TUBERCULOSIS DATOS Y COMENTARIOS



REINALDO MIÑO







Tuberculosis Datos y ComentariosReinalado Miño

Editorial Paralelo Cero Segunda edición Julio 2020 Santo Domingo

Diego Herrera Editor General

Diseño Jessica Belén Ramírez

ÍNDICE

DEDICATORIA	4
LA ENFERMEDAD POLITICA	5
PRIMERAS PALABRAS	8
UN OSCURO MEDICO DE PROVINCIA (1)	9
LAS HUELLAS DE UNA VIEJA LUCHA	13
UN PEQUEÑO Y TERRIBLE ENEMIGO	18
¡CUIDADO! EL ENEMIGO ESTÁ EN CASA	21
UNA VACUNA CON UNA TREMENDA MALA SUERTE	24
SI TOSE, NO SE DESCUIDE	27
EXITOS Y FRACASOS: COMO TRATAR LA "TISIS"	31
NOMBRES, VIAS Y DOSIS	36
¿EN EL HOSPITAL O EN LA CASA?	37
ASHPA MAMA MADRE TIERRA	39
LO MEJOR DE LA TIERRA	41
HABLEMOS DE SALUD	43
LA VIVIENDA, EL TUGURIO Y LA VIOLENCIA	46
SER CULTOS PARA SER LIBRES	48
LA TIERRA REPARTIDA	49
LA ENFERMEDAD POLÍTICA	55
PROBLEMAS DE ABANDONO Y OTROS DATOS	61
LOS DATOS DE PATALO	62
VISITA A SALASACA	65
PROCEDENCIA DE LOS ENFERMOS	70
REFERENCIA	71
BACILOSCOPIAS	74
CONSULTAS EXTERNAS	74
BACILOSCOPIAS POSITIVAS	76

EL CONTROL DE LOS CONTACTOS	77
ALGO SOBRE NOMBRES Y APELLIDOS	<i>7</i> 9
TRATAMIENTO CORTO Y ABANDONO	81
EL EXITO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO	
NO DE PENDE DE LOS MEDICAMENTOS USADOS SINO DE LA ORGANIZACÓN DEL SERVICIO.	0.7
DE LA ORGANIZACON DEL SERVICIO.	83
VACUNACIÓN BCG	84
NOTA FINAL	86

DEDICATORIA

Al Congreso Médico Nacional que tiene lugar en la hermosa Ciudad de Loja.

A los trabajadores de Salud Pública que, junto a todos los obreros ecuatorianos, conducirán y construirán la Patria del futuro

A los médicos jóvenes que deben prepararse a trabajar en una Patria donde la Medicina deje de ser negocio para conver- tirse, simplemente, en servicio.

A los médicos latinoamericanos, en especial a los que siguen la huella de Salvador Allende y Ernesto Che Guevara.

A Clementina Leguísamo, Madre de la Caridad, largos años enfermera de tuberculosis, en homenaje a su bondad, su sencillez y su modestia.

El Autor

LA ENFERMEDAD POLITICA

Si: la tuberculosis es una enfermedad política. Se imponía que entre nosotros alguien tratara el tema con solvencia; esto es, con conocimiento de causa. Alguien que al dato científico le diera el alcance que proporciona la experiencia; alguien que al saber científico y a la experiencia los situara dentro de un contexto, y de esta manera los interpretara racionalmente. Para ello era menester que el tema de la tuberculosis en nuestro país fuera tratado por un médico en el que a la formación profesional se sumara la humanística, y su compromiso frontal por las grandes causas de nuestro pueblo. Alguien, en fin, para quien su verdad está por encima de las conveniencias personales, y le produce horror el solo imaginar un círculo infernal en el que deberían ser situados aquellos que en vida no dijeron lo que debían, no hicieron lo que debían hacer: los "prudentes", los "sabios", los que por estas características son elegidos por unanimidad ... No debieron ser muchos en la época del Dante; actualmente abundan.

El médico ambateño doctor Reinaldo Miño, con su obra "Tuberculosis: Datos y Comentarios", ha llenado un gran vacío dentro de la bi- bliografía científica ecuatoriana; se suma a la lista de autores que en años recientes se han ido constituyendo en la conciencia del país. Por más de quince años, el doctor Miño ha llevado sobre sus hom- bros la lucha antituberculosa en la provincia del Tungurahua; lucha desigual, pues se enfrentaba a una enfermedad que cuando es un problema de salud pública es producto de un sistema; se enfrentaba a una enfermedad política.

La obra que comento, es una monografía en el que el tema de la tuberculosis se le presenta al lector básicamente desde dos puntos de vista: la enfermedad como tal, con su historia, sus métodos actuales de diagnóstico y tratamiento, su epidemiología y un hombre y su circunstancia: el autor.

El autor, el doctor Reinaldo Miño, es un ejemplar médico de provincia. La bibliografía

científica que maneja es rigurosa y actualizada; sus lectores. Sin embargo, considero que lo medulor de esta monografía, esto nos permite asegurar el beneficio académico que proporcionará consiste en situarnos en una circunstancia: la del doctor Miño: Ambato, la provincia del Tungurahua, y sus gentes, sus tradiciones, algo y mu. cho del alma colectiva en la que se incluye la del autor; la situación ecomanico-social de aquella provincia; sus servicios de salud; el ejercicio mismo de la medicina; y por último el país en globalidad: las políticas vencimiento que aquello no es ni mucho menos suficiente. Un médico que ha llegado al punto, al que no llegan sino unos pocos iniciados, en que curar no es lo más importante; lo importante es prevenir. Y para de salud; la formación de los nuevos médicos; sus estadísticas vitales, etc., etc. En resumen: una enfermedad, un hombre y su entorno. Todo esto escrito con fluidez, con aquella galanura tan propia del escrito res ambateños. A cada paso surge el comentario personal: oportuno, apropiado. Son pensamientos que se manifiestan maduros: la del hombre culto y familiarizado en el ejercicio de pensar. Nada de chagrerías; lo municipal y espeso" del vivir provinciano no ha mellado el duro tem- ple del doctor Reinaldo Miño.

Así desarrollada la monografía, todo viene por añadidura: el bacilo de la tuberculosis requiere de un medio apropiado para convertirse en un agente devastador. Este jinete del apocalipsis requiere de un corcel de miedo para embestir y triturar las resistencias biológicas de un pue- blo; ese corcel es variopinto: la malnutrición, el tugurio, la insalubridad, la miseria, en suma, conforman su espectro. La fiebre no está en las sá- banas, insiste el doctor Miño. Es un médico que sabiendo utilizar apro riadamente los modernos fármacos antituberculosos, ha llegado al coito se impone transformar de

Threvenir, como en el caso de la tuberculosis, dicalmente una sociedad en la que los más viven en tugurios, sufren de malnutrición crónica, viven en pobreza bordeando la miseria. Los datos estadísticos que presenta el doctor Miño son irrebatibles; sus conclusiones podría hacerlas suyas un dominico.

Hay algo más en la obra del doctor Reinaldo Miño: una clara visión tercermundista

en los temas que trata. Hombres como él nos permi- ten asegurar que nosotros, los latinoamericanos, hemos iniciado nuestra edad del alba. Desde muy joven comenzó a perder el sueño por los asun- tos de nuestra patria y de sus gentes; es de los que se levantó temprano para recibirle con los ojos bien abiertos al nuevo día de nuestra historia. Con ciudadanos como Reinaldo Miño, los países como el nuestro, no tie- nen por qué temer el futuro: en el momento de la verdad, poco o nada podrán los nuevos imperios. Nuestra identidad está asegurada.

Dr. Rodrigo Fierro Benitez

PRIMERAS PALABRAS

El trabajo que presentamos es fruto de nuestra modesta experiencia en Tuberculosis.

Trata de ser una ayuda para los médicos jóvenes y los trabajadores de salud, con el empeño de difundir conocimientos sobre esta enfermedad, al mismo tiempo que contiene reflexiones sobre problemas nacio- nales, vistos con óptica diversa a la corriente.

Los datos aqui consignados son en su mayor parte tomados de or- ganismos oficiales.

Se refieren, primordialmente, a la Provincia de Tungurahua, donde trabajamos tanto en Ex-LEA (Liga Ecuatoriana Anti- tuberculosa) como en el Ministerio de Salud Pública

Agradezco a los organismos oficiales que me prestaron sus fuentes y sus datos para comparar y actualizar los datos que hablamos acoplado. Sólo me queda desear que este trabajo sea de alguna utilidad para los jóvenes a los que va dirigido.

UN OSCURO MEDICO DE PROVINCIA (1)

La mayor parte de los "cazadores de microbios" fueron contratados o se vieron compelidos a servir a los capitalistas. Importaban mucho los borregos que morían perjudicando el negocio de la lana o los vacunos cuya carne, leche y cuero servían a negociantes e industriales.

-¿Por qué diablos se "torcía" el vino que enriquecía a los vina- teros franceses?

¿Por qué morían los gusanos de seda perjudicando la boyante industria de sus propietarios?

Había que buscar químicos y veterinarios para que resuelvan estos problemas. Y, claro! también podrían servir los médicos...

Luis Pasteur empezó sirviendo a los industriales del azúcar em- peñados en que la remolacha mejore y rinda más azúcar. Los productores de alcohol estaban empeñados en aumentar su rendimiento y sus ganancias. Pasteur investigaba la "torcedura" de los vinos. De ca- rambola, salimos ganando los hombres con sus experimentos,

Un oscuro médico de provincia llamado Roberto Koch empezó sus experimentos estudiando el carbunco que mataba a las vacas. Pasteur había iniciado ya su marcha triunfal en el camino de la ciencia, por más que, en un primer intento, la Academia de Ciencias le cerrara la puerta. El se encargaría, con su brillantez, sus descubri- mientos y su genialidad de abrir esas puertas de par en par... Roberto Koch era un desconocido médico de provincia que había soñado con "embarcarse y partir" a tierras lejanas por los anchos caminos del mar que le tentaban...

La mayor parte de los datos constantes en este capítulo son tomados de la obra "Los cazadores de microbios", de Paul de Kruif.

Se quedó en tierra por puro amor y Ema Frantz. lo encadeno Ahora Roberto Koch anda tras un gran malhechor: el bacilo que Cantes de su "estúpido trabajo" de médico provinciano. Hacía recetas que el intuia no servían para nada. Y como tenía poca clientela, la mujer tan poco estaba contenta.

Ema le regaló un microscopio a ver si se animaba y Koch a utilizarlo de puro aburrimiento y por su innata curiosidad científica Tal vez, tal vez queriendo contentar a su esposa, soñara en obtener ganancias descubriendo la causa por la que moría el ganado, y logras. do una retribución económica de los ganaderos. Después de todo ¿Quién no quiere salir de pobreza?.

Estaba seguro de tener bajo sus ojos miopes al microbio causante del barbunco. Para convencerse, hizo innumerables experimentos. To nia cuyes, para decirlo a la criolla, o cobayos, o conejillos de Indias para hablar a lo científico, metidos en su laboratorio improvisado. Pro- bablemente la mujer protestaba por ese trabajo que le impedía hacer recetas y le mantenía en situación menos buena de otros médicos con más juicio.

Hombre de pocas palabras, frío y probablemente timido, continuaba en la caza de microbios. Había que teñirlos, verlos mejor. Comprobar que cada enfermedad tenía un microscópico causante.

Sólo en 1880 consiguió colocarse en el Departamento Imperial de Sanidad. Tuvo como ayudantes a los médicos militares Loeffler y Gaffky Koch fatigaba sus ojos enmicroscopio. Queria aislar mi-crobios y se puso a cultivarlos.

Cuentan que una papa y la casualidad le ayudaron. La casualidad que siempre tiene causa, y las papas cultivadas por nuestros indios.

llevadas a Europa por los españoles, que no sólo sirvieron para alimentar europeos, sino que a Koch le ayudaron a descubrir, cultivar y alislar microbios, lo que a Virchov, Sumo Pontífice de la medicina alema na le parecía imposible, cuando Koch se lo contó.

Roberto Koch no se amedentró por las dudas del Sumo Pontifice y siguió en sus cultivos y sus papas. Lo que prueba que los cultivos y las culturas se entremezclan, se asocian y se complementan en marcha ascendente de los hombres.

Ilevará eternamente su nombre.

Un obrero siempre ha sido la tuberculosis enfermedad de los tra- bajadores en un régimen donde se agotan mucho y comen poco. Un obrero de 36 años muerto con tuberculosis le dio el primer material para identificar al bacilo. Lo cultivo, lo inoculó, hizo innumerables experiencias. Teñido de azul, se le presentó por primera vez el pequeño bastoncito. Inoculó a los cuyes y de los cuyes autopsiados volvió a recoger el mismo bacilo.

Fue a los hospitales tras material semejante. Los pulmones de los tuberculosos muertos le proveyeron de inóculo para cuyes, gallinas, golondrinas, conejos, marmotas, ratas y ratones. Este hombre no descansaba. Su sed de saber era inagotable. Cultivó el bacilo en agar sangre y logró por primera vez colonizarlo.

De todas sus experiencias pacientes, peligrosas y sabias tal vez una de las más valiosas sea aquella de enfermar a los cuyes insuflando material contaminado a través de un tubo conectado a una jaula donde había varios cuyes. Los cuyes enfermaron, El 24 de marzo de 1882 se presentó en la Sociedad de Fisiología de Berlín y leyó su trabajo.

Sin emocionarse, paso a paso y con palabra pausada y monótona, nada en él era brillante, a excepción del talento, fue describiendo sus experiencias y sus conclusiones. Al terminar, recogió los aplausos de sus colegas, aunque todos los ojos estaban

sobre Virchov, el Sumo Pontifice. Este, sin inmutarse, no dijo media palabra. Tomó el sombrero y se fue de la sala.

No había duda: un oscuro médico de provincia había triunfado en la búsqueda de un feroz enemigo, metido en los pulmones de los hom- bres desde hace miles de años...

LAS HUELLAS DE UNA VIEJA LUCHA

El profesor norteamericano H. Corwin Hinshaw, Profesor de la Universidad de California, San Francisco, afirma lo siguiente: "La tuberculosis es una enfermedad extraña en varios sentidos y única en pocos. Tantos seres humanos han sido afectados, quizá des- de los mismos orígenes de la especie humana".

El profesor argentino Garrahan recogia aquella expresión de que "todo adulto es un tuberculoso" como para probar la receptividad humana y la difusión de la infección tuberculosa. "La enfermedad se adquiere en la infancia", se afirmaba y siempre se habló de la "tuberculosis latente" y la "inactiva" como para probar que en la lucha entre el bacilo descubierto por Koch y el organismo humano, esa batalla terminaba con el triunfo del bacilo y la muerte del paciente en cada vez menos casos, mientras el bacilo era "inactivado" y permanecía "latente" en el organismo de los hombres.

Podemos, entonces, afirmar, que llevamos dentro al microbio mu- chas veces, mientras vivimos sanos porque aprendimos a aislarlo en siglos y milenios de lucha entre bacilo y hombre.

Los historiadores franceses de la medicina, Piery y Roshem (1) suponen que la tuberculosis es tan antigua como el hombre.

El profesor soviético V. Einis relata que hindúes y egipcios describieron la tisis pulmonar y los primeros la consideraron como "enfermedad impura".

Yang Chow Ho, médico chino, seis siglos antes de nuestra era, describió la enfermedad en su tratado de Medicina.(1) V. Ein's.- Tuberculosis.- Introducción.

