcismos para expulsar a esos perversos demonios (17). Mientras que para las

Sagradas escrituras la enfermedad era producto de la flaqueza y la debilidad del hombre. Reafirmo la expresión latina “*Infirmitas*” que traduce la falta de fuerzas y de firmeza. Surgió así la idea de que Dios enviaba un mal a alguien para “*ponerlo a prueba*” con el fin de hacer crecer o madurar su fe. Pero el descalabro interpretativo afloró cuando al profeta Jeremías se le ocurrió preguntar “*¿Por qué prosperan los malvados y viven tranquilos los traidores?*” (18) una pregunta que recorrió por entero el libro de Job, quemando al pasar de mano en mano. Porque estaba claro que en las antiguas escrituras los justos debían padecer el mal como prueba de su crecimiento y de su fe. Sin embargo, en el Nuevo Testamento el Jesús Dios nunca envió la enfermedad o el mal para castigar a alguien o ponerlo a prueba. En consecuencia, la enfermedad no podría, jamás, expresar la voluntad de Dios (19)

Pero volvamos a la esencia conceptual del vocablo enfermedad tal como lo encuadra Laín Entralgo: “*un modo doloroso y anómalo de la vida de la persona, quien de pronto enfrenta una imprevista y abrupta alteración en su esfera psico-orgánica*”. Es decir un estado que produce dolor físico, alterando la armonía fisiológica (homeostasis), pero que además suele comprometer la esfera psico-espiritual de la persona. Surge así un acontecimiento bi-modal: una reacción de alarma frente a la agresión, seguida de una respuesta reparadora para volver al estado normal; aunque en el peor de los casos sobrevenga la muerte o la aparición de una invalidez transitoria o permanente.

La enfermedad, dolor físico que interrumpe el completo estado de bienestar, convive así con la carne. Pero es menester preguntarse si existe acaso otro dolor, igualmente trascendente en la vida de la persona, que no convive con el explícito dolor de la carne pero que entraña una profunda significación ética y social. En verdad un interrogante que hasta atemoriza hacerlo ya que vivimos en un espinoso entramado social, con tantas apuestas hacia el máximo bienestar que, luego de tanto andar, no sería justo que nos salga al paso un sufrimiento existencial que nos perturbe el progreso tan ansiado. Es cierto lo que expresa Polaino Lorente cuando dice que estamos

inmersos en una cultura donde “*sufrir tiene mala prensa*”. Mucho le está costando al hombre, sumergido en el laborioso panal de una sociedad de consumo, lograr un bienestar de excelencia. Para un gélido razonamiento no existiría razón valedera para sentirnos privados de los placeres bien ganados debido a un inesperado sufrimiento que de pronto nos quita el sueño y nos sumerge en un mar de congojas y desengaños. En consecuencia, no cabría aceptar la contradicción de soportar un tormento cuando luchamos para el confort y para el placer.

## ¿Existe entonces el dolor existencial?

Disyuntiva que nos pone en la encrucijada de reconocer si somos aptos para desafiar el sufrimiento, porque eludirlo o negarlo no hace otra cosa que exponernos a la ingrata cachetada de aceptar nuestra debilidad mundana. Al respecto Spaemann (20) advierte que pretender volverle la espalda al dolor termina “*en una actitud que incapacita para soportarlo, aumentando con ello el sufrimiento*”. En otros términos, vivir rechazando el sentido del dolor equivale a negar, al unísono, el sentido de nuestra finita realidad.

Con convicción y fortaleza anímica debemos otorgar un espacio al dolor existencial. Pero, ¿Por qué y para qué? ¿Acaso este sufrimiento sirve para algo? ¿Nos permite arribar a algún fin? Busquemos las respuestas en estas reflexiones:

- a) Frente al dolor aceptamos el desafío. Nos impregnamos del dramático sufrimiento que supone desplegar el duelo con la intensidad a la que somos capaces. Viene entonces el llanto, la tristeza, el abatimiento. Poco a poco nos vamos hundiendo en un piélago de sombras y pesimismo... vaya a saber por cuánto tiempo.
- b) Desgarrado el sentimiento, paralizada la voluntad, con la difícil tarea de no saber cómo responder ni que hacer frente a una enfermedad incurable o ante la pérdida de un ser querido, debemos aceptar tamaña infelicidad, dura tarea porque como

expresa Victor Frankl “*me pone frente a la responsabilidad de lo que voy a hacer con ella*” (21). Creo interesante mencionar aquí esta frase bíblica: “*La inclusión del dolor y el sufrimiento en la tarea de vivir remite y se resuelve en el sentido de la vida. La fuerza para sufrir brota de los motivos que se tiene para seguir viviendo Si éstos no existen, no se aguanta una vida dramáticamente dolorosa. Y cuando tomamos una postura sobrenatural ante el dolor y el sufrimiento hacemos una experiencia de purificación que nos lleva a madurar y crecer en la fe, la esperanza y el amor...*” (Mt 5, 3-10).

- c) Si en realidad existen motivos para seguir viviendo debemos entonces elaborar un nuevo proyecto, optimista, esperanzador. Surge así un vocablo salvador que brinda el utillaje necesario para sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas. Único y sin reparos. Se conoce como “*resiliencia*”. (22). Quien soporta el dolor y además lo acepta, va camino a una madurez y crecimiento personales. En verdad aceptar el sufrimiento es purificar el espíritu. Es el momento en que nos damos cuenta de la banalidad de ciertos caprichos, deseos, satisfacciones que considerábamos irrenunciables. Porque es el penoso momento de darnos cuenta que surgió algo, mucho más importante y que aferrarnos a este principio-conducta, nos garantiza un nivel de superación hasta ese momento no imaginado. C. S. Lewis decía que “*el efecto redentor del sufrimiento reside en su tendencia a disminuir la voluntad insumisa*” (23) Significa aceptar que el dolor eleva al hombre por encima de sí mismo, alejándolo de conductas vanidosas, superficiales y anodinas. Más de una vez, una fuerte e inesperada bofetada nos pone a prueba obligándonos a aceptar el sufrimiento en bien de algo o de alguien. Asumir el sufrimiento con “*plenitud de sentido*” (24) significa mimetizarse en un invalorable sacrificio. Porque es la finalidad que perseguirá toda persona dispuesta a sufrir. Precisamente, integrarse a una tarea que le garantice un sentido para seguir viviendo... aunque tristemente pero con la seguridad de elevarse espiritualmente. Decía Victor Frankl

“...sólo el sufrimiento asimilado deja de ser sufrimiento”. Cualquiera fuese el sentido: sufrir para felicidad de otro; vivir para cobijar una familia hambrienta porque “cuando un hombre tiene un por qué vivir soporta un cualquier como” decía Friedrich Nietzsche. Finalmente, un sentido frente a la misma muerte, donde el motivo para seguir viviendo exige el máximo esfuerzo de superación, ya que si falta robustez anímica es imposible soportar una vida dramáticamente dolorosa (25)

## El dolor frente al fracaso

Desde que el primate no humano se transformó en “*Homo sapiens sapiens*”, ser pensante, (26) su cerebro comenzó a tener ideales. Cuantiosos destellos de esperanzas, realizaciones, conquistas, éxitos... y también fracasos. Como realmente era de esperar. Y justamente en el fracaso, en la inesperada caída, en el fatigante malogro, ahí es donde se ha concentrado el mayor lastre del dolor existencial.

El fracaso siempre es doloroso. No cabe otra sensación cuando algo tan anhelado, y por lo que tanto se luchó, sale mal. El fracaso puede conducir a la pérdida del sentido de lo que significa el propio esfuerzo. En consecuencia no existe argumento para seguir luchando. ¿Para qué?. Sobreviene entonces el sufrimiento. Además, surge la cobardía porque se ha perdido la acerada valentía para vencer un obstáculo. Quien haya sentido en algún momento de su vida la opresión de la cobardía, habrá notado también, sin poder explicarlo, una tremenda apatía del espíritu. Una invencible debilidad que lo acurruca en un oscuro cono de sombra. Mientras tanto, la incertidumbre sigue, y me pregunto si vale entonces proponer una lucha. Pienso que sí. Comprender el fracaso es admitir la finita esencia de nuestro ser. Es en esencia comprender que ningún acontecimiento de la vida es definitivo, irremplazable, tampoco irremediable. Pero existe uno que sí lo es: la muerte. Por lo tanto, frente a la ineludible realidad de un fracaso cabe ofrecer una propuesta, un proyecto vital y rejuvenecedor. Desarrollando una tarea que nos haga sentir necesarios, libres para decidir, maduros, creativos y solidarios con el ne-

cesitado, “*ya que la trayectoria de la felicidad – decía Polaino Lorente – consiste en atreverse a ser cada uno quien es, para llegar a ser mejor de lo que es, aún cuando en ese intento se tenga que sufrir*” (27)

## **El Médico y el Enfermo. Actitudes frente al sufrimiento**

Es habitual no mostrar buena predisposición para indagar o polemizar frente al debatido tema del destino. Vocablo abstracto y escurridizo que a ciencia cierta parece representar la finalidad última de “la tarea que en vida nos toca cumplir”. Porque supone un poder sobrenatural, inevitable e ineludible que, al parecer, guía la vida humana en forma necesaria y fatal. El destino, al oponerse claramente al libre albedrío, nos tiene así recluidos en infalible finalidad (28)

Si pretendemos transitar libremente por nuestra breve senda existencial, debemos aceptar, como ya fuera expresado, todo aquello que nos toca enfrentar. Negar ese índice afilado y señalador sería admitir que, como especie humana, estamos exentos de sufrimiento y solo mereceríamos empacharnos de bienestar y placer. Sin embargo, como seres inteligentes y pensantes, no podemos olvidar que además de haber alcanzado la elevada calificación de “*Homo habilis*” y “*sapiens*”, también arrastramos el sensible y penoso atributo de “*Homo patiens*”.

Para el avasallante y soberbio mundo tecnológico, harto incómodo sería distraerse rastreando en sus modernos anaqueles las conmovedoras páginas del dolor y del sufrimiento. “*Carpe diem*” es la consigna, esto es “*aprovecha el momento*” (29) Surge así la figura de un nuevo caballero de armas llevar, bautizado por Victor Frankl como “*Homo faber*”, para quién lo único aceptable es aquello útil y que lo eleve al éxito. Un hombre que solo alcanza a reconocer lo que produce. No cabe en él un bálsamo espiritual. Erguido y soberbio en su propia trascendencia.

De la fragua simbólica emerge por un lado Mammón personificando la riqueza (30) y por el otro “*Homo faber*”, fruto del materia-

lismo (31) que solo trabaja, que solo fabrica. Pero también indiferente ya que no puede sentir compasión hacia los débiles. Para este ríspido símbolo “el único sentido de existir está ligado con el *“obrar del hombre fuera del cual no existe ningún sentido”* (32). Por lo tanto, no acepta el destino. Menos aún la adversidad.

Sin embargo, en la inmersa y ruidosa malla social existe otra realidad, incontrovertible, vital, con profunda carga espiritual: *“Homo patiens”*. Icono esperanzado guiado por su fatal destino ya que acepta la *“sucesión inevitable de acontecimientos”*, entre los cuales se halla el sufrimiento existencial. Para este hombre doliente no le resulta desesperante enfrentar y asimilar este particular dolor ya que superándolo logra su sentido final, es decir realizarse. Goethe testimonia lo expresado en esta oportuna afirmación: *“aquí no existe ninguna situación que no pueda ennoblecerse o por el actuar o por el soportar”*.

Frente a frente, arrostrados, yacen entonces dos gigantescos luchadores humanos: Homo faber y Homo patiens. Frente al más fuerte *“Homo faber”* para quien no puede haber distracción ni caben las flaquezas, nos preguntamos ¿Cómo puede una persona estructurada de esta manera soportar la vida cuando de pronto, a causa de un fracaso o una enfermedad, no acepta tomar las riendas de su propio destino, hado en cuya designio no cree? Frente a la sombría adversidad, inadmisibles en sus proyectos exitosos, es probable que caiga en desesperación y renuncie a seguir viviendo ya que no posee argumentos para dar sentido a su sufrimiento. Porque quien no acepta las fatalidades del destino tampoco tiene entereza para resistir y sobreponerse al dolor emocional o a situaciones adversas.

Por el contrario para Homo patiens no cabe la desesperación ya que acepta la fatalidad de su destino y de ese modo es *“consciente de que puede realizarse hasta en el fracaso más rotundo y en el descalabro más extremo”* (33). El sufrimiento, para él, alberga muchas posibilidades de sentido y de realización. Frente a los aspectos trágicos, afirmaba Noblejas de la Flor (34), existe siempre la posibilidad de sacar de ellos *“el mejor partido posible”*. Se trata de vivir un *“optimismo trágico”*. Quizás algo paradójico de admitir. Sin embargo, existen

testimonios claros que muestran que aquel que haya logrado asumir el propio dolor con dignidad, logra también captar una fuerza tal que le permite afrontar las más duras situaciones. Apenas rememoremos las increíbles tribulaciones sufridas por seres humanos en los campos de exterminio nazi.

El dolor y el sufrimiento no representan entelequias. Son reales ya que su reservorio "*princeps*" es el hombre doliente. Aquí poco valen los rodeos y las teorías en torno al sentido que los hizo realidad. Frente a tamañas tragedias cabe una sola conducta: procurar brindar consuelo y alivio a tales desventuras.

Frente al hombre doliente, junto a los achaques del cuerpo y las penas del alma, no queda otro camino que ensillar y enderezar el ánimo hacia una meta que logre mitigar ese sufrimiento. En primer lugar es menester aceptar esta condición de la persona humana y no considerarlo como un simple producto; no alcanza con solo brindar una solución técnica, léase pastilla o bisturí, ya que la persona vive y está en contacto con su mundo de relación. Dialoga con sus semejantes. Nace y vive inmerso en un mundo exigente. Como persona siente, ríe y llora. Es por ello que frente al dolor del espíritu el mejor analgésico es el diálogo, la condescendencia y una sincera empatía hacia el individuo caído.

Ya que no todo sufrimiento es meramente biológico, siempre tiene cabida "*la riqueza de afectos para aliviar la pobreza del cuerpo*" (35). Por qué no confiar entonces al profesional de la salud la noble tarea de conjugar la medicina robótica con la medicina humanista. Amalgamar así el algoritmo cibernético con el cálido y fraterno diálogo. Fraternalizando "*Homo faber*" con "*Homo dialógico*" ¿Sería eso posible?

Quedaría apenas por reflexionar si el profesional surgido de las recientes horneadas posee suficiente sensibilidad y compromiso para aliviar también las llagas del espíritu, ya que a ojos vista el manejo de la salud se está transformado, como bien destaca Lain Entralgo, en simple "*producto de una operación técnica*" (36)

El encuentro médico – paciente, representa un hecho singular. Al momento se establece una relación que genera una empatía mutua desde el profesional hacia el doliente, quien aferra su fe en la ayuda brindada por su interlocutor. No cabe interpretarlo de otra manera ya que es en el dolor del ser donde quizás pueda descubrirse con mayor fidelidad la radical esencia de una persona.

Finalmente, me detendré un instante en el trascendente pensamiento del gran filósofo y poeta hindú Rabindranath Tagore (37) ya que al meditarlo me sentí animosamente identificado, sentimiento que me impulsó a escribir este ensayo.

Comienza diciendo: *“No deseo que me libres de todos los peligros, sino valor para enfrentarlos...”*. Al meditar sobre este fragmento y luego de haber ejercido la medicina por largo tiempo no puedo asegurar si mi comportamiento – esfuerzo físico, mental y emotivo – frente a la casi olvidada epidemia de polio, allá por el año 1955, se debió a la euforia de mi debut como médico infectólogo o por un inconsciente y temerario desafío frente a una enfermedad malvada, incapacitante, que parecía encarnizarse matando sin piedad a niños pequeños y contra la cual poco o nada había hacer en esa época. No puedo olvidar que en pleno brote epidémico me hallaba de guardia en el hospital y poco a poco me sentí achuchado, decaído y con fiebre; me dolía la garganta y tuve un episodio diarreico. Estaba seguro que tenía el virus encima. Nada podía hacer - salvo aplicarme suero de convaleciente de discutida eficacia, sólo esperar y rogar que el destino me excluyera de los futuros inválidos. La aspirina me ayudó a seguir en pie y superar ese incierto e inesperado trance. Pero todavía hoy sigo preguntándome: ¿fue realmente el valor el que me permitió enfrentar aquella tragedia sanitaria?

Continúa así el pensamiento de Rabindranath Tagore: *“No pido que se apague mi dolor sino coraje para asumirlo...”*. Quien haya tenido que enfrentar, impotente, la muerte de un niño aquejado por una difteria maligna, el dramático cólera, la rabia humana y hoy día la lenta consunción a que empuja el SIDA, no puede evitar una frus-

tración que se incrusta fuerte en nuestro espíritu transformándolo en dolor existencial. Un dolor ante una vida que se nos va irremediabilmente. Una tiosa impotencia que se apodera de nosotros y que no concede perdón porque, quizás, pudo mantenerse una vida. Genuina adversidad que exige valor para soportarla, sobreponerse a ella con “*fortaleza, constancia y firmeza de ánimo...*”. Siempre con el optimismo de la Fe, porque la fe – decía Tagore – es “*el pájaro que canta cuando el amanecer todavía está oscuro*”.

Todavía agrega el filósofo: “*No busco aliados en la batalla, sino fuerza en mí mismo*”. Frase con la que me siento identificado porque desde niño quise ser médico; comencé así a recorrer una larga vigilia de esperanza. Luché duro para aprender, me esforcé cuanto pude por conocer y, sin imaginar, sufrí también para crecer...

Y de esta forma el poeta hindú finaliza su reflexión: “*No imploro con temor ser salvado, sino esperanza para ir logrando, pacientemente, mi propia libertad*”. ¡La genuina libertad!, ese libre albedrío que nos concede la gracia de cultivar y desplegar ideas con un sentimiento franco de igualdad y fraternidad hacia el semejante. Sin pizca de duda expreso que fueron éstos los atributos que alentaron mi tarea cotidiana y que aún sigo practicando. Así los siento, como titánica fuerza para enfrentar, comprender, luchar y vencer el inextinguible dolor existencial. Y aunque sea verdad el aforismo que dice: “... *Si lloras porque no puedes ver el sol, las lágrimas no te dejarán ver las estrellas*”, aún así habrá siempre una esperanza que disipe las lágrimas para que las estrellas, en su brillante infinitud, sigan iluminando el difícil camino de nuestro destino.

## Notas y citas bibliográficas:

- 1- Libro de Job, 14, I
- 2- Schopenhauer A. “El mundo como voluntad y representación” Ateneo. Buenos Aires, 1956.

- 3- Yepes, R y Javier Aranguren (2001) Fundamentos de Antropología. “El Ser Humano: un ser limitado”. Pamplona Ediciones. Universidad de Navarra.  
<http://courseware.url.edu.gt/Facultades/Facultad/Unidad%20Nº.7.pdf>
- 4- Nietzsche Friedrich. “Así habló Zaratrustra”, KSA, 403 (ed. española, cit . 428)
- 5- Alusión al famoso dibujo realizado por Leonardo da Vinci alrededor del año 1490 – se cree entre 1487 y 1492 - denominado “*El Hombre de Vitrubio*” donde el famoso artista y matemático hace alarde de su imaginación geométrica. Representa una figura masculina desnuda en dos posiciones sobreimpresas de brazos y piernas e inscrita en una circunferencia y un cuadrado. Se trata de un estudio de las proporciones del cuerpo humano, realizado a partir de los textos de arquitectura de Marco Vitruvio, arquitecto de Julio César, del cual el dibujo toma su nombre. El dibujo también es a menudo considerado como un símbolo de la simetría básica del cuerpo humano y, por extensión, del universo en su conjunto. Cabe pensar que el gran artista florentino deseó expresar y exaltar la perfección y armonía del ser humano.  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Hombre\\_de\\_Vitruvio](http://es.wikipedia.org/wiki/Hombre_de_Vitruvio)  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Vitruvio>
- 6- R. Spaemann. Ética, cuestiones fundamentales (citado por Yepes, R y Javier Aranguren (2001) Fundamentos de Antropología. “*El Ser Humano: un ser limitado*”. Pamplona Ediciones. Universidad de Navarra; pag. 321)
- 7- Tomás de Aquino. “*Suma Teológica*”, II – II, q.31, a. 2.
- 8- A. Polaino –Lorente, “*Más allá del sufrimiento*” en Atlántida, 15, 1993, p. 302
- 9- Tomás de Aquino, “*Suma Teológica*”, II – II, q, 31, a.6.
- 10- Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1.948  
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>

- 11- <http://etimologias.dechile.net/?salud>
- 12- <http://etimologias.dechile.net/?enfermedad>
- 13- Yepes, R y Javier Aranguren (2001) Fundamentos de Antropología. “*El Ser Humano: un ser limitado*”. Pamplona Ediciones. Universidad de Navarra, pag. 324
- 14- von Gebstattel , V. F. “*Antropología médica*”, Rialp, Madrid, pag. 457, 1966
- 15- Laín Entralgo P., “Antropología Médica “, cit., 159
- 16- von Gebstattel , V. F. “*Antropología médica*”, Rialp, Madrid cita., 160
- 17- Sergio Armstrong Cox. La Enfermedad y Dios en la Biblia
- 18- <http://estudiobiblico.files.wordpress.com/2010/08/la-enfermedad-y-dios-en-la-biblia.pdf>  
Jer. 12,1
- 19- Bentué, A., “*La opción creyente*”, Eds. Facultad de Teología, Santiago de Chile, 1984, pp. 342-343.
- 20- Spaemann, R. “*El sentido del sufrimiento*”, cit.,324
- 21- Frankl. “*El hombre doliente*”. Herder. Barcelona, 1987, pag.255.
- 22- “Resiliencia es la capacidad de los sujetos de sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas”. Capacidad de resistencia frente a situaciones de “*fuerte y prolongado estrés*”. Caso de enfermedades graves e incapacitantes, pérdidas de un ser querido, maltrato o abuso físico y psíquico, fracaso en el diario vivir, catástrofes naturales y pobreza extremas.  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Resiliencia\\_\(psicolog%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Resiliencia_(psicolog%C3%ADa))  
Según el diccionario de la Real Academia Española, la tercera acepción es “entereza”, queriendo enfatizar la fortaleza, constancia y firmeza de ánimo  
<http://lema.rae.es/drae/?val=entereza>  
Representa un “*auténtico proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo y sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas*” (Kotliarenco, María Angélica y Cáceres, Irma (2011). También es definida como la “habilidad para resurgir de la adversidad,

adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva” (ICCB, Institute on Child Resilience and Family, 1994). Según Oscar Chapital, C (2013) existe, además, una resiliencia social o grupal la cual se ocupa de enfrentar “eventos o situaciones que pongan en riesgo al grupo y a su identidad, formando lineamientos integradores que permiten la supervivencia, expansión e influencia del grupo”.

La resiliencia presenta aspectos fisiopatológicos y clínicos por demás interesantes. Frente a un sufrimiento psicológico el organismo responde con la regulación secretoria de tres sustancias: el cortisol, relacionado con el estado de alerta y aumento de la atención vigilante; la dehidroepiandrosterona, sintetizada en el circuito suprarrenal, responsable del descenso del colesterol, disminuye el riesgo de trombosis vascular cardíaca y cerebral. Vinculada con el estrés crónico se comprobó, además, un descenso de la tasa de testosterona, responsable de disfunción sexual y merma de la actividad cerebral. La tercera sustancia es la galanina: en el nuevo estudio, se observaron los genes de 2.361 personas de raza blanca de Reino Unido y Hungría y se halló que quienes tenían variaciones genéticas vinculadas con una sustancia cerebral denominada galanina (*GAL*), y sus receptores (*GALR1*, *GALR2*, *GALR3*) eran propensas a sufrir depresión y ansiedad tras experimentar niveles altos de estrés. La galanina se relaciona con la regulación del dolor, el sueño, el estado de ánimo y la presión arterial, y se sospecha que desempeña un papel en los trastornos de estrés y ansiedad.

[www.revneurolog.com/sec/RSS/noticias.php?idNoticia=4555...4](http://www.revneurolog.com/sec/RSS/noticias.php?idNoticia=4555...4)

- 23- C. S. Lewis. “El hombre doliente”; cit., 258
- 24- Citado por Yepes R. y Aranguren J., “El Ser Humano: un ser limitado” pag. 328. Fundamentos de Antropología. Pamplona. 2001. Ediciones Universidad de Navarra.
- 25- Victor Frankl, en su emotivo artículo alude al dramático ejemplo ofrecido en los campos de exterminio nazi. “*El hombre en busca de sentido*”, cit., 78 - 84

- 26- “*Homo sapiens sapiens*”, Hombre que piensa  
[http://enciclopedia.us.es/index.php/Homo\\_sapiens\\_sapiens](http://enciclopedia.us.es/index.php/Homo_sapiens_sapiens)
- 27- A Polaino Lorente. “*Más allá del sufrimiento*”, cit., 306
- 28- Se conoce como **destino** la **fuerza sobrenatural** que actúa sobre los seres humanos, y los sucesos que éstos enfrentan, a lo largo de su vida. El destino sería una **sucesión inevitable de acontecimientos** de la que ninguna persona puede escapar.  
<http://definicion.de/destino/#ixzz3BhGRbVHW>  
<http://www.definicionabc.com/general/destino.php#ixzz3BhIBNa5d>  
 Personalmente, hasta me atrevería a decir que en el destino –sucesión inevitable de hechos que guía nuestra existencia– debe estar escondida la verdadera ponzoña del sufrimiento.
- 29- “*Carpe diem*” es una locución latina que quiere significar “*aprovecha el momento*”, en el sentido de no malgastarlo. Fue acuñada por el poeta romano Horacio (*Odas*, I, 11)
- 30- *Mammón* es un término utilizado en el Nuevo Testamento para describir la abundancia o avaricia material. En algunas traducciones aparece como *Mammón*, pero en otras se traduce como «*abundancia deshonestas*» o equivalentes, dando así a entender que lo que quiso decir Jesús fue que «*No podéis servir a Dios y a las riquezas*» en el sentido de estar esclavizado al amor y al dinero. «*No os hagáis tesoros en la tierra, donde la polilla y el orín corrompen y donde ladrones minan y hurtan, sino haceos tesoros en el cielo, donde ni la polilla ni el orín corrompen, y donde ladrones no minan ni hurtan. Porque donde esté vuestro tesoro, allí estará también vuestro corazón [...] Ninguno puede servir a dos señores; porque o aborrecerá al uno y amará al otro, o estimará al uno y menospreciará al otro. No podéis servir a Dios y a Mammón*». Mateo 6:19-21.24.  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Mamm%C3%B3n>
- 31- Arendt, H, “*La condición humana*”, cit., 338 y ss.
- 32- Spaemann, R. “*El sentido del sufrimiento*”, cit., 325
- 33- [www.humanitas.cl/html/biblioteca/articulos/d0102.html](http://www.humanitas.cl/html/biblioteca/articulos/d0102.html)

- 34- Noblejas de la Flor, M.A. (1998). Triada trágica de la vida: sufrimiento, culpa y muerte. NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial. (2), 17-38.
- 35- Yepes, R y Javier Aranguren (2001) Fundamentos de Antropología. “*El Ser Humano: un ser limitado*”. Pamplona Ediciones. Universidad de Navarra, pag.333
- 36- Laín Entralgo, P “*Antropología médica*”, cit. 136
- 37- Rabindranath Tagore (1861-1941): Pintor, Humanista, Patriota y Educador. Rabindranath Tagore fue un poeta, artista, dramaturgo, músico, novelista y autor de canciones de la India. Contribuyó al entendimiento entre la civilización occidental, puesto que se formó en Inglaterra, y su tierra natal, en donde propuso una reforma cultural modernizadora. Recibió el Premio Nobel de Literatura en 1913 convirtiéndose en el primer laureado no europeo en obtener este reconocimiento



## CAPÍTULO XXVI

### **No disponemos de cama... pero dónde albergamos a los pobres enfermos de la calle?**

*“Lo mismo en la época de las lanzas y las espadas  
que en la era de los cobetes nucleares,  
la primera víctima es el corazón del hombre pobre”.*

*Juan Pablo II*

*“Los pobres no pueden esperar”.*

*Juan Pablo II.*

*“Todos estamos aquí porque... creemos... que la pobreza es intolerable  
en un mundo de abundancia. Y todos estamos aquí  
porque estamos convencidos – más bien sabemos –  
que podemos terminar con la pobreza en el espacio  
de nuestra vida, con nuestras propias manos  
y nuestras propias mentes”.*

*Kofi Annan (Secretario General de las UN 1997–2006).*

*Junto a la ONU recibió el Premio Nobel de la Paz.*

Era habitual que el Hospital Muñiz recibiera pacientes complejos, con patologías infecciosas de extrema gravedad como la gangrena gaseosa, tétanos, meningitis tuberculosa o bien altamente contagiosas como la difteria, las enfermedades eruptivas complicadas y, por supuesto, la ya mencionada tuberculosis en su forma pulmonar bacilífera. Sin embargo el hospital también incluía en su repertorio de ingresos a pobres y desvalidos vagabundos, inquilinos de recovecos y guaridas callejeras que nos llegaban con su andrajosa pobreza, agusanados, invadidos por una sarna costrosa o arrastrando una úlcera saniosa oculta por un trozo de arpillera.

Nuestro hospital fue un generoso beneficiario que, a modo de albergue transitorio, recogía y sin preguntar a personas enfermas y

abandonadas. No dudo en afirmar que un doliente físico o social difícilmente fuera rechazado. Llegado el caso y aún no habiendo cama disponible se acomodaba al sujeto en el pasillo que daba acceso a cada una de las salas de internación o en alguna de las tantas galerías que disponía ese vasto caserón de aislamiento. No debía llamar la atención entonces que, desde su creación, la capacidad hotelera superior a las 1100 camas, incluyendo el área de asistencia de enfermos pulmonares, estuviera siempre colmada... y solícita frente al lamento y el dolor del marginado.

El hospital Muñiz mostró, entonces, tres modalidades en su función asistencial. Por un lado, y debido a su irrenunciable carácter generoso, asistía a pobres menesterosos sin techo, sin familia... sin nada. Una masa humana desechable que, más allá de llegar habitada por piojos, la inseparable sarna y úlceras malolientes, pretendía más que nada una cama calentita acompañada por un reconfortante "guisito". Por el otro, el Hospital Muñiz también era responsable por la asistencia, sin excepción, de aquellas patologías infecciosas transmisibles y críticas, como así también equipado con un presto y bien entrenado atalaya frente a una imprevista epidemia.

Creo haber dicho que en la lejana década del '50 no era fácil ingresar como médico al hospital Muñiz y menos todavía como practicante de guardia porque representaba el único centro asistencial capitalino que exigía haber concluido la carrera universitaria. Más restringido aún era pretender ser practicante de una sala cátedra donde figuraban los profesionales más calificados de la infectología de la época. En definitiva, apenas se conseguía ingresar llevado de la mano por algún prestigioso médico perteneciente al plantel profesional del hospital, o a través de una recomendación con gruesa rúbrica pero, sin exclusión, haber rendido el difícil examen de la materia con calificación, como mínima, distinguida.

No puedo evadir tales lejanas reminiscencias porque tuve que superarlas y duramente. Así pues, apenas con veintidós años en mi haber existencial, siendo todavía alumno, ingresé como practicante de la sala XX de mujeres, dependiente de la Cátedra de Enfermedades

Infecciosas y cuyo jefe era el Dr. José Cohen. A su lado inicié una suerte de “protomedicato”. Él examinaba mi conducta y mi suficiencia como aspirante a médico. Así comencé una disciplinada tarea que me permitió, además, vincularme poco a poco con distintas y prestigiosas figuras médicas del hospital.

A pesar de la distancia generacional y el respeto por los niveles jerárquicos, el trato hacia mi persona fue siempre cordial. La presencia de enfermeras religiosas, en su mayoría de procedencia europea, hacía más notorio el clima austero, además de destacarse el orden y la higiene de cada sector de las salas de internación y sus dependencias.

Ese primer año como practicante de sala pasó como un raudo cometa en una noche estrellada. Tanto era mi deseo de aprender que había noches que retornaba al hospital como apurando lo que vería a la mañana siguiente durante la revista de sala. Entonces tomaba notas en mi carpeta de diagramas clínicos – precioso mataburro de estudiante! – para seguir la evolución de pacientes complejos. Esa práctica un tanto obsesiva la continué durante años y fue valiosísima para interpretar la variabilidad en el comportamiento de ciertas enfermedades, sobre todo las eruptivas, las cuales mostraban con el correr de las horas diferencias morfológicas en sus lesiones elementales. Además, me permitía disociar los numerosos diagnósticos diferenciales que había que memorizar a diario durante las largas y exigentes recorridas de sala. No necesito destacar que había que poseer una memoria exquisita.

Un año después rendía la última materia de la carrera: Clínica Médica en el ya desaparecido y reputado hospital municipal de agudos “Guillermo Rawson”, que contaba con afamados médicos y profesores universitarios (1).

Ya graduado continué durante dos años mis tareas en la sala de mujeres en calidad de médico visitante, a la espera del próximo concurso de oposición para optar al cargo de médico concurrente, primera etapa de mi carrera médico hospitalaria.

Meses más tarde de mi graduación el Profesor Dr. José María Leston, médico de la Cátedra de Tisiología de la UBA, discípulo

predilecto del maestro Raúl Vaccarezza y además médico interno de la guardia de urgencia del hospital, me propuso como médico practicante agregado a su guardia de urgencia de los días miércoles. El Dr. Leston era considerado uno de los médicos internos más destacados de la época debido a que poseía una sólida formación como médico clínico (2).

El motivo de mi reminiscencia se detiene en una de las tantas guardias rotativas domingueras. La tardecita de aquel verano era agobiante, además se agregaba el fastidio por estar enclaustrado y privado de una imaginaria y fresca brisa marina. Pero yo era joven y todavía me faltaba aprender que aún en la dura tarea de un día de guardia, podía matizarse sintiendo a pleno el colorido del crepúsculo estival.

Como solía suceder en domingo, la tarde caía melancólica. Luego de la acostumbrada recorrida vespertina por cada una de las salas de internación, con el fin de controlar los pacientes graves y aquellos ingresados por guardia, regresábamos con el Dr. Carlos Urtubey, médico practicante mayor, a la sala de guardia. Al momento divisamos a una ambulancia que estacionaba en la explanada de acceso a la misma. Nos llamó la atención que tanto el ambulanciero como el médico responsable del traslado se mantenían frente a la puerta trasera sin, como era lo habitual, abrirla ante lo que se presumía una emergencia médica.

- Fijate de que se trata Martino – me apuntó Carlos - Enseguida vuelvo y lo resolvemos juntos.

- De acuerdo – respondí

Me dirigí entonces al ambulanciero y al colega acompañante para preguntarles

- ¡Hola!, ¿qué nos traen, algo misterioso o que pueda escaparse? - pregunté al percibir que no tenían intención de abrir la puerta de la ambulancia

- No Doctor – apuró a responder el ambulanciero – Sucede que al pobre “croto” que traemos ya lo rebotaron en otros hospitales...

para peor – continuó diciendo – tiene una borrachera que voltea ¡Sólo de mirarlo ya marea! Por eso antes de abrir la ambulancia queremos saber si el hombre puede quedarse en el Muñiz...

- Prejuicioso y a la vez jocosos – pensé -
- ¿Pero por qué lo traen a este hospital? ¿Tiene algo infeccioso? – continué preguntando
- Mire Doctor – siguió comentando el ambulanciero – es espantoso, no se puede entrar a la ambulancia. Mire que tengo años llevando pacientes. ¡Pero esta mugre y abandono no la recuerdo en mi vida!

Sin decir más les pedí que abrieran la puerta trasera de la ambulancia.

- ¡Doctor, tenga cuidado se va a llenar de gusanos! – me alertó.

Mientras lo miraba un tanto molesto y también, lo confieso, algo dubitativo al no saber con qué me iba a encontrar decidí, resuelto, subirme al vehículo.

Decir hoy que me impresioné es poco. Es cierto que en cada momento crucial de nuestra profesión, el renglón que más foguea nuestra fortaleza frente al dolor humano está en aquellas miserias humanas, sobre todo las que suelen deambular por veredas y plazas. Historias escritas siempre en oscuros y marginados libros de la vida.

A todo esto era ya de noche y eso aminoró un tanto el escenario del triste espectáculo. Sobre la camilla algo desdibujada por la penumbra yacía un hombre de mediana edad, aunque envejecido seguramente por su aciaga existencia. Más que vestido se hallaba cubierto por deshilachados y grasientos guñapos. Frente a frente nos miramos en silencio. Al instante se produjo un contraste de actitudes. Mientras el pobre hombre insinuaba una sonrisa, mezcla de resignación y esperanza yo, en cambio, me sentí oprimido por el espectáculo. Al encenderse la luz del interior de la ambulancia un telón pareció correrse ante mi vista permitiéndome observar la triste escena.

Más allá de aquella penosa realidad y del rechazo por parte de otros hospitales, no teníamos otra alternativa que evaluar el estado

general del paciente y ante la presencia de una patología infecciosa justificar la internación. En verdad razones sobaban para rechazar el ingreso de ese pobre hombre a un hospital donde debía compartir, con igual derecho que otros enfermos, la misma sala y sus dependencias.

Apenas aparté la raída frazada que cubría parte de su cuerpo sentí un tibio vaho maloliente, mezcla de uva moscatel con reminiscencias de vómito enólico. Sobre su pierna derecha una enorme úlcera, rodeada de intenso y rojo edema, se hallaba poblada de blancos y rechonchos gusanos que danzaban a sus anchas alrededor del sanioso cráter. Porque de eso se trataba: de una maltratada úlcera varicosa que, vaya a saber desde cuando, subsistía abandonada sobre un miembro deformado y tumefacto.

¡Cómo ignorar tamaño abandono! Una realidad que estaba a la vista y en consecuencia había que decidir quién cargaría con ese ser desamparado.

Para la mirada de un novato – era mi caso – el espectáculo semejava a una escena macabra creada por el insuperable Alfred Hitchcock. Repugnante y hasta conmovedor era observar a esos blanquecinos gusanitos revolcándose en el hediondo fango del lecho ulceroso. Representaban el “ballet” perteneciente a la compañía de moscas del Género *Cochliomyia hominivorax*, cosmopolita y frecuentador de todos los teatros del mundo signados por la indigencia.. A propósito, ilustra referir que fue el médico de la armada francesa Coquerel, destacado en Guayana, allá por el año 1858, quien extrajo larvas de los senos paranasales de un convicto designando a la especie rescatada como *Lucilia hominivorax*, la devoradora de hombres (3)

Decidí acercarme al paciente con el fin de evaluar la magnitud y características de la úlcera que casi con seguridad estaba sobreinfectada. Aislados Islotes de costras - por ausencia de esponja y jabón – cubrían ambas piernas pero también ambos brazos y parte de la cara. Hoy estaría seguro en decir que, además de la falta de higiene, aquellas alteraciones de la piel – asociada al alcoholismo y a la exposición al medio ambiente y rayos solares – bien podría corresponder

a una clásica “pelagra”, dermatosis presente en muchos escenarios donde existe abandono, ignorancia, pobreza estructural...

El relativo silencio de aquella noche y además con poco movimiento de pacientes, me permitió examinar con mayor detención al paciente. Pude así observar que la extensa y maloliente úlcera presentaba algo que no parecía casual. A pesar de la molesta fetidez decidí entonces profundizar el examen clínico con el fin de precisar el diagnóstico, pero también con el propósito de justificar el ingreso del pobre hombre a nuestro hospital. Pude así comprobar que sobre el borde de un sector de la úlcera se insinuaba un saliente “peñón” de tejido carnoso y sangrante. Tiempo después aprendí que ciertas larvas de moscas apetecen de sectores de la piel donde ésta comienza a crecer monstruosamente, caso del tumor maligno denominado “epitelioma espinocelular”. Justamente en ese lugar se agolpaba una pequeña gavilla de blancos gusanitos. Me acerqué un poco más a la lesión y entonces oí por primera vez el monótono compás de una “*camerata larvaria*”.

Mientras tanto NN seguía sobre la camilla de la ambulancia, con su semblante sonriente y hasta agradecido, quizás pensando que si yo le dedicaba un ratito más seguro que, por fin, no lo devolverían a la intemperie con su malgastada existencia.

Innumerables testimonios evocan a diario la miseria humana y a pesar de los alardes de aquellos poderosos benefactores de la humanidad, ella, andrajosa, sigue imperturbable deambulando por el mundo. Una cruda realidad que supo inspirar a tantas celebridades del arte, como por ejemplo el pintor francés George Rouault (4) quien ocupó toda su vida en plasmar crudamente el pingajo humano y el sufrimiento de Cristo, llegando a decir: “...yo soy amigo silencioso de aquellos que sufren en el surco abierto”. También, cómo olvidar a Pablo Picasso en la triste “época azul” de su juventud parisina, cuando logró representar con singular maestría a la pobreza y a la enfermedad con atormentadas figuras impregnadas en azules cobalto (5). Hoy pienso que si en aquel instante tales artistas hubiesen es-

tado a mi lado, compartiendo la cruda vivencia que estoy relatando, seguramente hubiesen accedido a testimoniarla como boceto triste y piadoso de una realidad que sigue, imperturbable, agobiando a la especie humana.

Conmovido por tamaña escena recuerdo que bajé de la ambulancia presintiendo que ese breve contacto con la pobreza humana sería el principio de un largo camino que me tocaría transitar junto a otras deplorables enfermedades mantenidas por la desidia social.

Al transponer la escalinata del ingreso al consultorio de emergencia el Dr. Carlos Urtubey me preguntó:

- Y pudiste resolver el caso? ¿Qué tiene el enfermo? -

Le expliqué sucintamente lo que había visto y mi diagnóstico presuntivo pero sobre todo me preocupé en describirle la cruda realidad de su padecimiento... simplemente producto del abandono personal y la casi segura orfandad de afecto y caridad.

Carlos, tal como lo hacía siempre, me escuchó con atención y, sin necesidad de justificar la decisión a tomar el enfermo quedó, de común acuerdo, internado en la sala XI de nuestro hospital.