Hipócrates, de la Escuela de Cos 400 a 460 años antes de nuestra Era conoció y trato, probablemente con el mismo éxito que todos los muy poco pudimos hacer los médicos a favor de los tuberculosos. La enfermedad era incurable. Ser tísico era una afrenta, todo el mundo pendencia, murió tuberculoso. Probablemente se contagió de la madre médicos hasta 1944, la tisis pulmonar.

Abu Ali Ibn Sine, médico árabe, en su "Canon de la Ciencia Má dica" habló de la tisis y la hemoptisis relacionándolas con la herencia y el clima. El famoso Avicena (que así se lo conoce) vivió de 980 1037 años de nuestra era.

En Verona, Gerolamo Fracastoro (1483-1553) insistió en la conta. giosidad de la tuberculosis.

En Rusia se la menciona en el siglo XIV llamándola "tisis maligna" y "úlcera incurable".

Bayle, verdadero "precursor de Laenec" trató, según concepto de este último de dar una definición mucho más exacta y más completa de lo que se había hecho hasta entonces" (1781-1826).

Laennec tuvo el mérito indiscutible de haber determinado y confirmado el carácter específico y la unidad de las diferentes manifestaciones de la enfermedad.

Pirogov, describió en Rusia, a mediados del Siglo XIX, la enfermedad, su clínica y anatomía patológica.

Villemin (1827-1892) inoculó la enfermedad a los animales y afirmó que la dolencia era fruto de un pequeño ser similar a aquellos descubiertos por Luis Pasteur, el genial visionario que clamaba a las autoridades: "Os ruego que os intereséis por esos edificios sagrados llamados laboratorios. Pedid que sean multiplicados y completados. Son los templos del porvenir, de las riquezas y el bienestar".

Laboratorio: Palabra significativa, viene de laborare: trabajar.

Allí están muchos trabajadores de la ciencia. Aquellos que tienen un puesto en la historia de nuestras grandes batallas por el progreso humano y también los millones de trabajadores anónimos que hicieron posible ese progreso.

En páginas posteriores nos referiremos al tratamiento. Hasta 1944 los temía y muchos lo ocultaban.

Simón Bolívar, el glorioso comandante de nuestra Primera Inde y el bacilo de Koch terminó derrotándolo en San Pedro Alejandrino donde pasó sus últimos días, todavía soñando en la unidad de América Latina.

Dicen que Don Juan Montalvo, ese "zambo terrible" de la Dicta- dura Perpetua, la Mercurial Eclesiástica y las Catilinarias, también fue tuberculoso, tuvo derrame pleural y murió de esa causa. Algunos montalvistas se han indignado por ese diagnóstico a la distancia, y hay que darles razón porque a veces, ni siquiera con el enfermo a lado, es posible dar con la verdadera causa de una enfermedad.

Como América Latina es casi, casi "harina de otro costal" y el antiguo Quito "el lugar más oscuro de la tierra" las noticias que podemos dar sobre nosotros son muy escasas "De tuberculosis no se puede afirmar nada cierto" "a no ser lo que los españoles denominaron consunción, enflaquecimiento, con las voces quichuas tulluyashca, paicamenta".

En el manual de normas, métodos, procedimientos y técnicas para el control de la Tuberculosis se hace una interesante síntesis sobre la lucha antituberculosa en Ecuador.

Eugenio Chushig Aldaz, "un antiguo vecino nombrado Espejo, bautizado e inscrito en el libro de los blancos el 21 de Febrero de 1747 con el pomposísimo nombre de Xavier

Eugenio de la Santa Cruz y Espejo" es el más grande de los médicos ecuatorianos, el pueblo lo llamaba, con toda razón, el "sabio Espejo". En el manual de normas al que hemos hecho referencia, se habla de él en la primera página: "Sinopsis histórica: Ya en el año 1795 un ecuatoriano genial, Francisco Eugenio de Santa Cruz y Espejo, adelantándose en casi un siglo a las comprobaciones de Villemin y en cerca de dos a algunos de los fundamentos básicos del conocimiento actual sobre tuberculosis, dice, refiriéndose a los hécticos: "Tampoco con éstos se debe tratar de alejarlos de nuestra población a una casa de campo o a un hospital. Aunque su dolencia es contagiosa, a juicio de los mejores físicos, no son sus hálitos tan activos y volátiles que puedan ocasionar daños y revén distancia". Después de tan extraordinaria demostración de clarivi. También en sus Reflexiones médicas sobre la higiene de Quito sus Reflexiones son un emporio de sabiduría y, especialmente, una crítica implacable al régimen colonial. Produjeron un revuelo tre dencia, el sabio continúa recomendando una serie de medidas tivas, sobre las cuales insisten más tarde diversas revistas médicas de la época..."

Gualberto Arcos, luego de contar cómo "la cultura occidental había penetrado a sangre y fuego en estas lejanas y perdidas comarcas del Nuevo Continente", al hablar de Espejo, dice: "Espejo es un fruto exé. tico y como tal fue desconocido en su época y relegado en la nuestra Oh! las ideas exóticas que "enronchan" a los sesudos. Espejo fue ". chuza bolchevique", "propagandista de una luz exótica", el "primer bolchevique de la colonia", testimonios del poeta Jorge Enrique Adoum y el médico y duende, Enrique Garcés, discípulo de Espejo.

Arcos opina nuevamente: "Podemos olvidarlo, si se quiere, como literato, como sabio, como periodista, como médico; pero un pueblo leal no puede olvidar jamás al gran civilista que supo imitar a Washington". En la Historia de la Medicina Ecuatoriana, Virgilio Paredes Borja trae estos apuntes: "Espejo fue el médico más destacado de su época en la Audiencia de Quito. Fue observador, el primero entre nosotros que abordó temas de medicina social, con sus hasta hoy exactas apre- ciaciones, el primero que

se interesó en la lucha racional contra las en fermedades infecciosas, con datos sobre la viruela, la peste, la tisis el lúes y la lepra".

"Su espíritu combativo, su hombría, su perseverancia en el amor a la verdad y su odio a la farsa y al disimulo, que han corrompido la enseñanza de la medicina y las relaciones humanas, forman la valía de Espejo como médico".

"Hablar de los insectos como agentes transmisores de las enfer medades, más de un siglo antes de que Bruce lo sospeche y de que Manson inspire a Sir Ronald Ross su fe en el estudio de las moscas como agentes transmisores de ciertas enfermedades infecciosas, nos parece como algo muy digno del talento de Espejo como observador y como médico" habla de una planta llamada cristal, que curaría la tuberculosis.

UN PEQUEÑO Y TERRIBLE ENEMIGO

Cierto que el alemán Roberto Koch lo tenía ya identificado bajo sus ojos inquisitivos y miopes, gracias al aparato que construyera el holandés Antonio Van Leeuwenhoek, nacido en 1632 "cuando el hombre europeo apenas había empezado a sacudirse de las supersticiones más oscuras. Ni siguiera se había percatado de su ignorancia".

Leeuwenhoek se convirtió en alumno distinguido de los trabajadores del vidrio y empezó a fabricar sus propios lentes en sus propios crisoles hasta que al fin construyó el microscopio y abrió para los hombres el mundo de lo diminuto.

Roberto Koch fue investigador genial del bacilo que lleva su nombre. Habiéndolo sometido a innumerables experiencias, descubrió la tuberculina, ocho años después de haber descubierto el bacilo. Descubrió el llamado "fenómeno de Koch".

El bacilo de la tuberculosis se llama en el mundo de la ciencia Micobacterium tuberculosis. Sabemos que el más importante para el hombre es el baci humano y ya podemos adelantar que el 99% de las tuberculosis pulmonares están determinadas por él.

El bacilo bovino tiene importancia porque a más de atacar al ganado puede asentar en el intestino humano, otra vez en el llamado "tercer mundo", la periferia capitalista, llamada eufemísticamente "mundo en desarrollo", donde hasta las vacas andan enfermas y la leche es ma- la y peligrosa. Tan peligrosa que el Señor Ministro de Salud Pública aconsejaba no tomarla. El precio alto y la mala calidad de la leche, sólo favorecen a los lecheros y embotelladores, a los grandes agricul- tores de la Patria que levantan rascacielos en Miami y hasta en Gua- yaquil y Quito. Los hospitales, en cambio, languidecen y los tuber- culosos, obreros y peones agrícolas, mueren.

De todos modos, hay que vivimos en "democracia" enfermedad y los bacilos aviarios, murino y pisciario sino importancia académica, no equivocarse cumpliendo que "la salud del pueblo es la suprema ley...".

Los microbacterias atípicas son excepcionalmente causantes cuando se encuentra un bacilo ácido alcoholresistente, hay que pensar en el bacilo humano con el 99% de probabilidad.

La ácidoresistencia es característica del bacilo de Koch y de gunos otros bacilos. Consiste en que, teniendo gran afinidad you to tos colorantes, especialmente la fucsina, una vez colorados, resisten acción de los ácidos minerales y no se dejan decolorar. En el labore rio se ve al bacilo de Koch como bastoncitos rojos que se divisen azul de metileno. Se usa el método de Ziehl-Nielssen. Cuando se tidamente en un fondo azul, si la placa ha sido también colorada lora un frotis es fácil de leer incluso por analfabetos previamente trenados.

Desde ahora insistimos que la tinción de frotis por el metsa Zichl-Nielssen es básico para el programa de control de la tuberesi sis. Sirve para el diagnóstico y sirve para la evolución de la enferme dad y el tratamiento. Ya insistiremos luego.

El segundo cultivo del bacilo es más largo, paciencioso y complicado. Les resultados más tardíos. La inoculación al cobayo es más difícil, costosa y casi innecesaria, V. Einis habla de un método de flotación que describe en su obra Dice ser 15 a 17% más efectiva que el examen del frotis y en poco grado inferior al cultivo. Por la descripción que hace, se necesita más tiempo, más materiales, aunque mucho menos que el cultivo de otra vez: en tuberculosis pulmonar la tinción y examen de los frotis, resultan fáciles, buenos y baratos.

Se ha descubierto que el Bacilo de Koch tiene tres fracciones: una lípida, grasa, que le daría el carácter de ácidoresistencia.

Una proteica, un polipéptido, que transportaría la tuberculina. Sería la causante de la reacción alérgica o sensibilidad a la tuberculina Por fin, una porción glúcida que produciría anticuerpos cuyo papel todavía no se ha aclarado.

Los procesos enzimáticos hoy en boga, no faltan en el micobacterium tuberculosis, como lo prueban las reacciones a la catalasa, peroxidasa y otras con las enzimas reductoras del bacilo.

Aún no se han descubierto los procesos enzimáticos, según algunos, determinantes de la acción patógena.

Se ha probado que cuando logra entrar al organismo el bacilo de Koch media un período de "silencio" en donde no hay manifestación alguna.

¡CUIDADO! EL ENEMIGO ESTÁ EN CASA

C. Pirquet propuso en 1907 la prueba cutánea tuberculínica, ¿que es una reacción alérgica?. Cuando se inyecta una pequeña cantidad de tuberculina a una persona que no ha sido infectada por el bacilo de Koch, la reacción es nula. No así en una persona infectada donde se produce una reacción de alergia "atópica" que detecta la infección tuberculosa. La reacción se produce a las pocas semanas de introducido el bacilo en el organismo y una vez producida la sensibilidad, puede durar toda la vida. Es fruto de los procesos de inmunidad del organismo, aunque el tipo de reac- ción en el caso de la tuberculosis, sigue siendo discutida.

Koch realizó el siguiente experimento: cuando se inocula bajo la piel bacilos tuberculosos a un cuy, o cobayo, sin mayor reacción en la piel se diseminan los bacilos, se infartan los ganglios, hay una sinto- matología florida y los cobayos mueren.

Si a un cuy previamente infectado se le inyecta bajo la piel bacilos virulentos, rápidamente se produce un proceso inflamatorio agudo, se ulcera la piel y luego cura. Este es el fenómeno de Koch.

La prueba de la tuberculina ha servido y sirve para detectar la presencia del bacilo de Koch en el organismo. Si es positiva, podemos afirmar: ¡cuidado, el enemigo está en casa!

Sin embargo, como lo dice el Manual de Normas vigente en el País, dado el incremento de la vacunación BCG "la prueba tubercu- línica como elemento de trabajo de los programas de control de la tuberculosis perdió sensiblemente su oportunidad de empleo. "Se reserva, prioritariamente, a los contactos menores de quince años y al no

contactos menores de cinco años no vacunados con BCG, diagnostica la infección que con seguridad es activa, aunque no se demuestre radiológica o bacteriológicamente".

Wernerion de Mantoux introduciendo como dosis unica 2 UT de la preu de la tuberculina se realiza entre nosotros por la intra PPD Purified Protein Derivate) preparado on Copenhague RY Manual de Normas vigentes en el País siguen desconocidas patos de normas sobre el programa integrado de tuberculosis que se son muchos médicos y son mal aplicadas, aunque son "el mejor conjunce en América Latina", seguir opinión del Dr. Antonio Pio, Consultor.

Pues bien, hay que difundirlas y cumplirlas. Nosotros nos opusimos a que se las camble porque la calentura no está en las sábanas...

La prueba de la tuberculina sigue siendo de utilidad para descudo Tuberculosis para las Américas y poder curar niños tuberculosos. Cuando se sospecha una enfermedad tuberculosa, el PPD puede ser básico para confirmar o descartar la enfermedad, Garrahan, pediatra argentino, así lo expresa en sustrabajos. De inmediato hay que examinar a los contactos pues no hay que olvidar: "La tuberculosis de un niño es una tragedia que comienzapor un canto de cuna". Hay que probar la fuente de contagio ya que, mientras más pequeño es el niño, la enfermedad le llega de muy cerca.

Si en este país la lucha antituberculosa estaría bien organizada, siempre deberían controlarse los contactos de todo sospechoso. En nuestra modesta práctica nos impresionó el caso de un abuelo bacilifero descubierto luego de la pérdida de dos nietos fallecidos con meningitis

Tal como funciona la medicina en el país, donde la medicina privada tiene prelación, debe haber casos como éstos muy frecuentes. Por otro lado, la gente, a veces con razón, no confía de los hospitales y llega a ellos muchas veces cuando ya ha gastado los últimos centavos consul- tando médicos. No hace falta hablar de la desconexión

entre los orga- nismos de salud mucho menos de los médicos en el ejercicio privado.

No hace falta decir que andamos mal en salud pública y que vivimos quejándonos desde los tiempos del Doctor Eugenio Chúshig Aldaz, un antiguo vecino llamado Espejo...

UNA VACUNA CON UNA TRE-MENDA MALA SUERTE

Cuando el organismo es atacado por primera vez (primo-infección) el organismo reacciona de diversa manera que si vuelve a ser atacado (reinfección). A principios de siglo casi todo el mundo estaba infectado pero no todo el mundo enfermaba. Los infectados deberían, por tanto, tener cierta resistencia. Si se produjera una infección controlado, artificial, ésta podría proteger a las personas de las reinfecciones, aumentando su resistencia.

La vacuna BCG es obligatoria en muchos países, siendo "impopular y casi tabú entre la profesión médica" en otros. Cuando Ex LEA resol- vió una masiva campaña de vacunación, hace varios años, recordamos que un distinguido pediatra de una importante ciudad universitaria la combatió logrando que la campaña se suspendiera.

Calmette y Guerin lograron "domar" una cepa de Micobacterium bovis que Nocard había aislado en Francia en 1902. Luego de 231 resiembras en un lapso de doce años, lograron atenuar la virulencia del ba- cilo, manteniendo la capacidad antigenica. Nuevamente utilizaron las papas preparadas con glicerina y bilis de buey. Por eso se llama bacilo biliado de Calmette y Guerin que los "domadores" llamaban "virus fijo".

Mala suerte la de esta vacuna. Los autores murieron sin que hayan logrado asistir a la aceptación de la misma. Al contrario, se llevaron a la tumba el recuerdo doloroso de la tragedia de Lubeck,

El Instituto "Pasteur" de Paris había enviado a Alemania vacuna BCG. En Lubeck recibieron 251 niños de pecho la vacunación y poco tiempo después enfermaron gravemente y fallecieron 72 niños. En la autopsia de 71 de ellos "se pudo demostrar la

presencia de focos primarios de afección tuberculosa en el intestino y en los ganglios linfáticos mesentericos regionales". Se comprobó que la vacuna oral estuvo con taminada con bacilos humanos virulentos antes de aparecer la alergia, la tubercoloproteina las células y los tejidos".

En franca oposición a la vacuna, Myers, en 1957 declaraba: "Es probable que los bacilos tuberculosos de reinfección produzcan la enfermedad clínica debido a que su invasión ocurre en los tejidos alergia Sin embargo, Kurt Toman, autoridad en tuberculosis afirma que la vacuna BCG es inocua "y en realidad se considera una de las vacunas masivas en países de alta prevalencia de tuberculosis, es decir, un último ensayo realizado en Chigleput, India, concluye que la vacuna BCG no protege contra la tuberculosis. Parece, sin embargo, probado que la meningitis Tb es menor en los vacunados y el cuadro clínico de tuberculosis es menos virulento en ellos. Por lo menos, eso Se ha dicho que la BCG podría ser útil en la lepra y la leucemia asi están las cosas respecto a esta vacuna rechazada por unos y más seguras para el hombre".

El ensayo británico que comprobara un ochenta por ciento de pro. tección para un numeroso grupo de vacunados en comparación de otro igual no vacunado, parecía definitivo, en un seguimiento de más de quince años.

Un ensayo en Puerto Rico tuvo éxito relativo. Otros en Georgia y Alabama llegaron a la conclusión de que la protección era nula. Se dijo que era la mala calidad de la vacuna. Se culpó a la des. nutrición. Dubos comprobó que en ratones desnutridos se reducía la eficacia de la vacuna; más Toman afirma que "esto no concuerda con la gran eficacia obtenida entre los indios norteamericanos (Hart y Su- derland)". De paso, podemos consolarnos: también los indios nortea- mericanos son desnutridos en el país más rico del mundo que gasta miles de millones de dólares en armas... con razón los indios ecuatorianos...!

Hasta hoy se discute si conviene o no mantener la vacunación BCG pueblos desnutridos, hambrientos y endeudados en los dicen los defensores de la vacuna! fendida por otros.

SI TOSE, NO SE DESCUIDE...

Es cierto que duele la espalda, que se enflaquece, que se suda, que hay inapetencia y fiebre. Hay personas que viven eternamente con "gripe" y son tuberculosas. Lo principal es la tos. Lo importante, el gargajo. Si una persona tiene tos frecuente, si tose, digamos, más de quince días, cuidado con esa tos.

Todo tosedor de más de quince años, con expectoración o hemop- tisis, es un sintomático respiratorio. El Programa de Control de la Tuberculosis se preocupa de ellos porque los adultos son los transmisores principales de la enfermedad. Los niños tragan sus esputos, los lactantes reciben la enfermedad, hacen cuadros agudos y no tienen la posibilidad de transmitirla como los adultos.

La tuberculosis pulmonar es siempre primaria en relación a las tuberculosis de otros órganos. El bacilo de Koch vive a sus anchas y muy bien en los pulmones es aerobio.

Le encanta la temperatura de nuestro cuerpo. Desde los pulmones "salta" o se va a todas partes y puede dañar cualquier otro órgano. La tuberculosis pulmonar es la primordial. La tos es la impulsora del bacilo hacia afuera en busca de nuevas víctimas.

El examen de esputo es fácil de realizar y cuando se descubre el bacilo en el examen microscópico, la tuberculosis está comprobada. Los bacilíferos, los que tienen bacilos en el esputo, son los más pe- ligrosos: porque la inmensa cantidad de bacilos que desparraman son un peligro para los demás. Si los descubrimos, podemos curarlos. Si los curamos, cortamos la cadena de transmisión.

Hasta hace pocos años (y por desgracia, para muchos médicos, has- ta ahora) tuberculosis y radiografía pulmonar eran una sola cosa. Ahora, dicen los que saben, ninguna imagen radiográfica es típica de tu- berculosis. Con la radiografía se equivocan mucho más los que con- fían en ella que los que comprueban su diagnóstico con el examen de esputo. Si comparamos costos, la facilidad de realizar y repetir el exa- men no tienen comparación a favor del esputo.

Los más experimentados radiólogos pueden equivocarse en la interpretación de una placa, pueden cambiar de opinión en dos lecturas en fechas diferentes. Bacilíferos comprobados pueden tener radiogra- tiene más importancia. Un bacilifero está contagiando la enferme. Ver el bacilo en el frotis es mucho más fácil.

Hay menos errores cuando no se ha encontrado el bacilo en el esputo, se puede esperar. Hay casos excepcionales en que se deba actuar con base al diagnóstico clínico y radiológico de sospechoso de tuberculosis. Solo la presencia del bacilo en el esputo, nos da el diagnóstico etiológico. Volvamos a insistir: la probabilidad de equivocarse es mucho menor "normales" y hay que curarlo enseguida, rapidez, en con el examen de esputo.

Toda auxiliar, toda enfermera, todo médico debe averiguar si el enfermo tose, si hay tosedores en la familia.

Recoger el esputo, transportarlo, procesarlo y leerlo, no es complicado. Se hace gratuitamente en los laboratorios del Ministerio de Salud Pública, nosotros autorizamos a auxiliares, enfermeras, trabajadores de sa-lud, etc. a solicitar exámenes de esputo.

Sólo así camina el programa mejor que en aquellos sitios donde se espera que sea exclusivamente el médico quien solicite el examen. Nos estamos refiriendo a nuestra práctica en Tungurahua.

Se solicitan tres muestras. La primera es la que de mejores rendi- mientos. La segunda aumenta un poco, la tercera muy poco en el des- cubrimiento de casos. Es probable que el sintomático respiratorio sea tuberculoso y no de positivo el esputo.

Hay que solicitarle regrese a los quince días, si la tos no cede. Más temprano que tarde, el bacilo asomará.

El cultivo es más laborioso, el resultado más tardío. El número de tuberculosis descubierta es, sin duda, mayor. El peligro de contagiar la enfermedad que tienen los positivos sólo al cultivo, es mínima.

El bacilífero tiene casi siempre una enfermedad más avanzada. Cli- nicamente la baciloscopia cuantificada coincide con el estado del enfermo, a más bacilos, más enfermo. Naturalmente, toda regla tiene sus ex- cepciones; pero no hay que convertir las excepciones en regla.

Debemos insistir para que TODOS los médicos se preocupen de descubrir tosedores y envíen a los tosedores para el examen baciloscópico.

Unos altos niveles de pacientes van a la consulta privada de los médi- cos. Nosotros pensamos que la misma cantidad que ocupa los servicios de salud pública, va a la consulta privada en Tungurahua. Por eso, las normas de control de la tuberculosis deben ser difundidas entre los médicos privados.

En un simposium de Tuberculosis un médico participante dijo no conocerlas. Todos los médicos deben saber dónde se hacen los exámenes gratuitamente. La declaración de un caso de tuberculosis pulmonar debe ser obligatoria y el Departamento debe inmediatamente buscarlo y tratarlo.

Mi opinión personal es de que los casos de tuberculosis pulmonar debieran ser tratados obligatoriamente en los organismos del Ministerio de Salud y bajo su absoluta responsabilidad. Ya es hora de no estar repitiendo lo mismo y lo mismo en todas las reuniones, simposiums, cursos y cursillos y no dejar que las cosas sigan igual. Queremos cambiar el tratamiento antes de cambiar las co- sas que andan mal y se reflejan en el aumento de la tuberculosis y la ineptitud nuestra para cumplir las normas que son tan buenas.

Otra vez: No hay que olvidarse: la tos es un síntoma capital: tose- dores podemos hallar en todos los servicios y entre ellos puede haber bacilíferos que contagian la enfermedad y en general tienen una enfer- medad más avanzada. Curarlos es responsabilidad general. Perderlos es irresponsabilidad general. Debiéramos avergonzarnos y evitar que suceda.

EXITOS Y FRACASOS: COMO TRATAR LA "TISIS"

La tisis, como afrentosamente y a veces con temor se llama a la tuberculosis, ha sido tratada de las formas más diversas. Igual la sangre de pichones que bebían y se frotaban en la espalda nuestras gentes para curar la tisis y la hemoptisis (similia similibus curantur) lo mismo que las sales de arsénico, yodo y oro que usaban los médicos del mundo occidental hasta casi medio siglo actual, daban iguales resultados. Fleming abre la era de los antibióticos otra vez por "pura casuali- dad". No olvide otra vez, que toda casualidad tiene causas. Vandremer investigando el aspergillus fumigatus abrió las puertas a Waksman para aislar del Streptomyces griseus la estreptomicina, primera substancia que verdaderamente frenaria al terrible enemigo que se burlaba de médicos y brujos, medicinas y menjurges, clínicos y cirujanos.

De la tierra latinoamericana se obtuvo el Streptomices Venezuelas que nos diera el cloromicetin, para 1949 todavía el New and Non Official Remedies que se publicaba bajo la supervisión y dirección de la Asociación Americana de Química y Farmacia, traía esta noticia: "Aunque la estreptomicina muestra promisorios resultados en la terapia de las infecciones tuberculosas de los cuyes, la experiencia clinica en las infecciones humanas no son aún suficientemente grandes pa- ra delinear su papel preciso en el control de todas las formas de tuberculosis humana".

Podemos decir, entonces, que desde mitad del siglo empezamos a derrotar a la tuberculosis si bien descubierta en 1912 la isoniacida o hidrázida del ácido isonicotínica descubierta por los austriacos Meyer y Nally, recién en 1940 la usan Longo y Borgese en la enteritis bacilar y Silvestri en 1945 con Selikoff y Robitzek la utilizan con éxito en la tuberculosis en 1952 y esta arma maravillosa entra a nuestro arsenal terapéutico.

El ácido paraaminosalicílico P.A.S. descubierto por Lehman como el lupus vulgaris, decir de ella que es buena, bonita y barata, tuberculostático en 1946 acompañó muchos años a estreptomicina e iso. niacida y acompaña todavía en la lucha antituberculosa.

Hace pocos años ha sido desplazado, sobre todo en algunos países, por la tioacetazona tomada en menor cantidad, 150 mgrs. diarios e incor porada a una sola pastilla con 300 mgrs. de isoniacida, facilitando el tra. tamiento y reduciendo el costo a la tercera parte.

En el país se daba hasta 30 tabletas al día y producía molestias gastrointestinales: los pacientes lo rechazaban con frecuencia. El tratamiento oficial en el País es de 1 gramo diario de estreptomicina y una tableta de diateben o tiazina que incorporaban en una sola pastilla 150 mgrs. de thicacetazona, como lo dijimos, más trescientos miligramos de isoniacida. La primera fase del tratamiento con estos tres medicamentos se dan de lunes a sábado durante dos meses; luego se continúa el tratamiento diez meses más inyectando dos veces a la semana 1 gramo de estreptomicina, y 800 mgrs. de isoniacida oral.

La necesidad de curar con tres medicamentos en la primera fase del tratamiento se basa en el hecho de que, usados individualmente, pronto los bacilos se vuelven resistentes. Mejor dicho, los bacilos re- sistentes a una droga determinada no son afectados por la misma y si- guen reproduciéndose. Pronto los bacilos naturalmente resistentes a esa droga constituyen la población bacteriana total. Tres medicamentos dan- dos al mismo tiempo y durante un lapso que se ha comprobado debe ir de un mes a dos meses cuando menos, ese tratamiento, prácticamente, termina con la mayor parte de toda la población bacteriana, es la fase de desbacilización. Los diez meses restantes en que se usan dos drogas, producen en buena parte de los enfermos, la esterilización de las lesiones y el paciente pueden declararse curado.

Se producen recidivas en algunos casos y un nuevo tratamiento con iguales o nuevas drogas, si el caso lo amerita, será necesario.

Las pruebas de resistencia a las drogas son difíciles de realizar, no se pueden efectuar en cualquier sitio y a veces los mejores laboratorios yerrun notoriamente. Son excepcionalmente de utilidad.

El tratamiento debe ser, por lo tanto, combinado o asociado. Una sola droga termina en fracaso, varias drogas a la vez aseguran el éxito, se comprobó con variados experimentos daba lo mismo dar medicamentos diariamente que cada tres días, en la segunda fase, luego de haber bombardeado al enemigo con tres drogas en la primera dosis diaria. Estudios del metabolismo bacteriano, las pautas de reproducción becilar y las experiencias realizadas han llevado al tratamiento intermitente en que se da un golpe al bacilo antes de que alce cabeza, ele- vando la dosis de isoniacida de 300 a 800 mgrs, que se ha comprobado ser la dosis útil para esta segunda fase.

Dada la adaptación milenaria del bacilo a nuestros pulmones, su resistencia al tratamiento es notoria. Por eso el tratamiento debe ser a más de combinado, continuado o continuo; el tratamiento irregular termina siempre en fracaso.

A más de combinado y continuado el tratamiento debe ser prolongado. Nuestras normas, recogiendo la experiencia universal, fijan en un año como mínimo el éxito del tratamiento. Algunos autores si- guen recomendando años seis meses y hasta dos años. Parece suficiente un año en las normas vigentes se dan diversos regímenes de tratamiento y los dos primeros son los más aplicables y aplicados a nuestro medio. El descubrimiento en Italia por Sensi y colaboradores en 1972, derifampicina, abre un nuevo campo en la lucha antituberculosa. La ri- be fampicina es tan buena como la isoniacida, aunque muchísimo más cara. No sabemos si por el costo de producción o porque las casas productoras siendo medicamento nuevo, todavía le están "sacando el jugo". Lo que bien se sabe es que "el mundo de los negocios no tiene corazón".

Dadas la eficacia de rifampicina e isoniacida se habló de reducir la primera fase a un tratamiento con dos drogas: Rifampicina e isoniacida y hasta de una segunda fase con una sola droga. Isoniacida y rifampicina actúan en cualquier medio, alcalino Parece que los resultados no fueron del todo halagueños.

La estreptomicina actua sólo en medio alcalino y no atraviesa La pirazinamida actualmente en boga actúa en medio ácido si se quiere terminar con la población bacteriana se puede en una primera fase isoniacida, rifampicina, estreptomicina y piraz. fuera de las células, en medio ácido y medio alcalino, logramos des namida. Atacamos al bacilo dentro y fuera de las cavernas, dentro Se han preconizado, con parecido éxito, tres drogas en la primera Rifampicina, la barrera celular: su acción es extracelular, bacilizar y luego esterilizar las lesiones tuberculosas.

fase del método acortado, corto o abreviado de seis meses: pirazinamida e isoniacida que dura dos meses, dadas de lunes a sábado Se continúa con una segunda fase de dosis diaria de isoniacida rifampicina por cuatro meses.

El ethambutol es otra de las drogas modernas preconizadas actual mente. Descubierto por Wilkinson en 1961, es otro producto caro. Muchos tratamientos suplantan a la estreptomicina.

Sin embargo, siguiendo a Kurt Toman, no se trata de abastecer, sin restricciones con medicamentos más eficaces tales como la rifampicina, para el tratamiento habitual.