Cumplido el trámite administrativo la ambulancia, sin la desagradable carga humana y con la satisfacción del ambulanciero y del médico acompañante por haber concluido el largo periplo por varios hospitales porteños y parte del cordón suburbano, partió raudamente. Sin embargo, no percibieron que todavía se llevarían el triste recuerdo de un sin número de “*gusarapos*” revolcándose sobre la camilla y las paredes del interior del vehículo. Porque el murmullo de aquel trágico adagio larvario no terminaría allí. La demanda por una justa equidad social seguiría su monótona letanía.

Un día de los tantos vividos en nuestro hospital me crucé con un colega de la sala donde habíamos internado días atrás al menesteroso. Fue cuando iniciamos un diálogo más o menos en estos términos:

- Che Martino, sabés que ayer me internaron otro “caño”. Palabra que equivalía a decir: inquilino para una larga estadía y con padecimiento inexistente o de favor.
- Esta es una sala cátedra – continuó diciendo -, no te pueden meter un tipo que te ocupa una cama meses y no deja nada interesante para aprender, ni tampoco para enseñar...
- Bueno, vos ya sabés que es norma de este hospital permitir el ingreso de un adulto, varón o mujer, siempre que exista cama disponible y lo justifique el médico interno del día. - le contesté un tanto molesto.
- ¡Pero esto no es un “aguantadero” hermano! - levantando un poco la voz y con bronca.
- En ese momento se me incrustó en la memoria una palabra que más tarde derivó en otra, la cual quedaría como lápida imaginaria en el frontispicio de nuestro honorable nosocomio
- Sí tenés mucha razón – le respondí - Más que aguantadero creo que sería además justo agregar que nuestro generoso hospital es un recipiente de retazos de desdichas humanas...

Nos despedimos y mientras caminaba hacia mi sala pensé que gracias a ese “*tachómetro*”, grandioso recipiente dadivoso, sigue recogiendo sin preguntar por qué, ni cómo, ni dónde...ni nada, cuantiosas fiebres del cuerpo y tantos otros dolores del alma.

## Notas y citas bibliográficas:

- 1- El Hospital Guillermo Rawson fue uno de los centros asistenciales más prestigiosos de la Argentina. Allí tuve el honor de ser practicante externo, cursar Clínica Médica y rendirla como última materia y recibirme de médico con calificación sobresaliente. Años después fui consultor de Infectología en las Cátedras Universitarias y Escuelas de Posgrado de Dermatología, a cargo del Prof. Dr. Luis Pierini; en la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados dirigida por el Prof. Dr. Ricardo Finochietto – en la época de mi participación el jefe era su discípulo, el Profesor

Diego Zabaleta - y, también, en el Instituto Modelo de Clínica Médica, creado por el Dr. Luis Agote en el año 1914, donde figuraban grandes maestros de la Medicina Interna como José Pángaro, Julio Palacio y Eugenio Navarret. Fue con este último, excelente persona, que entablé una estrecha amistad y a la vez me llevé, a través de sus generosas enseñanzas, valiosos aportes de la medicina interna aplicables al diagnóstico diferencial de las patologías infecciosas.

- 2- Años después, fue nombrado Director del Hospital Muñiz. A mi criterio fue uno de los más eficientes y ejecutivos directores que tuvo el hospital. Que yo recuerde fue el único director que una vez por semana recorría un determinado servicio del hospital, fuese en el área de la tisioneumonología o en el de las enfermedades infecciosas. Lo hacía para conocer el desempeño de los profesionales, el movimiento de enfermos y todo cuanto concierne a las necesidades y al funcionamiento administrativo de las salas o consultorios externos. También era muy severo con las sanciones disciplinarias. Recuerdo haberme encontrado con él en más de una ocasión en horas de la madrugada en la puerta de acceso al hospital, revisando los bolsos de enfermeras y mucamas a la hora que eran relevadas de su turno. Difícilmente se le escapaba alguna irregularidad. Aún así fue un director respetado y apreciado.
- 3- Oscar J Lombardero. *“Los nombres científicos de los parásitos y su significado”* Manuales. Editorial EUDEBA. Buenos Aires. 1978
- 4- Georges Henri Rouault (París, 1871 - 1958). Fue un pintor francés fauvista y expresionista. Trabajó además la litografía y el aguafuerte. La naturaleza humana centró siempre su interés. Rouault dijo: *«Un árbol contra el cielo posee el mismo interés, el mismo carácter, la misma expresión que la figura de un ser humano.»*. Rouault también conoció a Henri Matisse, Albert Marquet, Henri Manguin, y Charles Camoin. Estas amistades lo acercaron al Fauvismo, cuyo líder era Matisse.  
[http://es.wikipedia.org/wiki/George\\_Rouault](http://es.wikipedia.org/wiki/George_Rouault)

- 5- Martino, Olindo. "*Pablo Ruiz Picasso y su concepción estética (pictórica) de la pobreza y la enfermedad*". Bol. A. N. de Medicina 2005; 83 (2): 359- 369



Fig.26.1. Prof. Dr. Diego Zavaleta, eminente cirujano y discípulo predilecto del maestro Ricardo Finochieto. Tuve el honor de ser el consultor infectólogo de su escuela quirúrgica en el antiguo Hospital «Guillermo Rawson»

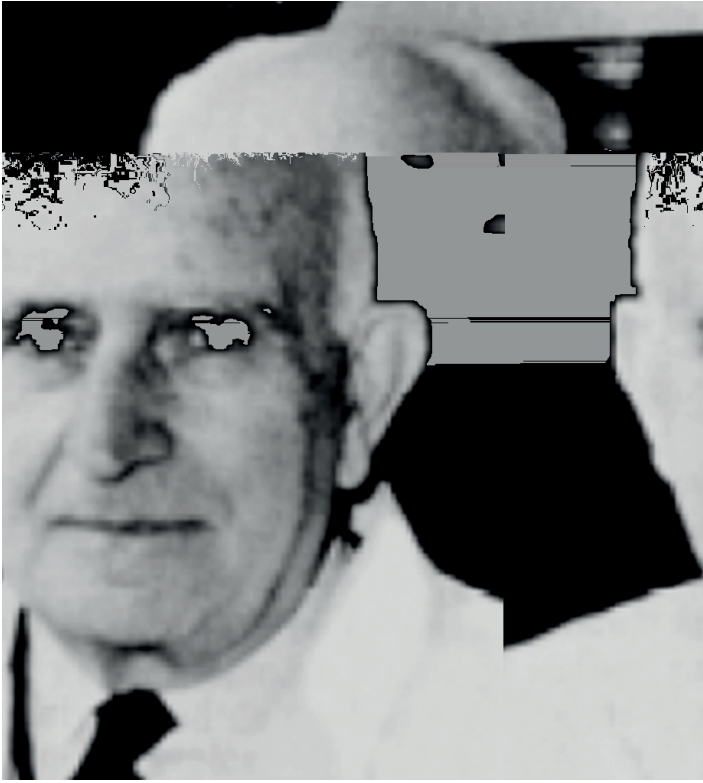


Fig.26.2. El Profesor Dr. Luis Pierini, maestro de la dermatología argentina. Años después de finalizar mi residencia en el exterior asistí durante años a su prestigioso servicio del Hospital «Guillermo Rawson» asistiendo a los ateneos dermatológicos y participando en las reuniones de la RADLA, entidad que reunía a la cumbre de la dermatología de Latinoamérica. Dicho entrenamiento me ayudó a interpretar muchas de las patologías infecciosas y ponzoñosas regionales y tropicales que presentaban lesiones en la piel y mucosas.



Fig. 26.3. Recordando una vez más al Profesor Dr. José María Leston, a mi juicio fué, reitero, el director más severo aunque comprensivo que tuvo nuestro hospital.



## CAPÍTULO XXVII

### Comprobaciones que afianzaron mi formación profesional

*“Quédate en la puerta si quieres que te la abran.  
No dejes el camino si quieres que te guíen.  
Nada está nunca cerrado a tus propios ojos”*  
*Farid al – Din Attar (poeta, médico y farmacéutico persa  
nacido en 1150 en Nishapur )*

Cuánto de cierto hay en este oportuno axioma del filósofo persa quien, en su primera estrofa invita a la búsqueda, a la perseverancia en la segunda y a la posibilidad de un descubrimiento, producto de una búsqueda oportuna, en su reflexión final.

Existen situaciones, retos y hasta momentos anímicos en los cuales el individuo, a lo largo de su peregrinar, se siente empujado hacia abstracciones inimaginables que lo llevan a realizar comprobaciones que, a la par de regocijar su espíritu, logran ser útiles en un elevado nivel creativo o, simplemente, en el cotidiano vivir. Albert Einstein decía: *“Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo”*.

Lejos de pretender alcanzar objetivos excepcionales, deseo apenas relatar algunos hallazgos recogidos durante el largo trayecto de mi vida profesional. Logros obtenidos en parte, quizás, más por la severa y exigente escuela del Hospital Muñiz que debido a mis habilidades como médico práctico. Reconozco, sin embargo, que los fructíferos fogeos acumulados durante mis incursiones como médico itinerante, permitieron madurar mi criterio médico y acumular importantes realidades sanitarias prevalentes en la Argentina.

Con clara intención mencioné *“...exigente escuela del hospital Muñiz”*, una realidad que mantuvo en vilo a toda aquella generación de la década del '50 obligándola a cumplir la labor hospitalaria con el máximo de idoneidad académica. Por supuesto que, la adherencia hacia tal conducta, tenía su polo de emulación hacia el reputado plantel

de profesionales existente en las distintas áreas operativas del hospital. Verlos examinar a un paciente o presentarlo en una rigurosa revista de sala representaba una pieza artesanal del saber médico. Era difícil entonces que a un iniciado no se le adhiriese la severa técnica semiológica donde signos y síntomas fluían de aquellas diestras manos. Claro está que, en verdad, las complejas patologías que concentraba el hospital garantizaban sobradamente tamaños lujos de habilidad humana.

Para aquellos ilustres profesionales que tanto me enseñaron y supieron mostrarme el difícil camino del razonamiento clínico, brindo este sincero homenaje a través de estos aportes personales:

## ¿Varicela o alastrin?

En la década del '60 todavía se imponía la necesidad de diferenciar ciertas formas severas de la varicela (1) con la temible viruela (2) Duda que se hacía más consistente si el paciente provenía de regiones apartadas de la capital federal, o bien casos de inmigrantes de países vecinos indocumentados y sin haberse sometido a la vacunación obligatoria. En épocas de epidemia había momentos en los cuales las salas – XXVIII y XIX, destinadas a la asistencia de las patologías eruptivas, había casos internados con varicela, habitualmente niños mayores de 10 años que por la forma en que se manifestaba la enfermedad creaba serias dudas diagnósticas con la viruela menor o “*alastrin*”. Había que apelar entonces a una minuciosa observación de toda la piel para no equivocarse el diagnóstico. Sobre todo en una forma severa de varicela que solía denominarse “*alastrinoide*”, debido a su similitud con la viruela. Diferenciar a ambas fue para mí un desafío casi insalvable. Observar y observar era la consigna, con la mirada primero y enseguida con la lupa tal como solía hacerlo el Dr. Mauro de la Paolera! Más de una vez volvía al hospital en horas de la madrugada para comprobar la evolución de las lesiones elementales. Fue así como pude comprobar:

- a) Que la consistencia de la vesícula de la varicela era más blanda y friable que la del “*alastrin*”. Cerrando los ojos, tal como

me lo había enseñado el puntilloso Don Mauro, era evidente que pasando el dedo índice suavemente por la superficie de la vesícula ya constituida la misma se “*destechaba*” fácilmente. Es decir, apenas rozarla con el pulpejo del dedo para que se rompiera.

- b) Observando detenidamente el borde de las pústulas varicelosas, éstas eran irregulares, festoneadas, como si dibujaran la ribera de un islote. En cambio el borde de la lesión pustulosa del “*alastrin*” era regular, mejor dibujado, de consistencia más dura porque la viruela “siempre se profundizaba más en la piel”.

El signo del “*festoneado*” lo incorporé como elemento diferencial entre una varicela y un *alastrin* y me resultó de utilidad práctica cuando tuve oportunidad de asistir – como residente en infectológica en el Hospital das Clínicas y Emilio Ribas de Sao Paulo, Brasil a enfermos de viruela en el brote epidémico del año 1961 (3)

Me parece estar ya escuchando a un joven colega decir:

-¡Pero Doctor! para qué tanto alarde de habilidad si la viruela ya no existe y no hay posibilidad de que vuelva a reemerger en el mundo.

- Sí, mi estimado colega – le repondería –, es cierto pero apenas le recuerdo este hecho: en una región del África subecuatorial se demostró la existencia de casos de viruela del mono denominada *monkey-pox*, confundida durante mucho tiempo con una varicela alastrinoide, y considerada como una zoonosis ya que las personas, especialmente niños, solían contagiarse jugando con los simios que la padecían (4). Si bien parece haber sido controlada con la vacuna humana contra la viruela ya que se comprobó una protección cruzada para ambos virus, dicha vacunación no se extendió masivamente por la región endémica de forma tal que no sabemos si eventualmente este virus puede reemerger o, peor aún, iniciar un ciclo de transmisión persona a persona. ¡Ah!, pero para su tranquilidad, estimado colega, debo decirle que los casos de enfermedad comprobados en los humanos tuvieron evolución favorable, las le-

siones pustulosas curaron en cerca de dos semanas, aparentemente no hubo complicaciones y no se registraron casos mortales. Pero eso sucedió en el continente negro. Diferente fue lo acontecido en EEUU donde el *monkeypox* surgió en forma inesperada y rotulada, con el consiguiente alerta epidemiológica, como zoonosis emergente (5) y (5.1.).

## **Son los parásitos los que asfixian a los glóbulos rojos...¿No te parece?**

...eso fue lo que le dije a mi colega después de ver en el microscopio el preparado de sangre. Se trataba de su hermano, un ingeniero agrónomo que había estado en África y adquirió, por haber olvidado someterse a la profilaxis contra la enfermedad, una forma grave de paludismo (6) desencadenado por *Plasmodium falciparum*. Sabíamos que esta especie era la más peligrosa y de no tratarla con premura seguramente conduciría a la muerte. Y en verdad, cuando fui a ver al paciente, estaba prácticamente en coma, en insuficiencia hepática y renal e invadido por una elevada carga de parásitos en su sangre.

- ¿Qué opinás? - me preguntó su hermano, el Dr. Roberto Arana, hoy Presidente del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno” (CEMIC), y Académico Titular de la Academia Nacional de Medicina e Buenos Aires.
- Que tu hermano se encuentra en estado crítico debido a la enorme carga de parásitos que circulan por su organismo. Creo que la parasitemia ha comprometido seriamente el cerebro, el hígado y el riñón - No cabía otra respuesta.

A todo esto el excelente equipo de profesionales – en su mayoría médicos residentes del CEMIC - trabajaban con tal esmero y eficiencia que todavía hoy los recuerdo como un ejemplo en el ejercicio de la medicina crítica de aquella década del '70.

Frente a tal situación desesperante y luego de discutir el camino a seguir, ya que a mi juicio el paciente estaba medicado correctamente para el paludismo así como frente a sus complicaciones, me atreví a

exponer a los médicos responsables del caso un razonamiento que más tarde derivaría en una proposición terapéutica heroica no realizada hasta entonces en el país. Me refero a esta forma clínica de malaria siempre de grave pronóstico (7). Fundamenté la propuesta terapéutica apoyado por este raciocinio.

- Pienso – continué diciéndole – que si bien el intenso tratamiento con quinina intravenosa, sumado al mantenimiento de las funciones vitales son adecuadas, la parasitemia continúa muy elevada porque cerca de un 20% de los glóbulos rojos están invadidos por “*plasmodios*”. Entonces creo urgente oxigenar al máximo la sangre para evitar el ahogamiento celular que equivale decir la muerte del paciente.
- Roberto – le dije - no veo otra alternativa que lavar la sangre eliminando todo aquel volumen cargado de parásitos. *Lavar y reemplazar con glóbulos frescos...y hacerlo rápidamente...en el menor lapso posible para evitar la asfixia de los tejidos orgánicos* que lo llevarían indefectiblemente a la muerte!

Mi hipótesis terapéutica se centraba en el hecho de que la acción exclusiva de la quinina no aseguraba la oxigenación adecuada de los tejidos, ya que había que esperar que nuevos glóbulos rojos fuesen fabricados por la médula ósea y, libres de parásitos, lanzados a la circulación general. Pero estábamos frente a una cruda realidad: para que eso sucediera se necesitaba tiempo. Mientras tanto el paciente estaba grave y sus funciones hepática, renal y cerebral cada vez más deterioradas. Quedaba poco tiempo de vida...

Había que decidir entonces una medida heroica. *Barrer en el menor tiempo posible a los glóbulos rojos enfermos – inútiles para llevar oxígeno – y reemplazarlos por glóbulos rojos frescos y aptos para transportarlo.* Ese fue el principio de la “*exanguinotransfusión*” cuyo objetivo era evitar, en el menor lapso posible, la asfixia multitudinaria de las células del huésped.

- Pero cómo lo hacemos Martino – preguntó su hermano con semblante de evidente preocupación.

Aún recuerdo aquel instante de crucial decisión. Los médicos residentes que nos acompañaban en la sala contigua a terapia intensiva comenzaron a tirarme baldazos de preguntas mostrando, a las claras, desconfianza ante mi propuesta. En aquellos dramáticos momentos el paciente había dejado de orinar, estaba amarillo y desorientado en tiempo y espacio. Era lógico pensar que mis argumentos podían representar manotazos de ahogado y empujados por una desesperada y descabellada fantasía médica. Sin embargo, había que decidir... y rápido porque ya se había hecho todo lo posible y bien, con denodado esfuerzo y pericia médica.

Recuerdo que esa noche, mientras observaba en el microscopio el extendido de sangre periférico invadido por hematíes pálidos y moribundos plagados de invasores maláricos volví a insistir, y casi imponiéndome dije:

- Conozco bien las lesiones que deja un cadáver, producto de una malaria terciana maligna. Todos los vasos sanguíneos de los órganos nobles quedan taponados de coágulos con cadáveres de glóbulos rojos invadidos por parásitos. Como consecuencia sobrevienen hemorragias en todos los tejidos. Esta es una razón que justifica cambiarle la sangre con el máximo de celeridad...

Hubo un silencio. De pronto el jefe de residentes preguntó :

- Cuántos dadores podemos conseguir. Podríamos comenzar a pasar una columna de sangre y la regulamos con el hematocrito.

Por mi parte agregué:

- Además, haciendo extendidos de sangre periférica coloreados cada seis horas, podemos monitorear cómo evoluciona la limpieza de hematíes parasitados y el reemplazo por otros sanos (mochileros transportadores de oxígeno!). Ello, creo, contribuirá a que filtre mejor el riñón y, además, que no se tapen los capilares sanguíneos, especialmente los del cerebro...

Así comenzó esa aventura terapéutica! (8) En un lapso de 12 horas se pasaron glóbulos rojos frescos equivalentes a 10 litros! El resultado fue asombroso, hasta inesperado. La parasitemia que al comienzo de la exanguinotransfusión era del 20% cayó, finalizada la operación, al 1%. Se continuó con la quinina con buen criterio para

*evitar que los parásitos aún remanentes invadieran aquellos glóbulos rojos frescos y sanos.*

El paciente se recuperó al cabo de dos semanas y, felizmente, sin dejar secuelas. Todavía hoy considero un milagro el hecho de que tras las graves complicaciones sufridas en el cerebro, riñones e hígado, el ingeniero agrónomo haya podido librarse de tamaño flagelo.

Con el tiempo la exanguinotransfusión fue practicada por otros autores y si bien el método es controvertido, creo que en un caso de paludismo pernicioso como el ocasionado por la especie *falciparum*, donde el porcentaje de eritrocitos parasitados supera el 5%, este método terapéutico aplicado en forma oportuna, con el medicamento anti-malárico sin exclusión, representa una alternativa terapéutica heroica a tener en cuenta. El éxito de la indicación mucho dependerá del momento evolutivo durante el cual se propondrá su aplicación.

Pasaron los años. Bastantes por cierto. Desde aquel episodio dramático no volví a ver al paciente. Por referencias de su hermano, el Académico Dr. Roberto Arana, se encuentra bien. Al parecer dejó un firme recuerdo en el ambiente médico del CEMIC ya que muchos años después, en ocasión de reuniones científicas desarrolladas en su auditorio universitario, me encontré con dos de los médicos residentes que desarrollaron una labor, yo diría sobre humana ya que se “jugaron” por el enfermo. Ambos, en la actualidad, han acreditado un prestigio relevante, muy bien ganado, continuando su labor en la prestigiosa institución. Me refiero a los Dres. Sergio Solmesky y Cristian Lopez Soubidet. Sergio es experto en Medicina Familiar y Cristian, quien se desempeñó hasta hace poco en el cargo de Jefe del Departamento de Medicina, cumple, al igual que Sergio, funciones docentes en el Instituto Universitario del CEMIC.

## **Raquíticos por arriba, panzones por abajo... contraste y miseria**

En las empobrecidas regiones del norte argentino, era habitual observar chiquitos con los mocos colgando, mostrando el tórax esquelético y el vientre abultado con el casi infaltable ombligo saliente.

No había región geográfica en mi país, o en el exterior que haya visitado y marcado por la pobreza que no tuviera ese sello de penuria existencial. Sin duda esa caprichosa, yo diría hasta irónica, paradoja corporal hablaba a las claras de una deficiencia orgánica de larga data, frecuente en niños de primera infancia. Aprendí que, según la región geográfica, existen variadas causas que pueden generar el lamentable espectáculo de ver esas criaturas con sus pancitas salientes como “tambores”, deambulando por sinuosos senderos de tantas tierras olvidadas.

No hay que apresurarse a considerar que el vientre abultado de un niño se deba siempre a una importante desnutrición (9). La geografía médica de cada país permite describir enfermedades que, a lo largo de su evolución, modelan un perfil corporal que se expresa por ese llamativo contraste entre el “*teclado raquítrico*” del tórax y el abdomen con su “*botón umbilical*” prominente (10). Un trazo corporal sobre el cual conviene llamar la atención porque no pocas veces representa un legítimo alerta social.

Desde que observé el primer caso con abdomen globuloso en un niño de corta edad, quedé con la preocupación de descifrar el mecanismo intrínseco que podía conducir a la producción de ese disturbio poco analizado en profundidad en los textos clásicos de medicina. Apelé entonces a lo que siempre llamé artesanía del examen clínico: la técnica semiológica. Esa ciencia intuitiva, elegante, rescatadora hasta del más escondido signo o síntoma. Una extensa asignatura que en la facultad tuvimos que aprender con los grandes maestros de la Medicina Nacional. Uno de sus paradigmas fue mi profesor de Semiología en el Hospital Nacional de Clínicas – hoy Hospital General San Martín - Profesor Dr. Osvaldo Fustinoni. Un maestro que enseñaba a pensar y donde cada razonamiento era trasladado a las manos y a los sentidos, única forma de liberar los ilimitados misterios que esconden las enfermedades.

Comencé así a focalizar mi interés en esas “pancitas” olvidadas, buscando y asociando... insistiendo e insistiendo para llegar a comprender qué y por qué estaba sucediendo tal fenómeno que, más que un hecho aislado, representaba un fenómeno comunitario.

En la mayoría de los niños afectados por diferentes especies de parásitos intestinales, pero con más intensidad en aquellos que se fijaban en las porciones superiores del intestino delgado, pude comprobar un *dolor selectivo y casi constante a la presión profunda en el sector paraumbilical derecho y paraumbilical izquierdo*. En ocasiones este dolor se hacía más intenso en el lado izquierdo. Los parásitos aislados con mayor frecuencia fueron: *Giardia lamblia*, *Necator americanus*, *Ancylostoma duodenalis* y, en menor grado, *Ascaris lumbricoides*. En todos los casos existía una desnutrición proteino- calórica. En algunos de ellos la materia fecal era blanda y amarillenta (10.1) (10.2), en ocasiones pude observar macroparásitos flotando - caso de *Ascaris lumbricoides* - en su superficie.

La frecuencia en la cual comprobé este signo fue variable, y según las regiones geográficas visitadas osciló entre el 30 y 60 % de los casos estudiados. Si bien este signo es cuestionado por algunos colegas creo importante señalar que su validez mucho dependerá de la pericia y paciencia del operador, de la sensibilidad perceptiva del paciente y de las circunstancias socioculturales y sanitarias que tornen probable tal hallazgo.

Siempre me ha llamado la atención el poco interés interpuesto por ciertos profesionales de la salud –puntualmente médicos generalistas – hacia algunas enfermedades parasitarias que afectan al ser humano.

Por cierto, mucho se ha hablado y publicado acerca de las “magnas” parasitosis que abaten amplias regiones empobrecidas del planeta, aludiendo a sus elevadas tasas de morbi-mortalidad, como por ejemplo la malaria, esquistosomiasis, oncocercosis, el Kala-Azar y, todavía, la tripanosomiasis. Es cierto ya que debido a la vasta extensión endémica y a la elevada tasa de ataque, sumadas a las graves e incapacitantes formas de evolución, representan suficiente argumento para actualizar sus prevalencias a través de los boletines epidemiológicos provenientes de organismos sanitarios internacionales (OMS, OPS, CDC) y nacionales (Boletín Epidemiológico de

Córdoba, Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud de la Nación).

A comienzos de la década del '80 el entonces Decano de la Facultad de Medicina dependiente de la Universidad del Salvador, Profesor Dr. Raúl Garbugino, me propuso como Prof. Titular de la asignatura "Parasitología Médica" luego de una larga entrevista en su despacho del decanato. En esa oportunidad le expresé que el médico práctico, sobre todo el de barrio o el que ejerce en áreas rurales, tenía poca información acerca de la prevalencia y formas de presentación clínica de, por lo menos, nuestras endemias regionales. Qué decir del mal de Chagas época donde aún presentaba formas clínicas descritas magistralmente por Salvador Mazza y su escuela. En mi opinión tal falencia se debía a que durante la cursada como estudiante, la materia identificada como Parasitología (a secas!) era muy exigente donde había que saber al dedillo los tamaños de los huevos y de los parásitos adultos y – como pregunta de examen cuando las cosas iban mal – el número de las nervaduras de las alas de una mosca! Insólita estupidez que nos mantenía torturados y no pocas veces en vigilia, memorizando el tamaño de los cientos de especies de huevos que pueblan el planeta! Un total despropósito carente de sentido práctico.

Comencé así una nueva etapa como docente en una institución universitaria privada (en esa época la más cotizada y concurrida). El programa de desarrollo de la materia que desde entonces propuse, se dividía en tres áreas operativas: la teórica, donde se enseñaba las características morfológicas y los ciclos de desarrollo del parásito. Mientras tanto la práctica – a la cual yo le daba el mayor de los énfasis – se dividía a su vez en observaciones de laboratorio necesarias para reconocer un parásito adulto en su tamaño habitual y el microscópico para identificar huevos y larvas. Pero donde me atreví a dar la "patada inicial" en la enseñanza de la materia fue en la aventura de correlacionar la parasitología, señalada en el libro de texto, con la clínica expresada por el individuo parasitado. Por cierto una actitud temeraria ya que los alumnos cursaban el segundo año de la carrera

y no tenían base clínica suficiente. Fue sin duda un desafío meterles en la cabeza y hacerles entender a esos chicos, el cómo y el por qué un determinado parásito produce enfermedad. Apelé entonces a lo que denominé “*dramatización de un proceso mórbido*” que consistía en situar a los alumnos en el escenario desde donde procedía el paciente, habitualmente un niño de zona rural. Iniciaba el ejercicio dándole a los alumnos datos sobre el clima, si hubo lluvias, la ocupación del paciente, la vivienda, si disponía de agua potable y de letrinas, su nivel socioeconómico, sus ingresos, cómo estaba constituida la familia, su forma de alimentación y preguntando - a la madre del niño o al paciente adulto - por qué recurría al médico, es decir qué cosas anormales percibía, sentía o le preocupaban. Al principio el silencio del alumnado me hizo desconfiar de la eficacia del método. Pocos estudiantes parecían seguirme al no responder algunas de las preguntas que solía intercalar en mi relato descriptivo. Pero poco a poco, con el transcurrir de los meses y mientras se iba clarificando el sentido de la existencia de parásitos en la naturaleza, de sus ciclos biológicos y sus necesidades de alojarse en huéspedes susceptibles, las clases, poco a poco, empezaron a motivarse transformándose en ejercicios semejantes a virtuales clases al aire libre!

Y a propósito del desafiante y no menos fascinante mundo de los parásitos, recuerdo que en una de las tantas clases teóricas del curso, referí mi experiencia sobre un parásito intestinal, microscópico, caprichoso, habilidoso y oportunista, muy difundido en la naturaleza que suele alojarse en el hombre y en ciertos animales de sangre caliente, sobre todo mascotas (perro, gato), aunque también en bovinos, cobayos, hámster y rata. En consecuencia, se trata de una zoonosis que aún no ocasionando graves complicaciones produce insospechadas formas de presentación en el humano, difíciles de interpretar que, no pocas veces, conspiran con el certero y oportuno diagnóstico. Me refiero a la giardiasis provocada por el protozoo *Giardia lamblia*, también identificado como *Giardia intestinalis intestinalis*, o también *Giardia duodenalis*. Recuerdo que la clase fue una descripción un tanto anovelada de mi experiencia de terreno

adquirida sobre todo en áreas rurales del Norte Argentino. Se me ocurrió, entonces, comenzar así...

- En nuestro país una causa frecuente de diarrea en niños entre 0 y cinco años, residentes en el techo norteño, se debe a las parasitosis intestinales siendo la giardiasis la más prevalente.
- Su amplia difusión en la naturaleza se debe, principalmente, a dos modalidades que posee este protozoo para contagiarse: una, oportunista por cierto, es introducirse en el huésped debido a la falta de higiene personal, la promiscuidad y el contacto íntimo. Hoy día la práctica frecuente de sexo oral se ha transformado en una fuente de infección incuestionable e incluida dentro de las enfermedades por transmisión sexual. Se ha comprobado que entre la población de homosexuales la giardiasis es una parasitosis bastante frecuente. La otra modalidad de contagio es a través de la ingestión de agua y diversos alimentos contaminados con quistes –formas de resistencia - *de G.lambliia*.
- Ni bien ingresan los quistes – ya que el medio ambiente no le es favorable debiendo adoptar esta forma de resistencia hasta que encuentre un sitio apto para su desarrollo y multiplicación - al organismo del huésped susceptible se desenquistan en la porción más electiva e importante para la nutrición del ser humano: el duodeno e íleon. Creo que acertadamente lo consideré como un protozoo caprichoso, inteligente y oportunista!
- Gracias a su increíble y dinámica estructura anatómica - cuyo tamaño microscópico no incomoda en absoluto al protozoo – ni bien desenfunda su armadura quística – ya que no la necesita porque supo elegir con inaudito descaro el lado más vital y nutritivo de su víctima – se adhiere a la larga superficie del epitelio duodenal - ileal como si fuera un largo “tapiz”.
- Pero ¿cómo se las arregla para sostenerse sobre el epitelio intestinal, nutrirse a partir de su ocasional víctima, y no ser expulsado por el normal peristaltismo del macro - huésped? Simplemente gracias a su envidiable naturaleza anatómica - engendrada vaya a saber por qué genética extraterrestre – a partir de tres vitales

estructuras: su cuerpo chato, su parche suctorio que actúa como ventosa para adherirse a la mucosa intestinal, y sus tres pares de flagelos que le permiten desplazarse a tientas y no tropezar dentro del oscuro laberinto intestinal

Si hoy estuviese dando la misma clase a esos chicos, con seguridad y sin equivocarme ya prestigiosos profesionales, tendría que agregar que este parásito representa ¡un espectacular “dron” milenarío! con la diferencia que no necesita volar para lograr su objetivo. Pero ¿quién me asegura que antes de fijarse como “parche” sobre la mucosa intestinal no necesita revolotear, gracias a sus seis flagelos, dentro de la oscura luz intestinal?

- Pero la cosa no se le hace tan fácil al parásito. Para que sobrevenga enfermedad deben confluír varios factores del huésped que permitan la “plicatura”, el desarrollo y la dispersión de estos protozoos chatos sobre la mucosa activa del intestino delgado. Me refiero a “debilidades del sujeto parasitado”, sobre todo tratándose de un niño pequeño. Estas debilidades surgen como consecuencia de variadas causas tales como: una infestación masiva que bloquea la superficie de absorción de nutrientes; la presencia de parásitos inflama la mucosa intestinal lesionándola; la disminución de superficie de absorción por presencia del parásito y cuyos detritus irritan al intestino provocándole diarrea y mayor pérdida de elementos nutritivos; la presencia de hipo o anaclorhidia. Al respecto se sabe que la concentración normal de ácido clorhídrico bloquea el pasaje de parásitos al intestino. Esta barrera de protección es muy importante para limitar la infección. También la masiva parasitación distrae al sistema inmune del intestino impidiendo la producción de inmunoglobulina IgA, esencial como barrera antiinfecciosa.
- Es también conocido que el intruso giardiásico ocasiona desequilibrio bacteriano. La presencia de “disbacteriosis intestinal” exacerba la virulencia del bacilo *Escherichia coli*, siendo uno de los factores que contribuye a magnificar la diarrea asociada al ya existente síndrome disabsortivo.

- A pesar de las debilidades apuntadas, en la mayoría de los sujetos parasitados la infección es, como ya fuera expresado, auto limitada es decir circunscripta - con pequeños síntomas o bien asintomática-. Sin embargo esta modalidad de presentación es importante desde el punto de vista epidemiológico porque al ser despistada puede diseminarse a sus anchas frente a un medio ambiente y una población susceptibles.
- Pero existe una modalidad clínica de giardiasis, por demás heterogénea, mucho más severa expresada por una clínica polimorfa y observable con más frecuencia en niños de la primera infancia y habitualmente carenciados. Personalmente la he visto presentarse de variadas maneras:
  - a- Apetito caprichoso (preferencia por alimentos ácidos, dulces o bien salados)
  - b- Anorexia selectiva para los lácteos (rechazo del desayuno)
  - c- Retortijones periumbilicales, frecuentes luego de ingestión de alimentos grasos o condimentados
  - d- Distensión abdominal luego de ingerir alimento
  - e- Dolor de cabeza luego de ingerir alimentos
  - f- Presencia de diarrea (en cerca del 50% de los parasitados). En forma de episodios que duran una semana, desaparecen y vuelven a reaparecer periódicamente.
  - g- Disquinesia vesicular frente a alimentos grasos, condimentados y carnes rojas. Es frecuente que *G.lambli*a se aloje en la vesícula biliar.
  - h- Pérdida de peso o lentitud en el crecimiento (cerca del 30% de los parasitados)
  - i- Cansancio matinal. Dificultad para incorporarse en la cama y dolorimiento en las pantorrillas. Probablemente su génesis se vincule con la disminución de la tasa de calcio y potasio en sangre.
  - j- Mareo ortostático, especialmente en niños poliparasitados.
  - k- Tendencia a la irritabilidad nerviosa y al temblor fino distal
  - l- Disminución del rendimiento escolar

- m- Tendencia a la disminución del crecimiento de aquellos niños muy parasitados debido a la asociación con infecciones intercurrentes, producto de las carencias nutritivas y de la pobreza estructural
- n- Astenopía. Dificultad para acomodar la vista frente a un texto o a imágenes. Signo observado aunque discutido en su patogenia. Algunos creen que es debido a la hipopotasemia que altera la dinámica contráctil del músculo circular del iris.
- o- Insomnio que en ciertos casos puede ser pertinaz
- p- Hipersomnia matinal (dificultad o notoria pereza al despertar)
- q- Presencia de esteatorrea (parasitación masiva) periódica con heces decoloradas y pastosas.
- r- Manifestaciones alérgicas (prurito, urticaria)
- s- Síndrome bronquial asmático
- t- Dolores en las grandes articulaciones. Pueden ser matinales o presentes en cualquier momento del día. Lo he observado en niños pequeños quejándose de dolores en ambas rodillas, donde el diagnóstico presuntivo se orientaba a un reumatismo estreptocócico.
- u- Dolores anginosos luego de ingerir alimentos preferentemente grasos
- v- Taquicardia sinusal
- w- Aparición de salvas de extrasístoles postprandiales que pueden acompañarse de dolor pseudoanginoso
- x- En presencia de esteatorrea, se han documentado casos de disquinesia vesicular y cólicos vesiculares
- y- A modo de colofón y como signo negativo de importancia para el diagnóstico diferencial, la giardiasis, a diferencia de la amebiasis por *E. histolytica*, no produce constipación

Finalizada la exposición y mientras observaba el semblante de algunos de los alumnos les dije:

- Les acabo de relatar apenas los variados aspectos de una parasitosis poco recordada y poco apreciada por sus importantes e

innumerables repercusiones orgánicas, sobre todo en niños de la primera infancia que, todavía, crecen en objetables condiciones socioeconómicas y culturales. Una parasitosis de apariencia benigna e intrascendente desde el punto de vista sanitario. Pero tan polimorfa que para describirla hemos necesitado poco menos que recorrer casi todo el abecedario. ¿Vale entonces la pena recordarla como desafío? ¿Una casi olvidada parasitosis que suele sostenerse en el medio ambiente donde existe falta de agua potable y objetables condiciones de vida? Creo que sí porque representa una parasitosis como tantas otras pero que, más aún en nuestro país, merece atención y una memoria ágil para recordarla. Recordarla es garantizar el adecuado desarrollo de nuestra población infantil ...futuro de nuestra patria!

## Epilepsia...o algo más?

Todo comenzó a partir de un partido de *foot-ball*. El muchacho que corría tras la pelota de pronto cayó como fulminado y empezó a sacudirse por fuertes convulsiones. Pero, por qué no le salía espuma por la boca?. Todo hacía pensar que padecía una epilepsia esencial. Pero no fue así. Si bien los síntomas representaban una crisis epileptiforme la causa que la provocaba era otra.

Fue mi primera experiencia ante un padecimiento bastante frecuente en la región donde yo me encontraba en ese momento cumpliendo con mi residencia médica en medicina tropical (11). Me refiero a la forma cerebral de una parasitosis bastante endémica en áreas rurales de Brasil denominada *cisticercosis* ¿Cómo se contagia el hombre? En zonas con deficiente higiene del medio ambiente (presencia de chiqueros promíscuos) y malos hábitos alimentarios al ingerir de carne de cerdo infectada y mal cocida, el hombre ingiere las larvas del parásito las cuales al liberarse en su intestino se transforman en parásito adulto conocido como *Taenia solium*, también apodada "*lombriz solitaria*". La cisticercosis se adquiere a partir de la ingestión de huevos del parásito que llegan a su boca por las manos contaminadas con huevos del parásito. Éstos dentro del organismo

quedan a la deriva, y en consecuencia tampoco llegarán a la etapa adulta. ¿Qué camino les indica su esfuerzo por sobrevivir? Buscan un refugio a la espera de que las condiciones se tornen aptas para evolucionar a larvas y, con suerte, completar su ciclo. Es así como los huevos, sin posibilidades de éxito evolutivo se diseminan por aquellos tejidos (no todos) con los cuales existe afinidad tisular y allí se enquistan (tejido celular subcutáneo, fibras musculares y, en el peor de los casos, en el sistema nervioso central). La localización en este último sistema lleva el nombre de “*neurocisticercosis*”.

Y aquí es donde me detengo. Desde que comenzamos a recibir y a estudiar en mi servicio de Patología Regional y Medicina Tropical con detenimiento las parasitosis humanas endémicas, tuvimos la oportunidad de comprobar algunos hechos importantes que nos permitieron presumir su origen antes que su certificación diagnóstica por los clásicos métodos de laboratorio. Observando detenidamente la morfología de algunas de esas formaciones quísticas localizadas en la corteza cerebral, pudimos apreciar una pequeña y notoria saliencia en la cara interna de los quistes. Como si fuese un pequeñísimo botón, simulando un “*pezón*”, signo que entonces lo relaté de esta manera: “*En la Tomografía Computada el scólex se aprecia como un gránulo hiperdenso, casi siempre excéntrico y adosado a la pared interna de la vesícula*” (12). Esta pequeña formación distintiva que representa el escólex o extremo cefálico de la larva de *T. solium* permite, casi con seguridad, formular el diagnóstico de *neurocisticercosis*. Pero por qué se la visualiza en forma tan notoria? Porque ese “*pezoncito que constituye la cabeza de la malograda lombriz adulta ya*”, contiene incipientes ganchos y ventosas concentradas en su extremo, elementos morfológicos que la tornan más refringente frente a los medios de contraste imagenológicos.

En definitiva, en las áreas endémicas de cisticercosis un cuadro convulsivo, sobre todo en niños, debe hacer pensar en esta etiología. Más aún, el examen exhaustivo de la población humana oriunda de regiones endémicas permitirá rescatar otras localizaciones de aquellas larvas frustradas en su evolución y enquistadas. Una, ha sido

ya mencionada; la otra, es en el tejido celular subcutáneo y puede reconocerse clínicamente deslizando los dedos de las manos por la superficie de la piel de los brazos y de las piernas. Si existen larvas de cisticercos en el espesor del tegumento se palparán pequeños bultos consistentes, como si fueran “perdigones”, signo al cual le doy mucho valor porque expresa otra modalidad de presentación clínica en la historia natural de esta parasitosis.

En un reciente ateneo clínico, la unidad de diagnóstico por imágenes del Hospital Muñiz, describió una localización infrecuente, casi excepcional, de cuatro casos de localización hepática de larvas de cisticercos! Las imágenes ecográficas evidenciaron – gracias a la pericia de las excelentes ecografistas Dras. Nora Mendez y Mirna Sawicky – el mencionado signo del pezón flotando dentro de esferas quísticas encastradas en pleno parénquima hepático. Un signo patognomónico e incuestionable de esta importante zooantroponosis.

## ¿También en la mujer puede suceder?

Durante mi tarea hospitalaria alternaba mi labor específica con la visita a otros servicios especializados del hospital Muñiz. En realidad lo hacía llevado por dos motivos. El primero porque me posibilitaba seguir la evolución de enfermos complejos los cuales eran siempre motivo de ilustrativos y vehementes intercambios de opiniones. El segundo me hacía sentir útil y no menos halagado al ser invitado por colegas de otras especialidades para escuchar mi opinión acerca de algún paciente complicado o que podía presentar alguna patología vinculada con mi área específica. Lo cierto es que a partir de mediados de la década del ‘70 comencé a desempeñarme como el consultor del servicio de Dermatología y Leprología, y a partir del año 1980 del Servicio de Cirugía. Fue precisamente en la Sección Ginecología de este último donde, a pedido de su jefe el Dr. Isaac Horowitz (13), comencé a estudiar las causas infecciosas que en la mujer ocasionaban abortos reiterados y mortinatos. Se conformó para tal fin un equipo interdisciplinario de profesionales (14).