Esta es una opinión ALGO SUPERFICIAL que desconoce los hechos". Hay que aplicar rigurosamente las normas vigentes y los es que más de tratamiento con los que "dos decenios han existido fármacos con los cuales se pueden hacer regímenes con una eficacia del 100%" Asegurar la regularidad y la continuidad del tratamiento, eso es lo que verdaderamente importa.

La irregularidad en el tratamiento, la interrupción del mismo, el abandono del trata-

miento que sucede con frecuencia entre nosotros ésas son las causas de nuestro fracaso. La organización de la lucha antituberculosa que no ha logrado ni siquiera la colaboración y conocimiento de todos los médicos, el trabajo irresponsable y no supervisado de todos los organismos de salud para que se cumplan con las normas escritas y no practicadas, éstas son las causas de nuestro fracaso.

Nosotros en Tungurahua hemos comprobado que el abandono es alto y está subregistrado y que es Tungurahua "andumos bien" en salud pública.

Nosotros sostenemos que volveremos africar con cualquier pie de tratamiento si no arreglamos cosas y siguen tal como hoy parece que se quieren suplantar los regimenes baratos y efectivos por recimenes cortos , pero muchisimo más caros, en un pueblo pauperrimo y con una economia al borde de la bancarrota. Tal vez comprar medicamentos mais caros solo sirva para engordar a los más ricas y perjudicar mis los pobres comprobando que la austeridad es una mentira y la improvisación y el despilfarro cosa de todos los días Otra vez el Dr. Kurt Toman: Es ilusorio esperar que nuevos productos vengan a resolver el probletna fundamental de la quimio- terapia, a menos se pueda encontrar un régimen que se pueda admi. nistrar en una sola inyección o sólo durante algunos dias. El éxito de la quimioterapia está determinado tanto por factores técnicos como operativos hasta los régimenes más eficaces de que se disponeen la actualidad, sin conciderar la combinación de farmacos o la duración del tratamiento, pueden fracasar si no se suministran con regularidad. Asi el problema esencial del asunto hoy no es la falta de conocimientos cerca de la quimioterapia adecuada sino su administración en la práctica.

NOMBRES, VIAS Y DOSIS

Como guía práctica para nuestros médicos jóvenes a los que hemos dedicado este trabajo, copiamos el cuadro de la Comisión de Quimioterapia de la Tuberculosis de la Argentina.

Como la tioacetazona no consta en el cuadro anterior y actualmente se usa en nuestro país señalamos que es la oral, la dosis de 150 mgrs. diarios que junto a 300 mgrs., de insoniacida forma una sola tableta lo que hace fácil su administración. Se dan algunas manifestaciones tóxicas en determinados países lo que se sospecha tenga que ver con la raza. Los cubanos suspendieron el tratamiento en un 8.7% de los pacientes. Los peruanos lo han utilizado sin problemas. En Argentina se habla de uso restringido por reacciones adversas de la esfera he pática, renal y dérmica. Nosotros la suspendimos en un caso por der- matitis. Nos parece que da menos problemas que el PAS en la esfera gastrointestinal y facilita el tratamiento comparado con el PAS. Principales reacciones adversus.

¿EN EL HOSPITAL O EN LA CASA?

La tuberculosis ataca primordialmente a los jóvenes, casi todos trabajadores, participantes en la producción y muchos de ellos con resposibilidades de jefes de familia.

Por eso, entre nosotros, llegan tarde a curarse porque trabajan hasta el último día que les es posible. Y por eso, también, apenas pueden vuelven a trabajar para subsistir y ayudar a la familia. La tuberculosis, como casi todas las enfermedades, es un privilegio de los pobres.

El tratamiento sanatorial ha dominado en tuberculosis hasta la época de la quimioterapia. Del sanatorio, si no le daban el Alta solicitada el paciente fugaba para reintegrarse al hogar y al trabajo, con la excepción de algunos pobres hombres sin hogar, techo y recursos, que se convertían en habitantes vitalicios del Sanatorio.

En muchos hospitales se realizaron interesantes experimentos: a un grupo de enfermos se los tenía acostados a otros se les permitía toda actividad, y hasta deportes. Un grupo de enfermos guardaba cama y sólo se les permitía ir al baño y a otro se les obligaba a realizar ejercicios gimnásticos por la mañana y la tarde. La quimioterapia daba el mismo resultado en uno y otro caso.

En la India se hizo un ensayo interesante: Un numeroso grupo de pacientes se trató en el sanatorio y a otro igual, se le trató en su casa. Los pacientes fueron divididos por sorteo y resultó que las lesiones radiográficas de los enfermos domiciliarios fueron mayores. El éxito fue igual en el tratamiento de uno y otro grupo. Los pacientes domiciliarios abandonaron menos el tratamiento que los sanatoriales.

Los problemas familiares surgidos entre los pacientes de sanatorio, fueron mucho más serios que los habidos en los pacientes de domicilio propio quedaba el problema de los contactos: Los infectados v mos que se dieron o se encontraron en uno y otro grupo eran mentes iguales.

No había duda: los pacientes debían tratarse en casa. Era máe1 rato, era igualmente efectivo y el éxito era mayor a domicilio pom se lograba una mayor colaboración de los pacientes.

Empezaron a cerrarse los sanatorios antiturberculosos, y los vicios especializados comenzaron a integrarse a los servicios generales de salud pública. Esto creó problemas de diverso tipo que fueron superados por el tiempo y ahora casi no hay quien discuta la ventaja económica, social y humana de esta nueva política.

Allí donde todavía quedan camas para tuberculosos, vale la pena utilizarlas, si el paciente y la familia lo determinan, tanto para atende: los enfermos en mal estado, como para cubrir la primera fase de las regímenes vigentes, en que los pacientes deben recibir tratamiento diario.

Si los servicios médicos del País estuvieran organizados con un eterio verdaderamente social si fuera cierto aquello de que la salud del pueblo es la suprema ley, deberíamos curar al ciento por ciento de I enfermos. Podemos hacerlo sin que hasta ahora cumplamos con obligación. Si un paciente nos abandona, nos alzamos de hombros enfermedad sigue cobrando víctimas. Esto debe cambiar: la p necesidad es, sin esconder las victorias logradas, estudiar a nuestros fracasos y remediarla.

ASHPA MAMA MADRE TIERRA

Miguel de Unamuno sostenía que a la Patria deberíamos llamarla Matria, porque la madre es el verdadero símbolo del amor y el com- pendio de todas las bondades.

Los indios se adelantaron al ilustre español Rector de Salamanca, llamando ashpa mama, madre tierra, a su lugar de origen. Amándola y defendiéndola con su vida y con su sangre.

La provincia de Tungurahua está en la meseta interandina. Se lla- ma así por el volcán que la vigila. El nombre le proviene de una lengua de nuestro Oriente: Tungura, volcán.

El Tungurahua era diosa hembra en las divinidades tangibles de nuestros primeros alfareros. El mestizaje guarda en el resquicio de sus tradiciones la fama y el miedo debidos a los primeros dioses. De niños, se nos amenazaba con la "Mama" Tungurahua donde debía irse a cum- plir las "penitencias" impuestas en el juego.

Don Domingo Segarra recogió de los campesinos de nuestra tierra

la tradición siguiente. Profesor de reconocido prestigio, Plutarco Na- ranjo lo declaraba pionero en la lucha por la paz en el mundo y nos contaba cómo, en cuarto año de Escuela, les enseñó a escribir a los ni- ños de otros países fomentando la amistad, base de la paz, entre todos los pequeños pobladores de América y el mundo.

Su obra de toponimia y antroponimia está inédita como está inédita la obra de tantos ambateños y tungurahuenses ilustres en la tierra de la primera imprenta...

La mama Tungurahua practicaba la poliandria: Tenía cerca al más alto y más fuerte de los volcanes andinos, antes de su hundimiento. Allí estaba su cusa, su marido, alzándose majestuoso. Se llamaba nada me- nos ni nada más que Carihuairarasu: Carihuairasu: Adalid del viento y de la nieve. Un poco más lejos, joven y hermoso, uno de los volcanes más bellos de la tierra, estaba el Cotopaxi. y entonces tiene dos picachos.

Alguna vez la mama Tungurahua entró en celos porque el Cotopaxi estaba en requiebros amorosos con la mama Illinisa, que se levanta al otro lado de la cordillera. Entonces, indignada, de un "tushpazo" (cabe. zazo) la mama Tungurahua partió en dos a la mama Illinisa que desde Nuestra provincia tiene 297.600 hectáreas. Nos disputamos El río Ambato baña a la ciudad, se une al Culapachán venido des- del Norte y forman el Patate que atraviesa un valle de maravilla: Allí empezamos a cosechar citrus, cañas y cafetos. En las Juntas, Patate y Chambo forman el Pastaza que rompe la cordillera, salta en Agoyán y va ganando caudal hasta ser el más grande tributario del El abra del Pastaza tiene una belleza esplendorosa. Montañas, agua, cielo, río, plantas, todo es multicolor. Hay río blanco, que es de veras Blanco. Y río Verde, y Río Amarillo: el Machay. Y Río Ne gro. El Topo es de nuevo Verde claro y el Súñag es un pequeño río 16°C.

A más del Cantón Ambato, tenemos los Cantones Pelileo, Pillaro, Baños, Patate y Quero. Hacia el norte nuestro vecino es Cotopaxi, hacia el Sur, Chimborazo, al Oeste Bolívar y al Este Pastaza y Morona Santiago, razón de la Patria con nuestras dos provincias vecinas. Estamos un poco más al Norte que al Sur.

La capital de la provincia es una pequeña y hermosa ciudad llamada Ambato, voz hispanizada proveniente de Hambatiug. renacuajo (o pequeño sapo jardinero), otrora abundante en las márgenes del río. Estamos a 134 kilómetros de Quito y nos separan 284 kilómetros de Guayaquil, para hablar de los dos polos de poder en el País. Nuestro clima es bastante tibio. Ligeramente más tibio que el de Quito, mucho menos cálido que el de Guayaquil. Nuestras vacaciones escolares son frías con 12.4°C de temperatura media en Julio. De Oc- tubre a Abril, tenemos de 14 a 14.4°C, y como somos incorregiblemente pretensiosos decimos que esa es la temperatura del paraíso terrenal. Si nos falta abrigo, nos vamos a Baños donde a más de aguas termales hay 17°C casi todo el año o a Patate que tiene temperatura promedio de Amazonas.

LO MEJOR DE LA TIERRA

Naturalmente, lo mejor de la Tierra es el Hombre.

Ya dije que lideramos al Norte con la gloria inmortal de Rumiñahui el mayor y más grande defensor de la Patria. Soposopangui, comandante de las mochas, nos lindera hacia el Sur.

Al centro, hombre y volcán, lava y venablo, la palabra pulida y el insulto tajante, combatiente de la libertad, Don Juan Montalvo. Recogiendo las estrofas de Olmedo, cantó a la Patria Don Juan León Mera.

En nuestro suelo asentó la primera imprenta. Aprendimos a culti- var manzanas y cerezos, y para bautizarnos de algún modo nos titulan guaitambos. Las flores nos circundan y dicen que el pan de Am- bato es el mejor de todos.

Antes de la llegada de los viracochas, aquí estuvieron puruhuayes, quisapinchas, isambas, pansaleos. Desde Oriente nos trajeron sus voces y sus flechas los indios orientales.

En Rumiñahui, defensor de Quito, se dio como compendio, la fu- sión de puruhuayes, orientales, pansaleos en la sangre de Nary Ati fusionada con la de Huaina Cápac, el inga nacido en Tumipamba. La Batalla de Ambato fue la derrota de los primeros invasores. Y aunque Rumiñahui perdiera la batalla de Quito, él nos dejó la lección de cómo luchar, de principio a fin, por la independencia de la Matria, la ashpa mama! Rumiñahui incendió Quito para no dejarles nada a los invasores.

Si, lo mejor de la tierra son sus hombres, Mera recogió las lecciones de Rumiñahui en

la letra del Himno Nacional cuya mejor estrofa es la última: Y si nuevas cadenas preparan la injusticia de bárbara suerte, Gran Pichincha, prevén tú la muerte de la Patria y sus hijos al fin; hunde al punto en tus hondas entrañas cuanto encierre la tierra: el tirano huelle sólo cenizas y en vano busque rastro de sér junto a tí.

Los mejores frutos de la ashpa mama son sus hombres. Nosotros vivimos orgullosos del pueblo en que nacimos.

HABLEMOS DE SALUD

Tenemos un hospital base, el Hospital Regional Docente "Ambato" cuyo título, por desgracia, no corresponde a la realidad porque no tiene docentes (hay uno solo oficial) y la docencia no está organizada como se debiera.

El hospital tiene 286 camas. Actualmente el Asilo de Ancianos se ha integrado al Hospital, lo que nos parece absurdo. Una es Casa de Vivienda de ancianos y otra cosa geriatría.

Lo que está muy bien es que, por fin, las treinta camas del Sanatorio de Ex-LEA se integren como neumología en el Hospital General. Nadie que tenga sangre en la cara puede decir que nuestros hospitales anden bien. Ni en organización, ni en menaje, ni en servicio. El Hospital recibe internos rotativos y hasta hace poco trabajaban en él algunos médicos rurales. Tenemos la impresión de que en esto del internado y la medicatura rural hay una completa anarquía. Nada se programa ni planifica previamente, vienen y se van por "sorteo". Los médicos rurales ocupan puestos y trabajan en los Centros de Salud, hacen poca medicina preventiva, lo que ahora llaman fomento, y sirven a la medicina curativa, la llamada recuperación. El Ministerio llena todos los huecos con los médicos rurales, los reparte a como dé lugar y de acuerdo con la cantidad que se ve obligado a recibir y no crea nuevos puestos estables, perjudicando así a los médicos jóve- nes que no consiguen trabajo y a veces, como ya se ha denunciado, terminan de taxistas o tenderos.

A más del Hospital Base, hay tres centros de Salud Hospital, en Pillaro, Pelileo y Baños con 20, 19 y 15 camas, respectivamente, Tenemos dos centros de Salud en Ambato. Fueron creados, originariamente, para fomento. Hoy hacen más recuperación, si no estoy equivocado. Aunque el Centro de Salud No 1 tiene merecida fama,

sus limitaciones son notorias por la organización general y la filosofia con un médico rural. Cuando la cantidad de médicos aumenta hay treinta y cinco subcentros en la zona rural. Todos trabajan convertido puestos de salud en subcentros porque ya tienen médico Los médicos rurales llegan "por sorteo" sirven un año y se van. Uno son "buenos", otros "malos". La "clasificación" viene de los jefes, la personas que trabajan en salud y los conocen o del consenso popular cada subcentro debiera tener un director permanente, responsable de la marcha del Subcentro. Si se quiere servir bien a los campesinos, los casos de urgencia han de ser atendidos en los subcentros, debiera haber cuando menos tres médicos para cubrir las veinticuatro horas del día el servicio rural. Los médicos que han servido en parroquias dicamentos básicos, conseguidos al menor costo posible y fabricados en el país por el propio Ministerio o en empresa mixta con los laboratorios nacionales más solventes. Sólo así se evitará la explotación inmi- sericorde que las grandes compañías realizan aprovechándonos de Tuberculosis ha sido casi nula y eso que Tungurahua asomaba co- La supervisión de los Subcentros es imperiosa. En el Programa El joven recién llegado es el Director del Subcentro. Pienso dominante en la organización del país debieran ascender a los subcentros hospitales de Cantón, y de allí la capital de Provincia y de la capital de provincia tener opción a la capital de la República. Debiera haber cursos de actualización de com nocimientos obligatorios por lo menos uno cada cuatro años, luego de los cuales sueldo y categoría debieran ir en ascenso. Lo hemos pro- puesto en varias reuniones médicas y pienso que los organismos mé dicos, la Facultad de Medicina y el Ministerio debieran planificar y organizar debidamente este escalafón médico que, a la vez, debe ser fruto de la planificación y organización del trabajo y el servicio mé. dico con miras a cubrir las necesidades que en salud tienen nuestros pueblos.