Hasta esa época eran reconocidas como causa de infertilidad en la mujer la sífilis, tuberculosis, toxoplasmosis, Chagas agudo, la Micoplasmosis y la brucelosis debida a *Brucella melitensis*, endémica en provincias del centro y noroeste del país. Por supuesto sin considerar otras causas no infecciosas como la diabetes, los anticuerpos anti-Rh, las enfermedades metabólicas y endócrinas, y ciertos factores genéticos. Pero lo que no sabíamos todavía era que otro microorganismo identificado como *Listeria monocitogenes* y responsable de abortos y gravísimas infecciones en los animales, podía ser causa de infertilidad en la mujer pero siempre y cuando, durante el embarazo, ella tuviese las defensas orgánicas disminuidas.

Fue para mí una rica experiencia que, a decir verdad, se la debo a mi recordado y humilde amigo Isaac Horowitz. Mi participación como clínico infectólogo del prestigioso equipo dirigido por el Profesor Manzullo fue, apenas, allanar el camino – descartando las otras causas infecciosas de infertilidad – que permitiese al equipo de Listeriosis certificar el diagnóstico de esta zoonosis, poco estudiada en esa época como agente infeccioso en patología humana (15) (15.1)

Tiempo después de finalizado esa importante investigación, logré diagnosticar listeriosis - y tratarla exitosamente - en una mujer de mi clientela privada con el antecedente de haber sufrido dos abortos espontáneos y manteniéndola infértil sin causa justificada. Como único antecedente pude rescatar un persistente estrés debido a frustraciones en el ejercicio de un alto cargo ejecutivo. Luego de cuatro semanas de tratamiento con antibióticos betalactámicos y tras un año de espera, logró embarazarse seguido de un parto y el nacimiento de un varón normales.

## **¡Paciencia...paciencia!, si hay vida, en algún momento estallará la burbuja de aire**

- ¡Doctor, vengo porque tengo este grano desde hace más de una semana y no se me cura con nada!

Era la frase habitual pronunciada por el paciente que acudía a nuestro Centro de Zoopatología Médica de la Sala IX. En verdad la imagen que ofrecía la lesión era muy semejante a la de un vulgar forúnculo. Tratado erróneamente como tal continuaba con su evolución ocasionando diferentes síntomas tales como picazón, sensación de cuerpo extraño y dolor. Pero ¿cuál era la causa de tal padecimiento? y, ¿Qué aprendimos con este insólito padecimiento? Recordé entonces esta simple frase del Mahatma Gandhi que dice: “Casi todo lo que realices será insignificante, pero es muy importante que lo hagas”. Y esto es lo que hicimos...

Con paciencia, y mucha por cierto, comenzamos a examinar a ese supuesto y enigmático forúnculo. Había que mirar detenidamente el minúsculo orificio saliente. Ayudado por la infaltable lupa (como solía hacer el minucioso Don Mauro de la Paolera!) comencé a observar paciente y detenidamente y logré divisar un punto refringente que se movía (!) y del cual, de pronto, estalló como inesperado sortilegio una minúscula “*burbuja de aire*”. Parecía que algo se movía. Algo viviente y enigmático. Y fue así. Nada más y nada menos que la larva de una mosca metida en la profundidad de la piel de la víctima y cuyo huevo fue introducido por la picadura de un mosquito vagabundo. Vaya que fue ésta una inolvidable vivencia (16). ¡Cuánto aprendimos tras este inolvidable espectáculo! A cuántas personas pudimos librar de esta insólita zoopatía, juntando un poco de paciencia, voluntad y metódica observación.

## **¡No vaya Usted a quitarme el cigarrillo... por favor Doctor!**

Bueno, la consulta no parecía empezar bien tratándose de un colega ansioso que ya había apelado a variados tratamientos vasodilatadores coronarios sin resultado. Porque, a decir verdad, seguía padeciendo fuertes dolores en el pecho que solo cedían con una disolventa sublingual de trinitrina. Apenas con esa medicación, a la cual se aferraba como muletilla salvadora, se animaba a ingresar al quiró-

fano para cumplir su importante función como médico anestesista. ¡Y de los mejores! Porque se trataba de un distinguido profesional que pertenecía, nada menos que al equipo quirúrgico del profesor Ricardo Finochietto. Era comprensible entonces la impaciencia que oprimía al colega toda vez que debía ingresar a la sala de operaciones y anestesiarse a un paciente frente a la severa imagen del famoso cirujano o de alguno de sus prestigiosos discípulos.

Por supuesto que sus dolores precordiales no podían atribuirse exclusivamente a su responsabilidad con la exigente tarea, tomando en cuenta que en la década del '60 la anestesiología no ameritaba todavía tanta seguridad como hoy en día. Más aún tratándose de operaciones complejas que demandaban horas de trabajo en el quirófano. Además, en aquella época las intervenciones quirúrgicas más delicadas eran absorbidas por las escuelas quirúrgicas más cotizadas.

Luego de un exhaustivo interrogatorio saltaba a la vista que mi distinguido colega, además de ser un obsesivo fumador, presentaba una increíble cantidad de focos sépticos en la boca producto, según sus propias palabras, de un insuperable “terror de enfrentar el torno del odontólogo”. Al abrir la boca el panorama visual – con un desagradable vaho incluido – era desalentador. Hasta poco explicable en una persona pulcra e instruida. Pensé entonces lo que puede llegar a producir un irrefrenable temor hacia el dolor y, más aún, frente a la utilería del reluciente arsenal metálico utilizado para el ejercicio odontológico. No exagero al mencionar que aquella boca, con sus piezas dentarias rodeadas por encías tumescentes por pequeños repliegues rebosantes de pus, se parecería más a una diminutas bolsas de residuos que a una cavidad oral. Tanto era el deterioro que mostraba el timorato paciente.

El colega percibió mi especial interés por su boca pero no atinaba a comprender cuál era la razón de mi casi exclusiva atención en este sector del organismo. Entonces se atrevió a preguntar:

- Pero no entiendo Doctor por qué se preocupa tanto por mi boca y aún no me dio su opinión acerca de mis dolores de pecho. No lo quiero desairar pero qué relación le ve a ambas cosas?

La respuesta no era fácil. Porque en realidad para ese entonces no existía una explicación científica valedera. Entonces apelé a transmi-

tirle una hipótesis sustentada por otros hallazgos que podrían vincularse con sus crisis de angor.

- Estimado Doctor - le dije con meditada convicción – el cigarrillo, desde ya, se despegó de su mano ...y para siempre!
- ¡Pero Doctor!, me quita lo que me da fuerzas para vivir...
- Y que también lo que le dará un empujoncito para morir – le respondí.

Comencé entonces a explicarle que, según mi maestro de inmunología Profesor Alfredo Manzullo, había trabajos experimentales desarrollados en animales de laboratorio que habían demostrado que algunas bacterias y virus tienen selectiva afinidad por el endotelio vascular, importante revestimiento interno de un vaso sanguíneo, de forma tal que partículas que forman el cuerpo de los microbios, denominadas antígenos, se adhieren a esas paredes internas, la sensibilizan y, a su vez, son capaces de generar anticuerpos justamente contra tales partículas. Así, estos antígenos pegados en su superficie provocan inflamación, espasmo y hasta son capaces de obstruir el vaso sanguíneo ocasionando su oclusión. Para peor, estos antígenos al unirse en la intimidad del vaso con sus anticuerpos específicos desencadenan un brusco vasoespasmo que despierta el clásico dolor precordial o, peor aún, al obstruirlo generan un infarto de miocardio (17)

Un tanto perplejo, el colega me miraba mientras tanto – yo lo estaba ya presintiendo – su semblante de esperanza comenzaba a disiparse. Entonces, no muy animoso, preguntó:

- Pero dígame Doctor, entonces Usted cree que existe relación entre mi boca en mal estado y las crisis repetidas de dolor que vengo padeciendo?
- Presumo que sí – le respondí – Pero sólo con palabras, actitudes cavilosas y pesimismo no creo que solucionemos su enfermedad coronaria. Concretamente le propongo lo siguiente: por supuesto bajo la formal promesa de que dejará de comportarse como una chimenea que habla y contempla cómo el humo podría llevarlo al cielo, creo que debe iniciar un estricto tratamiento odontológico barriendo sucesivamente esos importantes focos sépticos, pero bajo

una prudente y consistente cobertura antibiótica. Veremos qué sucede. De cualquier modo se beneficiará al erradicar ese sumidero de microbios que, no lo dude, le están minando su salud. Ah, no olvide de transmitirle a su cardiólogo cuál ha sido mi propuesta

Recuerdo que se despidió, nada convencido por cierto - y me prometió concurrir al odontólogo de su confianza - por supuesto sedado - para iniciar el tratamiento que le había sugerido. Tras la consulta no cabía duda que mi colega se estaba llevando un peso más sobre su aparente insoluble enfermedad: sorpresa y quizás desconcierto ante mi propuesta terapéutica. También yo quedé bastante preocupado frente a lo que había sido mi postura diagnóstica. Entonces no quedaba otra, esperar...

Transcurrió poco más de un mes. Volví a verlo. Me confesó que el cigarrillo lo había disminuido bastante pero sin poder dejarlo y que el cardiólogo no se opuso a mis indicaciones aunque - razonablemente - un tanto descreído frente a los resultados esperados. Tras el saludo le pregunté:

- ¿Cómo anduvo? ¿Qué me puede contar sobre sus dolores de pecho? Porque a decir verdad Usted no cumplió en un todo con lo pactado, no es cierto Doctor?
- Si, es cierto, pero Usted debe comprender Martino que la adicción al tabaco, tras cuarenta años de estar pegado a su alquitranoso veneno, no es nada fácil desterrarla...

Me refirió que el odontólogo le había extraído algunas piezas dentarias irre recuperables y le estaba drenando los focos de "piorrea" con una generosa cubierta de antibióticos que, por otro lado le estaban aligerando el intestino. Pero según él valió la pena soportar esos pequeños desarreglos intestinales porque estaba notando que los dolores de pecho parecían, según sus palabras "estar mermando".

Tras aquella respuesta transcurrió cerca de un año. Me refirió que mes a mes iba notando mejoría de sus dolores precordiales los cuales se iban espaciando paulatinamente a medida que limpiaba su boca. Con su prótesis dental casi completa vino a verme una tarde para agradecerme por el logro de tan increíble mejoría y por haberlo

ayudado a dejar - ¿habrá sido cierto? - definitivamente el cigarrillo. Además, siguió con su tratamiento cardiológico preventivo.

Pocas veces me sentí tan reconfortado como luego de mi arriesgada conducta médica frente a ese difícil caso. Para muchos – inclusive hasta para el propio paciente – aquel feliz desenlace pareció un milagro. Sin embargo años después quedaría definitivamente aceptada la asociación entre las crónico sepsis bucodentarias y las afecciones coronarias (17).

Alguien llegó a decir que no existe milagro máspreciado que aquel concebido por la fe. ¡Y vaya que mi distinguido colega la supo depositar en mis modestos conocimientos!

## **¿Pero, por qué no cicatrizan esas úlceras? ¿Entonces, cómo las curamos?**

Desde que hube creado el Centro de Zoopatología Médica en mi servicio de la Sala IX del Hospital Muñiz, solíamos asistir accidentes producidos por diferentes especies de animales que procedían de la entonces Capital Federal, o bien del conurbano, interior del país y, ocasionalmente, del exterior. Por supuesto que con ellas también llegaban aquellas “zoopatías” complicadas por infecciones sobreagregadas o con importantes secuelas: úlceras, amputaciones de segmentos de manos o pies, y cicatrices retráctiles o deformantes.

Con el desarrollo de esta importante disciplina asistencial comenzó a insinuarse un preocupante hecho sobre el cual no encontrábamos una válida explicación y tras ella una solución terapéutica. Comenzamos a recibir úlceras consecutivas a picaduras de la araña homicida – *Loxosceles laeta* - y a mordeduras de serpientes yarará – género *Bothrops* - que a pesar de haber sido sometidas a una oportuna terapéutica antibiótica y a una cuidadosa “toilette”, no conseguían cicatrizar, y si lo hacían el tejido de cicatrización (granulación) se tornaba lento y tedioso con la casi inevitable posibilidad de que volviera a infectarse.

Era evidente que se nos escapaba algo que no alcanzábamos a develar. Opté entonces por biopsiar el borde y parte del lecho de esas

úlceras rebeldes y enviársela al Profesor Dr. Santiago Besuschio, jefe de Anatomía Patológica de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires con quien, a partir de aquel mi primer contacto, se iniciaría una larga amistad. Días después me llamó por teléfono diciéndome que le llamaba mucho la atención observar en el microscopio de inmersión sectores del borde de la úlcera, donde debía iniciarse la reparación con nuevo tejido, un fenómeno de “detención en la producción de puentes de fibras conjuntivas y *neovasos capilares*” que teóricamente deberían “techar” el cráter ulceroso. Como si el veneno del animal agresor tuviese la función de obstaculizar la vitalidad del tejido de la víctima pero, además, detener su cicatrización.

Despejada una duda pero aún sin saber cuál era el mecanismo intrínseco de tamaño ensañamiento por parte del veneno, había que proponer una solución definitiva. Ayudar a regenerar el tejido de aquel lecho lánguido. Pero ¿cómo?

En primer término había que cerciorarse que la úlcera no estuviese infectada, complicación que alejaría la posibilidad de cicatrización. Lograda ésta premisa, había dos caminos para seguir. Someterla a sesiones diarias de cámara hiperbárica con el fin de hiper oxigenar el lecho ulceroso y de ese modo estimular la granulación y posterior cicatrización del mismo, o bien implantar pequeños trozos de tejido colágeno bovino, a modo de apósitos oclusivos, con el fin de incorporar magma de tejido conjuntivo vital en este caso de procedencia animal para permitir la oclusión del crater ulceroso (18).

El método finalmente fue aplicado y resultó beneficioso. Se logró así que las úlceras de esta naturaleza cicatrizaran en un lapso dos a tres semanas y evitando, de mantenerse con su cráter inerte, la casi segura sobreinfección.

## **En infectología, examinar bien los ojos, también representa una práctica necesaria para acreditar un diagnóstico**

Como ya lo expresé en otros pasajes de esta autobiografía, vasta fue al lado del virtuoso semiólogo Don Mauro de la Paolera mi

práctica con las enfermedades exantemáticas. Pero debo agregar que, cualquiera fuese la eruptiva en estudio, nunca omitíamos examinar con él ambos globos oculares. Según Don Mauro frente a una enfermedad con manifestaciones en la piel y en las mucosas, el examen de los ojos era (incluido el fondo de ojo!) esencial porque no pocas veces podía certificar una presunción diagnóstica.

Sólo me referiré a dos patologías infecciosas donde la presencia de un signo de aparente insignificancia gravita en el diagnóstico etiológico porque traduce su participación en la patogenia de la enfermedad.

La *mononucleosis infecciosa*, infección viral provocada por el virus de Epstein Barr, se caracteriza por desarrollar, sobre todo en los niños, una severa angina con presencia de pseudomembranas en la garganta la cual, en la época en que competía con la difteria muchas veces simulaba esta enfermedad demorando el diagnóstico.

Además de comprometer a este sector del organismo, el virus tiene gran afinidad por el tejido linfático, de forma tal, que los ganglios del cuello, axilas e ingles, se palpan agrandados y dolorosos. De igual forma el bazo suele palparse aumentado en su tamaño. Pero, además, es posible observar dos detalles bastante significativos para presumir el diagnóstico: el edema alrededor de los ojos y la presencia de una zona tumefacta situada en el lado externo de la conjuntiva ocular. Esta formación se denomina “*dacrioadenitis*” y representa un acúmulo de tejido linfático inflamado. Por qué tiene importancia este hallazgo? Simplemente porque este sector es también agraviado por el virus que como ya lo expresara posee llamativa especificidad por el tejido linfático.

En cuanto a la *triquinosis* cabe destacar que es una parasitosis que se adquiere por ingestión de carne, preferentemente de cerdo, con presencia de quistes con larvas de triquinas. Los diferentes componentes del parásito sensibilizan de tal forma al sujeto que despiertan en el organismo poco menos que incendio alérgico. Prueba de ello es la intensa estimulación de los eosinófilos sanguíneos los cuales se elevan a cifras inusuales. Este fenómeno con elevada especificidad

inmunológica estimula la cascada de la inflamación con producción de mediadores químicos (citoquinas, serotonina, histamina, leucotrienos, prostaglandinas, etc.), que también activan el sector linfático dependiente. Es así como hemos comprobado en nuestro servicio de Patología Regional casos de triquinosis que presentaban, entre su variada sintomatología, dos signos casi constantes: la fuerte inyección conjuntival y el edema periorbitario. Con paciencia logramos encontrar algo más. Todo era cuestión de buscar. Así, comprobamos otra huella que confirmaba el estado de hipersensibilidad a los antígenos del parásito: el intenso enrojecimiento de las conjuntivas que, sin excepción, se acompañaba de dacrioadenitis. Bastaba apenas con girar el globo ocular hacia el ángulo nasal y, a simple vista, se visualizaba el rojizo y tumefacto tejido linfoideo.

Cuánto debo agradecer a la vida que, día a día, me haya conferido la paciencia y obsesión necesarias para mejorar mi capacitación en el ejercicio de tan difícil disciplina como es la infectología. Porque ya lo creo que hubo paciencia, Cómo no tenerla y olvidar aquel proverbio persa que dice: *“la paciencia es un árbol de raíz amarga pero de frutos muy dulces”*; y también hubo obsesión. Cómo no sentirla en la afanosa búsqueda de la perfección. Finalizo recordando la frase de Eugéne Delacroix cuando dice: *“...a los genios lo que los inspira no es una nueva idea, sino la obsesión con una idea que no fue trabajada lo suficiente”*. Es que en medicina la obsesión siempre pasa por lograr ser un auténtico artífice de la práctica médica.

### **Notas y citas bibliográficas:**

- 1- Bajo la aguda observación del hombre del gorro blanco, como se lo conocía al brillante clínico y dermatólogo Don Mauro de la Paolera, aprendí a interpretar las variadas manifestaciones de la piel y de las mucosas que acompañaban a las enfermedades eruptivas, las cuales habitualmente solían ingresar en las Salas XVIII y XIX del Hospital Muñiz.

- 2- La viruela del nuevo mundo quedó identificada como viruela menor “*minor smallpox*” o “*alastrin*”, también denominada erróneamente como viruela benigna. Destaco el vocable “erróneamente” porque la viruela, aún las formas atenuadas de presentación, tanto en la experiencia de los epidemiólogos como en los clínicos de la época podía, durante los brotes epidémicos, adoptar formas evolutivas graves y aún mortales. La viruela menor quedó así diferenciada de la peste negra europea, provocada por la viruela mayor – “*mayor smallpox*” – o “*viruela clásica*”. Los historiadores calculan que la viruela apareció por primera vez en el momento en que el hombre realizó sus primeros asentamientos agrícolas, hace unos 10.000 años. La primera prueba tangible de su existencia provino de momias egipcias pertenecientes a la XVIII dinastía (1580-1350 a. Cristo) y la del Faraón Ramsés V (1157 a.C.). Sin embargo, las primeras descripciones conocidas de la enfermedad no se realizaron hasta el siglo IV d.C. en China y, el siglo X d.C., en el sudeste asiático. La viruela no se importó a Occidente hasta el siglo XVI. Luego siguieron epidemias catastróficas que literalmente diezmaron las tribus de indígenas americanos y aniquilaron los imperios azteca e inca. La viruela se había convertido en una enfermedad mundial. En Asia, donde era prevalente la “*variola mayor*”, las tasas de letalidad promedio eran del 20%, pero que se elevaban al 40% y al 50% en niños menores de un año. En Europa, a fines del siglo XVIII, unas 400.000 personas sucumbían por viruela cada año, y un tercio de los sobrevivientes quedaban ciegos. No menos de cinco reyes murieron de viruela en el siglo XVIII, enfermedad que alteró la línea de sucesión de los Hasburgo cuatro veces en cuatro generaciones. Hacia fines del siglo XIX, las únicas epidemias conocidas de viruela eran de *variola mayor*. La *variola menor* se describió por primera vez en Sudáfrica y los Estados Unidos. Poco después se volvió la forma más prevalente de la enfermedad en ciertas regiones de Sudamérica y en Europa, así como en el este y sur de África.

- 3- <http://www.monografias.com/trabajos11/viruel/viruel.shtml#ixzz2zdMGrrnz>
- 4- Oficialmente sólo se guardaron dos muestras del virus, estas fueron puestas en estado criogénico en los dos laboratorios tecnológicamente más avanzados del mundo, una en los Estados Unidos y la otra en la Unión Soviética.
- 5- El 8 de mayo de 1980, la XXXIII Asamblea de la OMS aceptó el “*Informe final de la Comisión Global para la certificación de la erradicación de la viruela*” [.]. Esto provocó que el gobierno británico destruyera su muestra y confiara la defensa sanitaria de su pueblo a Estados Unidos de América. Actualmente el debate continúa: ¿destruir o no las últimas cepas del virus?. La viruela endémica se erradicó del Brasil en el año 1971 <http://www.monografias.com/trabajos11/viruel/viruel>
- 5.1- Este interesante ejemplo epidemiológico nos demuestra la existencia del incierto edificio ecológico que sostiene la historia natural de la zoonosis “*viruela del simio*” o “*monkeypox*”. Personalmente, considero que el agente infeccioso *orthopoxvirus* originariamente, al igual que muchas zoonosis vigentes sobre nuestro planeta, ya cumplía su ciclo biológico en variados reservorios naturales como diferentes especies de roedores silvestres. En este primitivo ciclo natural probablemente se infectó, enfermó y murió un universo determinado de especies. Aquellas que sobrevivieron se perpetuaron como diseminadores del virus a otras generaciones de especies susceptibles. En consecuencia, si no se extingue la especie reservoria, cosa que considero improbable, la cadena de transmisión se mantendrá indefinidamente. Ahora bien, el modelo epidemiológico que debutó en EEUU resultó un “*desvío de la cadena epidemiológica*” original, de forma tal que las personas fueron infectadas a través del contacto con roedores adquiridos como mascota y provenientes de África. Es también probable que a partir de estos reservorios africanos se halla extendido la infección natural a perros silvestres de las praderas americanas.

El “*monkeypox*” es considerada una zoonosis porque naturalmente fue reconocida en la región selvática central del Zaire. Los humanos, en especial los niños, se contagian accidentalmente por manipulación y ocasionalmente por ingestión de carne infectada. La enfermedad así transmitida al humano es similar al “*alastrin*” pero acompañada de significativas adenomegalias en el cuello y regiones inguinales. En la viruela menor personalmente no comprobé el aumento significativo de los ganglios.

Peters Wallace and Gilles Herebert M. “*Tropical Medicine and Parasitology*”, pag. 176. Fourth Edition. 1997. Ed. Mosby- Wolfe

Sin embargo, es importante destacar las comprobaciones efectuadas en el CDC y comunicadas en un interesante publicación del año 2003 por el Dr. Stephens Ostroff. Se refiere a tres brotes de enfermedad por “*monkeypox*” en pobladores norteamericanos y ocurridos entre los años 1970 y 2001 en los Estados de Indiana, Wisconsin e Illinois. Del total de 752 casos, el 83% ocurrió en niños, la letalidad fue del 6,8%. La fuente de infección fue el contacto estrecho con animales mascota procedentes de África (ardillas, ratas gigantes, puerco espín, ratón liso, conejos). Probablemente luego se hayan contagiado perros silvestres y domésticos locales. La puerta de entrada del virus se produjo por el manoseo, rasguños y mordeduras de los animales mascota. En algunos pacientes, la lesión inicial (sitio de ingreso del *Orthopoxvirus*) simulaba una *escara necrótica*!. Los síntomas generales fueron: cefalea, decaimiento, escalofríos, dolor de espalda, tos, fatiga, dolor de garganta y secreción nasal (como si se tratase de un cuadro respiratorio agudo!), y una llamativa presencia de ganglios generalizados. La erupción vesículo-pustulosa predominaba en cabeza, tronco y extremidades. Algunos elementos pápulo-vesiculares tenían el aspecto de “*pápulas rubías*”. Debido a la emergencia de esta

zoonosis exótica al territorio EEUU, las autoridades del CDC prohibieron el ingreso de mascotas procedentes de África.  
[www.bibalex.org/supercourse/supercourse-ppt/21011-22001/21201.ppt](http://www.bibalex.org/supercourse/supercourse-ppt/21011-22001/21201.ppt)

- 6- Malaria: palabra que deriva del idioma italiano medieval y significa “mal aire”. Sinónimo de paludismo derivada del latín “palus” que quiere decir pantano o ciénaga. Es una enfermedad producida por el parásito del género *Plasmodium* y reconoce cinco especies : *vivax*, *malariae*, *ovale*, *falciparum* y *knowlesi*. Se transmite por la picadura de mosquitos del género *Anopheles* y es probable que se haya transmitido al hombre a partir de gorilas. Especies de plasmidios vecinas a las humanas fueron encontradas también en chimpancés.  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Malaria>
- 7- En la Argentina, región noroestina, para ser más preciso en la región jujeña, existe un paludismo llamado endémico y causado por la especie “vivax”, en general de pronóstico favorable ya que ocasiona pocas complicaciones y es rápidamente controlable con el tratamiento específico. En aquella época de la década del '70 no estábamos todavía acostumbrados a tratar en nuestro hospital pacientes procedentes de Bolivia o Brasil con la forma grave, llamada también “*terciana maligna*” provocada por *Plasmodium falciparum*, denominada así por la elevada tasa de complicaciones y, si no se trata precozmente, lleva con frecuencia a la muerte.
- 8- Roncoroni, A J and Martino, Olindo A. “*Therapeutic use of Exchange transfusion in malaria*” . Am. J. Trop. Med. Hyg., 28 (3), 1979, pp.440-444
- 9- Es importante no confundir el vientre abultado de los bebés como hecho fisiológico observado hasta los 18 meses o poco más, hecho que resulta comprensible ya que un niño de esa edad todavía no tiene los músculos abdominales bien desarrollados y, sin embargo, debe alojar un número importante de

- vísceras (intestino, hígado, bazo, páncreas, riñones, estómago). Pero si el abultamiento persiste en niños mayores y el fenómeno se asocia con condiciones de pobreza estructural, entonces el planteo cambia y hasta que no se demuestre lo contrario debe considerarse patológico.
- 10- Entre los padecimientos que tuve oportunidad de observar en personas de diferentes edades y vinculados con un abdomen globuloso menciono: el síndrome de mala absorción intestinal debido a la presencia de parásitos intestinales, la pelagra, la enfermedad celíaca, el Kala-Azar americano; la Esquistosomiasis mansoni, la hidatidosis hepática y esplénica con diseminación peritoneal.
- 10.1-Martino Olindo. “*Síndrome disabsortivo secundario de origen parasitario*” Prensa Médica Argentina. 1992; 79: pp. 243-248
- 10.2-Martino Olindo. “*Giardiasis*” Prensa Médica Argentina. 1992; 79:pp117-123
- 11- Fue una observación casi frecuente durante mis visitas al Norte Argentino y, luego, durante mi Residencia Médica en Enfermedades Infecciosas y Tropicales en el Hospital das Clínicas y en el Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, Brasil. Años después en África y en Nicaragua. En la mayoría de los casos se trataba de una población infantil, carente y marginada.
- 12- Martino Olindo, Falcone Claudia. *Complejo Teniasis-Cisticercosis*. Capítulo 85. En *Infectología y Enfermedades Infecciosas*. Emilio Cechini, Silvia González Ayala. pags. 607-609. Editorial Journal . Año 2008.
- 13- El Dr. Isaac Horowitz, amigo dilecto, fue en mi opinión el ginecólogo más completo que tuvo el Hospital Muñiz. Con una excelente formación académica, fue el primer ginecólogo y obstetra argentino que se preocupó para dilucidar las variadas causas infecciosas que provocaban esterilidad, abortos y mortinatos en la mujer embarazada. Además, Isaac era un hombre brillante

que supo prestigiar, con su invalorable labor y erudición, el área de ginecología y obstetricia de nuestro hospital. Era de una exquisita sensibilidad y gran cultura. Apasionado lector de temas vinculados con la historia del arte, argumento que supo desarrollar en conferencias y exitosos programas radiales. Hubo comentarios que aseguraban que el Dr. Horowitz era sobrino del gran pianista ruso – nacionalizado norteamericano – Vladimir Horowitz.

Por sus inefables cualidades como médico y como ser humano personales conservo de Isaac un gran recuerdo.

- 14- El entonces Académico Titular de la Academia Nacional de Agronomía y Veterinaria de Buenos Aires, Prof. Dr. Alfredo Manzullo, fue el jefe del equipo destinado a estudiar la Listeriosis en sus aspectos epidemiológicos, clínicos, gineco-obstétricos y bacteriológicos. El grupo de trabajo estaba integrado por el Dr. Isaac Horowitz, el Dr. Edo Balsechi, bacteriólogo de la Cátedra de Clínica de Enfermedades Infecciosas de la UBA, y mi inclusión como clínico para el examen de las pacientes que concurrían a consultorios externos para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento infectológicos.
- 15- Durante la realización de un simposio en la Academia de Agronomía y Veterinaria en Buenos Aires el 17 de noviembre de 1980, el Dr. Horowitz fue relator del tema “*Listeriosis y embarazo*” en cuya exposición vinculó a las infecciones por *L. monocitogenes* como responsables de la infertilidad en la mujer donde, además, se comprobó una caída en ésta de los niveles de estrógenos.
- 15.1-Libonatti E. “*Clínica, diagnóstico y tratamiento de la listeriosis*”. Simposio sobre Listeriosis. Segundo semestre de 1980.  
[http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29313/Documento\\_completo.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29313/Documento_completo.pdf?sequence=1)
- 16- Lo denomino signo de la “*burbuja de aire*”. Este importante y llamativo signo traduce la actividad que desarrolla la larva de la mosca del ganado identificada como *Dermatobia hominis* a través de sus estigmas respiratorios. Sus huevos poseen una

sustancia pegajosa que se adhiere al abdomen de mosquitos y tras la picadura de éstos quedan pegados a la piel. Más tarde los huevos desarrollan la etapa larvaria. Cada larva quedará así encastrada sin posibilidad de llegar a la etapa adulta. En la intimidad de la piel vive gracias al oxígeno que toman del exterior utilizando sus estigmas respiratorios los cuales afloran a través del orificio cutáneo. Durante los movimientos que produce la larva viva y retenida en el espesor del tegumento, es posible comprobar la producción de minúsculas burbujas con aire que afloran y estallan testimoniando el contacto de sus estigmas respiratorios con el medio externo. Resulta hasta emotivo captar el momento donde una burbuja, casi imperceptible, se rompe en la superficie del orificio cutáneo. Porque está viva y al equivocar involuntariamente su camino evolutivo, el hombre la condena a morir. Claro... pero al costo de un molesto sufrimiento!

*Miasis forunculoide.* Martino, O; Orduna, T; Espinosa, M. En “*Atlas de Patología Humana Provocada por la Agresión de Animales*”. Capítulo 10. Pags. 145-146 y 153-154. Ed. Ideográfica. 2001.

- 17- Matilla K. J., en 1989, describió la relación entre el infarto agudo al miocardio y la infección dental; procesos infecciosos bucales tales como la periodontitis, abscesos periapicales y caries dental, con mucha frecuencia están presentes en los pacientes con cuadros clínicos de infarto agudo del miocardio. Además se demostró que la presencia en el torrente sanguíneo del antígeno “O”, procedente de la pared celular de bacterias *Gram* negativas pertenecientes a la flora bucal, puede alterar tanto la integridad del endotelio vascular como la coagulación sanguínea y la viscosidad del plasma; interfiriendo también la síntesis de prostaglandinas y la función plaquetaria. De esta manera se incrementan los riesgos para la formación de trombos que ocluyen las arterias coronarias. Mattila en 1993, estableció que la relación entre la infección dental, y el desarrollo de la enfermedad coronaria obstructiva, era posible como resultado de la interacción entre las bacterias y las células que toman parte en

la patogénesis de la aterosclerosis y la trombosis arterial; también demostró que *Streptococcus sanguis* podía generar agregación plaquetaria humana in vitro. *Porphyronoma gingivalis* y otros microorganismos fueron aislados a partir de placas de ateromas vasculares y cada vez existen más pruebas que confirman la asociación entre enfermedades periodontales y las afecciones cardiovasculares

Paunio, K., Impivaara, O., Tiekso, J., y Maki, J.: (1993) Missing teeth and ischaemic heart disease in men aged 45-64 years. Eur. Heart. J. 14: 54-56.

Mattila, K. J.: (1989) Association between dental health and acute myocardial infarction. Br. Med. J. 298: 779-781.

Existe acuerdo en relacionar variadas enfermedades sistémicas de patogenia autoinmune con procesos bucodentarios sépticos. <http://www.slideshare.net/ljarguello2/enfermedad->

- 18- Quedaré siempre agradecido por la generosa y gratuita provisión del producto biológico. Además del asesoramiento científico, proveniente del prestigioso Laboratorio Roux- Ocefa de Buenos Aires. Los primeros y alentadores resultados utilizando implante de colágeno en úlceras crónicas rebeldes a tratamientos convencionales en coletazos de raya de río, fueron documentados en nuestra obra "*Emponzoñamiento Humano provocado por venenos de origen animal - Estudio Epidemiológico, Clínico y Experimental*", pags.: 194 y 200. Año 1979. Publicado por el Ministerio de Bienestar Social de la Nación; Secretaría de Estado de Salud Pública; Sub-Secretaría de Medicina Sanitaria; Sector Educación para la Salud, y editada por la Imprenta del Instituto Geográfico Militar de Buenos Aires. *Agrego que hasta ese entonces no encontramos citas bibliográficas que mencionaran la aplicación de este método para cicatrizar las úlceras de génesis zoopática.*



Fig.:27.1. Varicela. El borde de la vesícula o pústula es irregular y en la mayoría de los brotes festoneado.



Fig.:27.2. Alastrin. La pústula tiene su borde regular bien dibujado y su consistencia es mucho más dura que la de la varicela porque se profundiza más en la dermis superficial.

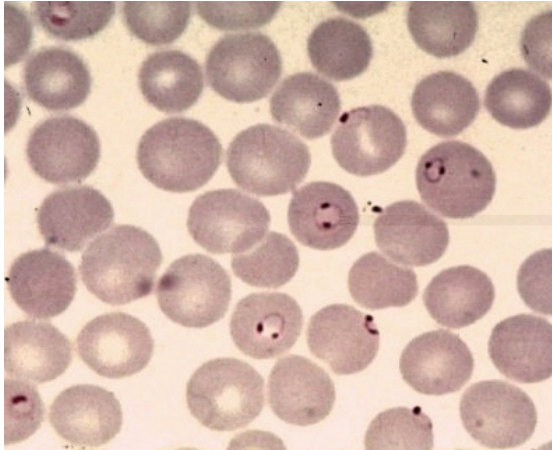


Fig.:27.3. Paludismo por *Plasmodium falciparum*. Varios glóbulos rojos parasitados por trofozoítos con la clásica forma de anillos. El extendido de sangre muestra a las claras la gravedad del caso debido a la importante anisocitosis y poiquilocitosis existentes.



Fig.:27.4. En el momento de picar el mosquito vector de la malaria (*Anopheles*) suele inclinarse adoptando un ángulo agudo con la superficie de la piel. En cambio el mosquito domiciliario (*Culex*) pica en posición horizontal.



Fig.:27.5. Larva de *Dermatitis hominis* responsable de la miasis forunculoide.



Fig.:27.6. Miasis forunculoide. En la figura se alcanza a distinguir un punto refringente (estigma respiratorio de la larva). Por dicho orificio suele observarse la emergencia de una minúscula burbuja de aire que indica que la larva está viva y activa. He llamado a este signo «estallido de la burbuja de aire»



Fig.:27.7. Dacrioadenitis. He observado este signo en variadas etiologías: mononucleosis infecciosa:, influenza, triquinosis, chagoma de inoculación (complejo oftalmoganglionar de Romaña), complejo óculoganglionar de Parinaud por arañazo de gato), adenovirus, agijonamiento por himenópteros, zoster oftálmico.

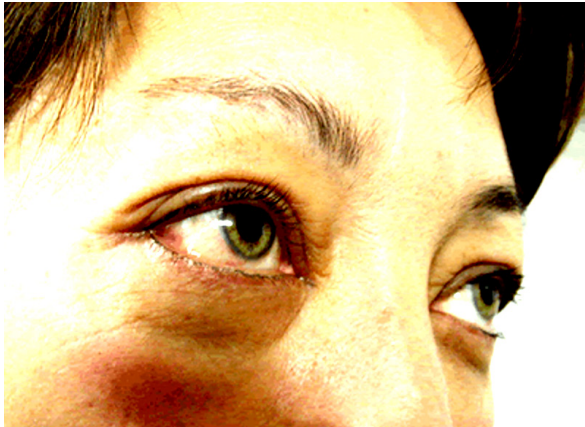


Fig.:27.8. Triquinosis. Tres signos patognomónicos de la forma aguda: edema bpalpebral, equimosis lineal subpalpebral y congestión del ángulo externo del ojo derecho, revelando la presencia de una dacrioadenitis.

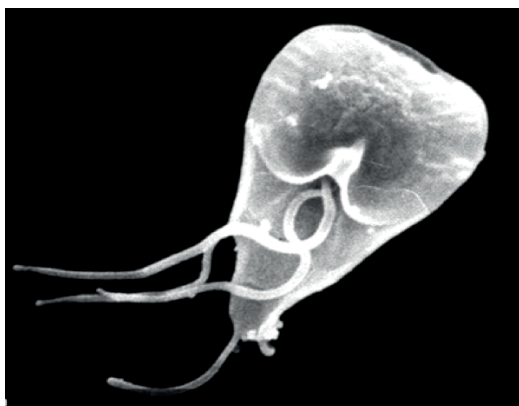


Fig.: 27.9. Trofozoito de Giardia lamblia. Parásito adulto.

Se visualizan el disco succionario y los flagelos.

Fuente: <http://www.cienciaydesarrollo.mx/multimedia/IMG1460649033-519>

## CAPÍTULO XXVIII

### **Pablo Ruiz Picasso**

### **y su concepción estética (pictórica)**

### **de la miseria y la enfermedad (I)**

*“La belleza perece en la vida no en el arte”  
Leonardo di ser Piero da Vinci (1452 – 1519)*

Entre las actividades cumplidas por la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, el día 5 de diciembre de 2005 se desarrolló la Jornada Científico Cultural “*Médicos pintores argentinos*”, organizada por el núcleo de pintores de la Asociación Médica de Cultura Artística (AMCA), filial de la Asociación Médica Argentina (AMA). En la oportunidad fui invitado a coordinar dicho evento y a dictar una conferencia ilustrada vinculada con el emotivo momento de la vida de Pablo Ruiz Picasso, denominado período azul donde el genial pintor plasmó en forma conmovedora la enfermedad y la miseria humanas. Finalizada la misma se realizó un “vernissage” durante el cual fueron expuestas pinturas y esculturas presentadas por colegas del arte de curar. Personalmente expuse tres óleos creados con inspiración surrealista.

Desde pequeño sentí atracción por el dibujo. Recuerdo que memorizaba los múltiples colores de las plantas ubicadas en anchos macetones que, con escrupuloso esmero, mi madre cuidaba en el amplio patio de la vieja casona donde me crié y pasé toda mi infancia. Siempre estuve fascinado por las inacabables tonalidades de verdes con que la naturaleza nos sigue regalando como si fuera su propio e irisado arco iris.

Ni bien regresaba de la escuela, o cuando no podía escaparme a la calle para jugar a la pelota, me encerraba en mi pequeño mundo de fantasías y comenzaba a garabatear con mis gastadas pinturitas aquellos objetos y figuras que emotivamente habían quedado sus-

pendidas en mis recuerdos. Mientras dibujaba era habitual que aplicara algún verde o bien, buscaba acercarme a él a partir de colores secundarios. Me empeñaba en recrear nuevos matices de aquel color primario (2) como si mi subconsciente quisiera sublimarse con la misma naturaleza.

Mucho tiempo pasó desde entonces pero aún puedo evocar a esas gastadas y mordidas pinturitas de mi infancia. Al igual que el desarrollo del deporte activo, el arte y la música - esta última fervientemente inculcada por mi padre - representaron para mí inclinaciones que, debido a mi condición social humilde, quedaron levitando apenas como deseos. Mi padres, inmigrantes, no pudieron brindarme aquellos solaces que hubieran hecho mi infancia quizás más feliz.

Durante más de cuatro décadas no volví a tomar un lápiz de dibujo o una cerilla. Pero vaya uno a saber cuál fue el motivo por el cual la impredecible marea del destino puso en mis manos una vez más un lápiz Faber 2 "B" y con él la llama creativa.

Sucedió un otoño de 1978 mientras estaba en reposo absoluto debido a una aguda dolencia de mi columna vertebral que me postró cerca de cinco semanas. Me encontraba llenando el crucigrama de un matutino, casi al borde del aburrimiento, cuando mi imaginación comenzó a garabatear algo que simulaba una figura o un boceto de naturaleza muerta. Llamativamente el lápiz iba y venía como buscando plasmar una forma o, quizás, la intención de recordar aquellos garabatos infantiles, mientras argueteaba aquel arco iris de mis verdes imaginarios. Ese interminable color capaz de alegrar cualquier rincón de la naturaleza y, en lo alto de las frondosas copas, mezclarse con el infinito cielo.

Ni bien me repuse fue entonces que decidí tomar clases de dibujo y pintura. Tuve así el placer de conocer a un gran paisajista, discípulo del gran pintor catalán Juan Batlle Planas, genial maestro del surrealismo (3) de quien Roberto Lanza fuera uno de sus alumnos predilectos. A partir de entonces y durante cinco años Roberto representó para mí un sensitivo y creativo maestro, y también un querible anciano hacia quien me uní en una espontánea amistad.

A su lado aprendí la técnica del “*dibujo a reacción*”, producto de la escuela del prestigioso catalán, donde la obra era elaboración del propio subconsciente. Se creaba apenas aquello que decidía nuestro espíritu.

En su estudio tuve así la oportunidad de conocer a pintores consagrados en la escuela de arte Prilidiano Pueyrredón que concurrían a su atelier para perfeccionarse en esa interesante técnica. Una suerte de surrealismo brotando desde el íntimo ser. Una forma de arte como genuino ejercicio del íntimo ser.

Los años que estudié con el maestro Lanza me orientaron a profundizar mis conocimientos en la historia y en la filosofía del arte. A medida que pintaba leía biografías de grandes maestros de la pintura, desde la escuela antigua, pasando luego por la renacentista y moderna, para finalmente detenerme con especial interés ante el impresionismo y, más tarde, en el surrealismo. Desde que la ví por primera vez, quedé fascinado con la inocente y bellísima tela de Claude Monet “Impresión sol naciente”, burlescamente satirizada por la crítica de la época. Esta magna obra representó el primer testimonio del nuevo y desafiante arte expresado, a continuación, por un grupo de jóvenes pintores europeos como Eduard Manet, Camille Pizarro, Paul Gauguin, Paul Cézanne, Alfred Sisley, Edgar Degas, Henri de Toulouse Lautrec, Auguste Renoir, el temperamental Vincent van Gogh y tantos otros que, poco a poco, fueron incorporándose al rebelde movimiento que definitivamente quedó bautizado como: “*Impresionismo*” (4). Cabe destacar que el primer defensor de este original y atrevido lenguaje plástico fue el teórico inglés del Romanticismo John Ruskin (5)

Seguí formándome con Roberto Lanza concurriendo a su atelier los días sábados. Mientras tanto, durante la semana, en los ratos libres que me permitían el ejercicio de la profesión y los compromisos docentes y personales, leía toda la bibliografía que tenía a mi alcance vinculada con la pintura impresionista y surrealista. Tuve la oportunidad de estudiar detenidamente y por un lapso de casi dos años a Emilio Petorutti, pintor argentino nacido en 1894. Me impresionó

su habilidad en descomponer una figura en diferentes planos con una belleza estética incomparables. Su arte osciló así entre el cubismo, el futurismo y la abstracción, logros que fue atesorando en París tras conseguir una beca para perfeccionarse en la ciudad feliz entre 1913 y 1924. Tal fue el impacto que recibí de este original y avanzado cubista argentino que comencé a realizar bocetos siguiendo su técnica –sobre todo la conjugación y difícil transparencia entre planos– por supuesto siempre orientado por la mano erudita y generosa de Roberto Lanza. Me llegó así la oportunidad de plasmar en su atelier mi primer trabajo al óleo realizado con técnica “petorutiana”. Fue un desafío que llegó a obsesionarme a medida que daba vida a mi primera obra bajo la mirada atenta del maestro. Tardé once meses para terminar mi cuadro. No lo podía creer. Roberto aprobó mi obra sugiriéndome que la presentara en una exposición. Creí que me estaba chanceando. Me respondió que esa obra era buena y hasta podía ganar un premio en la exposición. Quedé impresionado con la certidumbre de sus palabras. Un mes de setiembre, tres años después de iniciarme como alumno en el atelier de Roberto Lanza, presenté mi primera obra en la exposición organizada por la Asociación Médica de Cultura Artística (AMCA) que nucleaba a todos los profesionales de la salud de la Argentina. La exposición fue en el entonces Museo de Bellas Artes “Quinquela Martín” del barrio de la Boca. Sin imaginarlo siquiera obtuve el primer premio, en la categoría pintura. Fue el primer reconocimiento en arte que recibí en mi vida. El destino me había negado desarrollarme en el deporte y en la música, pero generosamente, mucho tiempo después, me había premiado con el despliegue de una vocación postergada: la pintura!

Tras aquel impensado y estimulante mojon en mi vida continué alternando mi labor profesional con la práctica entusiasta de la pintura. Al cabo de cuatro años había aprendido mucho y mi amistad con Roberto, como así también con los otros compañeros del taller, se habían afianzado mutuamente.

Un día llegó a mis manos la vida alucinante de Pablo Ruiz Picasso. Excepcional figura que, según Julio E Payró, pintor, ensayis-

ta y crítico de arte argentino, fue un artista bastante polemizado por el juicio contemporáneo a punto de ser considerado por una escasa minoría – incluyendo a Matisse, Klee y Kandinsky – como “...*el más rico, complejo y variado intérprete plástico de las vivencias humanas que ha conocido la historia ...*”. Personalmente – me valgo apenas de mi sentimiento estético hacia su obra - coincidí en reconocer a este insigne plástico malagueño como a un genuino intérprete de las “*vivencias humanas*” del siglo XX. Quizás el más grande cubista analítico de su época quien con acierto solía decir: “*Pinto los objetos como los pienso, no como los veo*”

Durante años me detuve a estudiar el denominado “periodo azul” de Picasso, donde solía vestir a la tragedia humana con un triste y monótono pincel azul cobalto (6). Logré así capitalizar un importante conocimiento que me permitió interpretar el profundo lenguaje creativo que encierra la concepción cubista de su arte, poco menos que insuperable. En cada idea, en cada movimiento, en cada trazo, su vastísima obra se mostró caprichosamente desafiante, irónica, creativa y libérrima. Su nutrida producción estuvo así plasmada entre la lucidez y la obsesión, entre el dramatismo y la frivolidad, entre la lujuria y la candidez. No dejó resquicio humano sin explorar. Pero, sobre todo, logró esculpir en la retina humana el inefable sentido estético de libertad. Sin embargo el minucioso rastreo de su magna obra, trasunto de su vida audaz y polifacética, permite develar ciertos laberintos de un período acaso no tan confortable y feliz en la vida del artista.

Apenas un fugaz atisbo hacia su autorretrato realizado cuando tenía 19 años, nos lo muestra con una mirada hacia lo nebuloso y desconocido, alentando quizás cruciales interrogantes. Su semblante algo demacrado y tristón, el cabello oscuro y enmarcado con fuertes trazos ondulantes que endurecen sus rasgos a expensas de mejillas hundidas y orejas aristadas. A pesar de la leve pesadumbre que esboza su mirada, el autor remata la autoestima de su rostro altivo, aunque sincero, con pinceladas que delinean sus elegantes y enarcadas cejas y su cándido bigote juvenil. En fin, acaso la figura de un

muchacho más pero con expresión vacilante ante un futuro todavía incierto.

Veamos, a modo de breviario, algunos mojones de su vibrante existencia que, además, permiten la reflexiva atención del médico.

Desde la adolescencia, fue llamativo su talento expresivo a expensas de un academicismo a veces ingenuo; otras veces de cálida intimidad y, en ocasiones, hasta con tendencia frívola. A partir de entonces, mucho se ha escrito e interpretado acerca de sus versátiles y cambiantes actitudes para testimoniar su atrevido ingenio. La ilustre pluma de Leopoldo Cortejoso, Miembro de la Real Academia de Medicina y de Bellas Artes de Valladolid, sostiene que tan osados cambios observados en su evolución “... se deben a una suerte de revancha sobre la pequeña burguesía en la cual vio la luz primera”. Otros críticos estiman que tamaños y decisivos giros en su trayectoria artística se debían a un complejo de Edipo por el “*gran afecto hacia su madre en oposición a una franca rivalidad ante la persona de su padre*” quien, vale recordar, era profesor de dibujo y director del Museo Municipal de Málaga durante la infancia del bisoño artista. Lo cierto es que por natural predisposición, o tal vez debido a una melancólica frustración incitada por tanta impaciencia creativa, Picasso, tras completar estudios artísticos en Barcelona bajo la doctrina clasicista, se traslada a París en procura de nuevos derroteros para su desbordante vocación estética y alentado por una incontenible ansiedad creadora.

Ya en la ciudad luminosa, el joven Pablo comenzó a inscribir un importante e inédito capítulo pictórico. A través de una concepción plástica por momentos grotesca y desoladora fue un mundano prólogo para el naciente siglo XX, Nacieron entonces sus lóbregas paletas azul y – algo menos - rosa, en las cuales retrató con austera acritud la vida y la muerte, la pobreza y la enfermedad, el desamparo y la soledad. ¿Qué otra cosa sino la pueril y endeble condición humana? A partir de trazos por momentos rígidos y disarmónicos consiguió desvestir la cruda esencia humana; el íntimo y ansiado amparo; aquel abrazo de amor previo a la unión procreadora; la prolongación de la vida misma a través del nuevo ser. Mensajes que

simbolizaron a la vez que sintetizaron la vida en su incansable plenitud y que, aún mismo adusta, es, a la postre, capaz de soportar todo.

Pero dramático, por cierto, fue su sentido interpretativo frente al sombrío hado de la muerte, acaso exhortado por el sentimiento de melancolía que lo impregnaba en esa época. Cabe recordar que el artista, desconsolado, lo expresa por primera vez en 1901 en París, en el rostro exangüe de su entrañable amigo Casagemas, suicidado con un pistoletazo en su sien derecha. Con magistral simpleza de líneas Picasso logra conmover al observador mostrando la pálida frialdad del rostro sin vida. El amortajado semblante permite rescatar, al momento, detalles como: la sien que sombrea la entrada del proyectil y la comisura labial fuertemente caída con la rígida expresión que elocuencia quizás la insuperable desilusión que lo llevó a sumergirse en la quietud de un eterno silencio.

Más tarde, en 1905, su personalidad todavía desilusionada y hasta depresiva logró concebir otra conmovedora obra: *La muerte de Arlequín*, cuya simple mirada resume la serena cesación de la vida. Las manos, piadosamente unidas, surgen de una larga y delgada figura que armoniza con el mustio semblante. La pálida tonalidad de la composición parece simbolizar a la muerte levitando en su tránsito hacia un universo habitado por curiosos espíritus.

En realidad no se sabe con exactitud los reales motivos que impulsaron a Picasso a representar aquellos escenarios sombríos, retratando el sufrimiento del hombre. Lo cierto es que la soledad, el desamparo, la miseria y la enfermedad representaron pesadas cargas inspiradoras que el artista llevó a costas durante el enigmático período azul de su obra. Charles Morice, que tanto escribió sobre él, pretende explicar su taciturna y agobiante conducta pictórica con esta pluma: *“La tristeza estéril que pesa sobre la obra entera de este mozo es extraordinaria... Diríase la tristeza de un joven dios que quisiera reformar al mundo. Pero es un dios sombrío... Su pintura misma está enferma; ¿incurablemente? No lo sé”*. Esta reflexión de Morice nos lleva a pensar que el todavía novato artista clamaba, con tosca rudeza, frente a la infame desigualdad social de la época. Y lo hizo con

una desesperanza claramente plasmada en su cuadro *“Pobres cerca del mar”*. Un hombre, una mujer y un niño componen la escena. Se hallan a orillas de un mar lánguido y descolorido. Van descalzos con abrigos de oscuras ropas cuyos tonos umbrosos parecen identificar el abatimiento anímico del joven artista, y que tal vez se vea representado en el hombre con sus brazos fuertemente cruzados, como mitigando la gélida impotencia de su destino.

Desoladora también es su obra *“Pareja en un café”*. El semblante ensimismado y abatido del hombre con perceptibles rasgos de agotamiento. A su lado la mujer que si bien parece refugiarse en el hueco varonil muestra, sin embargo, un rostro sereno e iluminado por una llamativa claridad de la pintura que contrasta con la enjuta expresión de su pareja. Algunos críticos sostienen que tal claridad simboliza la luz de la esperanza.

Cabe destacar que en esta definida época azul Picasso fue decididamente el pintor de la miseria. Su magistral concepción de tamaña realidad social la extiende hasta fines de 1905, al denominado período rosa con su emotivo lienzo *“Madre e hijo”*. En ella se aprecia a la joven madre atribulada y pensativa, envuelta en el descolorido mantón que extendido hacia su mejilla le ofrece a modo de palma el apoyo consolador. También resulta elocuente la concepción del misérrimo desamparo social a través de la figura de esta mujer estrechando con una mano desproporcionadamente protectora a su pequeño hijo, cuyo semblante sereno y complacido contrasta vivamente con la mirada tímida y desorientada de su abatida madre. Una vez más Picasso mostrando la impiadosa realidad del aciago destino.

Queda, finalmente, la penosa silueta de la enfermedad, trajeada duramente por Picasso a partir de fríos y oscuros cobaltos, o a través de crudos y deformados trazos que simbolizan el aflorante dolor físico y el suplicio mental. Conmovera es así la interpretación que hace el artista del pobre demente en su despojada interpretación de *“El Loco”*, mostrándolo harapiento, la mirada arrebatada y envuelto en una pelambre ennegrecida y desordenada. Las alargadas manos *“parecen aprisionar la razón que se le escapa”* (Leopoldo Cortejoso) o,

quien sabe, gesticulando un frustrado ahorcamiento. Su andrajosa y extrema delgadez son suficientes para testimoniar la lastimosa carencia y el profundo alejamiento racional.

Con acentuada estilización del dibujo, Picasso llega al apogeo del período azul a través de su estupenda obra “*El viejo guitarrista ciego*” desoladora, por cierto, aunque plena de sentido movimiento. La cabeza derrumbada con los párpados fuertemente cerrados y hundidos en el hueco sin mirada y su boca entreabierta, parecen conjugar la tétrica mueca de un ser vencido. Sin embargo, impresionan las alargadas y bellas manos que contrastan con la desventurada figura. Acaso quieran decir que un velado y exquisito tacto puede todavía rescatar, desde la irremediable tiniebla, la dulce melodía de una realidad. Sin duda, una concepción trágica de la ceguera pero donde la aceptación digna del dolor es capaz de redimir la miserable condición humana.

Otro alegato pictórico de la pesarosa época azul lo constituye su dramática versión de “*La comida del ciego*”, guardada celosamente en el Metropolitan Museum of Art de Nueva York. También aquí el personaje muestra el patético y afilado perfil humano con una profunda ojera que ensombrece todavía más el oscuro pléyago de la ceguera. Y otra vez se repiten los delicados movimientos de las manos cuyos dedos sutiles y casi afeminados permiten, al infortunado ser, imaginar en su oscura soledad aquellas vivencias irremediabilmente vedadas.

Hemos transitado así por el mundano y enigmático retazo de vida de un virtuoso del arte universal, Pablo Ruiz Picasso, el genial malagueño que acaso como ninguno logró crear un melodramático estilo pictórico para expresar con profundo realismo el impredecible destino de la criatura - pensante y sufriente - a través de la miseria, la orfandad, el dolor físico, y la muerte cruel.

Tras haber estudiado con la mejor atención y disposición posibles, consciente también de mis limitadas posibilidades de crítica hacia el arte pictórico en general, he quedado profundamente impresionado con la que considero una irreplicable obra lograda por aquel, entonces joven Pablo Ruiz Picasso, extremadamente sensible e inquieto quien aferrado al sombrío índigo de su pincel tuvo la

plástica elegancia de conjugar belleza y angustia, inspiración y tristeza, virtuosismo y humanidad dejándonos, más allá del tiempo, el amargo testimonio del imperecedero sufrimiento humano.

## Notas y referencias bibliográficas:

- 1- Jornada científico cultural “*Médicos pintores argentinos*” realizada en el Salón Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires el 5 de diciembre de 2005. Organizada por el núcleo de pintores de la Asociación Médica de Cultura Artística (AMCA).

“*Pablo Ruiz Picasso y su concepción estética (pictórica) de la miseria y la enfermedad*” Conferencia publicada en el Bol. A. N. de Medicina 2005; 83(2):359-369.

- 2- Se considera color primario, o también primitivo, al color que no se puede obtener mediante la mezcla de ningún otro. Su captación se basa en la respuesta biológica de las células receptoras del ojo humano, ante la presencia de ciertas frecuencias de luz. En cambio, la mezcla de dos colores primarios da origen a un color secundario.

Colores *primarios*: verde, azul, rojo. Ejemplos de colores *secundarios*: Verde + azul = Cian; Rojo + azul = Magenta; Rojo + verde = Amarillo; Rojo + azul + verde = blanco

[https://es.wikipedia.org/wiki/Color\\_primario](https://es.wikipedia.org/wiki/Color_primario)

- 3- Juan Batlle Planas, nació en 1966 en Gerona, Cataluña. Radicado en la Argentina desde muy pequeño, fue orientado por su tío pintor que perteneció a la escuela surrealista y en sus últimos años abrazó el neorromanticismo. Fue un eximio creativo cuyas obras se inspiraron en su formación cultural basada en la filosofía zen, el psicoanálisis y la *orgonomía* de Wilhem Reich (3.1.), médico psiquiatra discípulo de Sigmund Freud. Fue así como Batlle Planas dejó el recuerdo imborrable de su obra en un mural del Teatro San Martín que lleva como inscripción una poesía dedicada a su esposa Elena: “*Yo y tú llevamos más que bes-*

*tias, como animales penetrados, por la sabiduría / y dejamos estela/ alimentados por la bondad que el vacío adquiere por el amor*". Batlle Planas murió en Buenos Aires en 1966.

- 3.1. Wilhelm Reich (Dobrzanica, Galitzia, 1897 –1957) fue un inventor, médico, psiquiatra. Para Reich el sexo y el trabajo entretienen una relación bioenergética, por lo que sostuvo inicialmente las siguientes dos tesis principales:

«La salud mental de una persona se puede medir por su potencial orgásmico», y

«La psique de una persona y su musculatura voluntaria son funcionalmente equivalentes».

- 4- Más allá de preocuparse por la perfección de la forma, el impresionismo se esforzaba por rescatar de la plena "Natura" la luz y el color. Así el espectador lograba que su retina quedara "*impresionada*" con el fuerte contraste entre luces y sombras.
- 5- John Ruskin (Londres, 1819–Brantwood, 20 de enero de 1900) fue un escritor británico, crítico de arte, sociólogo, artista y reformador social, uno de los grandes maestros de la prosa inglesa. Este importante teórico inglés del Romanticismo defendía la impresión frente a la descripción.

*<https://es.wikipedia.org/wiki/Impresionismo>*

- 6- El periodo azul representó un lapso que se situó entre los años 1901 y 1904. Al parecer fue una etapa poco feliz de su vida como pintor la cual, según algunas referencias bibliográficas, no le sonrieron económicamente. Se la identificó como tal debido a la casi constante tonalidad azul cobalto que imprimía a sus telas, evidenciando una propensión a la melancolía. Quizás se sintió también sensibilizado por las tristes vivencias observadas en los barrios pobres de París que le permitieron simbolizar, con los rígidos y alargados trazos de su magistral pincel, escenas de la pobreza, la enfermedad, la soledad y la muerte – coincidente este último sentimiento con la trágica desaparición de su camarada y amigo Carlos Casagemas ocurrido en el verano de 1901 – Esa tendencia conmovedora y un tanto patética del período

azul dejada por el artista malagueño fue transformándose poco a poco con modelos menos rígidos y tristes, y colores más alegres como el rosa, el amarillo, los ocre y los tierras tostados mientras que los claros oscuros se tornaron menos contrastantes y lúgubres. De igual forma su obra fue cambiando con representaciones de juglares, arlequines, familias de saltimbanquis, acróbatas contorneándose y figuras humanas de hombres y mujeres con semblantes apacibles y matizadas con colores más vivos y alegres. Nació así otro breve momento creativo de Pablo Picasso denominado “*pe y d cr2gur223do 4 cr, c igundoextend5(cih-5(a70( egueñ906.so ))]*”



Fig.: 28.2. Significativo auto retrato de su juventud mostrando las cejas enmarcadas en una expresión pensativa.



Fig.:28.3. Otro momento de su juventud que muestra una expresión diferente al retrato de la figura anterior, con una mirada más segura y altiva.



Fig.: 28.4. La muerte de su gran amigo Casagemas lo inspiró en esta pintura donde resalta la palidez de la muerte contrastando con la sombra que señala el sitio del pistoletazo.

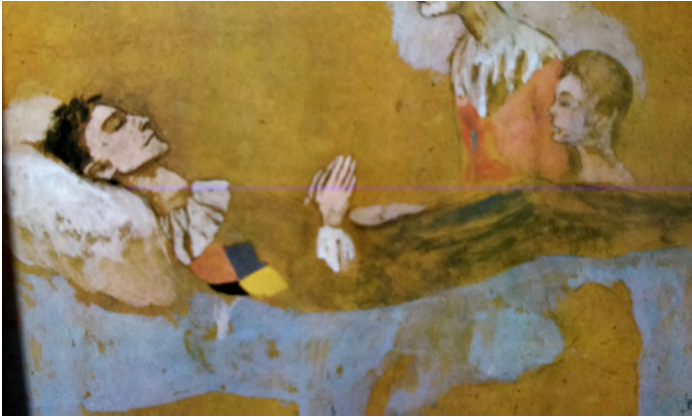


Fig.: 28.5. La muerte del arlequín representa otra expresión suprema del arte de Picasso que permite observar la pálida y serena expresión de la cesación de la vida.



Fig.:28.6. Pobreza cerca del mar. Esta obra marca un momento de la época “cobalto” del arte pictórico de Picasso con su color monótono y oscuro expresando la pobreza estructural a través de esta imagen de una familia descalza

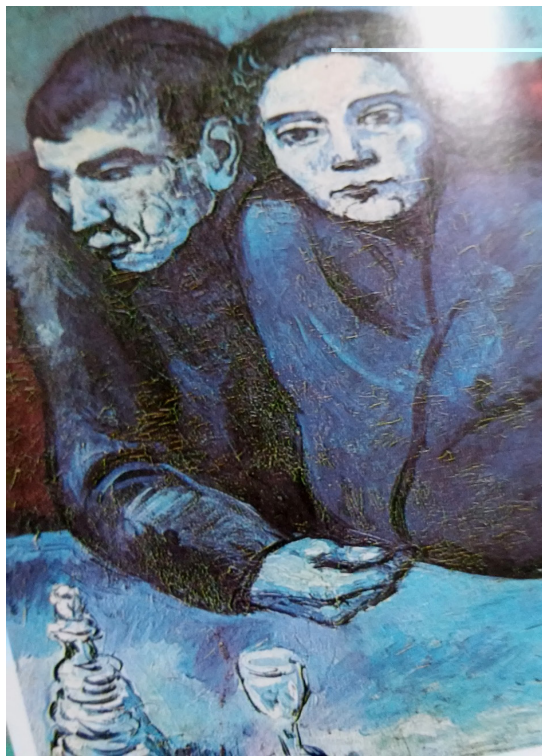


Fig.: 28.7. Pareja en el café. El artista continúa transitando por la época «cobalto» plasmando obras que expresan el vacío existencial.

En esta imagen se aprecia el semblante sombrío del hombre contrastando con la luminosidad que se refleja en la mirada de esperanza de la mujer





Fig.:28.9. "El loco", harapiendo y gesticulando.  
Picasso tenía una llamativa sensibilidad para expresar el  
dramatismo de la enfermedad en sus obras.

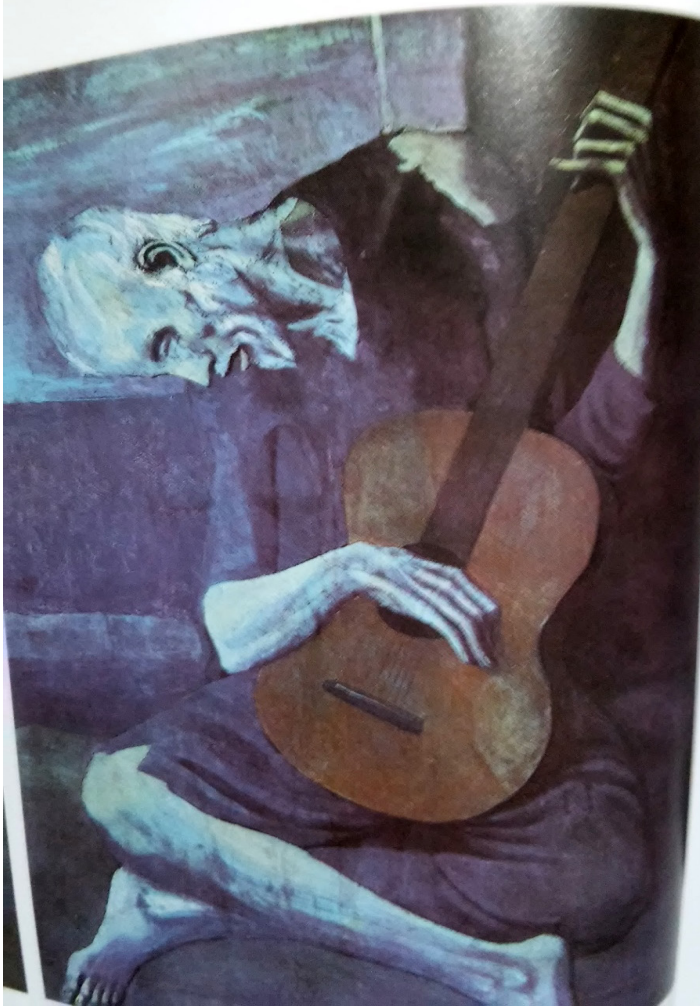


Fig.:28.10. "El guitarrista ciego".  
La profunda soledad y tristeza se halla magistralmente elaborada  
en esta estremecedora obra de Picasso.

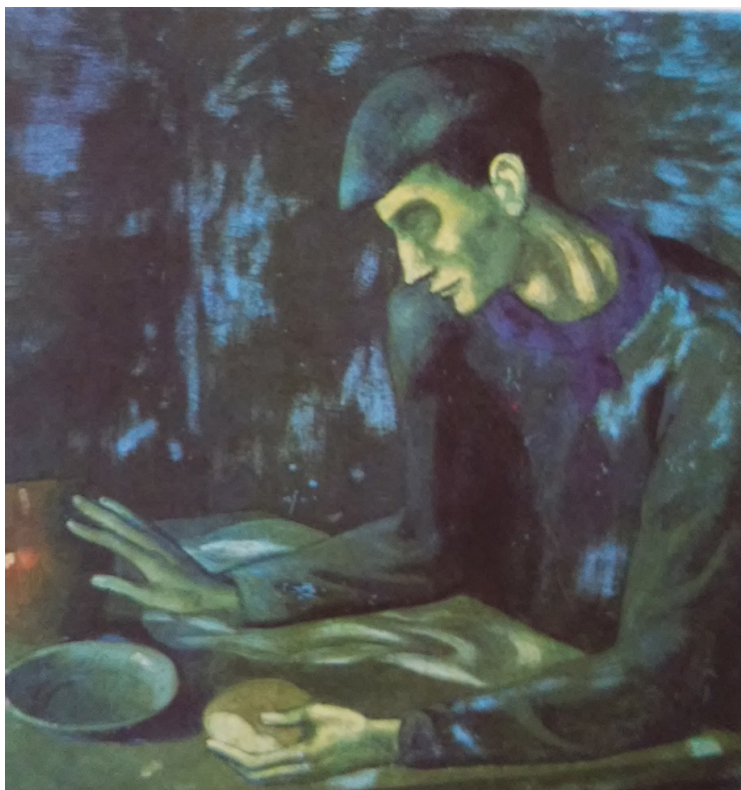


Fig.: 28.11. La depresiva tonalidad del cobalto queda expresada en esta impresionante obra del pintor malagueño. Las órbitas ampliamente sombreadas y vacías acompañan a una mano alargada buscando en el vacío. Sin embargo el artista deja un alivio: la otra mano consigue aferrarse al mendrugo de pan.

## CAPÍTULO XXIX

### Frente a frente con el despiadado acrónimo: VIH-SIDA (\*)

*“Hemos recorrido un largo camino, pero no hemos llegado hasta donde quisiéramos. Es evidente que tendremos que esforzarnos aún más para asegurarnos de que los recursos y las acciones necesarias están a la altura del compromiso que hemos contraído. No podemos alegar que hay problemas comparables que son más importantes, o más urgentes. No podemos aceptar que “surgió otro asunto” que nos obligó a dejar el SIDA en suspenso. Siempre habrá otro asunto”*  
*Kofi Annan. Séptimo Secretario General de Las Naciones Unidas. Nació en Ghana el 8 de abril de 1938. Premio Nobel de la Paz 2001.*

Todavía suelen escucharse aquellas lejanas anécdotas de la historia de los pueblos recordando la sombría campanilla que identificaba a esa enfermedad cruel. Porque se trataba de la lepra que venía con la carga de una maldición divina. La consigna era categórica: había que alejarse del cuerpo llagado y maloliente.

Hoy, la especie humana quizás deba maldecirse por haber facilitado la peligrosa siembra de otro virulento mal a través de malvadas semillas: desidia, promiscuidad, drogadicción, falta de educación en las conductas sexuales, sangre contaminada... Me refiero a la emergencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la naturaleza, hoy ya como un trágico y pandémico maleficio.

Todavía hoy, la figura antropológica creada por este virus representa, a nivel mundial, el más importante e impredecible desafío que enfrenta la salud pública. A partir de sus esenciales mecanismos de transmisión – sexual, sanguíneo y desde madre a hijo – tiene la capacidad de romper toda barrera imaginable. Significa decir que puede originar fuentes de infección tanto en varones como en mujeres, diferentes en sus edades y niveles socio económicos y culturales.

Y hasta crear infección, inadvertidamente, en personas con prácticas exclusivamente heterosexuales.

Es comprensible que el riesgo de infección resulte mayor en aquellas poblaciones de escasos recursos económicos, con bajo nivel de instrucción y educación, factores que limitan una adecuada información acerca de la enfermedad y sus complicaciones, alejándolas del primer nivel de asistencia sanitaria.

Con precisión, el antropólogo mejicano Bernardo Robles (1) considera que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana “...es responsable de un padecimiento totalizante que involucra al individuo con su entorno social, condicionando todas sus manifestaciones culturales”. Es así como cada sujeto construye básicamente su dolencia conforme a la información que le llega a través de los círculos médicos o a partir de los grupos de personas que configuran su familia, amistades, entorno laboral, grupos de apoyo y medios de comunicación como la TV, radio, periódicos, folletos, revistas, etcétera. Como también resulta atinada la observación de Ornish (2) quien sostiene que tanto la contención familiar como los vínculos desarrollados a partir de la amistad, el compañerismo y la comprensión en cada momento de la vida cotidiana, ayudan a mejorar la calidad de vida y el cuidado de la salud.

Al igual que cualquier otro padecimiento de evolución prolongada, complicaciones frecuentes y pronóstico todavía incierto, las personas diagnosticadas como seropositivas construyen un doble simbolismo bio-social: por un lado, frente al espejo de su conciencia, asumen la realidad de un cuerpo frágil e insano que exige impostergradable asistencia médica y esmerada contención psicológica. Por el otro, ese mismo espejo va creando fantasmales sensaciones de marginalidad que lo estigmatizan empujándolo hacia el orillo social. Surge entonces el obsesivo deseo de recuperar el tan ansiado bienestar... la salud como preciado don humano!

De igual forma como en el cotidiano vivir existen palabras inoportunas que hieren el oído pulcro y las buenas costumbres, así también en el arte asclepiano hubo siempre cuidado en pronunciar

ciertos vocablos que identificaban a enfermedades graves o pestíferas. En mi época de médico interno recuerdo cuando un paciente con lepra lepromatosa concurría al servicio de dermatología del hospital Muñiz. Precisa e inviolable era la regla que prohibía mencionar la palabra lepra. Apenas podía ser identificada por el personal sanitario como “*la enfermedad*”. Hoy, vencido el temor y asumida su real dimensión médica y social, el mal de Hansen ha dejado de representar una maldición bíblica. Algo similar ha venido aconteciendo con el uso del acrónimo SIDA o el sentenciante Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

## **Reflexiones en torno al fenómeno epidemiológico del SIDA**

Escudriñar la historia natural de una enfermedad infecciosa, cuyo escenario se remonta a primitivos reservorios naturales, representa un indudable desafío. De ello se trata cuando pretendemos sumergirnos en el origen de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Los testimonios epidemiológicos reunidos hasta el presente parecen confirmar que la infección en la naturaleza se inició a partir de virus oriundos de primates no humanos - Simian Immunodeficiency virus (SIV) – presentes en subespecies de chimpancés (*Pan troglodytes troglodytes*) (3), (3<sup>a</sup>), (3b), como también de poblaciones de monos verdes capturados en extensas zonas del África Sub Ecuatorial (4).

Se especula que en su primigenio ecosistema africano este virus originario del mono provocó una infección masiva – a modo de epizootía - y luego de la muerte de varios linajes de estos primates altamente susceptibles, se creó una selección natural con nuevas poblaciones que lograron mantenerse resistentes. A través del tiempo se comportaron como reservorios naturales del virus manteniendo la circulación viral limitada apenas al seno de la naturaleza.

Considero que el mundo científico se halla hoy en condiciones de reconstruir, con bastante acierto, la historia natural de la infección del VIH en la naturaleza. Veamos: Como puntal se menciona haber

logrado describir cerca de 40 retrovirus de inmunodeficiencia simia (VIS) en áreas del Viejo Mundo, pero llamativamente “ninguno que haya infectado a primates del Nuevo Mundo” (5) Significa imaginar que el universo de los retrovirus que originariamente –vaya a saber desde cuándo– infectaron a los primates no humanos, se originó y se mantuvo exclusivamente en el anciano ecosistema terrestre. Un rincón viviente del planeta no pisado aún por el humano. Concretamente, el VIS representaría una infección apenas circunscrita al mono. Este hecho obliga a recordar que otras enfermedades transmisibles emergentes que de pronto acometieron a la especie humana tales como la fiebre amarilla, la rabia, el Ébola, el Hantavirus, tuvieron sus ancestros originarios en monos, murciélagos y roedores que mantuvieron la circulación de sus agentes infecciosos en áreas silvestres desconocidas, no transitadas por el hombre hasta el momento en que éste – siempre intrépido en la búsqueda de aventuras y poder – irrumpió en aquellos “nichos” escondidos exponiéndose al riesgo de infectarse. Y así, tantas veces, pagó con su vida tamaña osadía (6).

Pero volviendo a nuestro tema, es momento de preguntarse ¿cómo se concibió verosímilmente el trágico “salto” del virus del simio al hombre? ¿Cómo se entiende el hecho por el cual el mono – a través del tiempo - ha logrado convivir con el virus mientras tanto “*Homo sapiens*”, tras una larga incubación, enferma y, si no es severamente tratado indefectiblemente, muere tras un profundo deterioro orgánico? ¿Cómo logró el primitivo VIS tan insospechada artimaña? A la fecha existen las siguientes pruebas esclarecedoras:

- a) La familia – *Retroviridae* - a la cual pertenecen retrovirus que afectan a los simios, posee un genoma cuyo ARN, antes de ingresar para enriquecerse con el ADN de la célula huésped, usa como receptor la proteína CD4. De igual forma sucede en el humano.
- b) Los análisis genéticos que permiten comparar las secuencias virales de diversos *Lentivirus*, permitió vislumbrar un llamativo parentesco entre los dos virus - VIH-1 y VIH-2 - de la inmu-

nodeficiencia humana con aquellos virus que afectan al chimpancé (*Pan troglodytes*) y al mangabeyo fuliginoso (*Cercocebus atis*), respectivamente. Estas especies de monos habitan la región central y occidental del África ecuatorial. Al parecer el tiempo y las circunstancias promovieron una sorprendente coincidencia entre lugar geográfico, reservorio animal y agente infeccioso. Se cree que así se gestó la historia natural de la infección humana.

- c) Se especula que el VIH-1 logró el salto a la especie humana hace aproximadamente cien años (7), debido a la práctica de la caza y el manipuleo de carne de monos en el escenario natural de Leopoldville (8), donde se pudo documentar el caso más antiguo a partir de una muestra de sangre obtenida en el año 1959. Surge de inmediato la pregunta: ¿si el VIS fue transmitido en forma natural de este vertebrado al hombre, entonces el SIDA representa una auténtica zoonosis? Existen argumentos que lo niegan según estas comprobaciones:
- c-i Ambos virus – SIV y VIH-1 – no son iguales. Si bien se considera que el SIV fue transmitido al inicio de la historia natural de esta enfermedad en forma natural al hombre, el SIV convive en la naturaleza con sus huéspedes antropoides infectándolos pero sin causarles enfermedad manifiesta (9). En oposición, el VIH es sumamente patógeno para el humano provocándole un grave e irreversible deterioro de su sistema inmune que lo lleva a la muerte abatido por una sucesión de enfermedades oportunistas. Sin embargo no infecta al mono.
  - c-ii Que el SIV y el VIH-1 representan virus diferentes lo demuestra la presencia de una proteína intracelular – TRIM5 alfa – (10) que con astucia paradójica *ampara el sistema inmunológico del animal*. Ella reconoce la cápside de varios retrovirus – incluido el VIH-1 – bloqueando su producción. Si bien los seres humanos poseen esta proteína, ella solo los protege contra otros virus pero no contra

el VIH (11). ¿Pero qué le habrá sucedido a esta proteína para ser tan despistada e indiferente contra tamaño enemigo?

- c-iii La presencia –permítaseme decir *completa*– de la proteína TRIM5-alfa en el mono explica así que el primate no humano sea resistente al VIH -1, otro argumento que habla a favor de la diferencias de ambos virus.
- c-iv Si se acepta que SIV y HIV son virus parientes, aunque diferentes, debe cuestionarse su ubicación como enfermedad zoonótica ya que SIV no se transmite naturalmente desde el mono al humano y éste, además, es resistente al SIV. Por su parte HIV, luego de modificado, sigue transmitiéndose regularmente de hombre a hombre. En consecuencia VIH representa una “antroponosis” (del griego antrhops: hombre y gnosos: enfermedad); pero no de una antropozoonosis (ánthrōpos, hombre, zoon, animal, gnosos, enfermedad), es decir una enfermedad común a los hombres y a los animales vertebrados.

¿Es lógico aceptar entonces que HIV es producto de un accidente evolutivo donde la circunstancial mutación del gen de los simios convirtió al HIV en un virus altamente virulento? (12) Al parecer sí, porque en el conjunto de proteínas reguladoras de la actividad del VIH, existe una, enigmática por cierto, denominada *nef* que, especialmente en el VIH-1, le confiere una desusada virulencia en el humano llevándolo irremediablemente a un total desmoronamiento del sistema inmune que caracteriza al SIDA. Veamos cómo se procesa tan sigiloso y cruel mecanismo.

Esta proteína y gen existe tanto en el mono como en el humano infectados por SIV y VIH, respectivamente. Mientras que en el mono tiene la propiedad de activar específicamente a las células T (CD4), infectándolas pero sin destruirlas, permitiendo así limitar la infección y desarrollar protección. El mono sobrevive llevando la infección a cuestas. En cambio, en la versión humana del virus –VIH– la

proteína *nef* empuja a las células CD4 a su destrucción por el proceso de muerte programada conocido como “apoptosis”. ¿Por qué este comportamiento tan dispar?. Este singular hecho ha sugerido a los investigadores que la función protectora de la proteína *nef* existente en el virus del mono (SIV) se perdió durante la evolución y pasaje de éste al linaje que originó el VIH. *En el humano la proteína nef del VIH ha perdido la capacidad de frenar la “iterativa” estimulación de los CD4 llevándolos al agotamiento y al desmoronamiento de su capacidad inmune.*

Significa entonces que la actividad inmune garantizada y mantenida gracias a la función del gen protector de la proteína Nef permite explicar por qué “*muchas especies de monos naturalmente infectados por el VIS no desarrollan enfermedad*”. En definitiva, “*Una respuesta inmunológica fuerte puede ser buena en el corto plazo, pero si se sostiene por un largo tiempo en aquellas personas con VIH – por estímulo permanente – lleva al agotamiento del sistema inmune*” (13)

Aunque todavía existen rincones oscuros vinculados con el origen del VIH/SIDA, aportes epidemiológicos convincentes testimonian la vigencia de dos modalidades de transmisión de este *Lentivirus*: una compatible – aunque no aceptada en forma unánime – con la transmisión zoonótica, desde el animal al humano (14) – originaria del Viejo Mundo – mientras que la otra, independizada ya del mono y procedente de un virus mutado, comenzó a transmitirse de hombre a hombre – HIV del nuevo Mundo – perpetuándose así en su nuevo reservorio “*Homo sapiens*”. En consecuencia la primera modalidad representaría una – reitero discutida – antropozoonosis y quedaría avalada por similitudes encontradas en la organización genómica y en la relación filogenética entre los virus de especies de primates no humanos y el hombre (15) (16, (17). Mientras tanto, la modalidad antroponótica – transmisión de persona a persona – desarrollada en el Nuevo Mundo y luego diseminada universalmente, comenzó a golpear despiadadamente a partir de la década del ‘80. Hasta la fecha el indicio más antiguo de la pandemia de SIDA proviene de una muestra de sangre obtenida en el año 1959 en África

occidental. Este hallazgo fue documentado por el grupo de David Ho y colaboradores, perteneciente a la Fundación Aaron Diamond de la Universidad de Rockefeller de Nueva York e investigadores del Laboratorio Nacional de los Álamos de Nueva Méjico. En esa tarea cooperaron el Instituto Santa Fe de dicha ciudad y el Departamento de Genética de la Universidad de Nottingham, perteneciente al Reino Unido (18).

Como fuera ya expresado y de acuerdo con la evidencia histórica, la existencia de Lentivirus en la naturaleza es muy antigua. En sus orígenes se adaptó y circuló entre primates no humanos para luego prepararse miles de años hasta saltar, fortuitamente, a su sucesor filogenético "*Homo sapiens*". Y todo comenzó en un teatro ecológico (19) del África sub-ecuatorial donde pacientemente se conjugaron factores del medio ambiente que optimizaron el parasitismo del virus en un hospedero animal – llamativamente un primate vecino al hombre – dentro del cual se adaptó cómodamente y, sin vulnerarlo, esperó la oportunidad de escaparse y saltar al inadvertido y despreocupado ser humano. En éste el inteligente virus supo modificar su estructura genética, adaptarse al nuevo huésped y a partir de allí dar inicio a la cruel pandemia de HIV-SIDA.

Se inscribieron así dos historias. Una en la naturaleza virgen. La otra en el mundo civilizado. Preguntémonos ahora cómo se sostiene hoy día el dominio de ambos ecosistemas; es decir en cuáles reservorios vivientes se mantiene la circulación viral. O, expresado de otro modo, ¿cómo sigue entonces la historia natural de la infección por VIH-SIDA en el planeta Tierra?