Cada subcentro debiera tener una auténtica botica popular donde no se vendan los productos caros promocionados por las grandes com- pañías de medicamentos, sino los necesarios y recomendados como me médicos como agentes vendedores de sus productos al modelo en el país.

Hay dieciseis puestos de salud en Tungurahua que no deben andar mejor que los Centros y subcentros se han planeado, distribuido de acuerdo a po blación, estudio, necesidades, etc. de la zona respectiva? Qué participación tiene la comunidad? Viven y pueden vivir los médicos en sus respectivas medicaturas? Tungurahua tiene caminos que nos sirven para ir a todas partes, pero también para venir.

El médico rural sabe que no tiene futuro en la Provincia, que está de paso. Nadie le asegura trabajo una vez terminada su medicatura rural. La "violencia" de nuestra juventud se explica, primordialmente, por su inseguridad. La universidad abre las puertas a todo el mundo para que entren y debe sentir cierto alivio cuando las abre para que se vayan. Muchos jóvenes abandonan a medio camino la Universidad Despilfarramos recursos.

Los graduados, a veces no saben qué hacer con su título. Cada día es más problemático el ejercicio "privado", la "competencia" es, al estilo capitalista, sórdida y excluyente. Los que ya tienen un puesto bajo el sol viven bien y la medicina sigue siendo un buen "negocio"; los otros... cambian de actividad. Se sienten frustrados. El problema es cada día más agudo. Mientras tanto, en el campo y las ciudades si- guen muriendo niños y hay un pueblo desfalleciente y hambriento en plena libertad de morirse de hambre, de beber coca cola y de votar por el candidato "libremente" elegido. La prensa, la televisión y la radio nos ayudan a ser "libres": Tome Sal de Andrews y vote por fulano! ¡Viva la democracia!.

El Ministerio de Agricultura y Ganadería elaboró un estudio de la Provincia, documento oficial del que copiamos lo siguiente: "En forma general puede observarse que los servicios asistencia- les en salud pública son deficientes, especialmente en el área rural". A confesión de parte...

LA VIVIENDA, EL TUGURIO Y LA VIOLENCIA

Nuestras abuelas decían: donde entra el sol, no entra el médico.

El tugurio y el hacinamiento favorecen la tuberculosis y las enfermedades en general.

En nuestras principales ciudades se levantan hermosos rascacielos. Se venden departamentos, oficinas, consultorios. Pero las ciudades se rodean de un cinturón de miseria en los suburbios y el suburbio crece y crece en la periferia de los rascacielos.

Terminará el suburbio ahorcando a la ciudad de los rascacielos? Pienso que no. En el suburbio se construirán rascacielos. Sólo que ya no serán para negocio sino propiedad del pueblo y el derecho a la vivienda decente será par- te de los derechos que tarde o temprano va a ganar el pueblo. Terminará, definitivamente, el relleno de cascajo, la demagogia que no suprime el suburbio, sino que lo tolera y acrecienta, porque no ha podido ni puede ni quiere resolver el problema campesino.

Del campo llegan, primordialmente, los pobladores del suburbio, no en vano Guayaquil vibra con la canción nacional llena de dolor y de nostalgia. Aquí no entran los Miami boys, naturalmente el suburbio acrece la miseria, la angustia, la desesperación, la delincuencia. Las clases dominantes piden más policía. Los terratenientes y capitalistas son los propietarios de la tierra, el capital y la violencia.

Los campesinos, en cambio, piden tierra, luchan por la ashpa ma- ma. Muchas veces, en su lucha, se encuentran con las balas, esto se sabe; pero no se resuelve. No se resolverá mientras la clase obrera no sea la rectora de la sociedad ecuatoriana.

En el folleto III Censo de población y II de vivienda, datos provisionales, se dan estos datos: 1974: Junta Nacional de Planificación. - Tungurahua tiene en total 65.814 viviendas.

- Ocupadas, personas presentes 57.907
- Ocupadas personas ausentes 2.235.

Desocupadas El promedio de habitante por habitación se sabe es respecto al área rural, el documento del MAG al que hemos he cho referencia trae los siguientes datos:

"De acuerdo al censo de 1974 tenemos que 186.038 personas ocupan 40.256 viviendas siendo éstas de diferente tipo, la más frecuente es la llamada media agua con 15.092. La choza, con 9.945. Disponen de servicio eléctrico 8.508 viviendas. Servicio Higiénico: 836. Eliminación de aguas servidas, 1.011 viviendas".

El sol es enemigo mortal del bacilo de Koch y el sol no tiene acceso a la vivienda de los pobres. Y los pobres constituyen la mayo- ría de los ecuatorianos y aunque cada día nas "urbanizamos", mejor sería decir que nos "suburbanizamos" porque si la burguesía y la mediana burguesía ocupan los rascacielos de las grandes ciudades, la mayoría, los trabajadores, pululan en el suburbio.

Esta es la violencia de las clases dominantes ¿Terminará el suburbio ahorcando a los rascacielos?

No. Los rascacielos surgirán en el suburbio y lo suplantarán, definitivamente. Sólo que ya no estarán en manos de los agiotistas de la tierra y la vivienda, sino en manos del pueblo.

SER CULTOS PARA SER LIBRES

Lo proclamó Martí, el apóstol cubano que murió luchando contra los colonialistas españoles.

En 1974 de acuerdo a los datos censales, la población de más de seis años, por nivel de instrucción, alcanzó a 230.125 personas, en la Provincia de Tungurahua de las cuales 27% no recibió ninguna ins- trucción, el 0.3% asistió a Centros de Alfabetización, 24% asistió hasta el 3er. grado de primaria, el 33% asistió hasta 6to. grado de primaria, el 10% completó la secundaria, 1.7% obtuvo instrucción superior y el 4% no declara instrucción.

El Gobierno actual ofreció terminar con el analfabetismo. Nosotros sabíamos que no lo lograría. No confiamos en el régimen. Puede culparse a las inundaciones. La inundación de deudas, la bancarrota general de América Latina, en todos los países dependientes y deudores del gran coloso del Norte que vive de nuestra pobreza y lucra de capital e intereses sacados de nuestro pueblo, hacían imposible que esto suceda.

Debe haberse despilfarrado mucho dinero. Se habla de que el porcentaje de analfabetismo ha bajado notoriamente. Cuanto mejor. A todo Gobierno le deseamos éxito en éste y en todo pro- blema que sea beneficioso para el pueblo aunque no seamos partidarios de ese Gobierno.

Ya se ha denunciado que muchos analfabetos recibieron cartón de alfabetizados, sin que puedan siquiera leer su "título". Nicaragua, en un año, alfabetizó cerca de un millón de analfabe- tos, pese al acoso brutal y criminal del imperialismo norteamericano y sus secuaces.

Sí, Martí tenía razón y Cuba, hoy día, ha cumplido su mandato.

LA TIERRA REPARTIDA

En cerca de 300 kilómetros cuadrados si no me fallan las matemáticas, vivíamos para 1980, 300.000 habitantes. Somos la Provincia más densamente poblada del país, si no estamos equivocados. La población rural se calculaba en el 67% lo que da, aproximadamente, 200.000 habitantes. Se afirma, sin que nadie lo sepa a ciencia cierta, pues nadie lo ha estudiado seriamente, que el 50% lo constituyen los indios. Vale decir, los indios constituyen la tercera parte de la población provincial, un documento oficial del IERAC se refiere al problema de la tierra en Tungurahua, con estas palabras.

"El latifundio con su área de influencia, tiene un poder sobre el mercado de trabajo". "El latifundio va unido a cargas de tipo feudal que colocan al indígena en condiciones de absoluta servidumbre". "La estructura agraria polarizada en la Provincia de Tungurahua, genera una sociedad de carácter antagónico, resaltando el hecho de que de cada cien marginados a nivel nacional 70 corresponden al sec- tor agropecuario y que se dice que nuestro país es eminentemente agrícola". En el país se ha hablado mucho de "reforma agraria".

Nosotros pensamos que el latifundio y las formas de explotación heredados desde la colonia, han cambiado muy poco. El que se haya repartido la tierra es falso de toda falsedad.

Muchos médicos se fruncen y no quieren hablar de problemas que, según ellos, no "competen" a su profesión y huelen a "política". No dejan de reconocer, en cambio, que los "niveles de decisión" donde están los políticos son los que determinan marcha y programas de salud pública.

Más en serio que en broma hemos dicho a nuestros colegas que el mejor médico de América Latina es el comandante Fidel Castro Raz de salud. Lo aceptan moros y cristianos, les guste o no les guste. Pese Cuba es en donde mejor funcionan los programas y organización al bloqueo, pese al hostigamiento más criminal y despiadado como anécdota, en un Curso de Neumología dictado en mi tierra, uno de los más eminentes neumólogos que declaraba ser "apolítico" hablaba indignado contra la Reforma Agraria que había perjudicado Secuencia imperialista más rica y poderosa de la tierra, a la agricultura y a la producción de alimentos.

Con todo respeto, los datos que hemos copiado y que vamos a se guir copiando, de documentos oficiales, prueban que no hay tal refor ma agraria. Cierto que se ha eliminado el huasipungo a veces perjudicando a los huasipungueros, expulsándolos de la tierra y restrin. giéndoles en el uso de páramos, provisión de leña, agua, etc.

El IERAC ha estado en manos y al servicio de los terratenientes el latifundio no ha sido tocado. En Tungurahua donde los minifun- distas son numerosos, la mayor parte de los minifundios están cultivados muchas veces hasta el agotamiento, mientras que los latifundios están ociosos.

La prensa, ¡para algo es "libre"! ha difundido toda la oposición y las argumentaciones contra la reforma agraria hecha por la Cámara de Terratenientes y todos los que se oponen a la reforma agraria.

Iguales alharacas levantaron cuando el régimen liberal se propuso abolir el concertaje los indios fueron despojados de la tierra. Hablan quichua en su mayoría. Excepcionalmente hay mestizos que sepan ese idioma nativo. El indio tiene que hablar en castellano, idioma para ellos extraño y vive y subsiste en un mundo extraño, donde ha sido víctima de todas las violencias.

Un médico inteligente y culto de mi Provincia se ufanaba de que vivimos en democracia... a excepción de los indios!

En una provincia lindante a la nuestra le preguntaba a un alto funcionario de Gobierno cuántos habitantes había. Como la cifra dada me pareció muy baja, le pregunté: De verdad son tan pocos Buenos, contando con los indios, somos tres veces más... Los indios eran una mayoría que no entraba en el contaje "blanco".

Sin embargo, vaya otra anécdota; un profesor antropólogo de la Universidad Central en un curso de epidemiologia nos aseguraba que se "exageraba" hablando del "problema indígena". ¿Qué es un indio? nos preguntaba en una típica actitud jesuítica.

Intentamos la definición y terminó aceptando que "tal vez en Tungurahua haya problema indígena". El simple hecho de que nuestro Presidente exhiba en el Congreso una banda presidencial con una leyenda shuara y no española, produjo revuelo y tronaron algunos "nacionalistas" vendidos al extranjero... Así se piensa y así se actúa en el país. Los indios son ciudadanos de segunda clase: se menosprecian su idioma, sus costumbres, su cultura.

Los mestizos siempre ven a nuestra tierra con ojos "blancos", con ojos de explotador, de colonialista. En Quito se le rinde honores, monumentos a Sebastián Moyano, alias Bel Alcázar, el depredador. A Rumiñahui, el defensor de Quito, ni siquiera se le nombra en las Fiestas de Diciembre. Los ojos "blancos" de explotador, nos impiden ver con ojos "indios", de explotado. Para unir a la Patria, tenemos que renunciar a esa actitud maligna. Recoger todo lo que ha de unirnos, respetar a shuaras, quichuas, etc. estudiar con atención el problema nacional de los gru- pos indígenas y buscar con ellos las soluciones más justas y convenientes para la mayoría... La integración presupone terminar con la explotación. La integración del indio presupone el respeto mutuo empezando por su idioma y por la tierra donde viven, sufren y luchan.

En el Manual de normas, métodos, procedimientos y técnicas para el Control de la Tuberculosis, se dice: "La tuberculosis es un problema de salud pública y las medidas de control deben aplicarse con un crierio de medicina integral en todos los servicios generales de salud". "Los factores socio-económicos que confrontan ciertos sectores de la comunidad inciden sensiblemente en el mantenimiento de la endemia, dicho sin tapujos, la tuberculosis es de los pobres y de los más pobres de los pobres, los indios. porcentaje nacional 60,72%) con una superficie de apenas 32.549 ha tres de sus 22,745 centras que frente a esto en lo que respecte les dades con grandes superficies (mayores de mil hectáreas) toda considerada la reducida superficie provincial tenemos 23 de sus 0.075 del total provincial, pero en cambio con una extensa superficie de 41195 de la superficie total".

Dicho de otro modo: 28.000 minifundistas no llegan a la cuarta parte de la tierra y 23 latifundistas se acercan a la mitad de toda la Provincia 22s, por tanto, el latifundio y no el minifundio el que primordialmente tiene la culpa en la actual situación del Ecuador, si las cifras Para 1954, veinte años antes de los datos anteriormente consignado el Instituto Ecuatoriano de Antropología y Geografía (Tungurahua 1961) trae los siguientes datos: Resultado curioso es que, tanto las explotaciones pequeñas como las grandes, están ocupadas por el mismo cultivo, y, con practicar los minifundios formas intensivas de explotación, abonando unas veces la tierra, y otras no, logran mejores rendimientos. En cambio, el latifun- dio no logra huenos rendimientos sino en determinados cultivos adaptados al carácter extensivo de la explotación".

El latifundio y no el minifundio es, por tanto, el mayor culpable de la baja productividad y la escasez de productos: No la reforma agraria que está por hacerse en el País y ante la que tiemblan los latifundistas por miedo a perder la tierra y la explotación que ejercen so- bre las masas campesinas del mismo libro "TUNGURAHUA" (1961) tomamos estos datos: De 600 hectáreas o más 0.1%, 60 artes estos concernientes a la provincia del Tungurah poderemos a les unidades menores de cinco hectarias, que la situació respecto a las pequeñas explotaciones Tessun total de 28. 304 el 92, 56%

del total provincia Explotaciones menores de 49 hectáreas.29.435, 93,3% rebajado de 29.435 a 28.304. El latifundio ha aumentado de 20 a 23. 78; si se comparan estos datos de 1974 el número de minifundios ha Hay una concentración de la propiedad. No hay tal parcelamiento, co- mo se cacarea por parte de los terratenientes.

Del 37.5% del total la extensión en manos de los terratenientes sube en 20 años al 41.19%.

Los minifundistas apenas llegan al 21.74%. Los latifundistas tienen en sus blancas manos casi media provincia mientras los pequeños propietarios, entre ellos los indios despoja- dos y explotados, no llegan a la cuarta parte de la extensión territorial. Los que saben historia pueden recordar que nuestros aborígenes trabajaban en común la tierra. Que simplemente la asignaban para el trabajo dentro de la más estricta justicia de acuerdo con los miembros de cada familia. Supieron acopiar excedentes librando al pueblo del azote del hambre que campea ahora en la sociedad de los Miami boys y los terratenientes.