Sabido es que, un virus, al comportarse como parásito intracelular, convive con el hospedero, Allí, subsiste, se multiplica y perpetúa. Macro-huésped por un lado y parásito por el otro continúan su evolución conforme a su destino filogenético. En consecuencia, el macro-huésped – hospedero – cuida de no ser vulnerado mientras que el parásito evita destruir su fuente de coexistencia. Al respecto, se especula que el origen de los virus ARN constituye un evento reciente (20) y ellos no serían tan antiguos como se creía. Sería el

caso puntual del origen de los lentivirus engendrados del VIH-1 y VIH-2, como así también una lista amplia de híbridos del virus de la inmunodeficiencia del simio (SIVs) que infectan diferentes especies de monos africanos (21). Sin embargo ciertos testimonios parecen decir lo contrario. Por ejemplo:

- a) El descubrimiento del virus ARN – espumoso del simio – que lleva millones de años de convivencia no patógena con ciertas especies de monos de África (22).
- b) Para el caso de los VIS, desde su antiquísimo origen en los primates, la infección fue extendiéndose en forma asintomática a cuatro sub-especies de chimpancé y a otras tantas especies de mono verde africanos (23). Significa decir que en lo íntimo de la naturaleza el universo circulante del VIS se ha mantenido, en forma inaparente, entre especies de simios. En consecuencia, éste constituiría el antiguo modelo animal de infección, es decir genuinamente epizootico. Algunos reconocen este modelo de infección exclusivamente animal como exclusivamente “zoonótico” (24).
- c) El otro modelo - VIH/SIDA - de infección es el que particulariza la infección en el Nuevo Mundo, donde ahora es “*Homo sapiens*” su trágico reservorio, transmitiéndose la infección exclusivamente de hombre a hombre, representando una genuina antroponosis. En este modelo el universo de cepas circulantes que identifican la infección por VIH-1 han sido clasificadas en tres grupos filogenéticos: “M”, “N” y “O” todos comprobadamente responsables del SIDA en humanos. De acuerdo con diferencias genómicas el grupo M (“*main*”) está compuesto por cerca de 10 subtipos (A hasta J). A este grupo responde la pandemia de SIDA (25) Por su parte el grupo N, “*no M/ no O*”, ha sido aislado apenas en pocas personas oriundas de Cámerum. Finalmente, el grupo O, “*outlier*”, se halla representado también por escasas cepas aisladas de humanos pertenecientes a Gabón, Cámerum y Guinea Ecuatorial.

- d) Un testimonio crucial que afirma el antiguo parentesco genómico entre el VIH-1 y SIVcpz es el hallazgo de un recombinante entre ambos virus – correspondiente al grupo “N” y secuenciado en el laboratorio “YBF30” - hecho que *“implica una co-infección previa y recombinación de cepas divergentes de SIVcpz en el hospedero , o sea el chimpancé Pan troglodytes troglodytes”* (15), (23)

En esta larga y ya trágica historia del VIH/SIDA, originada a partir de una fuente simiana, surge una pregunta lógica: ¿Por qué esta primitiva zoonosis no se originó a partir de una fuente vacuna, porcina o incluso aviaria? Por supuesto que no tengo una respuesta científica pero vale pensar que la similitud genómica entre VIS y VIH no resulta casual cuando pretendemos asociar la filogénesis entre primate no humano y humano. Es evidente que en el momento preciso en el cual el primitivo virus del mono se disparó para saltar a otra especie, éste no lo pensó mucho para asegurar su sobrevivencia y rápida multiplicación. Así lo hizo eligiendo al hombre específicamente y no a una vaca! Y esto resulta lógico si *aceptamos la especiación evolutiva entre el mono y el hombre*. Además, el VIH – me refiero puntualmente al VIH -1 - se sintió cómodo en su nueva casa, edificada con ladrillos genéticos para él bastantes familiares. A diferencia de la antigua vivienda africana donde la vestimenta molecular genómica del VIS evolucionó lentamente a través de cientos de miles de años, ni bien saltó al indefenso e inteligente bípedo – *Homo sapiens* - , se encontró con todo nuevo por explorar y explotar. Como suele suceder, un agente infeccioso cuando encuentra un reservorio reciente e inesperado, es común que en su intimidad se multiplique velozmente, invada, seleccione cepas, destruya barreras y liquide huéspedes... y vaya que el VIH lo ha logrado expresando su virulencia de esta forma:

- a) La ya comentada modificación de la proteína TRIM5-alfa protectora

- b) La elevada tasa de mutación: un nucleótido/genoma/ciclo
- c) La rápida replicación:  $4,4 \times 10$  a la  $10^a$  partículas virales/día
- d) La tasa de recombinación: 7-30/genoma/ciclo (26)
- e) El fenómeno de recombinación retroviral con presencia de variados subtipos de coinfección en cepas circulantes
- f) El caprichoso impacto que produce la variabilidad genética en la epidemia de VIH y que se traduce en:
  - La transmisión y progresión de la enfermedad
  - La problemática de la resistencia antirretroviral
  - La formulación de vacunas
  - La forma cómo evoluciona la pandemia (27)

## Representaciones culturales del complejo VIH/SIDA

De igual forma como la medicina asclepiana se esfuerza por reconocer y diagnosticar un padecimiento con la máxima certeza – apuntalada hoy por una medicina basada en la evidencia –, así la medicina antropológica procura explicar “*el origen social de las enfermedades*” (28). Con una sociedad contemporánea y protagonista – como la que habitamos – qué mayor preocupación le cabe compartir que no sea la de protegerse contra la peste rosa? (29). Porque en forma insalvable la epidemia del VIH/SIDA asesta directamente sobre la economía de un país, al dirigir su deletéreo poder principalmente sobre la población joven económicamente activa y, tristemente, extendiéndose al niño y al adolescente, cimientos futuros en el desarrollo social de un pueblo.

Frente a la agobiadora realidad del VIH/SIDA, acuden a mi memoria lejanas vivencias – de mis primeros años como médico del hospital Muñiz – que llevaron a enfrentarme con pacientes tuberculosos y leprosos transitando por los largos senderos del hospital y llevando a costas su prolongada y mortificante enfermedad (30). Los enfermos tuberculosos que paseaban – sus largas internaciones los transformaba en inquilinos hospitalarios – por los arbolados par-

ques del hospital no solían usar barbijo y aquellos que no salían de la sala llevando sus salvaderas en la mano en ocasiones escupían en el piso. Enfrentarse por primera vez con un esputo amarillento teñido de sangre - y conocida su procedencia - no resultaba nada agradable. Recuerdo que en mi niñez la imagen de una persona adelgazada, que tosía y con mal aspecto era considerado un sujeto de mal vivir y oscuro pasado. Se lo tiznaba con el índice social diciendo: ¡Seguro es un tuberculoso! (31) Algo similar sucedió con la lepra, donde la evocación de aquella lejana campanita bíblica que indicaba su presencia representó, hasta nuestros días, un ejemplo de repulsión y de exclusión social.

A diferencia de la tuberculosis que, a pesar de los consabidos resquemores de la vieja época, supo despertar la pluma de poetas y artistas creando un romántico florilegio literario y operístico en la Europa del siglo XIX; además proclamada como una “*fiebre romántica*” (Ruffié y Surnia, 1995) (32), la creciente epidemia de VIH/SIDA no despertó, sin embargo, ecuánime sentimiento en la sociedad mundial. Desde su debut comenzaron a surgir hirientes vallas de rechazo y abandono, desconfianza y marginación, vilipendio y atropello, actitudes todas francamente hostiles hacia los protagonistas de esta devastadora enfermedad.

Se comprende que el sujeto enfermo siente una ineludible presión social porque está estigmatizado, es decir marcado por un padecimiento que induce a un alto riesgo de contagio. Esta “*marca*” lo empaliza y limita para moverse con libertad. Puertas y ventanas del mobiliario social se le van cerrando a medida que el mal lo va sumergiendo en el piélago de la consunción. La discriminación resulta un hecho incontrovertible y seguramente definitiva. Excluido del quehacer social siente que le quitan el derecho natural a la vida que tanto defiende el Art. 2 de la *Declaración de Derechos Humanos*. Incomprensiblemente la ley del hombre no alcanza a extenderle su mano piadosa...

Frente al complejo VIH/SIDA, el contexto social y cultural traza líneas restrictivas ya que:

- a) Representa un modelo morboso con elevada carga de riesgo sanitario, de prolongada evolución, con dudoso pronóstico y difícil reinserción social;
- b) lleva, a su vez, insertado el rótulo de “*enfermedad social*” estigmatizada y,
- c) el discurso que lo representa resulta devaluador y peyorativo (33)

Pero además implica un pesado obstáculo para la salud pública debido a que las personas infectadas, sea por miedo a sentirse relegadas o tiznadas con críticas despectivas, representan un obstáculo al encubrir su estado y acrecentando con tal conducta el riesgo de transmisión. Como acertadamente expresa Alice Desclaux tal comportamiento “*inhibe la personalización del riesgo del VIH*” (33).

Tanto la moderna práctica de la salud pública como su robusto e invalorable aliado, el derecho humano, deben garantizar el respeto hacia la figura del VIH/SIDA. Al tomar en cuenta la ineludible realidad que da por cierto que ningún grupo poblacional se halla a salvo de la epidemia - cualquiera fuese su origen, modo de vida, cultura o categoría social - no existe justificativo alguno para alentar el mantenimiento de establecimientos “*sidatorios*” con el fin de asegurar el confinamiento a modo de cordón sanitario. Así fue expresado este sentimiento de acción por parte del ONUSIDA a partir del año 2001 (34) Conducta además sensibilizada por un juicioso análisis de la historia natural del VIH/SIDA, que, a las claras, venía exigiendo un enfoque cultural basado en el análisis de la misma.

Si la intención es orientar firmemente a un enfoque educativo que desentrañe la maledicente discriminación que subyace en la matriz misma de la cultura de una sociedad, se torna necesario, en principio, definir las variables que construyen una cultura genérica. ¿Cuáles son, entonces, los valores que simbolizan a la cultura de una sociedad? Primordialmente los hábitos y costumbres desarrollados por sus miembros. Además, los conocimientos y valores adquiridos a través del tiempo como también sus producciones simbólicas y la forma de organizarse socialmente. Conforme al arquetipo que

muestra una determinada comunidad, surgirán las posibles argumentaciones y reacciones motivadoras de la estigmatización frente a esta penosa enfermedad. Entre tanto, las más señaladas son las siguientes:

- El VIH representa una enfermedad nueva, rotulada como la peste de las cuatro “h” (véase cita 29), con espectro vergonzante y, dado su desenlace, atemorizadora.
- El arraigo por parte de ciertas culturas de rotular al padecimiento por VIH como “*enfermedad castigo*” y, así, ratificaría el veto impuesto por poderes sobrenaturales. Los infectados son señalados como pecadores y responsables de sus males. Deberán entonces sufrir sus consecuencias.
- El obsesivo miedo al contagio. Dentro del mismo ambiente familiar un paciente es marginado por sus propios congéneres debido a la creencia errónea de que apenas un simple contacto directo o indirecto pueda enfermarlo.
- El fenómeno social conocido como “*trampa de la pobreza médica*”, descrito por Whitehead y col. (35), surgido a partir de un acontecimiento ocurrido en el ambiente de pobreza africano donde una familia debió decidir si gastaba el escaso dinero a su alcance para poder suministrar los medicamentos a un miembro de su tribu - a sabiendas que su ser querido no curaría - o bien renunciaba en adquirir los agentes antivirales - abandonándolo a su suerte - para utilizar esos ahorros en mantener a la futura viuda y a sus hijos. Aunque tal actitud resultara racional - pero dolorosísima para la familia - deja claramente al descubierto una actitud cultural donde subyace una trágica postura de discriminación. Como bien subraya Alice Desclaux, representan hechos que al suceder en comunidades que enfrentan situaciones de vida o muerte muy exigentes “llegan rápidamente al límite de la obligación de la solidaridad”.
- En contextos sociales de bajos recursos económicos pudo comprobarse que las personas afectadas por el VIH eran las últimas en ser sometidas al tratamiento, por estimar que los recursos terapéu-

ticos debían asignarse prioritariamente a quienes ofrecían mayores posibilidades de curar. Conducta seguramente condicionada por presiones político-sanitarias, reñidas con el principio de equanimidad social y donde el acceso más amplio y sin trabas al tratamiento representaría el arma principal contra la discriminación.

Expuestas así las limitaciones, cabe entonces preguntarse cuáles serían los recursos culturales aconsejables para contrarrestar la discriminación. De hecho no resulta tarea fácil revertir esta tendencia ya que es sabido que el factor aglutinante de tal comportamiento desacertado radica en los propios miembros de la comunidad y de los posibles contribuyentes económicos y políticos que estructuran la matriz de una sociedad. En términos francos de comprensión, cada miembro y cada sector del quehacer social es un tanto responsable de la actitud negativa que estigmatiza y conduce a la exclusión. En consecuencia, un primer paso que mitigaría tal actitud separatista sería propender a un cambio de actitud de la sociedad utilizando los recursos de una educación para la salud y expandirla equitativamente en todos los niveles sociales.

Otra respuesta correctora y decisiva debería partir de un comprometido planeamiento por parte del organismo de salud pública, quien deberá garantizar una adecuada información acerca de los mecanismos de transmisión, una disponibilidad gratuita de los fármacos, el acceso a los métodos preventivos y un apoyo social, económico y nutricional *“a las familias por la enfermedad, permitiéndoles cuidar a su paciente”*.

Una cuestión sobre la cual ha puesto atención la UNESCO se refiere a los pronunciamientos efectuados por parte de instituciones, médicas, políticas, religiosas, jurídicas y comunitarias cuyos términos - según la tendencia que ofrece el discurso - pueden fomentar o, por el contrario, prevenir la discriminación. En este sentido las instituciones deben ser claras en sus proclamas con el fin de preservar aquellos valores que exalten la práctica de la equidad y solidaridad frente a la figura del VIH/SIDA.

Una indiscutible conducta alentadora es la referida por la distinguida catedrática y antropóloga Dra. Desclaux según la cual, durante ya casi tres décadas, viene creciendo y afianzando una “*subcultura del SIDA*”, impulsada y apoyada por el organismo ONUSIDA. El logro de este comportamiento – ya mundializado – ha permitido establecer dos cruciales actitudes frente al VIH/SIDA:

- Que su modelo cultural, con activa participación comunitaria, es único en la historia de las epidemias;
- Que su práctica a nivel ecuménico ha permitido arraigar criterios éticos basados en la divulgación de aspectos delicados, entre los cuales deben mencionarse la noción de confidencialidad, el consentimiento informado y el ineludible “*reconocimiento de los derechos de las personas infectadas*” (35)

En definitiva, tal disposición apoyada por la ONUSIDA representa un loable propósito que pretende mitigar el fuerte impacto físico, económico y social de la enfermedad, testimoniado por la estigmatización y la marginalidad tanto a nivel individual como colectiva. Sin embargo, el camino del éxito sólo será logrado si tamaño esfuerzo no quede apenas atascado en ciertos grupos sociales y culturales en función de su “*capacidad para pagar*” (35)

## **Impacto del complejo VIH/SIDA en el adolescente**

Las circunstancias que acuñan el complejo VIH/SIDA (36) para vulnerar la etapa adolescente resultan más que viables y no menos preocupantes. Razones no faltan. Este frágil grupo social muestra sus fisuras a partir del universo psicológico y vivencial que caracteriza a esa insegura etapa del desarrollo. Pero cuál es, puntualmente, el contexto “*etológico*” (37) que identifica a una personalidad adolescente? No creo equivocarme en asegurar que ella representa una transformación orgánica importante, donde el subconsciente imaginario

supone el duelo por la pérdida del cuerpo infantil y con ello también el despegue de la autoridad paterna –*desestimando con frecuencia su consejo*-. De igual forma como el adolescente niega en su fantasía la existencia del padre, así también pretenderá rechazar cualquier enunciado. Entonces, por extensión, el imaginario del adolescente se halla propenso – en este tema - a rechazar cualquier sugerencia preventiva de la infección.

A través de su penoso trayecto, la historia natural del SIDA quedó jalonada por dos inconfundibles simbolismos: en una primera etapa como una enfermedad gay, “*la peste rosa*”, y en la segunda como una dolencia de grupos de “*alto riesgo*”. Al parecer es en el segundo mote - grupos de alto riesgo - donde el adolescente, en su cúmulo de conjeturas, evoca al SIDA como producto de una perversión sexual, en forma similar como la sociedad de antaño consideraba a las enfermedades venéreas producto del exceso sexual - (38). Es así como en el universo adolescente se crea una suerte de confusiones y rechazos motivados, en parte, por la avalancha causada por las campañas de prevención que no pocas veces “*han apelado al miedo o a la imposición de la norma*”, con discursos moralizantes que provocan diversas reacciones en esta etapa crucial de la vida humana. Sabido es que una de las causas habituales de desobediencia es porque los mensajes normativos provienen de los adultos, principalmente del progenitor. Por otra parte la habitual estigmatización mediante la cual quienes enferman son los otros – grupo de riesgo – crea en el subconsciente del adolescente la fantasía de omnipotencia e invulnerabilidad - “*a mi no me va a pasar*”-, negación que según C. A. Barzani representa una sesgada actitud maníaca. Además, este sentimiento de invulnerabilidad lo mueve a no temerle al cambio frecuente de pareja sexual, por considerar que una compañera de su propia edad no contraerá una enfermedad por transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Y si apenas utiliza medidas preventivas lo hace para impedir el embarazo –evento de presentación inmediata– sin tener en cuenta el imprevisible y largo periodo de incubación del VIH. Como atinadamente expresan Marchetti R y col. (39) es ne-

cesario tener presente el “*creciente índice de embarazos en adolescentes y la presencia de SIDA en personas jóvenes*”.

Así como la información vinculada con los mecanismos de contagio del VIH debe ser clara y accesible en todos los niveles culturales, así también los contenidos educativos deben ser equitativos conforme a los roles que cumplen varones y mujeres en la sociedad. Debe erradicarse la preferencia de maximizar la educación en el varón relegando los mismos derechos y obligaciones en la mujer (40) (41). Con el acertado decir de Piaget J., la educación sexual dejará así de ser dicotómica para transformarse en cosas que atañen, por igual, a hombres y mujeres. Simplemente porque son “*cosas de seres humanos*” (42).

En términos de información y educación es importante adecuar el proceso del aprendizaje conforme al nivel socioeconómico del grupo adolescente. Resulta elemental darse cuenta que el grado de captación será distinto en un púber con situación social acomodada frente a un chico de la calle o en un indígena analfabeto. Es por ello que el informante y el educador deben tener presente la edad evolutiva de quien pregunta, su nivel de instrucción, el sector social al cual pertenece, sus valores espirituales, religiosos y hasta sus mitos. Porque es casi seguro que la calidad e intención de la pregunta diferirá ampliamente según de quien provenga y, por su parte, quien contesta – por tratarse de un tema con espinosas aristas médico-sociales – podrá no dar la respuesta adecuada. No dar en el blanco de la respuesta es porque no se apuntó a la pregunta en forma directa y descarnada. Sólo por temor o vergüenza!

Creo hasta redundante remarcar que es en la insustituible aula hogareña donde los padres deben educar a sus hijos. A partir de un franco y acertado manejo del tema dependerá, en gran medida, el bienestar y la garantía de sus calidades de vida. Pero, más allá todavía, son los maestros quienes representan el brazo extensor de los progenitores al brindar la necesaria argamasa cultural a sus vástagos y así garantizarles la fortaleza necesaria para afrontar las futuras vicisitudes de la vida.

Con acierto Paulo Freire afirma: “*es preciso superar la idea de que el SIDA es un enigma de vida*”. Por extensión considero que ningún tema, por más engorroso y delicado que sea, debe ser ajeno a la comprensión y a un adecuado manejo, siempre y cuando se acceda a mancomunar esfuerzos hacia un claro objetivo de solución. Por esa razón frente al complejo VIH/SIDA es menester actuar con “*firme decisión política y con una pedagogía que, centrada en el conocimiento científico...*” facilite “*la comprensión de una realidad que tiene más que ver con problemas biológicos que culturales*”... y, con acierto, Santiago Ramirez agrega: “*cuando la cultura y la biología entran en contradicción, el terreno se vuelve propicio y fértil para el conflicto, la problemática y la patología*” (43). Personalmente creo que todavía son pocos los esfuerzos realizados para garantizar en este vital grupo de vida una educación sexual desobstruida y segura, sobre todo si tomamos en cuenta que a diferencia de los habituales hábitos inseguros contraídos por el adultos, es en el efervescente muchacho donde “*están puestas todas las esperanzas de lograr modificaciones permanentes en el comportamiento sexual...*” (44).

## **Un aporte humanizador frente al niño infectado**

Creo que merece un comentario aparte la actitud caritativa y ejemplificadora mostrada por ciertas instituciones en favor del niño nacido de una madre infectada. Recordemos que fue en el ya lejano mojón de la década del ‘80 cuando se documentaron los primeros casos de niños nacidos de mujeres enfermas de VIH/SIDA. Frente a tal situación era comprensible el desconcierto dado el virtual desamparo de un recién nacido bajo esas circunstancias. Por supuesto que en aquella época existía la incertidumbre en torno a la posibilidad de que los hijos de madres infectadas pudieran enfermar y hasta morir. Más aún, se suscitaban titubeos interpretativos acerca de las posibles derivaciones psico afectivas y sociales que conllevaba esa emergente situación epidemiológica.

Disímiles actitudes instintivas se suscitaban frente a los primeros casos de niños huérfanos por el SIDA, donde hubo familias que,

frente al destino incierto de aquellos pequeños, decidieron abandonarlos mientras tanto otras optaron por acogerlos. Subrayo aquí el enaltecedor gesto desarrollado en Brasil por algunas Organizaciones no Gubernamentales las cuales crearon “*casas de apoyo*” - además de las ya existentes para adultos - para cuidar a niños infectados (45) (46). Destaco que ese invalorable movimiento apuntaba esencialmente a combatir la “*exclusión social*”. La propuesta de ese entonces - década del ‘90 - era amparar a esas criaturas bajo el control médico pero además atesorarlo con un fuerte sentimiento compasivo. La exclusión social quedaba así amparada por la “*protección institucional*”, una iniciativa convincente surgida a partir de una sociedad sensible y madura.

Con su paulatina recuperación estos niños comenzaron a exigir sus lógicas demandas, conforme a su desarrollo personal y emocional. Faltaba entonces algo para integrarlos como personas. Lo que faltaba era, sin duda, el abrazo progenitor y el amparo de la propia sangre. La inteligente propuesta fue entonces abrir aquellas compuertas que habían sido tan útiles - contra el abandono familiar - y fomentar, arriesgadamente, la “*desinstitucionalización*” (47). Significaba sacar a esos niños de aquellos albergues protectores e insertarlos a grupos familiares que garantizaran una genuina “*inclusión social*”. Ahora bien, ¿hasta dónde favorecía esta nueva y atrevida propuesta? Por supuesto que su formulación era sensata y oportuna. Sin embargo un sombrío pierrot, con su triste mascarada, mostraba una cruda paradoja social donde las “*enfermedades de la pobreza podían a veces desencadenar respuestas privilegiadas*” (48). Es decir, tales criaturas se hallaban sometidas a una suerte de “*status*” social dicotómico ya que por un lado, al proceder de hogares indigentes fueron apartados de sus genuinos afectos, mientras que por el otro lograron ser recogidos por instituciones “*ricas que les brindaban cuidados y educación de calidad*”. A ojos vista representaba una realidad irónica e indiscutible. Una singular contradicción donde se salvaguardaba - con indudable efectividad - el aspecto sanitario e higiénico dietético del niño afectado, pero contribuyendo a la ruptura del puente

afectivo entre un niño golpeado por las circunstancias y su familia, marginada por una gélida sociedad. Surgió así el oportuno discurso propuesto por algunas ONG de SIDA, acordes con una progresiva transición de la institucionalización hacia la desinstitucionalización, meta fortalecedora de la *inclusión social* ¿Cómo se pergeñó entonces tal inclusión?

El siguiente ejemplo, relatado por César Abadía en su brillante y premiada monografía (48), evidencia la paciente filosofía operativa utilizada por el equipo técnico de una casa de inclusión, que permitió la restitución de un pequeño a su madre biológica. Se trataba de un niño de apenas un año de edad rescatado de un hogar desmoronado por la droga y el alcohol. La madre – VIH positiva – utilizaba al niño como objeto de limosna para comprar estupefacientes. El padre biológico desconoció a su hijo y murió al poco tiempo de alejarse del grupo familiar. Tanto la madre como un nuevo padre postizo que ocupó su lugar, mostraban – según versiones de los asistentes sociales – poco afecto por el pequeño.

Conocidos los pormenores que condujeron a tal situación de desafecto, el equipo operador de la casa de amparo consideró que acercar al niño a su madre “... *era un error ya que ella era una mujer irresponsable y consumidora de drogas ...*” y que cada nuevo contacto entre madre e hijo resultaría perjudicial para la criatura. Frente a esta actitud – un tanto temeraria – por parte de alguno de los integrantes del equipo técnico, se acordó, mediante el ofrecimiento de boletos para el transporte, atraer a esa madre día tras día con el propósito de iniciar paulatinas tareas de rehabilitación y acercamiento afectivo.

Por cierto que la apuesta tenía un claro objetivo, azuzar el aletargado instinto materno. En cada visita diaria realizada por la mamá, personal del equipo apelando a esa paciencia propia de una indeclinable fe, comenzó a orientarla en el cuidado del niño vinculado con su alimentación, la higiene individual, los requerimientos de medicamentos y el importante acompañamiento en sus primeros juegos. Pasaron así doce meses de fructífera labor. El reencuentro entre madre e hijo fue sorprendente. Con firme optimismo los miembros

del equipo de la “*casa de apoyo*” habían logrado que retornase el amor filial. Porque así debía ser ya que el amor filial – decía Cicerón – es el fundamento de todas las virtudes.

Llegó así el crucial momento de permitir a la madre la tenencia domiciliaria de su pequeño. A modo de merecidas vacaciones el niño permaneció con ella y un nuevo padre sustituto que supo cobijarlo fraternalmente. Y así transcurrieron ocho años al cabo de los cuales el niño continuó su rehabilitación, mientras tanto todos los fines de semana se integraba a la vida familiar. Debo aquí destacar un gesto que enaltece a instituciones sociales como las que se identifican como casas de apoyo. Durante una evaluación conjunta realizada por la mencionada institución y el servicio social del “*Foro de la Infancia*”, se comprobó que a pesar de haber logrado un éxito en el tratamiento rehabilitador, la vivienda que albergaba el niño era precaria, imagen que según los expertos no garantizaba la calidad de vida que pretendía brindarse al niño. Fue así como la asociación propuso apoyar la construcción de viviendas que aseguraran ese nivel de vida familiar, conducta que ratificara el principio que dice: “...*la satisfacción de las necesidades del niño solo son posibles cuando se satisfacen las necesidades de la familia*” (Abadía, C.).

Con mirada realista, solidaria y ciudadana se consiguió desarrollar en Brasil un programa dedicado especialmente a niños en contacto con el VIH/SIDA, donde una inteligente y paciente etapa de recuperación y educación fue complementada por una segunda integradora a la vida familiar, alcanzando una importante meta epidemiológica y social que Cruz, Franco y Abadía Barrero (2005) (49) reafirman así: “...*el número de niños que necesitan albergues especializados disminuyó – más allá del adecuado tratamiento de las mujeres embarazadas reduciendo con ello la probabilidad de que los niños se infecten – porque la expectativa de vida y la mejoría en la calidad de vida de los padres ha evitado la orfandad y el abandono*”.

Creo que la enaltecida y ejemplar tarea médico- social realizada en Brasil honra el inviolable precepto: “*La salud es un derecho de todos y un deber del Estado*”. La salud pública brasileña fue así leal con

su pueblo al dar respuestas asequibles frente al SIDA, enclavado en un país signado por profundas desigualdades sociales.

Pasaron poco más de 30 años. La Argentina, por su lado, sigue luchando contra esta impredecible pandemia. Durante este lapso, al igual que en otras latitudes, nuestro país ha grabado también su sentida historia. En forma incesante, protagonistas, hechos, anécdotas, estadísticas, inversiones y programas tras programas preventivos vienen atiborrando los capítulos de esta interminable tragedia.

Con la esperanza puesta en el ineludible compromiso de progresar en la lucha contra este azote ecuménico, se sigue combatiendo denodadamente. Con creativa fortaleza, el mundo científico ha logrado importantes avances. Resumiré aquellos más relevantes comunicados y discutidos durante la magna conferencia sobre SIDA celebrada en Melbourne, Australia, el 23 de julio del año 2014 (50):

- Durante el encuentro se debatió el sonado caso de la niña de Mississippi. La pequeña, nacida de una madre infectada con VIH en 2010, recibió durante 18 meses tratamiento con altas dosis de retrovirales. Esta temprana y agresiva conducta apuntaba a revertir definitivamente la infección en el recién nacido, con esperanza de obtener igual resultado en los pacientes adultos. La niña permaneció durante dos años con niveles no detectables de virus. Con precipitada creencia fue considerada curada. No fue así. Luego de haber vivido ese lapso sin medicación - tuvo que ser ingresada, ya con 4 años de edad, al hospital por mostrar signos de infección por el virus. Al decir del Dr. Anthony Fauci, uno de los líderes mundiales en investigación sobre VIH, fue “...un giro decepcionante para la niña...”. Al respecto es sabido que alrededor de un 5% de pacientes controlan el virus - pero no se curan - espontáneamente, a los cuales se los llama “controladores de elite” (51). Incuestionable realidad que obligó a afirmar que “para asegurar la cura al 100% había que esperar más tiempo” ya que el virus podía mantenerse viable y alojado en algún “nicho” tisular, por ejemplo: médula ósea, ganglio linfático, hígado, bazo, etcétera. Agrego esta

reflexión: ¿Acaso no es bien conocido que los virus – al igual que ciertas bacterias y protozoos - necesitan alojarse en el citoplasma de determinadas células para las cuales los virus poseen tropismo para replicarse?. De igual forma esos alojamientos pueden funcionar como reservorios temporales para el VIH.

Planteada así la cuestión, quedaron a la vista estas afirmaciones:

- a) La importancia de iniciar el tratamiento lo más cercano posible al momento de infección,
- b) La necesidad de mejorar aquellas técnicas que permitan detectar la presencia de virus en el organismo, y
- c) Oportunidad de encontrar estrategias para reconocer y eliminar los reservorios celulares del VIH

Con respecto a esta inquietud oportuno es decir que algo se avanzó con el propósito de encontrar reservorios – latentes - ocultos del VIH y reactivarlos nuevamente. Médicos dinamarqueses utilizando el quimioterápico romidepsina parece que lograron “*estimular células durmientes incluyendo aquellas infectadas por VIH*” haciendo posible su detección. La estrategia parece haber tenido un éxito parcial, aunque el equipo de investigadores no cree que el tratamiento tuviera un impacto significativo sobre el tamaño del reservorio viral. Sin embargo, el Profesor Steven Deeks afirmó que el estudio demostró que era posible localizar los reservorios ocultos y hacerlos activos de nuevo. Según sus declaraciones en una conferencia de prensa: “*Se trata del avance más importante de este encuentro y tendrá un gran impacto en el futuro*”. (52)

Otro avance a favor de la reducción del riesgo de infección por VIH ha sido la práctica de la circuncisión. Esta medida me evoca este procedimiento realizado entre los judíos y que, comprobado desde hace mucho tiempo, llegó a asociarse con una significativa reducción del cáncer cervical en la mujer. Hoy día esta práctica fue implementada en países como Kenia y Etiopía. Durante un ensayo de profilaxis pre exposición el grupo circuncidado contrajo sífilis en

un porcentaje significativamente menor, situación que se repitió en las parejas femeninas de hombres circuncidados. Si bien no existen pruebas concluyentes al respecto de esta práctica, cabe recordar que el surco balano prepucial representa una cueva que deposita secreciones, detritus celulares y microorganismos. Acaso no fue claro el testimonio mediante el cual el antecedente del alojamiento del virus herpético 2 – cobijado en tal sitio en los no circuncidados – aumentaba el riesgo para que sus parejas desarrollaran cáncer de cuello de útero?

Muchas veces el riesgo de enfermar pasa por una indecisión personal. Así como la determinación de circuncidarse debía partir del propio usuario - por supuesto con el apoyo sanitario regional -, de igual forma cabe igual planteo con la práctica de una adherencia consciente frente a la necesaria profilaxis antiretroviral pre exposición, tema largamente debatido en la Conferencia celebrada en Melbourne. Quedó establecido que la eficacia de la profilaxis estuvo vinculada directamente con la adherencia. Así, no hubo infecciones en aquellas personas que tomaron cuatro o más dosis semanales de los fármacos empleados en la profilaxis pre exposición. Mientras tanto el riesgo de infección por VIH se redujo en un 84% en aquellas personas que tomaron 2 a 3 dosis semanales, pero no se comprobó ninguna eficacia preventiva en las personas que ingirieron menos de 2 dosis semanales.

Al parecer fue bastante promisorio un nuevo tratamiento profiláctico intermitente practicado en hombres gay, realizado en Canadá (estudio IPERGAY) consistente en la toma de una dosis profiláctica el día antes de practicar sexo y repitiendo una nueva dosis 24 y 48 horas después. Se espera dar un informe definitivo en el año 2016 sobre la eficacia de este método abreviado y económico.

Durante la conferencia, como era de suponer, se debatió el ríspido tema sobre la influencia de la pobreza como factor de riesgo para adquirir la infección por VIH. También, como era de esperar, poniendo a África como harapienta imagen. ¿Acaso hace falta dar mayor ejemplo de pobreza frente a un continente marginado, aba-

tido por guerras tribales y sumergido en la miseria existencial? Lo cierto es que ese extenso y milenario continente negro ha evidenciado pesadas cargas de exposición al riesgo de infección: las relaciones sexuales sin protección (53), sexo en adolescentes a cambio de favores, relaciones sexuales con parejas de mayor edad, sexo con diferentes parejas, sexo vinculado con drogas, frecuente embarazo adolescente, sexo a cambio de mendrugos. Tales realidades parecen haberlas comprobado un equipo de investigadores de la universidad de Oxford donde el riesgo fue notoriamente prevalente en niños y adolescentes sumidos en la pobreza extrema. Consideraron así que la estrategia más eficaz sería adoptar medidas de protección que contuviese principalmente a este grupo social vulnerable. El lema operativo fue “*cash plus care*”, es decir dinero más atención. Ello fue posible a partir del otorgamiento de becas, subsidios para instalar comedores infantiles, incorporación de transportes escolares gratuitos y garantizando servicios de apoyo psicosocial.

Durante la conferencia existió una preocupación unánime respecto al poco cumplimiento de la profilaxis post exposición (PPE) con tasas por debajo de lo esperado. Esta medida prevé el cumplimiento de un ciclo de tratamiento durante 28 días con dos o más agentes antirretrovirales. El mismo es administrado a personas sin VIH, luego de una posible exposición con el virus. Apenas el 57% de personas que iniciaron la PPE completaron el tratamiento. Mientras tanto el 31% de las personas que completaron la PPE no acudió al llamado de seguimiento que incluía el test del VIH. En general las tasas de cumplimiento fueron manifiestamente más bajas en las trabajadoras sexuales y llamativamente en aquellas personas que accedieron al PPE después de una agresión sexual. Conductas que bien pueden rotularse como actos de desidia o temor.

Interesantes y por demás alentadoras fueron las consideraciones efectuadas acerca del cáncer anal observado en hombres gay - que practican sexo con otros hombres - estudiadas en el Instituto Kirby, perteneciente a la Universidad de Nueva Gales del Sur. De acuerdo con el seguimiento de lesiones identificadas como “*displasias*” anales

que desarrollan estos pacientes, el Dr. Andrew Grulich responsable de la evaluación, sostuvo que si bien tales lesiones resultan más frecuentes en hombres con VIH en su relación con la población general, las mismas desaparecen sin evolucionar hacia el cáncer anal en casi la mitad de los casos, observación que motiva una conducta de seguimiento, y eventual tratamiento, en presencia de lesiones persistentes.

Una preocupación unánime surgida en los congresales fue determinar con uniformidad de criterio las reales causas de muerte vinculada con el SIDA. Hubo consenso en determinar que esta enfermedad fue la causa más frecuente de muerte en el 29% de los casos. Por otro lado se agregaron otras cifras como causas de deceso aunque no vinculables a este padecimiento de base. Así se comprobó que el 15% de las muertes acaecieron por cáncer de pulmón; el 13% por enfermedad hepática relacionada con hepatitis y el 11 % como consecuencia de enfermedad cardíaca.

Debido a sus implicancias éticas y sociales, un tema de tratamiento delicado se concentró en los trabajadores sexuales – hombres y mujeres que practican la prostitución – y su relación con el VIH. Los expertos consideraron que el control de esta enfermedad, y su eventual erradicación, se aseguraría brindando el mayor apoyo posible a los trabajadores del sexo para así permitirles, como acertadamente propuso en su oportunidad el Dr. Michael Horberg, el desarrollo de *“un tiempo de vida productivo con una buena calidad de vida”* (54). Además, se argumentó que una adecuada despenalización – impidiendo una legislación represiva que atente contra los derechos humanos – podría reducir hasta un tercio las infecciones entre los trabajadores sexuales y sus clientes. Una acertada actitud si tomamos en cuenta noticias provenientes de Kenia y de la India donde hubo penalizaciones por la simple tenencia de preservativos, en verdad una desatinada incongruencia legal. Es sabido que personas que comercian sexo son reprimidas legalmente y apartadas de sus derechos como personas, situación que les impide acceder a los servicios sanitarios y sociales necesarios para prevenir y tra-

tar su condición de infectados por el VIH. Si a ello se agrega una subsistencia precaria, con bajos ingresos, no debe llamar la atención que se haya estimado que los trabajadores sexuales tienen, en tales condiciones, 13.5% más probabilidades de contraer el VIH que en la población en general.

En definitiva y frente a las esperadas políticas nacionales y mundiales, creo oportuno citar esta frase pronunciada por Chris Beyrer, director del Centro Johns Hopkins para la Salud y los Derechos Humanos Públicas de EE.UU: *“los esfuerzos para mejorar la prevención y el tratamiento del VIH en las personas que venden sexo ya no pueden ser vistos como simbólicos en la consecución del control de la pandemia. Tenemos que hacerlo mejor, y podemos”*.

Estoy seguro que mucho queda por decir sobre el VIH/SIDA, calamidad sanitaria que desde hace poco más de treinta años se transformó en una nueva y trágica historia. La vieja historia, aquella tan remota y casi sin tiempo quedó atrás. Oculta y casi olvidada en el recóndito misterio africano. Sin embargo oportuna es la frase de Kofi Annan cuando dice: *“Hemos recorrido un largo camino, pero no hemos llegado hasta donde quisiéramos”*. Es muy cierto porque todavía mucho queda por hacer en el área del tratamiento y la prevención. Pero más allá de alcanzar estos sustanciales objetivos, debemos preguntarnos: ¿Cuál debería ser nuestra actitud frente a quien padece tamaño dolor existencial, prisionero vaya a saber por cuánto tiempo del sigiloso e implacable síndrome de inmunodeficiencia adquirida? Para quien deba enfrentarse con este pandemónium recordaré una vez más esta frase de Rabindranath Tagore: *“... no pido que se apague mi dolor sino coraje para asumirlo”*. Por mi parte, como médico, no puedo olvidar la ya lejana época de enfrentar la muerte de un niño diezmado por una difteria maligna, el colérico sumido en el colapso, la inexorable rabia humana, la crueldad en el cirugía salvadora de la gangrena gaseosa. En realidad fueron desgarrantes frustraciones que se incrustaron fuertemente en mi sentimiento galeno, mucho antes que la aparición del flagelo del SIDA. Como ya lo expresé en otro

lugar de esta autobiografía, frente a la silenciosa consunción de esta nueva agonía sentí otra vez la tiesa impotencia que suele apoderarse de nosotros y que no concede perdón porque, de nosotros, quizás depende jugarse para sostener una vida muchas veces ya acabada. Por ello surge una vez más a mi memoria esta clamorosa y enérgica frase del filósofo alemán Friedrich Nietzsche, refiriéndose a la etapa terminal - cualquiera sea la enfermedad -, cuando dice: “¡Pensar acerca de la enfermedad! – calmar la imaginación del inválido, de manera que al menos no deba, como hasta ahora, sufrir más por pensar en su enfermedad que por la enfermedad misma – eso creo, ¡sería algo!, ¡sería mucho!” (55).

Si pretendiéramos adecuar esta reflexión al tema que nos ocupa, orientaríamos la propuesta del filósofo procurando alentar, en cada sujeto que lleve sobre sus hombros la pesada carga de la infección, el ejercicio de sus derechos como ser ante la sociedad. Pero ello exige también educarse para mejorar su calidad como su cualidad de vida. Significa decir que luchará a brazo partido para protegerse contra la marginación social haciendo valer la dignidad de su persona. A la par, manteniendo una sostenida cuota de adherencia con el tratamiento indicado y con los consejos de los profesionales de la salud. Así, se sentirá apto para la tarea cotidiana, compartiendo y apoyando con sentido mutualista los proyectos y objetivos de sus pares. Y, en todo ello, va la garantía de nuestra mano solidaria y profesional.

Contra la peste rosa quizás sea posible levantar un gigantesco estandarte con este exhortador lema: optimismo en la tragedia, ecuanimidad en el trato, igualdad para una existencia digna. Porque aunque debamos luchar denodadamente contra este demoledor y persistente mal, no debemos olvidar que todavía somos producto de un milagro divino.

Con el SIDA retornó así una nueva e inesperada adversidad que sigue exigiendo valor para soportarla y sobreponerse a ella con “*fortaleza, constancia y firmeza de ánimo...y siempre con el optimismo de la fe*”, porque la fe, recordando una vez más el pensamiento del filó-

sofo hindú “es el pájaro que canta cuando el amanecer todavía está oscuro”.

Estoy seguro que algunas de los conocimientos, notas y reflexiones vinculadas con la infección por el VIH, volcadas en este capítulo, han sido mejorados o superados, tanto sea en el pronóstico de la enfermedad como en el manejo del profundo dolor existencial que arrastra la misma. Creo, entonces, que vale recordar una vez más la inmortal frase del filósofo hindú Rabindranath Tagore cuando dice “...no pido que se apague mi dolor sino coraje para asumirlo”. Es el coraje que debe sostener la fe y la esperanza de aquella persona que lleve a costas este dolor físico y espiritual pero, a la vez, ampliamente garantizado por el Art. 2 de la Declaración de Derechos Humanos que dice: “*Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición...*”.