Los que saben historia pueden recordar que los despojadores, los que se apropiaron de la tierra ajena, fueron los colonialistas, primero y sus herederos después, convirtiendo a los indios en esclavos. Bolívar no pudo remediar esta situación. Se lo impidió la casta de los criollos adueñados de la tierra.

Apenas el "indio" Alfaro, el General de las Derrotas, logró cambiar tibiamente la situación del País. La afectación de los bienes de manos muertas, el latifundio de los curas, sirvió, como lo cuenta el Doctor Gualberto Arcos, para que se empezara la construcción del Hospital "Eugenio Espejo", por ejemplo. Y nada más.

Los indios fueron arrinconados a los páramos, a las tierras más secas e inhospitas. Rodeados de mestizos y terratenientes, fueron siempre robados y explotados.

Y siempre defendieron la "ashpa mama", la madre tierra, hasta el sacrificio y la muerte. Pero siempre fueron sometidos. Tungurahua está teñida de sangre india en una historia que todavía no se escribe ni se cuenta, por infame, dolorosa y trágica. Esa historia callada por los "blancos", la historia escrita con ojos de "harina de Castilla" que era "harina de otro costal" en la que no entran los indios porque los indios eran esclavos, y los esclavos no cuentan entre los "libres".

Los pilahuines se amontonan cerca del páramo con la más alts Las comunas tenían el 0.9% del total de las explotaciones agríco las con propiedades que siendo menores del 2.2% en extensiones me quisapinchas, la densidad humana de la Provincia. Igual pasa con guasigs, etc.; no es de 4.9 hectáreas, llegaban al 8% en extensiones de 5 a 19.2 hec táreas. Las comunas indígenas viven en las peores tierras y en las peores condiciones.

En el documento del MAG al que hemos hecho referencia, se lee: "El problema que afrontan todas las organizaciones campesinas es su bajo nivel educacional lo que no permite una buena participación en los procesos de desarrollo rural.

"Las comunidades de la provincia de Tungurahua se agrupan en varias categorías, comenzando por las más representativas, las agra- rias, pastos y de aguas. A su vez éstas desde el punto de vista étnico se subdividen en dos agrupaciones: las comunas indígenas y las mes. tizas".

"Las razones por las que, una gran parte de anejos y caseríos bus- can el amparo de las comunas son clarísimas, para el concepto del sociólogo, autodefensa frente a la explotación del hombre por el hombre". Tal vez aquí esté el germen del futuro poder popular. Mientras tanto, vivamos la democracia de los Miami boys y de los agricultores de la Patria que ya nos reconstruyeron en Tungurahua.

LA ENFERMEDAD POLÍTICA

Un médico ambateño pasó, transitoria y brevemente, por el Mi- nisterio de Salud Pública en el Gobierno de la fuerza del cambio, cuando tenía fuerza y parecía desear, sinceramente, el cambio. Hay muchos que nos vamos convenciendo que sólo el cambio a la fuerza empuja la sociedad hacia adelante. No es casual que el médico chileno Salvador Allende haya tenido que morir con la metralleta en la mano, defendiendo el poder popular que le diera el pueblo chileno, contra los sayones al servicio del imperialismo yanki.

La tuberculosis es una enfermedad política, declaró Rodrigo Fierro. Ataca, primordialmente, al "Tercer mundo", a la periferia capita- lista, probando la verdad de Carlos Marx: "Al capitalismo no hay que verlo en la metropoli donde viste de seda, sino en la periferia donde viste de andrajos". La tuberculosis sigue siendo la más importante enfermedad infecciosa en todo el mundo.

Hernández y Naufall (Medicine: 1982) afirma que "los países en desarrollo" tienen una morbilidad de unos 200 a 350 casos por cada cien mil habitantes" señalando que en Holanda es de 4,8 por 100 mil, en EE. UU. y en España 12,91 aunque ellos mismos reconocen que el dato de España hay que tomarlo con reserva. Las estadísticas siempre tienen sus bemoles... Para 1980 hubo 4.847 casos totales en Es- paña. Tiene más de 37 millones de habitantes. Nosotros teníamos en 1971 el número de 3.481 casos de tuberculosis cuando no llegábamos a siete millones de habitantes.

En 1978, en plena prosperidad petrolera, nuestra tasa era de 33.5 por diez mil habitantes. Informe del Ministerio de Salud Pública 1972-1979).

La tasa dada por Ex-LEA para Tungurahua a los enfermos venidos de Oriente, grama de Tuberculosis en el País, Doctor Celso Bastidas.

Pablo Arturo Suárez, médico tungurahuense pionero en el estudio de la tuberculosis, decla: "El remedio de la tuberculosis está en la cocina" como quien dice, el que come bien no enferma de tuberculosis. Y ese gran médico ecuatoriano, salubrista insigne, poeta y loco, discipulo de Espejo, el Doctor Enrique Garcés, repetia en clases, in dignado: "Quién ha dicho que el bacilo de Koch es el culpable de la tuberculosis? ¡la culpable es el Hambre"!

1983 es año dramático en el mundo. La crisis golpea a todos los pulses y la crisis es mal endémico del capitalismo. La periferia capitalista

- Qué hacer si somos dependientes, se quejan amargamente los gobernantes democráticos en la periferia endeudada y muerta de hambre la situación es peor. Aquí vienen los organismos internacio nales y dan órdenes. Hay que subir los precios, devaluar la moneda Sólo asi habrá préstamos que aumentan nuestras deudas y nuestra dependencia. ¡Vivan los prestamistas!.

Léase esta crónica, 27-VIII-83, que, por otro lado, ya no conmueve ve a nadie. Estaba en primera página en uno de los mayores diarios de la empresa privada, insospechable de "izquierdista"; "Dos y medio millones de ecuatorianos sobreviven en la pobreza absoluta. El 60% de la población económicamente activa del País está desocupada o subocupada, el 50% de sus habitantes no tienen vivienda digna, mientras más del 25% está azotada por la pobreza absoluta". No hay duda, entonces, que somos dignos habitantes del "Tercer mundo", de la periferia capitalista.

Hitler clamaba: Menos mantequilla y más cañones. A más armas, más cohetes, más policias, más soldados. 64 era de 38.8 por Nosotros en Tungurahua atendiamos entonces, obligatoriamente, En los últimos años "la tuberculosis ha disparado hacia arri-

ba" según nos conversaba nuestro distinguido amigo, el Director del Pro- Como Hitler, se engaña a los pueblos con el espantajo del comu- El Tearme no salya a nadie. No hay más remedio que buscar la paz, la coexistencia pacífica. Oir la voz cuerda de los sabios, de los científicos, de los políticos honestos que claman por más pan, más es la tuberculosis es una "enfermedad política". Mientras en los puestos de "decisión" estén los dueños de rascacielos y latifundios, de cuelas, más salud, fábricas y bancos, los hospitales seguirán languideciendo como hasta ahora.

Nosotros creemos en los trabajadores que, rompiendo las cadenas, liberarán todos los pueblos. Sin embargo, aceptamos que no es la única "receta" posible. Todos unidos podemos salvar al mundo de la gue- rra y la muerte, la miseria y el hambre. Podemos progresar. Tenemos fe en el Hombre. Siempre hemos repetido con Gorky: -¡Oh, el Hombre! Con qué orgullo se pronuncia esta palabra.

NÚMEROS, DATOS, CONSTATACIONES

Nos servimos de la Conferencia pronunciada en el Centro de Salud N° 1 AMBATO al cumplir 25 años de existencia.

Nos referimos al trabajo presentado por el Epidemiólogo provin-

cial de Tungurahua y por el autor de estas notas, en el Congreso de Neumología de Guayaquil en 1981.

Hablaremos de nuestra experiencia posterior y de las constatacio- nes que personalmente hicimos.

En 1975 se integra Ex-LEA (Liga Ecuatoriana Antituberculosa)

al Ministerio de Salud no sin la resistencia de los que eternamente han pugnado por las dos cabezas, atizando un regionalismo malsano que aprovecha a las clases dominantes y perjudica al País en su conjunto. Desde 1969 se comienza a dar énfasis al diagnóstico bacteriológico con la consiguiente oposición de los apegados al diagnóstico radiológico. En 1975 se comienza a dar énfasis al tratamiento ambulatorio y se restringe el sanatorial a los pacientes de la propia Provincia, en lo que a Tungurahua se refiere, en el acumulado de Diciembre de 1980 consta en el Departamento de Estadística de Tungurahua 125 casos nuevos para 1980.

Datos tomados del Departamento de Estadística de la Jefatura Provicial de Salud de Tungurahua en el mismo acumulado y en la misma fuente: 1981-1982, 87 casos.

Difieren un poco de los datos presentados por nosotros en 1979 pero sucede que los tuberculosos simplemente parecen "reubicados" 83 casos nuevos.

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS

La mortalidad por Tuberculosis y las tasas respectivas por 100.000 habitantes se muestran en el cuadro siguiente:

Años	Tasas de mortalidad por 100.000 hab.
1972	15.7
1973	13.2
1974	21.0
1975	20.1
1976	10.7
1977	11.0

En los años 1975 y 1976 empezamos a derivar pacientes a su respectiva provincia. Tal vez por eso haya un descenso en el número de casos. Los pacientes de las provincias orientales ya no estaban bajo nuestro cuidado.

Al descubrir un caso nuevo de otra Provincia, le remitíamos con comunicación a la autoridad competente, pese a lo cual nunca recibi mos respuesta. Al paciente lo convencíamos para que se cure junto a su casa, a su trabajo. Le explicábamos que recibirá el mismo tratamiento porque en todas partes igual era y tratábamos de persuadirlo para que no abandone la curación.

Por desgracia, no siempre y en todos los casos se hace lo mismo.

Y si el paciente no regresa, nos alzamos de hombros, no es culpa mía... ¡Y aquí no ha pasado nada!

Las normas para el control de la Tuberculosis son muy buenas, sólo que no se cumplen.

Para muchos médicos, las normas son desconocidas.

A veces, en lugar de la colaboración, se encuentra la resistencia abierta y sorda. El trabajo en el escritorio y los números en el escritorio cumplen, a veces, lo que no hacemos en la práctica viablemente se debe a reingreso de pacientes. De todos modos, hubo en 1979 tenemos consignados los siguientes datos: ABANDONO, casos nuevos y casos nuevos.

PROBLEMAS DE ABANDONO Y OTROS DATOS

En la conferencia que presentamos en el Centro de Salud No 1 12% (hasta agosto de 1981) miológica ni en historia clínica ni en hoja de tratamiento, nos hacía de ducir que el paciente nos había abandonado. La diferencia de datos provinciales 1973 casos nuevos 118. En 1986 Abandono 61; 60% Abandono 54%. 1976 casos nuevos 61 Abandono 15, 56%.

Cuando volvemos a revisar ABANDONO para el trabajo presentado en Guayaquil, los datos variaron de la siguiente manera: ABANDONO (1972- 45% abandono + sin dato), (1973- 36% hasta Diciembre 1973), (1974 - 26%), (1975/1976 - 25%), (1977 - 28%), (1978- 20%), (1979- 20%), (1980-30%) (abandono + sin dato).

Significa el 33.3% de los casos. Si el ABANDONO sube a 5, es del con las limitaciones de revisar y supervisar Ambato, Tuberculosis, cuando se nos encargó la Dirección del Programa de Control de porque del sector rural se encargaría el epidemiólogo provincial, me- timos, sin embargo, las narices, desde el escritorio, en parroquias y al azar, revisamos Pataló, llamada oficialmente Juan Benigno Vela. Así nos. De las seis altas, hay dos pacientes que tienen tratamiento anor- mal de tres años siete meses el uno y 2 años 1 mes el otro. Podemos suponer que abandonaron el tratamiento. Si el ABANDONO es de 3, subregistro de ABANDONOS y estamos comprobándolo actualmente.

LOS DATOS DE PATALO

Comprobamos también que el control de esputo hemos ido cambiando la toponimia.

Cuando no es San Tiburcio o San Fulgencio es cualquier santo laico de primera o de segunda, los que suplantan los nombres indígenas. También en eso demostramos el des- En Pataló o Juan Benigno Vela, pasaba lo siguiente: como informé por escrito al epidemiólogo provincial.

Había fichados 9 pacientes: 2 inscritos en 1975; 1 en 1977; 1 en 1978; 3 en 1979 y 2 en 1980.

- **1.** El paciente J. G. S. tuvo baciloscopia 3 + 29-v- 75. Logró ALTA 28-XI-80. Se curó 3 años 7 meses? ABANDONOS? Reingresos? Resistencia bacteriana? Imposible saberlo sin un estudio in situ.
- 2. J. C. Baciloscopia 2 + 9-VII-75. Consta como ABANDONO a los 3 años 4 meses.
- **3.** AMTQ Tratamiento de dos años 1 mes. Porqué? Abandonos? Reingresos? resistencia bacteriana?
- **4.** MRTU Registrada en 26-XII-79 ABANDONO 16-IX-80. Por qué? Se la buscó? qué tiempo se trató? Cómo evolucionó el esputo?
- **5.** MJSM Registrada 28-III-80 ABANDONO 29-1-82. Tratamiento irregular? Abandonos repetidos?

De los 9 casos 6 asoman como ALTAS en enfermería y 3 abando precio a lo indio. 55.5%. En el trabajo presentado en Guayaquil sospechamos que hay un 71%.

En defectuoso en parroquias, pese a constar los pacientes en tratamiento. Eso prueba que la supervisión falló y el programa andaba mal. Tomamos "vacaciones" en septiembre y nos fuimos a trabajar Ambato.

El Señor Jefe Provincial de Tungurahua, con toda gentileza, nos permitió revisar documentos en la Jefatura y nos facilitó la visita a Pataló y Salasaca que aquí relatamos.

Nosotros quisimos visitar Quisapincha y Baños, lo que no fue posible. Conversamos con algunos colegas en la Jefatura. Tuvimos una conversación interesante y fructífera con el actual encargado del programa de Tuberculosis que, aunque de vacaciones, tuvo la bondad de visitarnos durante dos horas.

En Pataló el médico rural estaba recién llegado y la auxiliar de vacaciones. Todos los pacientes registrados son quichuas a juzgar por el apellido de padre y madre o de padre o madre. Sin ser absoluto, es una buena pauta para darnos el origen de los pacientes. El médico no sabe quichua.

Siempre hemos creído que en este país médicos y maestros de- biéramos tener obligatoriamente que aprender quichua. A más de in- glés, desde luego, por que si no nos vamos a los Estados Unidos, a lo mejor nos quedamos tratando indios, sin poderlos entender...

- Do you speack English?
- Sure

Si alguien cree que somos sectarios, me duele no saber quichua, me duele no saber bien inglés, hablar mal el francés, apenas leer sin entender el ruso y pronunciar mal cuatro palabras de alemán.

Me ruboriza no dominar el quichua, porque es idioma nuestro (con perdón de los "blancos") crecido en las raíces de la aspha mama! Y mucho más que el Doctor Maiguashca que vive en los Estados Unidos, me interesan Guashco y Quisituña, Sisa y Chiliquinga que viven en Ecuador, a los que no puedo entender y por lo tanto, servir como debiera.

Cuando los médicos jóvenes comprendan estas cosas, cuando los trabajadores de salud sepan que no hay sólo salarios que reinvindicar sino injusticias centenarias que hay que destruir, la Patria irá hacia adelante. ¡La Matria, la ashpa mama!.

VISITA A SALASACA

Una simpática médica costeña está trabajando allí varios meses. Los salasacas son una parcialidad folklórica que hacen tapices folklóricos para salvarse del hambre folklórica.