### Notas y citas bibliográficas:

- 1- Robles Bernardo. “*El VIH, una definición de la realidad*”. Gaceta de Antropología, 2005, 21, artículo 14.  
<http://hdl.handle.net/10481/7199>
- 2- Ornish Dean 1999. Love and survival. Londres. Vermillon. (citado por Robles Bernardo en Gaceta de Antropología), 2005, 21, art. 14)
- 3- Gao F, Bailes D, Robertson DL et al. “*Origin of HIV-1 virus in the chimpanzee Pan troglodytes troglodytes*”. Nature 1999, 397; 436-41
- 3.a El virus de inmunodeficiencia en simios (Simian immunodeficiency virus) representa un retrovirus encontrado en por lo menos 45 especies de primates no humanos africanos. Este virus se halla emparentado con el VIH-1 y el VIH-2, virus que causan el síndrome de inmunodeficiencia humana. Se considera que las cepas del VIS que infectan a los monos se transmiten sexual-

mente y habitualmente no causan enfermedad en sus portadores naturales. Llamativamente pueden causar una deficiencia inmunológica parecida al SIDA llamada (*Simian AIDS*) si la infección cruza los límites entre especies. Por ejemplo, el VIS-agm (la cepa del SIV de los *Chlorocebus* puede desencadenar la enfermedad en el macaco Rhesus.

- 3.b. Hoy día se considera que el VIH se originó a partir de una mutación del VIS de monos africanos. El VIH-1 está estrechamente vinculado con el VIS-cpz, cepa oriunda del VIS de los chimpancés. La ruta más probable de infección del VIH-1 a humanos es el contacto con sangre de chimpancés cazados habitualmente para consumir su carne. Mientras que el VIH-2 está relacionado estrechamente con el VIS-sm, la cepa del VIS del mangabeye gris.

Binhua Ling, Cristian Apetrei, Ivona Pandrea, Ronald S. Veazey, Andrew A. Lackner, Bobby Gormus, and Preston A. Marx (August 2004). «*Classic AIDS in a Sooty Mangabey after an 18-Year Natural Infection*». *J. Virol.* 78 (16): pp. 8902–8908. doi:10.1128/JVI.78.16.8902-8908.2004. PMID 15280498

[http://es.wikipedia.org/wiki/Virus\\_de\\_inmunodeficiencia\\_en\\_simios](http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_de_inmunodeficiencia_en_simios)

- 4- Farthing Ch. .F, Brown SE, Staughton R C.D., et al. AIDS and HIV Disease. A Color Atlas. Second Edition Wolfe Medical Publications Ltd.: 1993, p. 17-18
- 5- Pujol, Flor H. *Virus en primates no humanos: zoonosis, antropozoonosis y biodiversidad*. INCI, v 31 N° 6. Caracas, jun. 2006.  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pip=S0378-18442006000600004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pip=S0378-18442006000600004&script=sci_arttext)
- 6- Bracho, María A. “¿Existen las enfermedades creadas en el laboratorio?” ABC – Ciencia. Universidad de Valencia  
<http://www.abc.es/ciencia/20121208/abci-existen-enfermedades-creadas-laboratorio-201212071549.html>
- 7- The Origins of HIV and the first cases of AIDS.  
<http://www.avert.org/origins.htm>

<http://gtt-vih.org/book/print/3307>

- 8- Actual Kinshsa, capital de la República Democrática del Congo.
- 9- Como sucede con la historia natural de otras enfermedades transmisibles, es probable que la infección por este lentivirus se haya iniciado en la naturaleza a partir de vertebrados de sangre caliente que se comportaron como reservorios naturales. A través del tiempo se produjo una selección natural de las especies involucradas. Sobrevivieron las más fuertes y desde entonces, las nuevas generaciones anfitrionas, convivieron sin producir enfermedad. La selección natural agruparía así especies animales con capacidad, a través del tiempo, de infectar sin producir enfermedad manifiesta. Ahora bien, toda vez que un agente infeccioso pueda transmitirse en forma natural - y de manera regular - desde un huésped vertebrado al hombre, entonces estamos frente a una genuina zoonosis. Padecimiento que, desde el punto de vista clínico, puede ser aparente o inaparente.
- 10- [http://www.neoteo.com/foros/tema/descubierta-una-proteina-que-destruye-el-La-proteina TRIM5-alfa protege a los monos del VIH. Ella primero se adhiere al virus, luego lo destruye. \*Los seres humanos también tienen la TRIM5 alfa, sin embargo, la versión humana sólo protege contra algunos virus, no para el VIH.\* Virology \(2010\);doi:10.1016/J.Virol.2010.06.015 \[www.faba.org.ar/pInfoBionoticias\\\_09\\\_2010\\\_Detalle.asp?subpagina\]\(http://www.faba.org.ar/pInfoBionoticias\_09\_2010\_Detalle.asp?subpagina\).](http://www.neoteo.com/foros/tema/descubierta-una-proteina-que-destruye-el-La-proteina-TRIM5-alfa-protege-a-los-monos-del-VIH.-Ella-primero-se-adhiere-al-virus,-luego-lo-destruye.-Los-seres-humanos-tambien-tienen-la-TRIM5-alfa,-sin-embargo,-la-version-humana-solo-protege-contr-a-algunos-virus,-no-para-el-VIH.-Virology-(2010);doi:10.1016/J.Virol.2010.06.015)
- 11- Kaiser, S.M., H. S. Malik & M. Emerman. 2007. Restriction of an Extinct Retrovirus by the Human TRIM5<sup>o</sup> Antiviral Protein. *Science*, 316(5832):1756-1758
- 12- <http://temibledani11ga.blogspot.com/2008/08/milenio20060618.html>  
<http://www.jornada.unam.mx/2006/06/17/index.php?section=ciencias&article=a20n1cie>
- 13- Trabajando con colegas en Alemania, Gabon y otros lugares, el equipo de Kirchhoff y Hajn focalizó su investigación en una

proteína y un gen denominado *nef*, descubierto en todas las variedades de VIS y VIH. En el VIS, *nef* ayuda en la activación de las células T. Estas células del sistema inmune son esenciales en la protección contra el sida donde el VIH infecta selectivamente las células T conocidas como células T ayudantes o también identificadas como CD4. En el caso de la infección con VIH, estas células T se autodestruyen en un proceso conocido como muerte celular programada o apoptosis. Pero en la versión simia del virus esta evolución letal es escasa o no se cumple. Frank Kirchhoff concluye así: “*Si de algún modo se puede reducir la respuesta, se podría convertir efectivamente la condición en una infección crónica y asintomática, como la que se presenta en los monos*”, concluyó este investigador.

<http://temibleDani11ga.blogspot.com/2008/08/milenio20060618.html>

<http://www.jornada.unam.mx/2006/06/17/index.php?section=ciencias&article=a20n1cie>

- 14- El significado etimológico (derivado del griego) de *zoonosis* es: *zoo* = animal ; *gnosos* = enfermedad . Mientras tanto *antroponosis* (*anthropo* = humano). Por lo tanto la *antropozoonosis* representa aquella enfermedad transmitida naturalmente desde el huésped vertebrado (generalmente un animal de sangre caliente) hacia el hombre. Habitualmente se la reconoce simplemente como Zoonosis. El humano recibe el agente infeccioso a partir del contacto con el animal. Por el contrario cuando se menciona la palabra *zooantroponosis* significa identificar a aquella enfermedad que se transmite desde el hombre hacia el animal – en la práctica infectológica un hecho poco frecuente -. El animal recibe, en forma natural, el agente infeccioso a partir del humano. Finalmente, si la transmisión se realiza desde un humano hacia otro, sin la intervención de un animal, la forma de transmisión representa una *antroponosis*.
- 15- [www.jpintero.webs.ull.es/Zoonosis%20Parasitarias/generalidades%20Zoonosis](http://www.jpintero.webs.ull.es/Zoonosis%20Parasitarias/generalidades%20Zoonosis)

[www.higiene.edu.uy/parasito/teo09/zoo.pdf](http://www.higiene.edu.uy/parasito/teo09/zoo.pdf)

Al fin de cuentas cabe suponer que, en forma similar como acontece con otros modelos de enfermedades transmitidas naturalmente desde el hospedero vertebrado al hombre, la infección en la naturaleza comenzaría a partir de una *epizootia*, es decir un padecimiento propio de los animales de una especie, diezmando un número determinado de sus miembros para luego estabilizarse a través el tiempo. Aquellas generaciones sobrevivientes y resistentes a la infección se comportarán como reservorios del agente infeccioso y en consecuencia representarán un factor de riesgo infectante para otras especies, especialmente la humana. Si consideramos la infección HIV-SIDA corresponde decir que el origen de la infección en el Viejo Mundo representó ancestralmente una antropozoonosis donde el hombre recibió al VIS a partir de primates infectados; mientras que el VIH representaría hoy día una genuina antroposis (*anthropo* = hombre; *gnosos* = enfermedad) donde la transmisión del virus quedó circunscrita a la circulación viral exclusivamente entre humanos.

- 15- IV CURSO INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. V SEMINARIO INTEGRAL DEL SIDA. Santiago de Cali , Colombia, 24 al 27 de marzo de 1999  
 Sharp P.M. et al. *Origins and diversity of human immunodeficiency viruses*. AIDS. 8 suppl 1: S27-S42, 1994.  
 Feng Gao. et al. "Origin of HIV-1 in the chimpanzee *Pan troglodytes troglodytes*". Nature, 397. 436-441, 1999.  
[http://www.cls.org.co/uploaded\\_user/pdf1999/02.pdf](http://www.cls.org.co/uploaded_user/pdf1999/02.pdf)
- 16- sm = sooty mangabey o mono tiznado (*Cercocebus atys* )
- 17- Otras infecciones virales – caso del virus Ébola – también pueden transmitirse a través de la caza y el manipuleo de monos (chimpancé y gorila)
- 18- Zhu T., et al. *An african HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic*. Nature, 391. 594-597, 1998.
- 19- La disciplina ecológica estudia las interrelaciones que existen entre los seres vivos y su medio ambiente: físico, químico, bio-

lógico, climático, demográfico, evolutivo, etológico y socio económico y cultural, pertenecientes a una determinada región del planeta. Se halla estrechamente vinculada con la biología evolutiva, la genética y la etología. La palabra ecología deriva de su acepción griega: “*oikos*” que significa casa, hogar, vivienda y “*logos*” estudio, tratado. Un término muy apropiado para sus objetivos ya que representa una vasta ciencia que tiene como objetivo princeps reconocer la estructura de un ecosistema terrestre, es decir todos aquellos factores del mundo viviente, y también inerte, que confluyen para explicar la existencia de un fenómeno, hecho o circunstancia determinados. Representa el genuino *teatro natural* donde se escribe la historia de algo o de alguien que comporte un protagonismo.

<http://es.wikipedia.org/wiki/Ecolog.%C3%ADa>

- 20- Sharp, P. M., E. Bailes, F. Gao, B. E. Beer, V. M. Hirsch, and B. H. Hahn. 2000. “*Origins and evolution of AIDS viruses: estimating the time-scale*”. *Biochem. Soc. Trans.* 28:275-282.
- 21- Hahn, B. H., G. M. Shaw, K. M. de Cock, and P. M. Sharp. 2000. “*AIDS as a zoonosis: scientific and public health implications*”. *Science* 287:607-614.
- 22- Este virus – *simian foamy virus* – ha evidenciado una tasa de evolución genética muy lenta, coincidiendo con las etapas de especiación de los primates no humanos a través de millones de años. Significa decir que la tasa de diversificación – modificación evolutiva – de este virus ha sido muy baja, hecho que le ha permitido una larga y pacífica co-evolución con su hospedero. William M. Switzer, Marco Salemi, Vedapuri Shanmugam, Feng Gao, et al.: “*Ancient co-speciation of simian foamy viruses and primates*”. *Nature*, (17 March 2005), 434, 376-380
- 23- Se han identificado SIV *cpz* en cuatro subespecies de chimpancé: *Pan troglodytes verus* (occidental); *Pan troglodytes vellerosus* (nigeriano); *Pan troglodytes troglodytes* (central) y *Pan troglodytes schweinfurthii* (oriental). Por otro lado se han encontrado SIV *agm* en cuatro especies de monos verdes africa-

nos: *Chlorocebus pygerythrus* (Vervet); *Chlorocebus aethiops* (Griet); *Chlorocebus sabaues* (Sabaues) y *Chlorocebus tantalus* (Tantalus)

Silvio Arango – Jaramillo. “*Comentario sobre las hipótesis del origen del VIH/SIDA*” Departamento de Microbiología Molecular e Inmunología. Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, USA. IV Curso Internacional de Enfermedades Infecciosas. V Seminario Integral del SIDA. Santiago de Cali, Colombia, marzo de 1999.

- 24- El puente que facilitó el traspaso accidental – se cree sucedió hace poco más de cien años – del VIS del chimpancé al humano transformándose específicamente en VIH – 1 - y otras especies de macacos para el VIH- 2 – representó epidemiológicamente un ejemplo típico de antropozoonosis (véase nota 14)
- 25- McCutchan, F., 13th IAC, Durban, 2000 – 165  
 Alvaro Carrascal, MD, MPH. Diversidad genética del VIH  
 Director, División de Atención de Salud. Instituto del SIDA.  
 Departamento de Salud del Estado de Nueva York  
[www.cls.org.co/uploaded\\_user/pdf2009/10](http://www.cls.org.co/uploaded_user/pdf2009/10).
- 26- “*The challenge of HIV-1 subtype diversity*”. Taylor BS, et al.: *N Engl J Med*. 2008 apr 10; 358(15):1590- 602
- 27- Ruchansky, D “*Familia Retroviridae*” Dpto. Bacteriología y Virología. Facultad de Medicina- U.D.E.L.A.R  
 Temas de bacteriología y Virología Médica. 3° Edición. 2008. Oficina del Libro FEFMUR.  
 Fields Virology. David M Knipe and Peter M Howlery. Fifth edition. LIPPINCOTT Williams and Wilkins. 2007  
[http://www.msp.gub.uy/homeepidemiologia\\_198\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/homeepidemiologia_198_1.html)  
<http://www.unaids.org/es/>
- 28- Singer, M . Baer, H. (2007). “*Introducing Medical Anthropology*”. Plymouth, UK: Altamira Press
- 29- Por la aparición de unas manchas de color rosado en la superficie del cuerpo fue atribuida erróneamente a los homosexuales, aunque pronto se hizo visible en sujetos haitianos en Estados

Unidos, en usuarios de drogas inyectables y en los receptores de transfusiones sanguíneas. Tal presentación llevó a identificar al VIH/SIDA como la peste de las cuatro “b” (homosexuales, haitianos, heroinómanos, y hemofílicos). La imagen del club de las

me recibí de médico lo atendí con mucho afecto en el Hospital Muñiz. Nunca se le demostró una afección tuberculosa activa. Sí un avanzado enfisema pulmonar – tiempo después conocido como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) – con dilataciones bronquiales severas que al levantarse cada mañana le provocaban intensos accesos de tos con abundante expectoración “mucopurulenta”, teñida frecuentemente con estrías de sangre. Bastaba entonces que el esputo estuviera vetado con sangre roja para sellar el diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Representaba así el atormentado estigma de una enfermedad – a veces inexistente – surgida seguramente en un oscuro bajo fondo social frente a la cual había que adoptar una conducta hostil y discriminatoria. Tal era la representación social del llamado impropriadamente “vómito de sangre” o “escupir sangre”

- 32- Ruffié, J.; Sournia, J.C. *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*. París, Flammarion. 1995.  
[www.unesdoc.unesco.org/images/0013/001307/130756s.pdf](http://www.unesdoc.unesco.org/images/0013/001307/130756s.pdf)
- 33- Desclaux, A. “*Estigma y discriminación por el VIH/SIDA: un enfoque antropológico*”. Actas de la mesa redonda celebrada el 29 de noviembre de 2002 en la sede de la UNESCO en París. Un enfoque cultural de la prevención y atención del VIH/SIDA. Proyecto de investigación de UNESCO/ONUSIDA. Pags.:1-9
- 34- ONUSIDA. Comunicado de prensa: “*El ONUSIDA advierte que el estigma y la discriminación impulsan la epidemia de SIDA*”. Durban, Sudáfrica. 21 de setiembre de 2001.
- 35- Whitehead, M.; Dahlgren, G.; Evans, T. “*Equity and health Sector Reforms: Can Low- Income Countries Escape the medical Poverty Trap?*” *The Lancet*, vol.358,p833-836. 2001
- 36- Complejo VIH/SIDA, figura mencionada por Barzani C A, y (Biagini, G. y Sanchez, M (1995) “*Actores sociales y SIDA*” Ed. Espacio. Buenos Aires). Agrupa una categoría de análisis acerca de hechos, saberes, interpretaciones, circunstancias, prácticas e intenciones de orden científico, político, religioso, filosófico, ético-morales, legales, tradiciones y creencias, construidos por los distintos grupos sociales.

- 37- Si se asocian los términos que conforman las raíces *ētho-* ἦθος ‘carácter’, ‘comportamiento’ y *-logiā* -λογία, su significado sería ‘estudio de los caracteres o comportamientos’

John Stuart Mill inventó, según él, la palabra. En realidad, reacuñó el término, más que inventar, puesto que se documenta *ethology* en inglés en bastantes ejemplos en los ss. XVII y XVIII. Esto nos dice J.S. Mill en este texto de una de sus primeras (1843) obras fundamentales, Un sistema de lógica donde escribe lo siguiente: “*Las leyes de formación del carácter son, en resumen, leyes derivadas que resultan de leyes generales de la mente; y debe llegarse a ellas deduciéndolas de esas leyes generales ...*” Así se forma una ciencia a la que propongo – sigue diciendo J.S.Mill - dar el nombre de Etología o Ciencia del Carácter, de ἦθος (*ēthos*), una palabra que se aproxima mucho al término ‘carácter’..

El responsable de que el término pasara a la biología fue Isidore Geoffroy Saint-Hilaire; para él etología «*es el estudio de las relaciones de seres organizados en familia, sociedad, agrupación, comunidad.*» (*Histoire naturelle générale des règnes organiques* 1859, 2, 285).

<http://dicciomed.eusal.es/palabra/etologia>

- 38- Barzani, C A. “Algunas reflexiones acerca del complejo VIH/ SIDA: del imaginario social al imaginario adolescente” 2001. Topia. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura, pags.: 1-8 <http://www.topia.com.ar/articulos/algunas-reflexiones-acerca-del-complejo-vih-sida-del-imaginario-social-al-imaginario-adolescente>
- 39- Marchetti, R, Rodriguez, G.R., Rodriguez, A. “*Los adolescentes y el SIDA: La importancia de la educación para la prevención*”. Lo que todos debemos saber. CONASIDA. Sida- ETS/ 1996; vol.2, Nº 2, pags. 61-69
- 40- Rodriguez, G. “*Dilemas sexuales de los jóvenes*” IV Congreso Nacional sobre SIDA. México, octubre, 1993.
- 41- “*Conocimiento, actitudes, y prácticas sexuales en estudiantes de primer ingreso a la UNAM*”. Ponencia en el IV Congreso Nacional del SIDA. México. Universidad Nacional Autónoma de México, octubre, 1993.

- 42- Piaget, J. “*Estudios de psicología genética*” Buenos Aires. Argentina: EMECE Editores, 1973.
- 43- Ramirez, S. *Infancia es Destino*. México: Siglo XXI Editores, 1994.
- 44- Rodriguez, G. *Dilemas sexuales de los jóvenes*. IV Congreso Nacional sobre SIDA. México. 1993.
- 45- Galvao, Jane (1997). “*As respostas das organizaçoes nao governamentais*”. En R. Parker (ed.), *Políticas, instituições e aids: Enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, pags. 69-108
- 46- Galvao, Jane (2000). *Aids no Brasil. Agenda da construção de uma epidemia*. Sao Paulo, Rio de Janeiro: Editora 34, ABIA.
- 47- Abadía Cesar. “*Sida y Niñez en Brasil: respuestas sociales que promueven la madurez de los derechos humanos*”. Programa cultura, comunicación y transformaciones sociales. Centro de Investigaciones posdoctorales. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela. Pag.: 20  
[www.globalcult.org.ve/monografias.htm](http://www.globalcult.org.ve/monografias.htm)
- 48- Abadía – Barreo, César E (2004) “Happy children with aids”: The paradox of a healthy national program in an unequal and exclusionary Brazil. En Arachu, Castro y Merrill Singer (eds.), *Unhealthy health policy: A critical anthropological examination*. Walnut Creek: Altamira Press, pags.: 163-176
- 49- Cruz, E Franco y César E Abadía- Barrero; eds. (2005) “*Criança, adolescente e aids: Abra este diálogo*”. Sao Paulo: Fórum das ONG’s – AIDS do Estado de Sao Paulo.
- 50- Novedades en SIDA <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=84822&uid=21879&fuente=inews>
- 51- Un paso atrás en el caso de la “Niña de Mississippi”  
<http://www.huesped.org.ar/un-pasp-atras-niña-de-mississippi/>
- 52- Conferencia SIDA 2014 (Melbourne, Australia) | 23 JUL
- 53- Alguien dijo acertadamente que la educación es el vehículo seguro para el crecimiento personal. La educación sexual es uno de sus principales nutrientes. Por eso cuando llega el deseo y lo

sentimos a punto para hacer el amor, debemos saber que el amor se dice con palabras pero se hace con preservativo.

54- Colette Smith, PhD., lecturer in biostatistics, University College London, UK; Michael Horberg, MD, director, HIV/SIDA, Kaiser Permanente, Oakland, Calif.; July 19, 2014, The Lancet.

55- "*Aurora. Reflexiones sobre los prejuicios morales*" ; Friedrich Nietzsche; 1881

<https://es.scribd.com/doc/6618827/Nietzsche-Aurora-Completo>

(<sup>o</sup>)Aclaro que a este penoso padecimiento lo he encarado desde el punto de vista de su historia natural y tras una óptica antropológica.

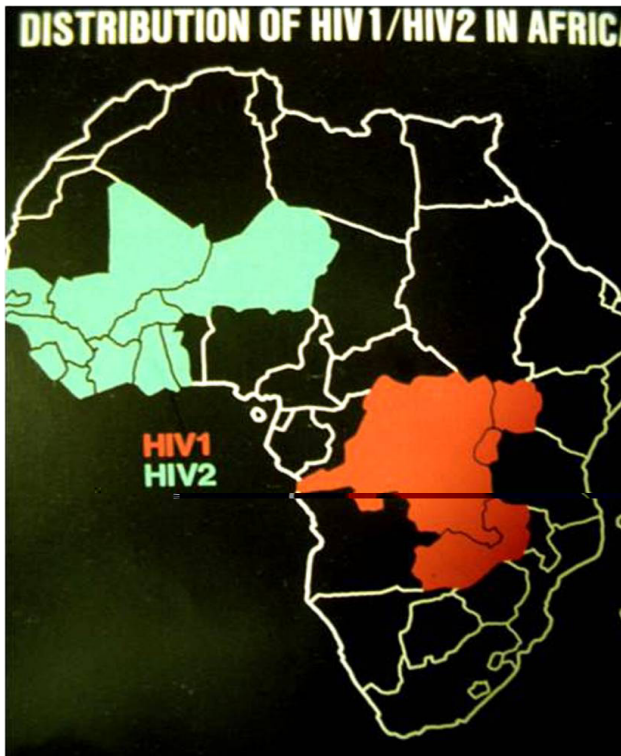


Fig.29.1. Extensas regiones del continente africano donde se inició la historia natural de la infección por VIH



Fig.:29.2. Chimpancé. *Pantroglodytes tyroglodytes*. Especie simiana considerada reservorio ancestral del VIH



Fig.:29.3. Mangabeye fuliginoso (*Cercocebus atypis*) Especie de mono reservorio natural del VIH

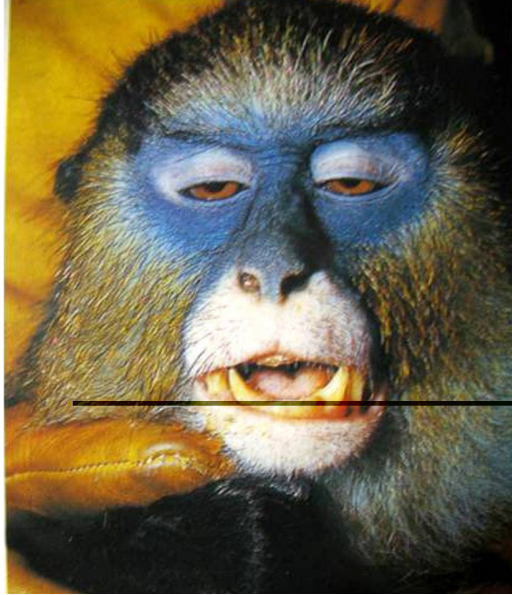


Fig.:29.4. Mono verde del género *Clorocebus*. Tres especies han sido involucradas como reservorios naturales del VIH: *pygerythrus*, *aethiops* y *sabaens*



Fig.:29.5. Lazo rojo, símbolo del conocimiento y compromiso en apoyo a la labor preventiva igualitaria y a la solidaridad hacia quienes son portadoras del VIH-SIDA.

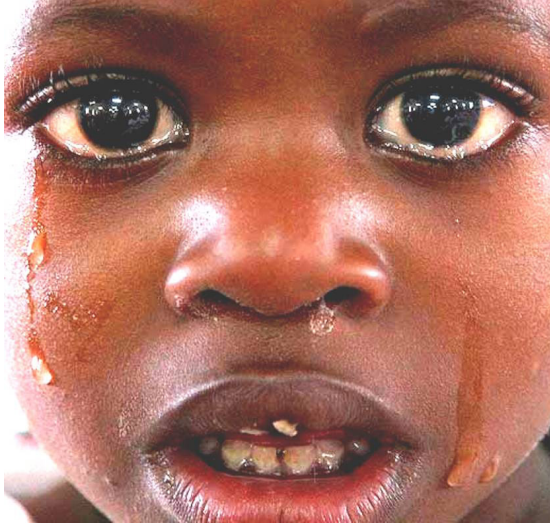


Fig.:29.6. VIH-SIDA, un penoso y lamentable padecimiento que luego de largos años consiguió trasladarse desde aquel pariente lejano, el mono, hasta nosotros, la especie humana. Una enfermedad hacia la cual *Homo sapiens* debe, en verdad, reflexionar profundamente.

## CAPÍTULO XXX

### ¿Patomimia...o realidad?

*“...porque todo está escondido en la memoria,  
refugio de la vida y de la historia”  
(De autor desconocido)*

Es cierto! Porque todo está allí, celosamente guardado en ese inacabable maremágnum de neuronas y mediadores químicos que conforman nuestro cerebro. Fantástica máquina que maneja el mundo consciente y sub-consciente , capaz de registrar la inconmensurable naturaleza que nos rodea y que nos permite pensar y sentir, reír y llorar, crear y destruir... y luchar hasta morir.

Pero ¡qué decir de ese laberinto oscuro que representa el sub-consciente! Penumbroso escondrijo de sueños y fantasías que, afanosamente, buscó iluminar Sigmund Freud con sus teorías y deducciones psicoanalíticas. Y a pesar de las frustraciones y controversias científicas con sus pares, cuántos avances dejó en verdad para la comprensión de esa madriguera semi adormecida que representa el subconsciente humano.

No es mi propósito referirme a este, cada vez más copioso y apasionante tema neurobiológico, simplemente porque, a pesar de mi formación universitaria, no me especialicé en psiquiatría ni en el psicoanálisis. Sin embargo, en el ejercicio de la medicina, e independientemente de la especialidad que practiquemos, es importante templar las cuerdas de nuestra capacidad psico-interpretativa toda vez que nos enfrentamos con el dolor existencial. ¿Por qué? Simplemente porque más de una vez el supuesto dolor físico, motivo de la consulta médica, representa el lamento de una angustia reprimida de quien no se atreve a revelarla. Es frente a esa angustia del diario vivir - ese común psicodrama de barrio - donde debemos sentirnos útiles. Porque nuestro objetivo es poder interpretar al intrin-

cado dolor y conseguir rasgar sus vestiduras. Sólo así ayudaremos el ser doliente para que liberare sus angustiosas ataduras.

Inobjetable es esta realidad: día a día van en aumento las congojas sociales, las cuales suelen disfrazarse de las maneras más insólitas. Cada jornada de labor hospitalaria, o en la consulta privada, nos sentimos más obligados a derivar pacientes al psicólogo o al médico psiquiatra. Cada vez son más frecuentes las dolencias físicas que responden a diferentes formas de hipocondría y que suelen expresarse en los más variados síndromes. Tan complejos resultan algunos que por su manera de presentación constituyen, no pocas veces, un desafío para el diagnóstico, pero también remanen incrustados en nuestro anaquel de vida como una anécdota más. A veces algunas insólitas. Así fue, en mi tarea de infectólogo, las que a continuación relataré:

Una mañana, como tantas, de intensa tarea en nuestro consultorio de zoopatología médica, aldeaño al servicio de internación de patologías regionales y tropicales, discurría con mis colaboradores acerca de un paciente que consultaba por una probable picadura de insecto. Recuerdo que varios golpes, insistentes e impacientes, sobre la puerta de acceso al consultorio externo perturbaron de pronto nuestra charla. Era de suponer que la persona que golpeaba con tanta insistencia seguramente se encontraría ansiosa o, por lo menos, preocupada. En verdad no debían sorprender actitudes a veces intempestivas tratándose de consultas, la mayoría de las veces motivadas por la agresión de animales ponzoñosos que, más allá de la importancia que podía suponer un accidente biológico de tal tipo, el temor frente a la agresión de un animal trasuntaba casi siempre la reacción subconsciente frente a un supuesto monstruo repulsivo y legendario. Pero para el caso con el cual, en instantes, nos enfrentaríamos, fue algo inesperado y tragicómico. Como primera experiencia en verdad nos dejó bastante desconcertados.

- ¡Hay! ...pero fíjese Usted Doctor– comenzó la paciente a contarle a la enfermera mientras esperaba ser atendida por alguno de nosotros – lo que me salió por la piel cuando me desperté esta ma-

ñana. ¡Fíjese! ...horrible...horrible! - continuó diciendo mientras extraída de su cartera una cajita de cartón y la abría para mostrar su contenido. El asombro fue mayor cuando empezó a relatar lo que ella suponía, "*bichitos que caminaba por mi piel*" que suponía le salían mientras dormía.

- Buen día Señora - le dije - mientras le estrechaba su mano. Al hacerlo pude observar sus brazos. Diversas lesiones cubrían mayormente la cara externa de ambos brazos y antebrazos, siendo más numerosas en el lado izquierdo - la paciente era diestra -. La lectura de su piel permitía asegurar la antigüedad de algunas de ellas - cicatrices lineales - mientras que otras impresionaban como bien recientes - costras y escoriaciones - por estar rodeadas de pequeños halos inflamatorios. La forma como se distribuían, el tipo y antigüedad de las mismas y los insistentes argumentos interpuestos por la mujer sobre cómo aparecieron - siempre por la mañana cuando se levantaba de la cama! -, hacía pensar que la enfermedad de su piel era, casi con certeza, *auto infringida*. Dicho de otro modo, las lesiones eran provocadas en forma intencionada por ella misma.

Por supuesto que se trataba de una atrevida presunción. ¿Pero qué evidencias la apoyaban? En primer término recordaba el principio embriológico que establece que la piel y el sistema nervioso central comparten la misma capa embrionaria. Entonces no debía asombrar que cualquier desajuste psicológico o afección psiquiátrica podía afectar también, secundariamente, la piel (1). Al examinar minuciosamente la distribución de las lesiones, era sugestivo que asentaran, en su mayoría, en ambos brazos y piernas, ninguna en el rostro y apenas algunas en su espalda, y llamativamente hasta donde alcanzaba la extensión de sus dedos! Una distribución que contradecía la distribución de una dermatosis genuina. Además llamaba bastante la atención que algunas lesiones simulaban pequeñas figuras geométricas y arabescos!

Continué preguntando:

- Tranquilícese Señora y cuénteme cómo le salían esos bichitos y qué aspecto tenían...

- ¡Ah!, Doctor!, no sé cómo me pudo pasar esto a mí que soy tan cuidadosa y limpia – dijo la mujer, sin poder ocultar un gesto de repugnancia y pudor – Mire...mire por donde me salen todas las mañanas.

La atormentada mujer comenzó a señalar con su dedo índice derecho (2) pequeñas escoriaciones lineales sobre su piel –bastante martirizada - por donde decía ver caminar pequeños insectos.

- Mire Doctor...ve estos pocitos? –siguió la mujer bastante nerviosa-, por aquí es por donde me salen todas las mañanas cuando me

Fue interesante observar las características de los supuestos “*agresores*” –pequeñísimas partículas inertes, pelusitas, gránulos de tierra u hojitas de plantas, restos de exoesqueletos de diversos insectos, etc. – que los pacientes celosamente guardaban en pequeñas cajitas de cartón o recipientes de vidrio. Un testimonio evocador de la autoagresión era comprobar *restos de tierra debajo de las uñas de algunos dedos de la mano* – habitualmente derecha – en las pacientes con esta patología.

La existencia de un trastorno psiquiátrico era elocuente tras la obsesiva descripción de las lesiones:

- “...Ve Doctor esta cascarita, la alcanza a ver?...; mire...mire! , bueno es por aquí por donde me salen los bichitos cuando me despierto ...”, marcando así – siempre con similar mímica – el lugar exacto donde radicaba la supuesta injuria animal.

Se acepta que el paciente afectado de patomimia provoca sus lesiones para satisfacer una necesidad psicológica: ser escuchado, recibir un tratamiento determinado, obtener un beneficio personal, llamar la atención frente a un conflicto interno que no se atreve a revelar ni a afrontar personalmente, y vaya a saber cuántas cosas más que escapan a mis conocimientos.

Quedé impresionado con lo que estaba viendo. Sin duda no imaginé que me iba a enfrentar con algo así. Menos aún frente a la escena de ver a la pobre mujer abriendo una pequeña cajita donde celosamente guardaba una colección de pequeñitos “residuos” de las más variadas formas y naturaleza. Bueno ...cómo siguió aquel episodio tan inesperado. Mi instinto profesional me decía que la mejor forma de encarar el tratamiento debía partir de una mutua confianza; en principio por parte de la paciente hacia mí y, más todavía, la suficiente fe en mi mismo que permitiera solucionar definitivamente el complejo e insólito padecimiento para el cual personalmente, lo confieso, no tenía suficiente experiencia.

- Señora – le dije – quiero que tenga plena confianza y sepa que los médicos que la rodean – en ese momento estaban presentes dos profesionales de mi servicio de infectología y un dermatólogo del

servicio del hospital – y yo personalmente, sabemos lo que usted tiene y haremos todo lo que sea necesario para curarla...

Como era de esperar la desconsolada mujer rompió en llanto como queriendo descargar tanta ansiedad contenida hasta entonces.

- ¡Gracias Doctor! ...ayúdeme porque estoy muy confundida y ya me siento vencida...

Comencé a elaborar mi estrategia. Puse en práctica tres recursos. Uno sería el importante y necesario apoyo psiquiátrico, convocando al Dr. Eduardo Rizzutti, jefe de la Unidad Psiquiatría del Hospital Muñiz, excelente psicoanalista y con una larga experiencia. El otro era el Dr. Eduardo Restifo, en mi concepto un dermatólogo práctico y criterioso (tiempo después sería un referente en este tema). A ambos los recuerdo con mucho respeto y aprecio. Quedaba finalmente mi tarea. ¿Cuál sería la táctica a seguir? Pensé que lo peor que podía hacerle a la paciente era desvirtuar su creencia negándole que en realidad estaba parasitada, porque de hacerlo crearía en ella mayor desconcierto y seguidamente dejaría de tenerme fe para su recuperación. Le aseguré entonces que la libraría de esos miserables gusanos exterminándolos a todos – y de una sola vez - con un potente remedio. El truco era demostrarle que el medicamento actuaría aniquilando a todos los intrusos! Le prescribí entonces ivermectina, un parasiticida y larvicida sistémico que en una, o a lo sumo dos dosis, resulta muy efectivo (5).

- Señora – le dije – usted va a tomar dos comprimidos juntos de este medicamento por la mañana ni bien despierta...pero – levantando la voz para subrayar mis palabras – ¡ no olvide hacerlo en el instante mismo de despertar ! No debe dejar pasar los minutos. De esa forma el remedio atacará a los gusanitos cuando empiecen a brotarle por la piel...¿me ha comprendido bien señora?

- ¡Sí...Sí, muchas gracias Doctor! Cuánto le agradeceré si me saca de encima esta tortura que no me deja vivir...

Lo cierto es que en verdad le receté el medicamento y también en verdad se lo hice tomar. Se podrá criticar esta decisión, por demás innecesaria, pero analicé minuciosamente el riesgo beneficio de tal

actitud y mi conclusión fue que el riesgo por ingerir tal droga era insignificante – teníamos bastante experiencia con su uso en sarna humana y en larva “*migrans*” – pero que podría funcionar como un “*simil*” sedativo contra su prolongada angustia.

Al entregarle la receta se me ocurrió otro ardid. Entonces continué diciéndole:

- ¡Ah...muy importante Señora!. a las pocas horas de haber tomado este remedio que le aseguro es buenísimo, Usted notará ya el efecto porque cada sitio de la piel por donde deberían aparecer los gusanitos empezará a picarle – seguía mirándola con gesto optimista – porque significará que están moribundos retorciéndose hasta morir. Además, era necesario inducirle mi convicción!

Todavía hoy recuerdo el semblante de la atribulada mujer. Su rostro fatigado esbozó una sonrisa. Sin duda expresaba la tan ansiada esperanza. Fuertemente, estrechó con sus dos manos la mía. Yo me quedé con su sonrisa. Sabía que había ganado su confianza. Me sentí entonces útil a pesar de estar tratando una enfermedad imaginaria... y sin que tuviera nada que ver con una infectopatía.

La paciente fue mejorando paulatinamente con el apoyo de la eficaz psicoterapia impartida por el Dr. Rizzutti. Mientras tanto las lesiones residuales de su dermatosis facticia fueron tratadas por el Dr. Restifo. Una prueba más del beneficio que concede el trabajo interdisciplinario, siempre y cuando se garantice un diagnóstico correcto y se apele a un adecuado tratamiento médico.

Variadas son las razones que tornan difícil el diagnóstico de patomimia. Básicamente el desconocimiento de la existencia de esta *psicodermatosis* por parte del profesionales de la salud, psicólogos y hasta parapsicólogos y curanderos; pero sobre todo la dificultad en identificarla debido al comportamiento paradójico del paciente que, por un lado, simula una enfermedad ficticia y, por el otro, acude fóbico al médico para ser atendido y medicado. No debe entonces llamar la atención las numerosas consultas y el largo deambular de

estas atormentadas personas que de manera intencionada no paran de lastimarse.

La patomimia puede confundirse con variadas enfermedades genuinas de la piel: *sarna* impetiginizada –infectada secundariamente–, *piodermatitis* ( procesos supurados de la piel), picaduras de insectos, las neurodermatitis (6), la *tricotilomanía* y *onicotilomanía* (7), el *acné escoriado*, las *enfermedades del mesénquima* (8), etcétera.

Como existen bastantes discusiones y controversias en relación con este peculiar trastorno, creo oportuno referir algunos conceptos que permiten convalidar nosológicamente a esta desafiante patología psicodermatológica. Desde el punto de vista taxonómico existe consenso en encuadrar a la patomimia dentro de la extensa constelación de procesos dermatológicos vinculados con las “*Lesiones de la piel autoprovocadas*” (9), las cuales se vinculan estrechamente con trastornos de la conducta y desórdenes mentales. Varios dermatólogos consideran que esta dermatosis facticia observada en la mujer debe ser interpretada como “un *inconsciente llanto en procura de ayuda*”; mientras tanto, cuando la padecen los varones debería ser interpretada como un padecimiento *consciente* creado para simular una enfermedad imaginaria. Tal simulación es lograda a partir de una autoagresión constante. (10) (11). Al respecto el mismo Millard es categórico cuando describe su síndrome – “*dermatological pathomimicry*” – remarcando que el sujeto que lo reproduce, hombre o mujer, es siempre un desadaptado. Por qué un desadaptado? Porque en verdad quien escenifica una real patomimia lo que está haciendo es *imitar agravando una enfermedad ya existente* (eczema, dermatitis de contacto, úlcera varicosa crónica, etc.) de forma tal que al exacerbarla – irritándola, aplicando medicamentos por mano propia, abandonando exprofeso la medicación indicada por el profesionallogra a sabiendas mantener activa la dermatosis para beneficio propio (obtener o prolongar una licencia por enfermedad, conseguir una importante indemnización y hasta una cama de hospital). Lo he comprobado a menudo en mi hospital para tener un lugar confortable para dormir y un plato de comida. Este comportamiento en rea-

lidad no es comparable al que ejecuta una persona que autoagrede su piel simulando una enfermedad que a ciencia cierta es inexistente. Es entonces artificial – “*artefacto*” – por no representar una genuina dermatosis. Además su autoría es negada por el mismo sujeto ya que es generado por un conflicto subconsciente. Sería el caso de la dermatitis facticia o artificial.

Finalmente, y a modo de colofón, creo útil aportar esta concluyente definición consensuada por Harth, Gieler, Tausk y Kusnir –dermatólogos y psicoterapeutas, respectivamente- relacionada con la dermatitis auto-inflingida y los desórdenes facticios (12) que dice así: “*representan padecimientos psico-físicos inventados o simulados por el propio individuo*”. Específicamente el término es usado para identificar la *acción* auto-mutilante que conduce directa o indirectamente a un trastorno clínico relevante del organismo, pero sin intención directa de cometer suicidio.

En nuestro servicio de Patología Regional, Medicina Tropical y Zoopatología Médica hemos visto ambas modalidades de sufrimiento, con lesiones en su mayoría sobreinfectadas, motivo por el cual los pacientes eran habitualmente derivadas desde el servicio de dermatología. Adquirimos con el tiempo una invaluable experiencia que, por otra parte, pocos infectólogos lograron acopiar ya que los pacientes, en su mayoría, acudían a nosotros con dermatosis simuladas con la creencia que se debían a agresiones de diferentes especies de insectos. Los mismos colegas dermatólogos tuvieron en principio dificultades para situar nosológicamente estos insólitos padecimientos psico dermatológicos.