Los salasacas viven en una zona seca donde les permitieron exis- tir los amos que les despojaron de la tierra fértil, varias veces los salasacas han sido abaleados antes de que un cura evangélico y unas cuantas monjas colombianas vayan a ejercer entre ellos la caridad cristiana.

Hasta 1978 se les obligaba a barrer gratuitamente las calles de Pelileo, plazas y cementerio. Actualmente tienen casas un poco más decentes que las antiguas chozas, pero siguen pobres, se los sigue explotando. Se van por todos los caminos a trabajar lejos, a regresar con unos centavos, a tra- bajar en los más bajos oficios.

Algunos han logrado alguna platita tejiendo para ellos o para los otavaleños que les compran los tejidos, porque saben que la plata más que con el trabajo propio se hace con el trabajo ajeno.

- Hazte rico, aunque sea honradamente.
- Time is gold and the gold is god.
- Ultimamente los "gringos" les han enseñado a sembrar marihuana y a fumar marihuana. ¡El progreso siempre nos llega del Norte!... La Licenciada Eulalia Carrasco, en su libro Salasacas, 1982, en tesis para la Universidad Católica, aclara: "Las fiestas son un mecanismo innegable de extracción de excedentes que por sus agentes inmediatos (curas, chicheros, prestamistas, etc) pasan al sistema domi- nante, restando al

grupo excedentes presentes y futuros y retardando o impidiendo su capitalización". Don Juan Montalvo, hace cien años, describía lo mismo del si guiente manera: "¡A los indios, a los indios! les obligan hacer fiestas y una de esas orgias eclesiásticas los esclaviza para muchos años a esos desgraciados, El indio en todo el día gana medio real. Con esto han de comer y vestir él y su familia. Pues a este rico hacendado para que sea buen cató lico, le obligan a hacer fiesta. Se vende el miserable, hace la fiesta y el cura le extorsiona ocho o diez pesos; el coajutor ocho o diez reael sacristán cuatro. Tras esto, comida, bebida para sus compadres; derecho de cera, tributo de campana, piso; alcabala canonica, chapín de la reina, esto es de la moza del cura ¿qué no tienen que dar el pobre chagra, el pobre indio! Ni las ánimas benditas del purgatorio les perdonan y salen con la boca abierta a llevarse cada una su responso en los dientes. ¿Cuándo se desempeña el indio? Cuando se repone el chagra?"

El analfabetismo entre los salasacas supera el 50% de la población, la misma Licenciada Carrasco afirma: "el alto porcentaje de analfabetismo manifiesta la falta de oportunidades existentes y hasta hace unos años el rechazo de la comunidad al avance de lo que consideran extraño a su grupo".

"Las escuelas son mecanismos de castellanización. Actualmente la enseñanza es bilingüe hasta el tercer año para luego ser únicamente en castellano; deben estar sujetas, además, a los programas y directivas dadas por el Ministerio de Educación Pública en las que no se con-templan ni los valores culturales, ni la cosmovisión propia, ni las rea-lidades temporarias agrícolas del grupo. Además, hay ocho salasacas que obtuvieron el título en centros ubicados fuera de la comunidad, dos de ellos asisten a la Universidad de Ambato. En la actualidad hay once estudiantes en secundaria".

De la misma fuente y como estamos hablando de SALUBRIDAD, copiamos integro:

- "SALUBRIDAD. En este aspecto la población salasaca ha sido tradicionalmente atendida por curanderos y brujos del lugar, con hierbas medicinales y otros medios empíricos.

Las Hermanas Lauritas, desde su llegada, han instalado un botiquin para primeros auxilios, desplazando paulatinamente la medicina aborigen. En los últimos años hay en el sector un médico que realiza su año de medicina rural obligatorio; no es aceptado por la mayoría y la gente prefiere la atención de las "mama madres" a las del llamado "mapa ductur" (*) "El rechazo al médico rural obedece a varios factores; entre los más importantes podemos anotar: el dispensario no está dotado con el mínimo necesario ni para atenciones de emergencia; el cambio anual de médico no permite que la gente tome con- fianza para acudir a él; no siempre los jóvenes profesionales saben tratar y merecer la confianza del grupo y quizá cuando ya lo alcanzan, les llega el tiempo de la partida".

Con estos antecedentes, permítanme relatarles la conversación con la colega que actualmente sirve a la "folklórica" comunidad de Salaseca.

La doctora, para no ser excepción, no sabe quichua. La auxiliar entiende "y es muy querida en la comunidad".

La médica estaba a punto de regresarse, a nosotros no debieran mandarnos a trabajar aquí. Yo soy de costa, imagínense que no saben ni qué fecha ni qué día es hoy. Beben mucho,

- fiestas religiosas, ¿verdad?
- Si claro. ¡Hay muchas fiestas! Me llevaron a atender un parto. Tuve que hacerlo en el suelo. Los cuyes me saltaban por encima. Se oponen a la vacunación. Escondían a los "bebes" dice la médica costeña, a "los guaguas" la auxiliar serrana. Amenazaban.
- La leche avena sirvió de anzuelo. Las cosas van mal. Hoy no llega dos theses la leche avena.
- La médica nos contó que un salasaca, hace poco, la botó de la Doctora que no vale. Eulalia Carrasco.- op. cit.
- Hasta ahora estoy golpeada...

- Como ya hay salasacas con moto, uno de ellos vino a llevarla para valles y las zonas fértiles son propiedad de los "blancos", naturalmente. 940 fincas individuales están de los 2.800 a 3.100 m. 250 hectáreas corresponden al sector de integración (3.100 a 3.400 mts.) y 1.800 hec- táreas son páramos comunales en las faldas del Carihuairaso (3.400 a En la zona están las comunas de San Francisco, San Pedro, Pataló una visita a domicilio. La médica iba detrás del indio.
- No quise abrazarlo porque apestaba!
- La médica cayó, por no abrazar al indio...
- En el subcentro todos los medicamentos son pagados.
- La médica se quejó de que no hay expectorantes allí donde hay tanta tos.
- Mejor, acoté yo. Sugiérales que tomen agua de borraja caliente. Es mejor y más barato.
- El curso de adiestramiento que ella recibió en tuberculosis duró de quince a veinte minutos.
- Me despedí de la doctora calculando el tiempo que le falta para librarse de los salasacas. Ella, que probablemente sueña en un postgra- do en el exterior. Pobrecita!
- Comprobé que había siete pacientes fichados que el abandono es altísimo y que el programa anda mal. Comprobé que el ABANDONO se da en los primeros meses en varios casos. De siete pacientes todos abandonaron el tratamiento antes de los seis meses.
- Todos los pacientes, menos uno, tenían apellidos indígenas y eso que estamos en la tierra en que abundan los Jerez y los Jiménez. En Salasaca todo es folklórico...
- Tanto Salasaca como Pataló están a veinte minutos de Ambato, por muy buena carretera. En Pataló viven los Chibuleos.

Hay un proyecto de Desarrollo Rural que "salvará" a los Chibuleos cuando se ponga en práctica. Parches para una enfermedad crónica!

Los chibuleos viven sobre los 2.800 metros hasta los 4.500. Los El área tiene en total 2.990 hectáreas. 4.500 mts.), San Miguel, San Alfonso, San Luis y Chacapungo 1.210

familias. 91 familias no tienen tierra.

Los chibuleos son seis mil habitantes divididos en probablemente \$14 o sea el 72.8% poseen predios del tamaño inferior a una hectárea. 287 familias que son el 25.6% tienen de una a cinco hectáreas. Y 18 familias, el 1.6% cuentan con más de 5 hectáreas. El mismo documento del MAG hecho para el ya famoso proyecto Tungurahua cuenta que "tienen una economía de subsistencia". La población económicamente activa de 15 a 64 años: 3.300 personas, de- bido a la falta de tierra y a la baja productividad, los varones emigran, necesariamente, para incrementar el ingreso familiar. Principalmente en Ambato y en otras parroquias se ocupan como jornaleros agrícolas, como obreros de la construcción o en diversos menesteres modestos". El ajo (alium sativum) les ayudó mucho hasta 1968 en que una malhadada plaga les obligó a cambiar los cultivos.

De la tierra chibulea sólo el 30% está bajo cultivo; el 4% está cubierta de pastos naturales. El 20.1% son tierras no cultivadas en donde se podría sembrar pinos y el 45.8% son tierras no cultivables. Piense, otra vez, que a esta tierra les arrinconaron los "blancos".

La mitad es inservible y una tercera parte cultivable. En Chibuleo y en Pataló hay tuberculosis como en todas las comu- nas indígenas pero apenas hay cuatro casos que pudimos constatar con el médico rural recién llegado, por ausencia de la enfermera, un solo caso de tuberculosis pulmonar controlado.

Pacientes que desde lejos vienen a curar en Ambato.

PROCEDENCIA DE LOS ENFERMOS

1973 lograr ser atentidos en la provincia donde el clima y también el servicio, Pensamos que hay una alta declaración falsa de domicilio, para lo- En algunos casos, el ABANDONO puede deberse a este hecho: (ex-LEA)

LUGAR	CASOS	PORCENTAJE
Ambato	26	22%
Catón Ambato	45	38%
Pelileo	12	10%
Baños	2	1.7%
Pillaro	3	2.5%
Oriente	13	11%
Otras provincias	17	15%

Como puede verse, más de la cuarta parte de nuestros pacientes provenían de otras provincias, incluídas las orientales a las que teníamos obligación de servir.

Revisamos 580 casos, casi la totalidad de pacientes descubiertos de 1975 a 1981 y encontramos la siguiente procedencia (domicilio); tomamos también el dato de nacimiento:Nacimiento (72/12% - 171), Ambato (29% - 218- 37%), (240 41%)Cantón Ambato (168 - 29%- 152 - 26%), Otros cantones (122 - 21%- 14- 2%)tras provincias Otros cantones Otras provincias tienen buena fama.

REFERENCIA

En 1973 los pacientes llegaron a nuestro Servicio de la siguiente manera:

Referidos por médico particular	95	35%
Referidos otro enfermo	4	3%
médico de salud	9	8%
sin dato	31	35%
Por su cuenta	25	22%
Hospital Regional	13	12%

El llenado de este dato no es muy confiable y era muy descuidado, Volvimos a hacer una evaluación de 163 tarjetas epidemiológicas a nuestro alcance y encontramos los siguientes datos:

Referidos por Centro de Salud 1 y 2	52	31%
Subcentros	29	17%
Hospital Regional	33	20%
Cuenta propia	1	6%
médico particular	26	15%
otro enfermo	12	7%
sanatorio antituberculoso	9	5%
IESS	1	6%

Muchísimos pacientes vinieron por su cuenta a nosotros pero asoman como referidos por los Centros y subcentros de salud, a los que llegaron a solicitar atención.

Cuando revisamos la calidad de los pacientes llegados al Servicio, encontramos los datos siguientes:

Sintomáticos respiratorios	482
Contactos	83
Sospechosos	5

Los sospechosos nos eran referidos por el departamento de fotofluoroscopia, que recién empezaba a funcionar pocos meses antes de registrar estos datos.

AÑOS	CANT.	%
5 a 9	2	0.3%
10 a 14	22	3%
15 a 19	68	11%
20 a 24	121	20%
25 a 29	88	15%
30 a 34	61	10%
35 a 39	46	7%
40 a 44	31	5%
45 a 49	36	6%
50 a 54	26	4%
55 a 59	23	4%
60 a 64	19	3%
70 y más	15	2%

Como puede verse, los percentiles más altos están comprendidos de los quince a los 34 años. E I más alto (20%) corresponde al de 20 a 24 años.

La tuberculosis pulmonar inutilizaa la juventud en plena edad laboral.

PROFESIÓN

HOMBRES

Agricultor	177	50%
Trabajador(artesano,etc)	137	38%
Comerciante	13	3,8%
Empleado	13	3.8%
Militares	2	0.6%
Jubilado	1	0.3%
Maestro	3	1.2%
Sin datos	8	

MUJERES

Agricultura	20	8%
Quehaceres domesticos	157	73%
Estudiantes	18	8%
Comerciantes	3	1.2%
Sin datos	6	

BACILOSCOPIAS

En el cuadro adjunto se encuentran las consultas a sintomáticos respiratorios por primera vez en todos los servicios de salud pública de la Provincia de Tungurahua. Es obligación, según las normas, exa- minar del 75 al 90% de dichos sintomáticos respiratorios, con examen de esputo: los datos van de 1973 a 1980.

CONSULTAS EXTERNAS

Años	Más de 15	10% prob. sin	Propbab' es	Baciloscopias
711105	años	respuesta	baciloscopias	realizadas
1973	6.032	603	1.809	2.362
1974	6.476	647	1.941	2.702
1975	7.184	718	2.154	3.139
1976	20.746	2.074	6.222	3.160
1977	17.185	1.718	5.154	3.569
1978	21.792	2.179	6.537	4.252
1979	19.420	1.942	3.826	3.710
1980	19.458	1.945	5.835	4.570

En baciloscopias realizadas están incluídas no sólo las hechas a sin- tomáticos respiratorios de los servicios de Salud Pública, sino a los re- feridos por otras organizaciones de salud y médicos particulares que probablemente atienden una cantidad igual de pacientes. Se incluyen también los exámenes de control a los tuberculosos y los solicitados a sus contactos a los que no se los incluye en consulta externa sino cuando resultan enfermos o sintomáticos respiratorios.

Los médicos particulares colaboran muy poco en las tareas de con- trol de tuberculosis. Si sospechan tuberculosis, siguen pidiendo, primero, radiografía, después, si así lo determinan, examen de esputo. Muchos de ellos jamás han oído hablar del nuevo enfoque en tuberculosis y no conocen las normas vigentes en el Ministerio. A veces, en los Subcentros de Salud no se encuentran las normas y los médicos jóvenes a veces apenas oyeron hablar de ellas. En un simposium sobre tuberculosis realizado últimamente en Quito, uno de los distinguidos panelistas declaró que no conocía las normas vigentes.

La desconexión que existe entre Ministerio, Universidad, IESS, Colegios profesionales, etc. es notoria y permanente. Salud Pública debe programarse. Hasta cursos, cursillos, simposiums, congresos de bieran ser fruto de análisis y programación, de verdadera planificación. La actualización de conocimientos de los médicos debiera estar asegura- da para todos y facilitada al máximo.

Los médicos debemos unirnos, discutir y planificar nuestro trabajo,nuestra defensa, la defensa de los jóvenes profesionales.

A nombre de la libertad, tenemos una anarquía espantosa. En Tun- gurahua se trabaja de una manera. En Loja de diversa, en tuberculosis, las normas se "acatan pero no se cumplen". Nos faltan organización, pla- nificación y supervisión de los programas que, en el papel, están muy bien hechos.

BACILOSCOPIAS POSITIVAS

De acuerdo con las normas establecidas utilizamos la siguiente escala semicuantitativa para el informe de las baciloscopias positivas:

- -Positivo 1 + menos de un bacilo por campo, en 50 campos observados.
- Positivo 2 + de uno a diez bacilos por campo en cincuenta campos observados.
- Positivo 3 + más de diez bacilos por campo en 20 campos observados.

Estudiadas las tarjetas epidemiológicas de casi todos los pacientes hasta agosto de 1980, la positividad de las baciloscopias fueron así:

- Positivo 1 + 309 casos
- Positivo 2 ++ 173 casos
- Positivo 3 +++ 96 casos

Leíamos cicattriz BCG en nuestros pacientes, con los siguientes resultados:

Con cicatriz BCG	122 casos
Sin cicatriz BCG	376 casos
Sin dato	86 casos

EL CONTROL DE LOS CONTACTOS

También en esto hay una notoria falla en el servicio.