A través de años de tarea cumplida en nuestro tan querido hospital Muñiz, “*albergue forzado de importantes tragedias sanitarias*” –como también de impredecibles patologías -, nos enfrentó con un nuevo e inesperado desafío, enseñándonos una vez más cuán importante era el trabajo interdisciplinario, donde el oportuno aporte de especialidades afines lograba amalgamarse en el crisol del buen juicio y el conocimiento médicos.

## Notas y citas bibliográficas:

- 1- Los procesos dermatológicos asociados a conductas patológicas o a trastornos mentales se identifican bajo el nombre de patomimia, del griego pathos (padecimiento), y mimeomai, yo simulo. (Paul Bourget y Dieulafoy, 1908). Estado mórbido caracterizado por la necesidad de simular una enfermedad que experimentan las personas que creen estar ligados a ella. Este supuesto padecimiento puede, a veces, cobrarse el caro precio de llegar a provocar una auto-mutilación. [www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/Patomimia](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Patomimia).
- 2- Con especial atención señalo “índice derecho” porque – repito la mujer era diestra – me resultó llamativo que debajo de esa uña, a diferencia de los otros dedos, la piel era congestiva y estaba engrosada. Me detuve todavía a observar dicha región con mi inseparable lupa (3), gran aliada para el diagnóstico de muchas zoopatías (injurias provocadas por diferentes especies de animales) que llegaban a nuestro Centro de Zoología Médica de la Sala IX del hospital Muñiz para su diagnóstico y tratamiento. Estaba claro: la yema del dedo índice estaba algo engrosada y levemente congestiva, signo patente de un dedo que “rasguea” desde hace tiempo.
- 3- Mi inseparable lupa! La que en vida usó mi madre en sus cotidianas lecturas ayudando a sus anteojos bastante viejitos. Poco antes de morir – tenía 92 años! – una tarde mientras la visitaba me la regaló. Quizás pensó que también podría serme útil si tenía la suerte de llegar a su edad.
- 4- Vila Sava Carolina. “*Patomimia o Dermatitis facticia*”. UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla) <http://aedv.esprofesionalesinvestigacion-y-proyectos/wikiderma/patologias/patomimia-o-dermatitis-facticia>
- 5- La ivermectina es una mezcla 80:20 de avermectina B1a y B1b, lactonas macrocíclicas producidas por la actinobacteria *Streptomyces avermitilis*. Es usada como antiparasitario Como fármaco antifilárico ha sido ampliamente empleada en medicina veterinaria y en la actualidad es reconocida su eficacia en la filariasis humana. Es

también eficaz frente a *Strongyloides stercoralis*, incluso en pacientes inmunodeficientes, contra la larva migratoria cutánea. Se usa como una opción por vía oral para el tratamiento de la escabiosis humana y para eliminar los piojos. Además la aplicación externa de soluciones al 8% en lociones o jabones con Ivermectina también es un tratamiento eficaz en este caso. Se absorbe bien por vía oral, con un tiempo máximo de unas 4 horas. Actúa sobre nervios y células musculares del parásito. Es metabolizada ampliamente y su semivida es de unas 12 horas, apenas es excretada por las heces y la orina. <http://es.wikipedia.org/wiki/Ivermectina>

- 6- Es una enfermedad ecematososa de la piel, extremadamente variable, que se presume es una respuesta a acciones vigorosas de rascado, frotación o pinchado para aliviar el prurito intenso. La misma varía en intensidad, severidad, curso y expresión morfológica en diferentes individuos. Algunos creen que la neurodermatitis es psicogénica. La forma circunscrita o localizada se le conoce a menudo como liquen simple crónico. Las placas son rectangulares, engrosadas e hiperpigmentadas. En la mayoría de los casos esta patología tiene un alto componente emocional, por lo que es necesario tomar en cuenta que las manifestaciones clínicas son producto en la mayoría de los casos de estados emocionales alterados. En consecuencia, los mejores resultados terapéuticos se obtendrán manejando este tipo de pacientes en forma integral con apoyo de dermatólogos, clínicos, psicólogos y, de ser necesario, la oportuna participación de psiquiatras. [www.es.wikipedia.org/wiki/Neurodermatitis](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Neurodermatitis)
- 7- La tricotilomanía es la pérdida de cabello por la manía de halarlo y retorcerlo hasta que se desprende. Los pacientes son incapaces de detener este comportamiento, incluso aunque su cabello se vuelva más delgado. Representa un tipo de trastorno nervioso de corte impulsivo, cuyas causas no se comprenden con claridad. Afecta en mayor proporción a las mujeres. Los síntomas pueden iniciar tempranamente, antes de los 17 años. El cabello se pierde por parches redondos o a lo largo del cuero cabelludo, lo que causa un efecto de

apariciencia desigual. La persona se puede arrancar otras áreas de cabello, como las cejas, las pestañas y el vello corporal: [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001517.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001517.htm) Onicotilomania: Severa conducta impulsiva, donde el paciente arranca consistentemente sus propias uñas con o sin ingestión posterior de ellas. Se diferencia de la onicofagia que consiste en morder las uñas más allá de su borde libre. Habitualmente hay ingestión. Se asocia con sangrado y frecuentes sobre infecciones, pudiendo dejar cicatrices. Martínez Aguayo, J. C.\*, González Larenas, C., Correa Donoso, E. “*Conductas repetitivas centradas en el cuerpo*”. Hospital Félix Bulnes – Unidad de Psiquiatría Infantil– Santiago de Chile. \*Profesor Asociado de Psiquiatría. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile [http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo\\_doc7021.pdf](http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc7021.pdf)

- 8- También conocidas como enfermedades del tejido colágeno, agrupan varias enfermedades de la piel - con frecuente compromiso de mucosas y órganos internos – tales como el lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, la esclerodermia, la enfermedad mixta del mesénquima, etcétera.
- 9- Las lesiones de la piel autoinflingidas continúan siendo motivo de debate. Incluyen variadas sinonimias y modalidades de expresión clínica: enfermedad imaginaria, Síndrome de Münchhausen, patomimia, síndrome de picadura de la piel, picadura impulsiva y compulsiva de la piel, dermatitis artefacta, dermatitis facticia, tricotilomanía, acné escoriado, excoriaciones neuróticas y psicógenas. Gieler U, Consolf, F G, Tomas Aragonés, L, Linder, D M, et al.; “*Self-inflicted lesions in dermatology: Terminology and Classification. A position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP)*” *Acta Derm Venereol*, 2013, jan. 93 (1); 4-12 doi:10.2340/0001 5555. Debo agradecer al Profesor Dr. Jorge Ulnik, prestigioso psicoanalista argentino, el haberme proporcionado esta importante referencia bibliográfica.
- 10- Zelewska A, Kondras K, Dzionkowska-Bartkowiak B, Coterrill J.A, Jedrezejowska A Sysa. “*Maligner of scrotal dermatitis*” *Dermatol Psychosom* 2003; 4: 165-167

- 11- *Dermatological pathomimicry: a form of patient maladjustment.*
- 12- Millard LG. Lancet. 1984 Oct 27; 2 (8409):969-71.
- 13- Wolfgang Harth, Uwe Gieler, Daniel Kusnir, Francisco A. Tausk. *“Clinical Management in Psychodermatology”*. 2009, Springer - Verlag Berlin Heidelberg , pags. 12-16



Fig.: 30.1. Patomimia.



Fig.:30.2. Patomimia

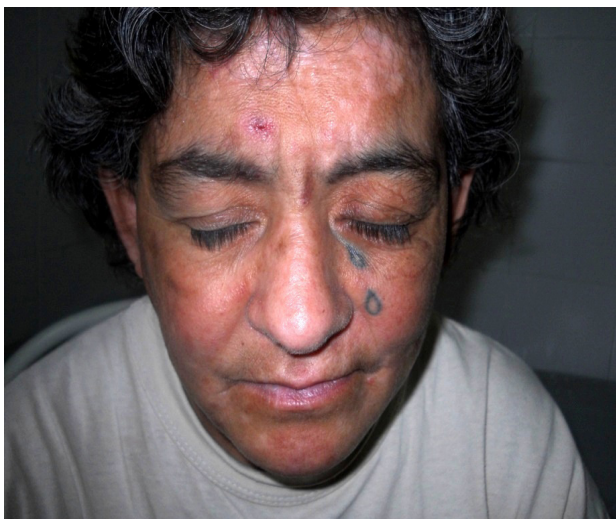


Fig.:30.3. Patomimia



Fig.: 30.4. Múltiples lesiones situadas apenas donde alcanza la acción del «rastrillo» traumatizante de las uñas.



Fig.: 30.5. Lesiones cicatrizales adoptando la misma disposición que la observada en la figura anterior, evocando la limitada posibilidad anatómica de producir traumatismos.



Fig.:30.6. Lesiones pigmentadas que permiten imaginar el pasaje obsesivo del «rastrillo» ungueal.



Figs.:30.7 y 30.8. Lesiones cicatrizales lineares similares en brazos y piernas.



Fig.:30.9. Extensa lesión decalvante en losange queriendo extirpar un supuesto tumor cerebral<sup>(\*)</sup>

(\*) Gentileza del Dr. Eduardo Restifo, con quien compartimos el examen y el análisis de varios casos de este padecimiento psicodermatológico.

## CAPÍTULO XXXI

### El Médico: ¿operario ...o artesano de la salud ? (I)

*“En cada acto médico debe estar presente el respeto  
por el paciente y los conceptos éticos y morales;  
entonces la ciencia y la conciencia estarán siempre del mismo lado,  
del lado de la humanidad”*  
René Gerónimo Favalaro (1923 -2000)

En verdad todo surgió debido a mis insistentes preguntas a los responsables de la formación del modelo de médico que debería formar nuestra universidad. Acerca de las verdaderas necesidades sanitarias que existen en nuestro país y, todavía más, conforme a la geografía médica prevalente en sus diferentes regiones.

Para quien lo haya vivido, es cierto que toda opción de excelencia hacia un crecimiento personal conlleva siempre un desafío, más aún si tal reto se traslada al magno ejercicio de la ciencia asclepiana. Surge entonces la vacilante pregunta ¿por qué decidir hoy ser médico?; y tras esta importante interpelación suelen sucederse otras: ¿La carrera de medicina es elegida acertadamente?; ¿Qué anhela el médico para sí?; ¿Qué desea la sociedad de él?; ¿Qué pretende el estado con el ejercicio de su profesión?

A modo de prólogo reconforta evocar aquellas ilustres corrientes científicas que desde inicios del siglo XIX, y partiendo de Francisco Javier Muñiz, conformaron el prestigio del de la medicina argentina. También es bueno recordar, con legítimo orgullo, la indudable prosapia legada por la escuela médica francesa. Basta apenas regodearse ante la pulcritud de aquella semiótica y el virtuosismo del razonamiento clínico ejercidas por los galenos de la “*belle époque*”.

En verdad fuimos herederos históricos de una artesanía, sin par, en el ejercicio de la ciencia médica.

Sin embargo, es dudoso aceptar que aquel soberbio modelo de la medicina de antaño pueda satisfacer a pleno las exigencias que debe enfrentar hoy el profesional de la salud. Responsabilidad que se profundiza aún más toda vez que este calificado operario debe encarar a la enfermedad, y además propender a la salud de un individuo, en un enmarañado entorno ecológico, soportando hasta crueles cambios socio-culturales, económicos y políticos que bajo la forma de sutil complicidad, viene tramando la imparable globalización. Se hace entonces necesario formularse esta sincera pregunta:

¿Apuntamos, en la Argentina, a formar un modelo de médico conforme a la dimensión biológica, biogeográfica y ética del individuo? Para responder con acierto a esta trascendente cuestión debemos, en primer término, estar seguros sobre el candidato que, ni bien egresado, se ocupará del complicado tema que representan la enfermedad y la salud. Volvamos para ello a la pregunta inicial: ¿La carrera de medicina es elegida en forma acertada?

Hoy día todo joven que aspira a ser médico seguramente ha pasado por el “test” de orientación vocacional. Aún así, existen otros argumentos que lo inclinan a optar - o desistir - por el trascendente paso. Es habitual escuchar al candidato decir: me gusta más biología que exactas;...me motiva ayudar al prójimo cuando sufre; ...en mi familia mi abuelo era médico y mi padre también lo es;... me apasiona la cirugía;...veo una segura salida laboral, sobre todo en el interior del país;...me gusta la pediatría; ...me fascina la cirugía pero me desmayo cuando veo sangre;... es apasionante curar pero no soporto ver sufrir a una persona y menos aún asistir a su muerte, etc., etcétera.

Es así como muchas veces la elección es acertada pero en otras se tropieza con un ríspido trenzado de vacilaciones e incertidumbres que terminan por agobiar la capacidad para decidir. Pero, además, creo que esta conducta dubitativa se debe, en gran medida, a la insuficiente formación curricular previa – escuela primaria y secundaria- que contribuye a limitar el horizonte de búsqueda hacia una educa-



En el difícil capítulo histórico que nos toca vivir, la experiencia me ha enseñado que la comprensión integral del ser en su contexto *biológico* (salud-enfermedad), *psicosocial* (historia de vida en su medio ambiente) y ético (conducta individual frente a la sociedad), permite al profesional de la salud un mayor rendimiento personal, a la vez que lo fortalece en el ejercicio médico y social, sobre todo en aquellas regiones donde el infortunio sanitario es tan pesado de sobrellevar. Personalmente creo que si hay algo difícil de llevar adelante es la práctica de la medicina a pleno campo - rancho, picadas, barro, viento, frío, insectos, soledad, silencio -. Sí, sobre todo el silencio, ese vacío de comunicación que agobia tanto en los momentos más difíciles que debe enfrentar un médico rural, porque su único interlocutor es apenas su aliento hecho criterio o, apenas, intuición hecha realidad. Es por ello que cuanto más preparado egrese el médico del claustro universitario mejor comprenderá el dolor humano que, más allá del quejido físico, siempre viste un complicado ropaje psicosocial.

Frente al innegable desafío que entraña el ejercicio cotidiano de la medicina, elevar el nivel de conocimiento es también dignificar la preciada y benemérita labor de curar, aliviar o propender al bienestar del ser. ¿Quién, sino el médico, amerita con mayor derecho ese noble atributo?

Es atinado concebir que el médico de las recientes “horneadas” aspire con merecido derecho a la prosperidad como ser inteligente y como profesional. Tras una larga y esforzada carrera que, extendida a la necesaria residencia médica, es cercana a los diez años, recién a partir de entonces tiene asegurada su libertad para decidir. Ha llegado por fin al merecido y tan deseado momento de insertarse a la estructura asistencial y académica que lo formó. Sin embargo, es habitual que tal inserción le sea denegada, debido a falta de cupo, fracaso en el examen de ingreso a la residencia médica o también por razones presupuestarias, o vaya a saber, por qué impedimento administrativo. Surge, entonces, una gélida marginación que lo empuja a la deriva. La incertidumbre de futuro lo obliga por momentos

a deambular en forma humillante, impulsándolo a aceptar salidas laborales sujetas a una flagrante explotación, hoy claramente identificada. Es así como no pocas veces se apela a decisiones extremas: huir al interior y rastrear fuentes de trabajo en regiones poco accesibles y alejadas de centros asistenciales; o bien probar suerte en América del Norte, Europa o países africanos. Recuerdo que durante mi estada en Ruanda (África) me reencontré con dos de mis ex residentes y otros jóvenes argentinos, Ellos decidieron arriesgarse a trabajar en el país considerado más caliente del continente africano debido a las horribles matanzas acaecidas durante la despiadada guerra civil de 1994. Y lo hicieron porque más allá del permanente riesgo sobre sus vidas, la remuneración los alentaba a seguir luchando por subsistir.

Considero oportuno describir en forma sucinta la rica experiencia de vida recogida por estos temerarios profesionales. Recuerdo que fue indescriptible la emoción y el asombro que experimenté cuando los vi por primera vez. Se desempeñaban como médicos internistas en el hospital de Muhororo, en plena selva africana y bastante alejado de Kigali, la capital ruandesa. Un hospital que absorbía en su mayoría a refugiados de la etnia “hutu”. Juntos, en un encuentro fortuito nos hallábamos muy lejos de nuestra patria, de nuestros hogares y amigos. Apartados del confort y de la generosa mateada y frente a una cruda realidad: la miseria, el dolor físico, el odio tribal... la muerte en cualquier lugar. Ellos y yo pisando la ardiente y sangrienta tierra africana donde la vida y la muerte estaban valorizadas en igual cotización. Una cruda enseñanza frente al dolor y la orfandad humanos. Una extraña calle de tierra colorada con tantas vidas depreciadas, sin futuro y sin destino. La calle- que según el escritor Roberto Arlt es la “...escuela que deja siempre el paladar agridulce y que enseña todo aquello que no dicen los libros” (4).

Fueron meses en que trabajamos juntos, hombro con hombro, sudor con sudor, aliento con aliento, fortaleza con fortaleza. Además, como era de esperar, soportando insuficientes suministros y una infraestructura precaria.

Tanto como pudimos aportamos lo mejor de nuestros conocimientos, equivocándonos y aprendiendo en cada momento del día. Mancomunados en largos diálogos de reflexión tras las duras jornadas de labor médica y apoyo humanitario. No importaba el calor, los mosquitos, la inseguridad o la amenaza de ocultos francotiradores. Había que aliviar el dolor, salvar en lo posible vidas y, frente a la impotencia, ayudar también a morir... y hasta sepultar.

Aquellos jóvenes médicos argentinos que, frustrados en sus iniciales propósitos de crecimiento profesional y en procura de un digno bienestar culminaron, con arriesgada decisión y venciendo inimaginables obstáculos, una ejemplar y valerosa tarea. *Aprendieron así cuánto de grande es el dolor físico donde existe hambre, pobreza, desnutrición e indiferencia hacia la vida. Aprendieron a reconocer las severas patologías tropicales de la región; también disfrutaron el bello colorido del folclore africano con sus danzas y rituales. Pero sobre todo aprendieron a comprender el profundo dolor del espíritu de una raza maltratada con el penoso saldo de negritos huérfanos, a la deriva, con mirada siempre suplicante y una vencida mueca de impotencia tribal. Porque es cierto que “el dolor psíquico es más difícil de sobrellevar que el corporal...” simplemente porque es “incomunicable”* (Poniatowska E, 2003. (5)

Aprendieron todo eso, que no les fue enseñado en la facultad, ni tampoco mostrado habitualmente a las nuevas generaciones, como un capítulo más de la tragicomedia de la vida frente a la cual el médico debe extender su ayuda generosa .

Con gran orgullo debo decir que al despedirme de mis queridos ex residentes experimenté un alentador céfiro de optimismo al comprobar en ellos la vocación médica renovada. Se fueron por necesidades económicas y encontraron su verdadero destino. Quizás porque la adversidad también los hizo crecer como seres humanos.

Me resulta grato agregar que uno de ellos ejerció más tarde en un hospital regional de Kenia y el otro desarrolló tareas humanitarias en Angola. El otro, un ex- alumno de la Cátedra de Parasitología Médica, dependiente de la facultad de Medicina del Salvador, el

Dr. Pablo Goetz, luego de obtener su reválida médica en Inglaterra, hoy ejerce como neurocirujano en un Hospital de Londres (6).

A lo largo de mi vida como médico itinerante tuve la oportunidad y una envidiada regalía de conocer con suficiencia mi bella y vasta patria. Con sus irisados bosques, extensas praderas; sus caprichosos y anchurosos ríos, la imponente y rigurosa pre-cordillera... las espumantes cascadas. Y toda esa magnificencia bajo el amparo del celeste y diáfano cielo de esta querida tierra.

Conocí entonces el sentir, el pensar y también el sufrir de muchos de mis conciudadanos que habitan extensas regiones del país, muchas de ellas alejadas y hasta marginadas de la sociedad. Ello me permitió acumular aleccionadoras vivencias vinculadas con los viejos pesares que, como pueblos, siguen arrastrando todavía. El aislamiento, la carencia educativa, la alimentación y nutrición deficientes, la vivienda precaria, los ingresos insuficientes, la escasa llegada sanitaria y tantas otras penurias del diario existir. Tengo aún presente el breve diálogo mantenido con aborígenes “wichi” de una olvidada comarca de la provincia de Formosa, donde trabajé durante meses como médico rural:

- Aquí nadie viene para escucharnos- dijo medio desconfiado el cacique del grupo indígena.
- Y cuando vienen - continuó diciendo - nos sacan fotografías, nos regalan leche en lata, a veces ropa y zapatillas y después se van; y no vuelven más- Pero nosotros seguimos mal de aquí y aquí (señalando varios sectores de su cuerpo)
- Entonces, terminó preguntando: ¿Para qué vino Usted, paisano?

A pesar de la justificada desconfianza, logré quedarme con otros colegas para realizar, hasta donde fue posible, un relevamiento epidemiológico que permitiera un diagnóstico de situación sanitaria de aquella población. Era la primera vez que se acercaba a ese paraje

formoseño una misión sanitaria con seriedad. La primera vez que un médico, con verdadero sentido humanitario, se ocupaba de ellos.

Para sorpresa nuestra tuvimos que ocuparnos, además de sus padecimientos físicos, también de sus reclamos sociales. Hubo que aprender parte de las costumbres y folclore para conquistar su confianza. Así, conseguimos que utilizaran la letrina, quitarles los piojos y enseñar a las parturientas los primeros cuidados del recién nacido. También la utilidad de labrar la pequeña chacra. Hasta fuimos el paño de lágrimas en sus míticas penas; y cuando morían les enseñamos cómo debían enterrar a sus seres queridos. En todas esas cosas tuvimos que ocuparnos. Porque ese grupo humano postergado y desdeñado era tan argentino como nosotros. Acaso más que nosotros porque estaba impregnado con ese aroma a palo santo que solo surge de la pachamama. La tierra de ellos. Su legítima patria!

Como argentino y como médico tuve así la oportunidad de conocer y apreciar a esa humanidad sufriente que, como otras tantas vigentes aún en la Argentina de hoy, necesitaba del ineludible compromiso ciudadano para redimirlas e integrarlas a la comunidad civilizada. Por cierto que lo sucedido fue hace tiempo, pero desde entonces sigo preguntándome: en aquellas regiones de nuestro suelo donde persiste el difícil acceso geográfico y donde la marginación y decadencia sociales alientan el constante riesgo sanitario, ¿llega con igual eficiencia y adecuada cobertura profesional una básica asistencia sanitaria? Y, además, ¿sería oportuno alentar la formación de un modelo de médico generalista abocado al ejercicio de una impostergable medicina integrada?

Situado en esta propuesta de presente y de futuro, y frente a la realidad sanitaria por la que transitamos, el joven postulante al magno sacerdocio médico tendrá igual derecho a preguntarse ¿hacia dónde debería orientar mi vocación en el ejercicio de la medicina?; ¿me sentiría realizado en mi tarea específica asistiendo al padecimiento apenas físico del individuo?; y lo más preocupante para el hoy por el que transitamos: ¿Qué espera de mi la sociedad?

Las acertadas respuestas a tamañas interpelaciones exigen la previa distinción de los niveles a que se llega con la práctica médica. Ellos son:

- a- El médico corriente trata la enfermedad. El alcance de su ejercicio es a través del uso de la semiótica médica que abarca el examen físico, la analítica clínica y el recurso imagenológico. Suficiente es llegar aquí a un diagnóstico, proponer una terapéutica adecuada y fijar las medidas preventivas del caso. En consecuencia, el alcance de su tarea profesional es abarcativa del “sujeto orgánico”
- b- Está el médico que viste su guardapolvo blanco con sensitiva actitud profesional y considera al paciente como un ente tridimensional. Su ética profesional lo orienta a enfocar el padecimiento orgánico, psíquico y anímico del sujeto. No es necesario redundar aquí sobre la incomprensible burocracia del poder sanitario actual que torna cada vez más difícil este enfoque plurivalente y caritativo de la praxis médica. Por lo menos contrarresta a esta despótica postura el apoyo que en forma constante brinda, a la loable conducta médica, la definición universal de la Organización Mundial, a la cual ya hice referencia.
- c- Existe un mejor médico. Es aquel que trata al sujeto como parte de su comunidad. Considera al paciente en función de su medio ambiente. Representa, así, el legítimo sacerdocio médico pues encara el mal del sujeto dentro de su contexto social.

De acuerdo con el interesante estudio sobre la personalidad, realizado por Jean Claude Filloux (7) y vinculado con los determinantes constitucionales y la influencia del medio ambiente, el autor define a “Natura” como la naturaleza total del sujeto, es decir lo innato, y “Nurtura” todo aquello que lo rodea y vincula con el medio ambiente. De forma tal que así como el individuo tiene opciones para modificar su entorno ecológico, de igual forma el medio ambiente ejerce influencias sobre él creando una personalidad que puede de-

fnir su conducta futura. En términos de salud ello significa que el ser humano en su interacción con “Nurtura” y desde su condición prenatal puede exponerse a diferentes influencias climáticas, nutricionales, socioculturales, de comunicación, etc. que lo exponen al riesgo de enfermar.

Si bien la prueba que vincula a los factores climáticos como determinantes de patologías orgánicas todavía está “*sub judice*”, el eminente ecólogo, médico y bacteriólogo René Dubos sostiene, por ejemplo, que “*el frío, el calor y la humedad influyen naturalmente sobre la salud y la enfermedad de muchas y variadas maneras...*” (8). Frente a esta reflexión y más allá de forzar a una dialéctica especulativa cabe preguntar: ¿desde el punto de vista de una medicina basada en una concepción holística de los hechos naturales, este aporte al conocimiento no asegura acaso un diagnóstico de situación – en términos de salud-enfermedad.- mucho más criterioso que considerar al sujeto-objeto en forma aislada?

Expuestos así los hechos y brindadas las opciones, le cabe al médico elegir ¿cuál es en realidad su caudal de conocimientos, empatía y predisposición para enfocar o, más aún, para abrazar el digno y honorable ejercicio de la medicina?

En verdad sólo su conciencia le responderá, pero a la postre no hay duda que será la incorruptible vocación su necesaria y fiel compañera.

En un acápite de su interesante y realista artículo, los doctores Leopoldo Kulesz y Daniel Flichtentrei mencionan: “*La incertidumbre de lo desconocido y la zozobra ante el dudoso futuro. Naturalmente, entonces, aparece la figura del maestro*” (9). Una acertada asociación de los autores que buscan, en el ejemplo citado, el milagro catalizador que permita encontrar el camino seguro. Sin embargo, me pregunto si la luminosa figura del maestro se encuentra siempre presente. A propósito me viene a la memoria una emotiva vivencia que me tuvo como observador allá por la década del ‘60 cuando ingresé, por primera vez, a la imponente Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, Brasil. Fuerte fue mi impresión al observar en el “ha-

ll"central, estampadas en sus paredes, las figuras de los ilustres y preclaros profesores que encumbraron esa prestigiosa casa de estudios. Agregó, con orgullo, la misma donde tuve el privilegio de ser su becario de posgrado. Estaba claro que, día tras día, toda persona que ingresaba a dicha facultad tenía frente a sus ojos un digno y gigante álbum científico. Porque de esa forma y cotidianamente esos eruditos recibían el homenaje de quienes con apenas elevar sus miradas brindaban, a su eterno silencio, el merecido homenaje.

Por supuesto que no ha ofrecido siempre el mismo espectáculo nuestra querida casa de estudios. Con frecuencia su frontispicio y hall de entrada han sido vapuleados con pancartas pintarrajeadas con múltiples aforismos, advertencias, citas y fórmulas electorales salvadoras que obstruían el acceso a sus dependencias. Si bien muchos de los preclaros maestros de nuestra medicina se hallan expuestos en la marmolada galería del primer piso de la facultad, son también muchas las ausencias.

Salvo el recuerdo de algunos médicos brillantes que dejaron su prístino discurso hipocrático y una honorable actitud de vida, debemos admitir que las nuevas generaciones poco conocen de la vida y obra de aquellos genuinos pioneros y mentores de ejemplares capítulos de la historia de nuestra medicina. Sin embargo, ¿Hasta dónde existen diálogos de reflexión en torno a la vida y al legado científico dejado por muchos de ellos? ¿Para qué sirve hacerlo? Al respecto creo atinado subrayar que no sólo sirve como bagaje histórico y cultural. Sirve hacerlo porque en sus magnas obras han quedado seguramente mojones altamente instructivos y humanistas, testimonios exultantes de sus pródidas existencias. No debemos olvidar que las generaciones que les suceden representan la necesaria posta del recambio científico, único argumento para aspirar a un merecido progreso médico y cultural. En definitiva, si no sabemos quienes fueron los que nos precedieron, cómo pretendemos, entonces, ser sus continuadores?

Atento a ciertos acontecimientos ecológicos inesperados que se vienen sucediendo en regiones de nuestro país con persistente riesgo sanitario, se hace necesario estimular la formación del recurso humano en medicina asistencial con un diferente perfil del operador en salud. En tal situación: ¿Cuál es la figura del médico que el Estado necesita para neutralizar tal emergencia sanitaria?

Referiré a continuación la propuesta que generó la formación de médicos capacitados para resolver y prevenir la enfermedad, y a la vez, promover la salud a “*nivel comunitario*”. El objetivo principal señalaba la necesidad de desarrollar fortalezas y habilidades que permitieran aplicar procedimientos y técnicas acertadas en todos aquellos niveles de complejidad sanitaria que demandase el área operativa.

## ¿Cómo surgió la idea?

Corría el año 1991. Acababa yo de regresar de Perú donde estuve trabajando en la impensada y asoladora epidemia de cólera, junto a mis colegas infectólogos del hospital Muñiz, apoyando la ardua y penosa tarea que les cupo a los colegas del país hermano. Tamaña tragedia ya fue pormenorizada en el capítulo correspondiente. Sólo deseo expresar la sensación de impotencia experimentada frente a ese descalabro epidemiológico donde, en pocas horas, las muertes se sucedían por centenares dejando el macabro espectáculo de filas de cadáveres bajo cobertizos improvisados, mostrando sus reseca y casi momificadas figuras, producto de la abrupta deshidratación ocasionada por la imparables “canilla colérica”, capaz de expoliar más de un litro fecal por deposición y dejando al paciente sumido en un colapso circulatorio. Quedó así y para siempre estampado en mi memoria el trágico semblante vibriónico al que denominé “*facies sumida del cólera*”, exhibiendo los ojos hundidos y casi perdidos en las cuencas orbitarias. Como si la cara de la muerte se anticipara, implacable, cubriendo el ya desfalleciente hálito de vida.

Con tamaña experiencia y presintiendo que el flagelado “*Vibrium cholerae*” podría ingresar de incógnito al país, consolidé las bases para

una propuesta tendiente a la formación del recurso humano en el primer nivel de asistencia sanitaria. La misma se hallaba justificada debido a la imperiosa necesidad de adiestrar a médicos generalistas en aquellas regiones del noroeste argentino, en constante riesgo sanitario y frente a la posibilidad de ingreso del cólera al país, vehiculado por los corredores hídricos contaminados procedentes de Perú y Bolivia.

Inspirado en la declaración de Alma Ata (Kazajstán-URSS), (1978) (10) que estimulaba la necesidad de una asistencia sanitaria básica, verdaderamente rastreadora y afirmada en “*métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables...*” propuse que la formación de dicho recurso fuese debidamente consolidada e institucionalizada

Fue así como el 21 de septiembre de 1993 fue creada la Comisión para el Estudio de la Patología Regional (CEPRA) cuyo objetivo primordial era estimular el desarrollo de la “*Atención Primaria de la Salud*” (APS), y fijando como marco operativo el área ecológica del noroeste de la Argentina, allí donde la geografía médica se hallaba en constante alerta sanitario (11)

Tal como lo había previsto, el cólera debutó en la provincia de Salta a fines del ‘91, acometiendo con su característica violencia a las pobrísimas regiones de Santa María y Santa Victoria Este, y más tarde a la localidad de Salvador Mazza, comarcas situadas en el extremo norte de la citada provincia. Pero a decir verdad el ecosistema noroestino también representaba un cómodo habitat de otras endemias regionales – tuberculosis, leishmaniasis, leptospirosis, hantavirus, tripanosomiasis cruzi, desnutrición, enteroparasitosis, paludismo, bocio endémico, hidroarsenicismo crónico endémico, dengue (poco tiempo después), sobre las cuales era primordial ampliar la eficiente cobertura sanitaria en cantidad y en calidad de servicios.

En el mes de octubre de 1994, comenzó su entrenamiento de campo el primer contingente de Médicos Residentes en APS con sede operativa en el hospital Regional “*Joaquín Castellanos*”, sito en el departamento de General Güemes, provincia de Salta. Ingresaron

a la residencia, con duración estipulada en tres años, siete médicos generalistas.

¿Cuál era el perfil de estos primeros candidatos? ¿Por qué decidieron ser los protagonistas de ese novedoso enfoque de la medicina asistencial?

La entrevista personal evidenció que todos ellos pertenecían a familias de recursos económicos aceptables; ninguno con profesionales de la salud en su contexto familiar. Era llamativa su vocación de servicio la cual no se hallaba satisfecha debido a que la opción laboral les ofrecía apenas guardias semanales en instituciones sanitarias privadas, por demás opresivas y sin posibilidades de augurarles un crecimiento profesional. Además, veían trabadas sus posibilidades de acceder a unidades asistenciales y académicas concentradas en hospitales regionales. Algunos apenas tenían acceso a centros de salud periféricos.

Además, dicha entrevista permitió evidenciar la notoria predisposición de estos jóvenes hacia las patologías de la primera infancia, las cuales se hallaban notoriamente identificadas en el marco de referencia de la pobreza y la desnutrición. De acuerdo con sus propias palabras “...*eran comunes de encontrar en los ranchos olvidados y alejados de los centros poblados*”.

Como médicos y ciudadanos noroestinos, sus máximas preocupaciones se centraban en los penosos padecimientos socio-económicos y culturales, como el etilismo, la violencia familiar y la precoz maternidad en las adolescentes, de acuciante incremento en la región del Noroeste Argentino.

Finalmente, era unánime el deseo de estos jóvenes por mejorar los conocimientos adquiridos en la universidad, de forma tal que les permitiese afianzarse como profesionales y alcanzar una digna calidad de vida.

De esa forma y frente a nosotros, jurado signatario de aquella primera selección de médicos residentes de medicina general con especialización en atención primaria, se congregaba un pequeño y entusiasta grupo de noveles médicos procedentes de las provincias de

Tucumán, Jujuy y Salta, dispuesto al aprendizaje y ejercicio de una medicina abierta a la comunidad. Es decir, una medicina basada en el primer nivel de contacto con los individuos, las familias y los vínculos comunitarios, enfocada a través de una “*doctrina apeseísta*”. Como justo reconocimiento debo mencionar aquí, que fue precisamente en el Noroeste de la Argentina, identificado por un ecosistema como fuera ya señalado en continuo riesgo sanitario y alentado sobre todo por el complejo patogénico del paludismo endémico, donde el eminente y casi olvidado médico ruralista Carlos Alberto Alvarado elaboró en el año 1966 (doce años antes de la proclama de Alma Ata) un Programa de Salud Rural basado en premisas que aún hoy sostienen la doctrina de la atención primaria (12) En mi opinión, ese magnífico proyecto que permitió controlar el paludismo regional endémico en el área noroestina, constituyó la genuina simiente de la futura disciplina y la savia inspiradora de nuestro accionar como “*médicos de terreno*”. Su estrategia se apoyaba en los axiomas siguientes:

- El problema de la salud existía donde estaban las personas.
- El servicio de salud debía ser accesible a toda la población
- Con acciones simples y básicas se podía evitar gran parte de las enfermedades y muertes.
- Debía darse participación a la gente. Con este criterio resultaba útil capacitar a un “*agente sanitario*” (13) salido de la propia comunidad. Hoy día es él quien continúa realizando las acciones básicas de prevención y promoción de la salud
- Toda acción sanitaria significaba utilizar recursos públicos. En consecuencia debía mostrar resultados. Por ejemplo, la disminución de la morbimortalidad por una determinada causa.
- La cobertura sanitaria de la población debía ser total. La protección parcial se consideraba injusta, éticamente inadmisibles, económicamente ineficiente y epidemiológicamente inútil.
- No debían existir barreras geográficas, culturales o económicas que impidieran el acceso a las acciones curativas, preventivas o de rehabilitación de la salud.
- El estado era, por fin, el responsable de la salud de la gente.

¿Cuáles fueron, entonces, los pilares esenciales que sustentaron el programa de salud rural de Carlos Alvarado?:

- a) El rastreo e identificación del padecimiento debía realizarse en el mismo escenario donde acontecía el suceso sanitario.
- b) La asistencia médica debía ser igualitaria para toda la población
- c) La atención primaria de la enfermedad y de la salud debía llegar, en forma equitativa, a todos los rincones del país.
- d) Dentro de la estructura de la APS, la figura del agente sanitario representaba una virtual posta sanitaria, esencial para concretar las acciones de rastreo epidemiológico; además como apoyo a las acciones curativas, preventivas y de rehabilitación.

Fue así como siete comprometidos profesionales iniciaron la aventura apeseísta. Una novedosa propuesta encauzada a la asistencia del individuo, la familia y la comunidad e inspirada en las pioneras enseñanzas que, desde la perspectiva de la salud rural, nos legara ese gran epidemiólogo de terreno que fue Carlos Alberto Alvarado.

Menciono a continuación la metodología de aprendizaje aplicada durante los tres años de la residencia médica en atención primaria. La misma fue dividida en tres áreas básicas de conocimientos:

- 1- *Área Asistencial*: Rotaciones por las cuatro áreas asistenciales básicas (Médica, Quirúrgica, Pediatría y Tocoginecología ) y las Especialidades Críticas (Neurología, Traumatología, Urología, Emergentología)
- 2- *Área de Salud Pública*: Administración, Epidemiología, Estadística, Disciplinas orientadas al trabajo sobre terreno (Rondas Sanitarias; tareas en Puestos de Salud).
- 3- *Área de Atención Primaria de la Salud*: Entrenamiento basado en el trabajo en terreno y con la comunidad, meollo donde deben converger todas las fortalezas y destrezas del médico residente para no divorciarlo de la realidad

En su condición de esenciales e irremplazables “operarios de la salud en terreno”, estos profesionales se abocaron a estas principales actividades:

- a) Prácticas Asistenciales, orientadas al diagnóstico de las enfermedades, propuestas terapéuticas, enfoque de los pacientes desnutridos, cumplimiento de los programas de inmunización, abastecimiento de medicamentos, detección de la tuberculosis, ETS, e infección por HIV.
- b) Prácticas de Promoción y Prevención, dirigidas al control prenatal, del niño sano, control del recién nacido, toma de PAP, planificación familiar, charlas educativas, comportamiento sexual y procreación responsable, detección precoz del cáncer del cuello uterino.
- c) Vigilancia Epidemiológica de las patologías infecciosas agudas: respiratorias altas, diarreicas, transmisibles, crónicas (censo de pacientes con diabetes, hipertensión, mal de Chagas, tuberculosis y enfermedades por transmisión sexual)
- d) Administración del Servicio de APS
- e) Educación Sanitaria, en cada consulta médica y, fundamentalmente, en coordinación con el agente sanitario y el supervisor social.

Por fin y al cabo de tres años de ímproba lucha, seis de los siete profesionales egresaron como médicos apeseístas. Tras ellos vinieron otros para impregnarse con igual doctrina. Hoy, luego de diecisiete años (2011) de actividad de la Residencia en Medicina General con especialización en Atención Primaria de la Salud (R.E.M.G.A.P.S.), cumplieron su residencia 68 médicos generalistas. En su mayoría fueron absorbidos por el sistema de salud provincial (Salta, Tucumán y Jujuy) en tareas vinculadas con la medicina comunitaria. Cabe destacar que 6 de los formados en esta disciplina fueron becados para incorporarse al Plan de Médicos Comunitarios (14)

La tarea de formar ese imprescindible recurso humano en salud fue sin duda ardua, no pocas veces trabada por la desidia incomprendible interpuesta por la infaltable burocracia de turno. Pero ninguno

se amilanó. Una vez más el sabio axioma del filósofo racionalista holandés del siglo XVII, Benedict de Spinoza se cumplió: “*Solo se llega a la excelencia por el camino de la dificultad*”.

Pero también preocupaba, y no cabe ocultarlo, la deficiente formación de pregrado que poseían los médicos que accedían a la residencia, circunstancia que entorpecía el cumplimiento del programa de actividades específicas en APS. Además, existieron otros imponderables que dificultaron el desarrollo curricular: los escasos recursos financieros, las tareas administrativas no articuladas adecuadamente, la dificultad para acceder al material bibliográfico particularmente referido a Internet, por falta de conexión propia y la dificultad de comunicación con centros de producción de material científico.

En definitiva, la Residencia Médica en APS, bajo mi conducción, logró conformar un arquetipo de profesional para la salud con las siguientes fortalezas:

- *Adecuada formación interdisciplinaria, abarcadora de la medicina general, la salud pública y la socio-antropología.*
- *Capacidad para liderar equipos de salud, dentro del ámbito de la atención primaria.*
- *Capacitación suficiente para transformarse en educador sanitario.*

A modo de colofón surge esta pregunta: ¿Para la realidad sanitaria que soporta el país, vale el esfuerzo de transformar a un médico generalista en un profesional de la salud con formación médico-antropológica? Creo que sí. Porque este modelo personifica a un calificado operario de la salud con destreza interdisciplinaria que lo amerita para llegar donde vive la gente; conocer su entorno ecológico e identificar problemas y necesidades. Sentirse además competente para brindar soluciones. Un médico apto para ejercer esta disciplina resulta también idóneo para educar a la comunidad, que equivale a decir con una genuina *visión médico antropológica*.

Ajustada la reflexión del Dr. Alberto Agrest (15) cuando alude al médico de APS: “...y una de sus primeras funciones es educar a la comunidad para que lo considere como primera fuente de información

*con respecto a las condiciones que, para ser interpretadas y corregidas, requieren del conocimiento médico*". Y en otro párrafo de su obra dice: "...además, debe ver a su paciente no solo como individuo, sino también como un emergente en el problema de salud de la comunidad, prestando atención a la posibilidad de que su afección sea expresión de condiciones infecciosas o tóxicas del medio ambiente". Y su idea final que expresa: "El médico de APS es un factor esencial en el mantenimiento de la salud y la prevención primaria", y "...mediante su actividad docente con sus pacientes y la comunidad en general".