Con motivo de la inauguración de la Sociedad de Pediatría en Tungurahua, nosotros presentamos un trabajo sobre control de contactos menores de 15 años en tuberculosos del Centro de Salud No 1 "AMBATO".

Aquí mostramos los resultados de ese trabajo:

Contacto de Tuberculosis pulmonar	1979	1980
Contactos censados (de 43 casos)	102	130
Menores de 15 años	50	65
Controlados menores de 15 años	33	35
	63%	53%

En los Informes de la Jefatura Provincial el dato de contactos censados y examinados me parecen erróneos y no se pueden sacar con clusiones en base a ellos. Comprobamos que el rubro Casos bajo control al final del mes anterior también está notoriamente abultado.

En la actualidad una enfermera controla y dirige el trabajo en el Centro de Salud No 1 Ambato, y parece que las cosas han mejorado. Hoy se hacen visitas domiciliarias a los enfermos descubiertos y el espera que responda del programa de Tuberculosis, lo controle y lo supervise, por lo menos en esto se ha mejorado porque el Centro de Salud Nosotros nos cansamos de solicitar una persona que supervise y se En el mismo

trabajo sobre contactos menores de 15 años, encontramos los siguientes datos:

Contacto TB pulmonar menores de 15 años	1979
Sin previo BCG	8
Con previo BCG	12
Se ingnora	11

Contacto TB pulmonar	1980
Sin previo BCG	10
Con previo BCG	17
Se ingnora	4

Como se ve del 54 al 60% de los menores de quince años presentaron cicatriz BCG en los contactos de TB pulmonar relatados.

Realizamos la prueba de la tuberculina (PPD) y encontramos:

Prueba de la tuberculina PPD	1979
De 5 a 10 mm	3
De 0 a 5 mm	4
De 11 a 20 mm	12
De 20 a 30 mm	5
+ 30 mm	1

Prueba de la tuberculina PPD	1980
De 6 a 10 mm	4
De 0 a 5 mm	12
De 11 a 20 mm	14
De 20 a 30 mm	2
+ 30 mm	1

ALGO SOBRE NOMBRES Y APELLIDOS

Desde antiguo se sabe que la "castellanización" de los indios tuvo distinto signo que la de los mestizos y "blancos". Isidro y Lorenzo son nombres de indios. Hasta los Santos, como lo cuenta Montalvo, tienen su categoría: San Isidro y San Lorenzo son también santos para indios. Muchos apellidos españoles fueron impuestos a los indios y en el Oriente los Vargas abundan entre ellos. Jerez y Jiménez, como ya lo contamos, se encuentran entre los salasacas.

Sin contar con esos apellidos típicamente españoles que ahora se han vuelto de segunda en poder de los indios, nosotros hicimos la si- guiente evaluación en los tuberculosos pulmonares de 1979 y 1980, con los siguientes resultados:

APELLIDOS INDÍGENAS	AÑO 1979	AÑO 1980
Paterno	17	20
Materno	22	24
Sin apellido indígena	14	14

Enfatizamos que los nombres son autóctonos, sin duda.

De 407 tarjetas revisadas el apellido paterno de 179 pacientes era autóctono, indígena. El materno es más numeroso todavía.

Se discute todavía si hay un factor racial para que los negros tengan tuberculosis diversa y más extendida que los blancos, en Norteamérica, por ejemplo. Muchos sostienen que son las condiciones de vida, las de-terminantes. Igual cosa puede aseverarse de nuestros indios.

Ya hemos visto que la inmensa mayoría de los tuberculosos están entre los que "viven por sus manos": trabajadores agrícolas, artesanos, obreros. Los que más trabajan y peor comen, digan lo que digan los Conversamos con el prestigioso médico encargado del Programa de Tuberculosis en Tungurahua. Antes trabajaba como funcionario de salud a tiempo completo: Ahora es médico que trabaja a medio tiempo, sesudos que no quieren aceptar estas verdades como era mi caso.

Los inteligentísimos organizadores de sueldos y salarios tienen con los médicos una política especial. Por cuatro horas, nos pagan doce mil sucres, pero si trabajamos ocho horas, nos rebajan el sueldo: por las cuatro restantes nos pagan la mitad. Dicen que hay otros profesionales que ganan menos y por eso no se puede pagar por ocho horas el doble de lo que se paga por cuatro.

No hay duda que los funcionarios de salud están mal pagados, igual que los trabajadores. Esto, también, incide en el trabajo y la responsabilidad del trabajo. Broma bromeando, decía un médico amigo: El Ministerio hace como que nos paga y nosotros hacemos como que trabajamos.

A un colega, con mucha sal, le llamaba el hombre invisible. No se le hallaba en su puesto de trabajo. Un funcionario decía que un colega se demoraba más en parquear el auto que en pasar visita.

A varios de nosotros, el consultorio particular nos rendía más que tenciales siguen siendo de segunda y no es negocio trabajar en salud el "triste" empleo. Por eso salud pública languidece, los servicios de asistencia pública y como mejor es ver, oir y callar...

TRATAMIENTO CORTO Y ABANDONO

Hicimos una corta evaluación del tiempo en que nos abandonan los pacientes y aquí tienen los resultados:

- "En el primer semestre del año 1981 constan como ABANDONO diez pacientes que probablemente aumenten a 14 si se averigua en sus respectivos subcentros. Hemos tenido un ABANDONO que va del 37% al 51%.

No hemos cumplido con las normas y no hemos hecho lo que de- bíamos: así que las cosas siguen igual y hasta peor que antes". (Informe preliminar sobre el estado actual del programa de control de la Tuberculosis en la Provincia de Tungurahua: II-82: R. M.). Podemos adelantar que los pacientes nos abandonan en los prime- ros seis meses en un buen porcentaje.

Averigué al colega encargado del Programa en Tungurahua si se había hecho una evaluación del ABANDONO y del tiempo en que per- demos a nuestros enfermos. No hay tal evaluación. Pregunté a mi distinguido amigo el Señor Doctor Celso Bastidas si se había hecho en el país la evaluación mencionada. No se ha hecho en ninguna parte. Sin embargo, se quiere cambiar al tratamiento corto que cuesta, cuando menos, veinte veces más que el tratamiento actual. En el tratamiento con estreptomicina se hablaba del factor sicológico de la inyec- ción y se decía que por sólo aquello valdría la pena mantenerlo.

En muchos subcentros se han encontrado medicamentos retirados y no entregados a los pacientes. Qué sucederá con un medicamento tan caro como la rifampicina que ahora compra el Ministerio, por lo pronto, en el mercado "libre"? Pienso que está a la puerta un despilfarro más, y eso que estamos al final de la "austeridad". O por estar

al final de régimen se apresura el cambio del tratamiento. El mundo de los negocios tiene muy poca ética. La corrupción se halla en todas partes.

EL EXITO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO NO DE PENDE DE LOS MEDICAMENTOS USADOS SINO DE LA ORGANIZACÓN DEL SERVICIO.

Eso lo dicen los entendidos. ¿Ha caducado esta afirmación? Porqué pueblos más desarrollados que nosotros siguen usando medicamentos menos caros?

Si estoy equivocado, rectificaré con mucho gusto mis opiniones, Sólo me mueve el afán de evitar que se despilfarre y derroche como pue- de suceder si falla la organización, la planificación y la supervisión de los programas.

El Doctor Celso Bastidas nos tranquilizó informándonos que no se trata de SUBS-TITUIR sino de adoptar el método de tratamiento corto. Eso también es necesario planificar debidamente. Quien manejará los tratamientos cortos? ¿Dónde? ¿Cuándo? Estamos en una bancarrota económica que bien vale estudiar todos los detalles convenientes como para no hacer inversiones millonarias que no beneficien a nadie.

No hay que caer en las redes de los que se empeñan en vender. Allí está el buen juicio del que debe comprar.

En los "niveles de decisión" se necesitan honradez, responsabilidad y el anhelo sincero de servir al pueblo de la mejor manera.

VACUNACIÓN BCG

Marco Naranjo asegura que en vacunación BCG estamos bastante bien en Tungurahua y habla de una vacunación por sobre el 90%. Ha brá que comprobarlo. El cortísimo número de contactos controlados menores de quince años en nuestro trabajo no son tan optimistas. Los niños con cicatriz BCG van del 50 al 60%.

VACUNACIÓN BCG VACUNADOS

AÑO	- 1 AÑO	1-4 AÑOS	5- 14 AÑOS	15+	TOTAL
1970	3.757	2.888	9.307	1.428	17. 380
1972	4.714	4.820	15.279	1.765	25.802
1973	5.079	2.227	4.076	574	11.946
1974	4.280	2.499	4.345	458	11.582
1975	5.948	1.425	3.485	72	10.930
1976	4.762	1.277	809	96	6.944
1977	7.896	4.818	1.546	221	14.481
1978	7.224	1.719	579	2.344	11.866
1979	5.830	388	1.123	4.272	11.613
1980	9.132	9.943	3.491		22.566

Cobertura con BCG en menores de 15 años: 64.7%

Estos datos fueron elaborados en la Jefatura Provincial de Saludde Tungurahua para presentarlos en Guayaquil. Año 1981.

El Doctor Bolívar Molina encontró los siguientes datos en vacunación BCG en menores de un año 1980.

Cobertura de vacunación BCG en menores de un año: 68% Nuestra experiencia en

complicaciones de la vacuna es muy parca Tenemos la impresión de que las complicaciones son muy bajas y no son peligrosas. La reacción queloidea, en cambio, pensamos que es bastante alta. En un universo no muy amplio de escolares de sexto grado que reclamaban fotofluoroscopia para entrar al Colegio, hicimos una evaluación cuyos datos, por desgracia, se nos extraviaron. Nos queda la impresión de que un buen porcentaje de esos niños, tal vez una cuarta parte, tenía reacción queloidea en la vacuna BCG.

Dejo abierta esta inquietud para un trabajo posterior. Se nos ocurrió realizar este trabajo, porque después de una vacunación masiva realizada en Ambato, tuvimos algunos miembros de familia con queloides asomados después de haber pasado algunos meses de la vacuna- ción y luego de haber "secado" la vacuna.

Nuestras normas afirman que las cicatrices queloideas son de muy baja incidencia. Habría que comprobarlo con el engaño de su buena vecindad, y hasta de su "democracia". siente los embates de los viejos explotadores dispuestos a mantener sus privilegios y canongías, sin que les importe el destino del pueblo. Continente endeudado siente que le ahorcan sus acreedores que quieren esconder su piel y sus colmillos de lobo, sus instintos de hiena.

NOTA FINAL

Nos hemos atrevido a elaborar este trabajo, lo repetimos, creyendo que puede ser útil en algo a nuestros jóvenes médicos y a los tra- bajadores de Salud Pública. Este ha sido su verdadero objetivo. Naturalmente, no he querido ni tengo razón para esconder mi propia manera de ver y juzgar los problemas sociales.

Pienso que el médico debe ser un auténtico y verdadero factor Recuerdo a mis maestros. Uno de ellos, políticamente en posición opuesta a la mía, nos dijo en el hospital: Se ven tantas infamias, tantas injusticias, que de veras dan ganas de tomar un fusil y salir a la calle.

Pese a ser joven entonces, sonreí un poco y si la indignación de mi maestro me pareció normal, su remedio era, sin duda, apresurado. Además, difícil, por lo menos para mí que nunca he disparado un arma de fuego.

Todos los días pienso en el picapedrero, en el zapador indígena, en Eugenio Chúshig Aldaz, un vecino nombrado Espejo. Golpe a golpe, fue derrumbando los muros podridos de la vieja sociedad. No la vio caer y sin embargo estaba seguro de que se derrumbaría. Su obra, su pluma y su palabra hicieron mucho más que mil fusiles.

Ahora hay que socavar y hundir esta vieja y podrida sociedad donde nuestro pueblo agoniza y desfallece. América Latina se sacude y en su doloroso proceso de liberación de cambio.

Algunos creen que a los indios, por ejemplo, se les puede resolver Nuestros pueblos necesitan unirse, luchar juntos por solucionesa sus problemas capitales, el problema gastando millones en ayudarles a criar conejos y enseñar. les a mejorar los cuyes.

Nosotros creemos que el problema del indio es el problema de la tierra. Y, además, algo que se ha silenciado siempre, respetar su idioma, su nacionalidad. Porque somos un país multinacional y recién empezamos a descubrirlo y recién empezamos a meter los ojos en nuestra propia realidad y en nuestra propia Patria.

La tuberculosis es una enfermedad política y en ninguna profesión como en la nuestra incide la situación económica del pueblo.

La pobreza estalla en el Brasil y en Salvador, en Chile y Guatemala. Diez mil remedios se han aplicado. Rábulas y bayonetas fraca- san y las recitaciones de la buena voluntad o la Alianza para el prgreso se han ido al cuerno.

En salud pública la pobreza, la improvisación y el despilfarro continúan ahogándono, cuando la edificación de los hospitales se hace a paso de tortuga, símbolo perfecto de nuestra marcha hacia adelante, cuando no retro- cedemos, esos hospitales que languidecen hablan de nuestra injusticia y hasta de nuestra ineptitud. A lado y lado, los rascacielos particula- res llenan de orgullo y de plata, a sus prósperos propietarios.

Los médicos han dicho ya que es una afrenta saber derrotar a la Tuberculosis y comprobar que la tuberculosis sigue terminando con los pulmones de nuestros niños y de nuestros jóvenes en toda América Latina, en todo el "Tercer Mundo", en toda la periferia capitalista.

La excepción es Cuba porque ya no es sirviente del Imperio. Porque se ha ganado el derecho a ser libre y a ser independiente. Porque se ha limpiado de agiotistas y explotadores. Pese al acoso más brutal y cínico del imperialismo norteamericano, pese a bloqueos y amenazas, su organización en salud pública está muy por encima de todos los países de América Latina. Y brilla en las Olimpiadas. Y se corona de medallas en los Juegos Panamericanos convirtiéndose en el único rival del país más rico y poderoso del mundo. Y en cultura, y en educación, y en arte.

América Latina debe unirse. América Latina debe recoger el manterna y generosa del campo socialista, donde se borra la explotación ciudad, se hacinan en su periferia en condiciones aún más infrahude del hambre", la periferia capitalista, el trabajador que tiene andrajos porque los amos se llevan el "excedente", dato de Bolívar, de Martí, de Sandino, de todos nuestros auténticos y grandes libertadores. Juntos derrotaremos a todos nuestros enemigos y a la tuberculosis, enfermedad política, alli gobiernan los trabajadores. Tienen la amistad, la ayuda fraude hombre a hombre y de pueblo a pueblo

Abraham Herowitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1972, al inaugurar el Segundo Seminario Regional de Tuberculosis en Noviembre de ese año, citaba estos versos del gran poeta chi- leno Pablo Neruda, honra de Chile, y del género humano:

No es verdad la soledad creadora.

No está sola la semilla en la tierra.

Multitudes de gérmenes mantienen el profundo concierto de las vidas y el agua es sólo madre transparente de un invisible coro sumergido". Abraham Herowitz

Daba estos datos sobre tuberculosis: "En las Américas, más de 70.000 mueren anualmente de tuberculosis pulmonar y el número de casos nuevos supera los 300.000".

Aunque deben haber aumentado porque este pobre continente se halla peor que en 1972 Herowitz continúa: «Ciento veinte millones en América Latina y el Caribe viven en el oscurantismo, prisioneros de supersticiones y con el único escape que les ofrece un empirismo irra- cional" "Pueblan el medio rural y atraídos por el espejismo de la gran Es la miseria la que los empuja y los agobia. Somos la "geografía manas"