Por ser médico con un largo transitar, me atrevería a decir que, dentro de su ecosistema de vida, el sujeto no es culpable único y total de un padecimiento. Si como asevera Thomas Anz, "*la salud y la enfermedad dependen de la higiene medioambiental*" (16), y de acuerdo con Hans Schaefer: "*la salud en una sociedad siempre supone que las personas se relacionan entre sí de forma saludable*", entonces, "... *la enfermedad, por el contrario, sería la consecuencia de conductas sociales inadecuadas*" (17).

En consecuencia, toda actitud tendiente a lograr la cura o el mantenimiento de un aceptable estado de salud, dependerá de la oportuna y efectiva eliminación de aquellas formas de conducta y tendencias sociales viciadas que actúan como nutrientes de enfermedad. De esta forma parece claro que ella siempre tiene algo que ver con la cultura de un pueblo. A propósito, vale como ejemplo el testimonio inexcusable de la emergencia de brotes de leptospirosis y dengue, acaecidos en sendas regiones de nuestro país que acometieron sobre poblaciones socialmente carenciadas, con basurales abandonados en superficie, viviendas precarias y presencia de abundantes roedores y mosquitos. En este sentido quién puede negar que la Naturaleza, como sostiene Schaefer, "*sanciona con la enfermedad todo aquello que contradiga su voluntad...*" (18)

Decía el reconocido médico de Lausanne, Simon Andre Tissot (1770) "*cuando ajustamos nuestras necesidades a sus preceptos, la Naturaleza nos recompensa con un cuerpo fuerte y sano*" (19). De esta

manera el Dr. Tissot justificaba “*las costumbres de la vida campesina*” que la propia Naturaleza, según él, había prescrito.

Frente a esta constelación multifactorial que identifica la salud y la enfermedad, en la medida que una sociedad normativa evoluciona, esto decía Michael Foucault - “*la Medicina, ciencia de lo normal y lo patológico, se convierte en la reina de todas las ciencias*” (20). Más que deseable sería, entonces, vislumbrar un nuevo modelo de médico cuya destreza metodológica y su fortaleza en el accionar le permitiera asumir el merecido protagonismo de un ilustrado delfín.

...Por mi parte, me sentiría muy reconfortado si en un futuro no muy lejano pudiese asistir al surgimiento del ambicioso paradigma de una medicina integrada. El otrora esforzado operario transformado ahora en un “*avezado artesano de la salud*”.

### **Notas y referencias bibliográficas:**

- 1- Adaptado del artículo publicado en el texto “¿Por qué ser médico hoy?”. Puentes entre la formación y la práctica de la medicina. Editorial Libros del Zorzal, 2009 : pags.:151 -176. Buenos Aires Argentina
- 2- Pose, C., “*La filosofía de Zubiri y la ética de la responsabilidad*”, ponencia presentada en la Fundación X. Zubiri de Madrid, en el curso académico 2007’08.
- 3- Zubiri X (1991) “*Inteligencia y Realidad*”. Alianza Editorial Madrid, págs. 69 y ss.
- 4- Arlt, R. (2007), “*Aguafuertes Porteñas*”, Biblioteca Clásica y Contemporánea, pág.94, Editorial Losada.
- 5- Poniatowska, Elena (2003), “*El Dolor y la Muerte*”, Artículo Periódístico, Revista Dolor Clínica y Terapia, vol. 1, N° 12.
- 6- Correspondió al periodo 1980 hasta 1995, lapso en el cual me desempeñé como Profesor Titular de Parasitología Médica de la Facultad de Medicina dependiente de la Universidad del Salvador. Durante esa época el Decano era el Profesor Dr. Raúl

- Garbugino y, años más tarde, lo reemplazó el Profesor Dr. Julio Gonzalez Montaner.
- 7- Filloux J C (1969) *“La Personalidad”*, Capítulo II, pág.19, Editorial Universitaria de Buenos Aires.
  - 8- Dubos, René (1975), *“El Hombre en Adaptación”* Capítulo VII, pág. 61, Fondo de Cultura Económica, México
  - 9- Kulesz, L, Flichtentrei D.( 2009), *“Por qué ser médico hoy”*, artículo Leído el 20 de febrero del 2009, perteneciente a la Editorial “Libros del Zorzal”.
  - 10- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma Ata, Kazajstán, Rusia, 6- 12 de diciembre de 1978.
  - 11- Dicha Comisión fue creada e institucionalizada con el aval de cuatro signatarios: La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires; La Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación; La Facultad de Medicina de la UBA y el Ministerio de Salud de la Nación. La primera camada de Residentes en Atención Primaria de la Salud, elegida por concurso, inició su tarea en octubre de 1994 con asiento operacional en el Hospital Regional *“Joaquín Castellanos”* en la localidad de Güemes, distante 58 Km, de la ciudad de Salta.
  - 12- Martino, O. *“Carlos Alberto Alvarado, Avezado Epidemiólogo”* (2004), Boletín de la Academia Nacional de Medicina, 82 (2), 227-234
  - 13- Este operario de la salud constituye el nexo primordial entre el reclamo de la comunidad a su cargo y el médico apeseista en compañía de la enfermera comunitaria y el asistente asocial.
  - 14- Desde el año 2003 al 2011, dos Médicos Residentes de tercer año cumplieron con rotaciones, entre cuatro y doce semanas, en diferentes unidades académicas – Pediatría, Patología Regional, Medicina Tropical, Zoonatología Médica, Dermatología, HIV-SIDA, en el Hospital de Enfermedades Infecciosas “Francisco J Muñiz” y en el Hospital “Baldomero Sommer” destinado a la asistencia integral del paciente con la enfermedad de Hansen. Además, durante los años 2010, 2011 y 2012, dos Residentes ob-

- tuvieron becas de capacitación en Medicina Tropical, disciplina dictada por el Núcleo de Medicina Tropical, en la Universidad de Brasilia. Las mismas fueron otorgadas por la “Fundación Roemmers”.
- 15- Agrest, Alberto,(2008), “Ser médico ayer, hoy y mañana” Capítulo II: Ser Médico Hoy,”pags. 53-76. Libros del Zorzal, Buenos Aires.
  - 16- Anz, Thomas (1989) “Argumentos Médicos e Historias Clínicas para la Legitimación e Institución de Normas Sociales”, págs. 29-45. En *“Literatura, Cultura y Enfermedad”*, Espacios del Saber (2006), Editorial Paidós, Buenos Aires.
  - 17- Hans Schaefer, citado por Ezequiel Castillo Solano en *“La salud que los hombres anhelan”* <http://www.sjsocial.org/crt/articulos/766Castillo.htm>
  - 18- Schaefer , H *“Salud”* en SM., Herder. Barcelona 1976; pags.: 190-196
  - 19- Tissot, Simon André (1770), *‘De la santé des gens de lettres’* Ginebra: Slatkine, 2000
  - 20- Foucault, Michael, citado por Thomas Anz, pág. 29.

## **Bibliografía complementaria**

- Ministerio de Salud Pública de Salta, (1997), “Programa de Atención Primaria de la Salud: Manual del Agente Sanitario”, Tomo I y II OMS/UNICEF (1978) “Atención Primaria de la Salud” Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma Ata, Ginebra. Organización Mundial de la Salud”, (Serie “Salud para Todos”, N° 1)
- Kroeger, Axel et. al., (1992) *“Atención Primaria de la Salud, Principios y Métodos”* OPS/OMS, Editorial Pax México,
- Durana, Inés et. al. (1984), *“Estrategias de Enseñanza AOPS/OMS, México. Aprendizaje en la Atención Primaria”*



Fig.:31.1.Hospital Regional «Joaquín Castellanos», Depto. Güemes, Provincia de Salta. Sede de la Residencia en Medicina General con especialización en Atención Primaria de la Salud (REMGAPS).



Fig.:31.2. Agente sanitario con su bicicleta utilizada para recorrer las viviendas. Su rol es obtener la máxima información acerca de los problemas socio- sanitarios de las familias pertenecientes a su jurisdicción para luego elevarlas al asistente social y, luego, al médico responsable del primer nivel de asistencia.



Fig.: 31.3. Agente sanitario transitando por un camino de Iruya en la provincia de Salta. En sus comienzos (década del '50) era costumbre que recorriera a pie grandes distancias que lo separaban de aquellas viviendas aisladas y escondidas entre las serranías y las quebradas.



Fig.: 31.4. Primera promoción de médicos residentes y cuerpo docente de la REMGAPS (Residencia Médica en Medicina General con especialización en Atención Primaria de la Salud), iniciada en el año 1994 con sede en el Hospital «Joaquín Castellanos» en la localidad de Güemes, provincia de Salta.



Fig.:31.5. En muchas regiones marginadas de la provincia de Salta llegó la mano solidaria de la asistencia primaria a nivel sanitario, social y educativo.



Fig.:31.6. Agente sanitario vacunando a un bebé.



Fig.: 31.7. Asistentes sociales de APS supervisando a una familia en la Localidad de Güemes.



Fig.:31.8. En el domicilio de una familia rural los asistentes sociales están comprobando el peso de una niña.



Fig.:31.9. Con Médicos Residentes de APS. Año 2008



Fig.: 31.10. Cuerpo docente y Médicos Residentes. Año 2010



## CAPÍTULO XXXII

Cada instante, cada imagen, cada vivencia, cada aroma... cada pena o dolor procuré volcarlos en estas estrofas que hermanan la abnegada tarea de tantos desconocidos médicos que cumplen su silenciosa labor en alejados parajes de nuestra extensa y generosa patria. Vaya pues, hacia ellos, mi sentido homenaje por cuánto me enseñaron mientras tuve la honrosa oportunidad de trabajar junto a ellos. Además, no debo olvidar que con ellos también se destacan humildes agentes sanitarios, enfermeras y asistentes sociales para quienes también extiendo mi elogio e inmenso agradecimiento.

### **Poncho blanco**

*(oda al médico rural)*

Más allá de cualquier horizonte.  
Más allá de cualquier obstáculo,  
allí está su brazo y su andar seguro.

Surcando el suelo yermo y apartado  
su vocación fraterna lo guía siempre,  
allí, donde clama el hambriento padecer.

El silencio lo acompaña, la miseria lo fortalece,  
el dolor lo inspira.  
Ese dolor que clama y tiritita de tanto esperar.

Pocos le conocen, quizás no necesite apellido  
¡Qué importa su nombre si es parte del follaje de tantos  
montes olvidados, y su aliento, suave aroma de esperanza  
hacia un nuevo amanecer

Eligió un largo y ríspido camino. Ese es su rumbo  
porque soledad y miseria, dolor y abandono, lo llevan  
cada instante donde aguarda su destino.

Calandrias y jilgueros trinan, día a día, la alegría de vivir  
anunciando que un poncho blanco por la senda se avecina.  
Con él se aplacará el dolor, se atacará el mal y se devolverá la fe.

Enhiesto en tantos ocultos rincones,  
yace el rancho silencioso con un hombre sin nombre  
que espera, de su noble mano, apenas el ansiado alivio. .  
Con su manto blanco ese simple aldeano educará para la  
vida y confortará para una digna muerte.  
Nadie iguala su sincero abrazo hacia el humilde y necesitado,

porque su piedad surge de la espesura  
y de la límpida verdura de la bella creación.  
Por eso su figura por el atajo va segura  
en el albor de la mañana.

.  
Su blanco manto lo acompaña en la faena, lo distingue  
en la virtud, lo acerca a la pureza...lo afianza en la fe  
Simple es su palabra, fuerte en la mano sanadora,  
envidiable su destreza, inviolable el compromiso y  
gigante su disposición.

No hay acecho que lo ataje  
porque el blanco inmaculado de su poncho imaginario  
lo ampara de la helada, de la arpía alimaña y de la lluvia torrencial.

Por el escarpado atajo transita su figura solitaria,  
en busca del rancho escondido para aquietar el  
lamento del dolor harapiento de un ser olvidado.

Allí donde la penumbrosa miseria, tan solo arpillera,  
yace sucia en un rincón, se escucha la tos perruna  
que aúlla en la noche oscura y se pierde sin razón...  
Porque es lamento de “changuito”, es generación doliente  
que siempre silente clama apenas salvación.

Es todavía el mal de Chagas, la tisis torturante ... la mala nutrición; y la lepra deformante que deja su triste marca como antigua maldición

Es tal la lejanía que no solo la larga senda, ni los altos picos de montañas impiden caridad. Es la gran distancia, ver esa gran anchura que separa a criaturas de un sano bienestar.

Calandrias y jilgueros trinan, día a día, la alegría de vivir. Son también arrullo para el andar seguro de ese ser sin par. Desde lejos se lo ve quebrando la maleza impura para llegar a tiempo y llevar consuelo, pero tantas veces apenas eso.

Ya amanece. El chirrido de un hornero anuncia el nuevo día, Brilla el sol y el milagro se produce. Es la luz que entra en el rancho pobre donde el enlodado poncho y el dolor andrajoso allí se funden en el fuerte abrazo de aliento y optimismo.

Luz y esperanza, fuertemente unidas, sanarán el cuerpo y alegrarán el alma. Y así, desde el ayer lejano, día a día su labor alumbra la gran penumbra de un mundo indiferente. Qué importa eso si tamaño credo y envidiable esfuerzo seguirán unidos a su grandioso espíritu, para mitigar el lamento que siempre esconde el dolor humano, ese penoso y tizado lienzo...



## CAPÍTULO XXXIII

### Colofón (I)

*“La vida vale por el uso que de ella hacemos,  
por las obras que realizamos. No ha vivido más el que cuenta más  
años, sino el que ha sentido más el ideal.”*

*José Ingenieros (1877–1925)*

*“Vivir no es solo existir, sino existir y crear, saber gozar y sufrir y  
no dormir sin soñar. Descansar es empezar a morir.”*

*Gregorio Marañón (1887–1960)*

*“La vida de cada hombre es un camino hacia sí mismo...”*

*Hermann Hesse (1877 – 1962)*

*Premio Nobel de Literatura 1946*

Largo fue hasta aquí el camino que me tocó recorrer. Incontables también las vivencias que curtieron y enriquecieron mi espíritu. El gran filósofo alemán Herman Hesse decía con razón: *“la vida de cada hombre es un camino hacia sí mismo...”*. Pienso que sí. Hoy, luego de tanto andar por el largo sendero del ejercicio de la medicina, difícil, por no decir imposible, hubiese sido hacerme a un lado frente a tanta realidad impregnada. ¿Podía imaginar siquiera que durante esta larga trocha recorrida lograría atesorar en mi historia de vida tantos males orgánicos, mitigando además tristezas, protegiendo vidas, venciendo obstáculos? Me pregunto también si supe iluminar, en aquellos que me siguieron, sus tantas dudas existenciales frente al inacabable sufrimiento del hombre, esta mezcla de lucha, queja y llanto.

Recuerdo nítidamente que desde pequeño -tenía apenas cinco años- decidí ser médico. Me dejaba llevar por la volátil fantasía de verme con el guardapolvo blanco apoyando mi mano sobre el cuerpo de un ser doliente. Nunca logré descubrir el origen de tal inclinación.

Sí alcanzo a evocar, siendo niño, mis largas estadías en cama debido a procesos respiratorios que obligaban la visita de un circunspecto médico de origen italiano quien me impresionaba por su imponente figura y austero idioma romano. Era solo verlo entrar en mi habitación, apoyar su oído en mi espalda y, minutos después, clavarme en mi diminuta nalga una inyección de aceite gomenolado para aliviar mis bronquios congestionados. Durante mi debiluca niñez tales episodios se repitieron por varios años ¿Habría sido aquella debilidad constitucional la inspiradora de aquella incipiente vocación? Vaya uno a saber, pero lo cierto es que mi sendero de vida quedó, desde entonces, definitivamente marcado.

Fue quizás así como aquella inclinación empezó a perfilarse con firmeza. Ya adolescente no cabían más dudas. Quería ser médico. Así me lo propuse. Contra todo pronóstico. Y como en realidad “...no existe camino trazado – decía Séneca – *que no llegue a su fin*”, así fui trazando el mío, un largo atajo que ya está trasponiendo el portal del ocaso.

Diáfano reaparece en mi memoria el primer día que ingresé al imponente Hospital Muñiz para iniciar la cursada de la tan mentada y difícil asignatura: enfermedades infecciosas. En ese entonces, como ya fuera mencionado, una materia anual, extensa y de rígidos conceptos agudizados todavía por las severas exigencias llevadas por sus adustos profesores.

Fue en la antigua sala XX, reservada a mujeres, manejada por severas enfermeras religiosas y asistida por prestigiosos médicos, docentes en su mayoría y pertenecientes a la primera cátedra universitaria de la UBA. Allí, en ese ámbito de austeridad, disciplina, seriedad científica y ardua tarea cotidiana comencé a cursar la materia. Presentía que algo sería diferente durante ese año duro. Y no me equivoqué. Día a día, enfermo tras enfermo, conocimiento y más conocimiento, casos dramáticos, vivencias tristes y hasta jocosas, todo... todo eso representó para mí un sólido anaquel de formación académica, aunque diferente al recibido hasta ese momento de

mi carrera. Y todo en apenas un año intenso de estudio y práctica hospitalaria. Motivos sobran ya que ese ámbito asistencial debía manejar pacientes en su mayoría graves y, debido a su alta contagiosidad, derivados desde otros centros asistenciales; además con patologías a menudo complicadas que, penosamente, terminaban no pocas veces con sus vidas.

Durante aquel año duro de estudio que me obligaba a concurrir casi diariamente al hospital Muñiz, observé que la mayoría de los enfermos que ingresaban eran individuos marginados sociales. Como alumno de medicina, me enfrenté así con otro mundo del dolor humano donde se entrelazaban dos grandes pesares: la enfermedad condenada (sífilis, lepra, tuberculosis, etc.) y la pobreza estructural. Todo aquello desconocido para mí y frente a lo cual no estaba, ni por asomo, entrenado.

A partir del que sería un largo camino y que allí se iniciaba, comenzarían a amontonarse en mi mochila de recuerdos vivencias, anécdotas, éxitos, frustraciones, aventuras y tantas otras circunstancias que bien podrían considerarse científicamente relevantes, algunas también humanamente fortificantes y, sin poder eludirlas, otras ineludiblemente emotivas.

¿Por qué algunas científicamente relevantes? La evidencia era clara. Las patologías infecciosas que ingresaban a nuestro hospital eran siempre severas. En consecuencia, la capacidad de decisión debía ser firme y garantizar un diagnóstico precoz. Hablar de enfermedades benignas resultaba temerario en aquella época ya que una complicación – sobre todo en las décadas del ‘60 y del ‘70 – estaba siempre al acecho y obligaba a un pronóstico reservado. Además, enfermedades que por las características de su “*historia natural*” (2) obligaban a un minucioso análisis interdisciplinario de su estructura morbose que permitiera, finalmente, elaborar una adecuada vigilancia epidemiológica. Vaya si todo ese desafío no exigía una acabada formación académica. Nada menos que frente a enfermedades como la poliomiелitis, difteria, fiebre tifoidea, rabia, tétanos, meningitis tu-

bercubosa, la gangrena gaseosa; las terribles reacciones durante el tratamiento de la lepra lepromatosa...y frente a la misma viruela.

¿Por qué humanamente fortificantes? Vaya que sí. Apenas con recordar las repentinas epidemias de poliomielitis, sarampión, meningitis meningocócica, triquinosis, botulismo, cólera, etc., que nos golpearon, y fuerte, pero que también nos foguearon como médicos asistenciales al tener que enfrentarlas. Superar esos desafíos sanitarios era también recordar aquellas memorables palabras del Prof. Dr. Hernán González cuando, al iniciarme como médico en la guardia de urgencia del hospital, me dijo: “...*Muchacho vas a ingresar a la infantería de marina que te mantendrá despierto y en alerta las 24 horas*” Cómo olvidarlas durante todos los años que fui médico interno del hospital Muñiz porque ese mensaje significaba “sortear la playa para rescatar al paciente con vida”. ¿Acaso no representaba una forma decisiva de foguarse tomando una decisión terapéutica heroica para salvar un enfermo crítico?. Apenas con evocar aquellas traqueotomías de urgencia frente a un tetánico, un niño obstruido por una difteria laringo-traqueal obstructiva, o un cuadro neurológico agudo con insuficiencia respiratoria.

Finalmente, ¿por qué ineludiblemente emotivas? Porque con todo lo que diariamente pasaba por nuestra vista, ¿podíamos acaso mantenernos insensibles frente al dolor, por ejemplo, de una madre que perdía a su hijo por la poliomielitis, una difteria maligna o una larga y torturante meningitis tuberculosa. O, más trágico aún, tras ver a una criatura morir atado a la cama o preso dentro del chaleco de fuerza por una rabia furiosa?

Desde que asumí con convicción y mano firme mis hábitos galénicos, tanto en mi labor hospitalaria como en los centros de salud rurales y viviendas campesinas, me esforcé por interpretar los difíciles enigmas que encerraban las enfermedades infecciosas. Ya no era a través de la lectura de un texto clásico. Tampoco con el análisis de un “up-to-date” con su novedad científica. Fue, sin duda, a partir de mis campañas como médico itinerante donde empecé a comprender

muchos de los vocablos que emitía la naturaleza, indicando la existencia de una prolífica y palpitante vida, con sus bellezas, misterios, acechos y enfermedades, muchas de ellas ignoradas por el hombre y camufladas en la intimidad misma de sus imponentes paisajes. Me estaba enfrentando con una realidad. Una realidad no imaginada. Un lenguaje diferente y fascinante, pero también temerario y desafiante. Porque no pocas veces, en la oscura noche de un lugar inexplorado, de pronto se hacía necesario reconocer el sigiloso reptar de una serpiente, o intuir que un murciélago o vampiro caído en el camino estaba seguramente agonizando por la rabia. También ser habilidoso para capturar mosquitos posados en paredes y recovecos de chozas, galpones y establos, anunciando la malaria o el dengue. Además, era importante tener un buena lectura de ciertas lesiones en la piel de las personas examinadas para no errar el diagnóstico de la siempre esquiva lepra. Y sin dudarlo siquiera, había que interpretar, en pleno terreno, una gota gruesa montada sobre un microscopio apenas apoyado sobre un tronco de árbol y bajo la lupa de un sol abrasador (3). En el terreno aprendí también que era igualmente útil reconocer los principios curativos de ciertas plantas regionales (4), paliativos de dolores y “empachos”.

Algo esencial para no fracasar en la esforzada tarea de relevamiento sanitario de terreno era captarse la confianza de aquellas poblaciones estigmatizadas y marginadas, habitualmente apartadas y desconfiadas por vanas promesas de ayuda e integración social por parte del llámese poderoso o instituciones oficiales o privadas. Pero además, y aunque parezca incongruente, nada fácil era para nosotros interpretar el lenguaje ancestral de aquellos seres acostumbrados a aferrarse a sus interlocutores naturales como era el simple rumor del paisaje o el canto de las aves silvestres. Es decir formas vivientes incapaces de lastimar o humillar al ser humano.

Durante mis experiencias de terreno logré impregnarme del complejo ropaje que corporizaba una enfermedad infecciosa en su lugar de origen: el genuino “*nicho ecológico*”, gracias al oportuno aprendizaje de otras disciplinas complementarias como geografía médica

(5), ecología, epidemiología, virología, microbiología y parasitología clínicas, bioestadística, edafología, dermatología sanitaria, salud pública, medicina tropical, medicina antropológica y, finalmente, el aporte novedoso y esclarecedor de la inmunopatología, la genética aplicada y la biología molecular. Fueron años de observación, estudio y perfección que me ayudaron a comprender el íntimo andamiaje que apuntalaba una patología infecciosa transmisible en su sitio de origen. Me refiero a la ya comentada *“historia natural de una noxa infecciosa transmisible”*. Esta nueva concepción que empezaba a crecer en mi acervo cultural como médico infectólogo, pero más aún como tropicalista, me permitió vislumbrar algo nuevo en un punto crucial. Allí, donde quizás pocos se detuvieron a fijar su mirada. Me refiero al enfoque integrador, es decir holístico (6) de una patología infecciosa transmisible.

Me atrevo a sostener que en esta percepción integradora se conjugaron varios empeños: entusiasmo, aprendizaje, intuición, constante búsqueda, perfeccionamiento, observación... y más observación. Razón tenía el filósofo Pierre Lecomte du Noüy al referirse a la inteligencia humana: “...a veces es la capacidad de ver algo nuevo en un punto donde nadie fijó la mirada”, y continúa diciendo: *“hay en tal capacidad no poco de aquello con que se nace, pero es una virtud que se agudiza con la experiencia, en la que va mucho del persistir e insistir ...”*. Y agrego esta todavía más acertada reflexión del filósofo francés: “... una atención presta e incansable. Una ilimitada amplitud de capacitación y, por encima de ello, una prolífica riqueza de asociaciones y razonamientos prospectivos ...” (7). Luego de su lectura surge esta reflexión: Quien sabe buscar encuentra. Quien encuentra reconoce. Quien reconoce es apto para decidir. Razón tenía José Ingenieros cuando decía: “...el trabajo desarrolla la energía. La cultura robustece la dignidad”. Estimo que sólo así puede garantizarse un honrado progreso ciudadano.

Un vasto y desconocido universo de conocimientos e información científica fortaleció así, día a día, mi tarea cotidiana. Aquella intuición de estudiante se convirtió en realidad. Una realidad que per-

mitió calzarme sólidos borceguís para sentirme seguro en la difícil labor de terreno. En aquella inmensidad natural donde principiaban muchas enfermedades altamente contagiosas, con mecanismos de perpetuación no aprendidos o poco descritos en los libros clásicos. Todavía agazapadas en tanto reservorios naturales ignorados por el hombre.

Frente a esta realidad epidemiológica pienso que es difícil asegurar que estamos en condiciones de erradicar de la faz de la tierra la mayoría de ellas. Mejor es darse por satisfecho si optamos por aplicar, hoy por hoy, una rigurosa vigilancia epidemiológica, con especial atención sobre aquellas noxas transmisibles emergentes y reemergentes con elevada tasas de morbi-mortalidad.

Con inocultable orgullo quiero destacar que nada de lo importante logrado en mi vida profesional fue alcanzado teniéndome como único protagonista. Siempre estuve acompañado. Siendo estudiante bajo el amparo de eficientes instructores y, más tarde, encauzado por mis siempre recordados maestros. Ya médico, poco a poco, con el correr de los años, a mi larga caminata fue agregándose una pléyade de noveles médicos, una muchachada entusiasta que supo calzarse la camiseta de mi credo vocacional y con llamativa capacidad de trabajo y férrea voluntad se integró a mis proyectos. Juntos buscamos nuevos horizontes del conocimiento médico. Iniciamos así en la antigua y prestigiosa sala X, un mes de diciembre de 1980, la venturosa tarea. Allí creamos un ambicioso espacio de reflexión, una zumbante y fecunda colmena, amenizada con prolongadas revistas de sala, vehementes discusiones diagnósticas las cuales, en ocasiones, eran interrumpidas por ríspidos enfrentamientos aunque en ese ambiente de ferviente juvenilla no podían faltar los chistes hilarantes.

Pasaron así los años. Como era de esperar y como todo camino trazado, decía Séneca, llega a su fin, aquella colmena fue quedando poco a poco vacía, aunque manteniendo el dulce aroma de su paso y de su permanente evocación. Muchos de esos talentosos obreros de la salud comenzaron a emigrar a otros ámbitos del quehacer sa-

nitario nacional y foráneo para continuar aquella fecunda tarea y prestigiar formalmente la modesta escuelita del hospital Muñiz. Sin embargo, esos mismos panales no quedaron totalmente vacíos; siguieron poblándose cada día con más vehemencia y con nuevas mocedades que llegaron con firme deseo de aprender y difundir aquella incipiente quimera que nació una mañana del mes de diciembre de 1980 (8) (9). Hoy ese histórico acontecimiento mantiene fiel su prospaña a través de una intensa tarea asistencial, docente y de investigación en la Unidad IX del pabellón XXX de mi querido hospital. Con el aporte de una sólida residencia médica y de profesionales rotantes nacionales y extranjeros. Hoy este esforzado y benemérito centro sanitario se halla identificado como “*Centro de Patología Regional, Medicina Tropical, Zootopatología Médica y Medicina del Viajero*”. Destaco esta última, importantísima y cada vez más vigente actividad del Hospital Muñiz que fuera institucionalizada en la década del noventa.

Hoy aquella esforzada posta del ‘80 mantiene viva su llama creativa porque todo lo logrado hasta hoy hubiera sido irrealizable sin la incesante y vocacional disposición de profesionales con excelente formación infectológica, destacada capacidad docente y sensible calidez humana. Me honra citar aquí a quienes, en el último tramo de mi carrera profesional y docente, representan ahora mis incansables seguidores: Profesor Dr. Tomás Orduna y Dres. Susana Lloveras, Gustavo Gonzalez, Santiago Garro, Claudia Falcone, Sofia Echazarreta, Gabriela de la Iglesia, Clarisa Brezzo y, últimamente, la novel concurrencia como médico concurrente del Dr. Federico Simioli cuyo padre, el Dr. Roberto Simioli, fuera mi entrañable amigo y, sin duda, un brillante pediatra con larga y honorable trayectoria docente y asistencial en nuestro hospital.

También me llena de satisfacción expresar que toda esa pléyade de jóvenes médicos que me acompañó en distintos tramos de mi vida profesional, ocupa a la fecha distintos niveles de prestigio asistencial y científico, honrando a la medicina argentina y también la de otros países donde asentaron su destino laboral y una nueva

forma de vida. Con emoción evoco a continuación sus nombres. En cada uno de ellos vaya también el nostálgico recuerdo de sus caracteres joviales... y también de algunas de sus contenidas broncas:

José Mizraji, Leo Svartsman, Juan Bosch, Rubén Massini, Héctor Mathet, Enzo Zanier, Carlos Ferreiro, Gustavo Todesca, Mario Masana Wilson, Isabel Soto, Mateo Fiorentino, Sonia Morúa, Guillermo Iriberry, Adriana Padovani, Sergio Maule, Teresa Verón, Javier Afeltra, Eduardo Efrón, Liliana Cusmano, Alejandra Valledor, Carlos Sala, Ricardo Durlach, Cristina Freuler, Juan Viñas, Héctor Dardo Romero, Roberto Simioli, Pablo Scapelatto, Javier Desse, Paula Bernachea, Leonardo Lourtau, Pablo Saúl, Favio Crudo, Gabriela de la Iglesia, Marisa Fernandez, Federico Simioli. Una generación con llamativa fortaleza personal y plena convicción frente al camino que eligieron transitar. Ello permitió gestar una primera posta generacional que fue engendrada con indeclinable ideal humanístico. Todo ello pudo lograrse con optimismo, acerada voluntad e inquebrantable seriedad profesional. Porque además existía una franca empatía de grupo, circunstancia que permitió conducir cada acción hacia un claro objetivo comunitario. El espíritu de colmena quedó firme en cada actitud profesional. Fue producto de una inteligencia compartida, seriedad científica y lealtad profesional.

Como es habitual que así suceda, esa entusiasta muchachada fue apartándose poco a poco de mi lado, buscando su propio confín de progreso intelectual y crédito profesional. Algunos triunfando en nuestra tierra, ocupando cargos y puestos de liderazgo tanto en el área asistencial como docente y de investigación. Otros, radicados en el exterior, también continúan su pujante labor, honrándonos con su prestigio facultativo y abolengo nativo.

Aunque no logre verlo, como tampoco disfrutarlo en su plena magnitud, estoy seguro que aquella ya lejana posta forjada por jóvenes y entusiastas médicos que decidió creer en mis enseñanzas y poner su fe en el futuro, seguirá entregando a venideras generaciones, deseosas de aprender y honrar a la medicina nacional, los genuinos

conocimientos que conlleva esta tan compleja y ardua tarea que representa la disciplina infectológica.

Y mientras recuerdo una vez más ese veraz pensamiento de Séneca que dice “*no hay camino que no tenga fin...*” me he dado cuenta que ya he llegado al pie de la ladera... al final de mi camino. En verdad me veo algo encorvado y siento pesado el morral de tantas vivencias y reminiscencias, pero satisfecho por todo aquello realizado y compartido con mis colegas y amigos para aliviar el penoso dolor existencial.

El ocaso de la vida es una pendiente suave, aunque por momentos escarpada. También una verdad ineludible. El último tramo que nos sumerge un tanto en el silencio porque algo ya ha concluido. Un silencio ocupado por recuerdos. Un jardín de invierno con su verdor deshojado pero finalmente un jardín, nuestro íntimo y solitario rincón. Detrás queda el límpido regocijo por la labor cumplida. Razón tenía el poeta Walt Whitman cuando decía “*No dejes que termine el día sin haber crecido un poco*”. Y eso es lo que me propuse hacer. Aún hoy lo intento, crecer un poco al final de cada jornada, aportando con el conocimiento, la experiencia y la buena acción. No me importa estar fatigado al pie de la ladera si al final de cada día aún me gano el apretón de una mano amiga..

...y ahora, qué más puedo pedir? Nada. Apenas arrebujaarme de satisfacción por haberme sentido útil en la vida como médico y también como ser humano. Y con ello haber dejado también una larga estrofa de vida que deseo culminarla con este bello poema soñado por un olvidado príncipe azteca que en vida supo decir:

*“De mí mañana nada quedará. Nadie de mí se acordará,  
pero el jardín que planté creciendo seguirá, y  
las canciones que canté otros cantando seguirán”*

Estas fueron, también, las estrofas de mi vida: aprender, enseñar y sentir hasta donde pude el profundo significado del dolor humano.

## Notas y citas bibliográficas:

- 1- Mientras reunía aquellos retazos que sintetizaban mis sesenta años en el ejercicio de la medicina que, a modo de corre caminos, fueron matizados con recreos bucólicos como médico itinerante, recuerdo que un día leí una frase de Eduardo Jenner (1749 – 1823) que decía así: “*La desviación del hombre, respecto del estado en que se hallaba originalmente en la naturaleza, parece haberle proporcionado una fuente prolífica de enfermedades*”. Una visionaria reflexión de este sabio, médico rural, poeta, amante de la naturaleza y descubridor de la vacuna antivariólica. Pensamiento que al parecer - y en parte - apuntaba a la actitud ofensiva e inapropiada del hombre frente a su entorno natural, actitud oportuna para generarle un padecimiento. Hoy ya no vacilamos en aceptar que el maltrato generado por la desidia del hombre sobre diferentes paisajes ecológicos puede ser factor condicionante de la emergencia o reemergencia de una enfermedad transmisible. En este sentido abundan los ejemplos. Apenas con mencionar los desmontes incontrolados, la construcción de represas, las sofisticadas usinas energéticas, la contaminación radioactiva de la atmósfera y del plancton submarino. Hoy tamaño desajuste ecológico ya tiene figura y crece sin detenerse. La consecuencia de estas profundas lastimaduras ecológicas, producto de la incongruencia del hombre, maltratan cada día más a nuestro planeta. Peor aún, enojándolo y, en ciertas regiones, tornándolo iracundo. Hoy la tragedia se está extendiendo y amenaza con ser ecuménica. También tiene un nombre: cambio climático. La Tierra se está recalentando – y como si quisiera descargar toda su bronca – expresa su furia, día a día, con terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, lluvias y huracanes, inundaciones, inesperada mortandad de fauna marina, etc. En consecuencia, tal como lo presagiaba Eduardo Jenner, el ser humano se halla inmerso en “una fuente prolífica de enfermedades”.
- 2- La Historia Natural de una Enfermedad Transmisible (HNET) se sostiene en un complejo andamiaje identificado como “*Cadena*

*de Propagación de una Noxa Transmisible*”. Un mecanismo articulado holísticamente por un techo natural (*Biosfera climática* con su escenario fito y zoogeográfico); un primer eslabón que agrupa a los *Reservorios del agente infeccioso* (animados: hombre enfermo o infectado; inanimados: suelo, agua); un segundo eslabón que identifica las Vías de transmisión del agente infeccioso (vehículos – agua, alimentos, aire, y por vectores – insectos o animales); finalmente, el tercer eslabón, representado por el *Huésped susceptible*: hombre o animal receptivo, con capacidad de dar albergue y mantener el ciclo biológico del agente infeccioso.

- 3- Salvador Mazza acostumbraba a montar su “microscopio ambulante” apoyándolo cuando era necesario sobre un tronco de árbol, utilizando el rayo solar como fuente luminosa para la lectura de los extendidos de sangre periférica en la búsqueda de tripanosomas.
- 4- Nuestros médicos residentes en Atención Primaria, con asiento en el Hospital “Joaquín Castellanos” de la localidad de Güemes, en la provincia de Salta, aprendían a indicar aquellas plantas medicinales regionales, la mayoría como paliativas pero aplicadas conjuntamente con la adecuada terapéutica convencional. De esta manera evitaban ser rechazados por algunos grupos aborígenes o criollos fuertemente arraigados a sus costumbres folclóricas ancestrales y lideradas por el curandero local. Con el correr de los años, se elaboró un vademécum con las plantas medicinales oriundas del noroeste argentino. Y también logramos cultivar la amistad con algunos de esos “curadores de males” porque, es necesario decirlo, su opinión convenía escuchada.
- 5- La Geografía Médica es una disciplina ecológica que estudia la distribución de las enfermedades infecciosas, sobre todo transmisibles, en el seno de la naturaleza, en función de su clima, fito y zoogeografía. Nos enseña a interpretar cómo a través del tiempo se logra gestar el soporte estructural de una enfermedad infecciosa y contagiosa, es decir cómo se origina, transmite y perdura, a través del tiempo, en una determinada latitud y lon-

gitud terrestre. Destaco que en el año 1980 tuve el honor de recibir de uno de mis queridos maestros en medicina tropical, el Profesor Carlos da Silva Lacaz con emotiva dedicatoria, un ejemplar de su obra: “*Introdução à geografia médica do Brasil*”. Una obra magna que, desde entonces, me ayudó a desentrañar muchas de las facetas que explican el origen y persistencia de una noxa infecciosa en el seno de la naturaleza. <http://www.estantevirtual.com.br/b/carlos-da-silva-lacaz-e-outros/introducao-a-geografia-medica-do-brasil/3967451051>

- 6- Holístico es un término que indica que algo es relativo o pertenece al holismo. Se forma a partir del término griego ὅλος (*hólos*, que en español significa ‘total’, ‘todo’, ‘entero’). El holismo es un concepto creado en el año 1926 por Jan Christiaan Smuts que describió como “*la tendencia de la naturaleza de usar una evolución creativa para formar un todo que es mayor que la suma de sus partes*”. En términos generales, holístico indica que un sistema y sus propiedades se analizan como un todo, de una manera global e integrada, ya que desde este punto de vista su funcionamiento sólo se puede comprender de esta manera y no sólo como la simple suma de sus partes. Holístico se suele aplicar a términos como planteamiento, pensamiento, paradigma, enfoque, concepto o programa para significar que se utiliza una visión integral y completa en el análisis de una realidad. El término holístico aparece en diversas disciplinas como la filosofía, la biología, la psicología y la educación. Algunas palabras y términos que en ocasiones se utilizan con un significado similar pueden ser: “sistémico”, “global” y “en conjunto”. <http://www.significados.com/holistico/>
- 7- Pierre Lecomte du Noüy (1883 - 1947). Biofísico, matemático y escritor francés. Sus escritos se refieren a la filosofía de la ciencia, específicamente en lo que se refiere a la evolución, la religión y la teleología (análisis de los propósitos o de los objetivos que persigue un ser o un objeto) <http://definicion.de/teleologico/>

- 8- Todo comenzó en la cama 1 de aquella memorable sala, frente a una radiografía de tórax de difícil interpretación que, finalmente, correspondió a una blastomicosis sudamericana en un modesto operario rural, oriundo de la provincia de Formosa. Ese caso clínico fue la patada inicial, la fusta que inició el galope hacia la polvorienta senda del norte argentino. A partir de entonces poco a poco fui congregando un entusiasta malón de jóvenes jinetes que a mi lado fue, poco a poco, remontando la brillante y olvidada M.E.P.R.A. jujeña, indiscutible y pionera escuela de patología regional creada por el visionario Salvador Mazza, y malhadadamente destruida por el enajenado capricho de un interventor de la UBA, cuyo nombre omitiré para no empañar la deslumbrante imagen científica y política de esa época, representada por el Profesor Dr. José Arce, incondicional mentor, consejero y protector del Dr. Mazza.
- 9- *M.E.P.R.A. (Misión de Estudio de la Patología Regional Argentina)*, creada y desarrollada por el Dr. Salvador Mazza (año 1926) al lado de sus prestigiosos discípulos y seguidores; Cecilio Romaña, Guillermo Paterson, Emilio Jörg, Carlos Alvarado, Flavio Niño y otros.



Fig.: 33.1. Frontispicio actual del Hospital «Francisco J Muñiz» Custodiado por elegantes y vigorosas palmeras y cobijado por un frondoso verdor... Aquí transcurrieron 60 años de mi vida como médico infectólogo.



# Índice

## Capítulo XX

La presencia del médico argentino en África. Su protagonismo en la disciplina tropical (1) .....	7
---	---

## Capítulo XXI

La epidemia de cólera en Perú.....	51
------------------------------------	----

## Capítulo XXII

Pobreza y enfermedad, una realidad inocultable.....	79
---	----

## Capítulo XXIII

Sobre el dolor y la muerte.....	99
---------------------------------	----

## Capítulo XXIV

El Hospital Francisco J Muñiz, historia de un paradigma médico .....	119
--	-----

## Capítulo XXV

Reflexiones en torno al dolor existencial. Hacia una medicina humanista.....	165
---	-----

## Capítulo XXVI

No disponemos de cama...pero dónde albergamos a los pobres enfermos de la calle?.....	187
--	-----

## Capítulo XXVII

Comprobaciones que afianzaron mi formación profesional.....	201
---	-----

## Capítulo XXVIII

Pablo Ruiz Picasso y su concepción estética (pictórica) de la miseria y la enfermedad (1).....	241
---	-----

### **Capítulo XXIX**

Frente a frente con el despiadado acrónimo: VIH-SIDA (\*).....261

### **Capítulo XXX**

¿Patomimia...o realidad?.....305

### **Capítulo XXXI**

El Médico: ¿operario ...o artesano de la salud ? (1) ..... 321

### **Capítulo XXXII**

Poncho blanco (oda al médico rural) .....3249

### **Capítulo XXXIII**

Colofón (1)..... 353



LIBRO EDITADO POR



EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA