



# Curar en la selva herida

El Hospital Franklin Tello de Nuevo Rocafuerte

Manuel Amunárriz Urrutia

# **CURAR EN LA SELVA HERIDA**

*El Hospital Franklin Tello de Nuevo Rocafuerte*



*Manuel Amunárriz Urrutia*

# **CURAR EN LA SELVA HERIDA**

*El Hospital Franklin Tello  
de Nuevo Rocafuerte*

2020

**CURAR EN LA SELVA HERIDA**  
**El Hospital Franklin Tello de Nuevo Rocafuerte**

**ISBN**

978-9978-389-97-3

**Autor**

Manuel Amunárriz Urrutia

**Diseño, diagramación e impresión**

© Editorial Universitaria UTE

e-mail: editorial-universitaria@ute.edu.ec

Dirección: Bourgeois 210 y Rumipamba

**Diseño de portada**

Santiago Cárdenas

**Corrección de Estilo**

© Editorial Universitaria UTE

e-mail: editorial-universitaria@ute.edu.ec

Dirección: Bourgeois 210 y Rumipamba

PRIMERA EDICIÓN

2011

SEGUNDA EDICIÓN

Octubre, 2020

Quito - Ecuador

---

# ÍNDICE

---

<b>Presentación</b> .....	9
<b>Preámbulo</b> .....	11
<b>Capítulo 1</b>	
<b>UNA SELVA VIVA Y HABITADA</b> .....	15
Selva virgen .....	17
Selva herida.....	20
Selva habitada .....	24
<b>Capítulo 2</b>	
<b>EL HOSPITAL Y SUS HISTORIAS</b> .....	29
<b>Capítulo 3</b>	
<b>EL HOSPITAL Y LOS ENCUENTROS INTERCULTURALES</b> .....	41
<b>Capítulo 4</b>	
<b>ENCUENTROS INTERCULTURALES.</b>	
<b>A MODO DE CONCLUSIONES</b> .....	55
<b>Capítulo 5</b>	
<b>UNA CURIOSIDAD INSACIABLE</b> .....	63
Hacia visiones panorámicas en consulta externa y hospitalización .....	65
Una parasitosis pulmonar.....	66
Leishmaniasis cutáneas y mucocutáneas .....	68
Paludismo.....	69
Micosis pulmonares.....	72
Hidatidosis poliquística .....	75
Platynosomum fastosum.....	77

Angiostrongylus costaricensis .....	78
Enfermedad de Chagas .....	79
Informar y participar .....	82
Un Instituto para investigar .....	86

## **Capítulo 6**

### **LOS ENFERMOS Y SUS DOLENCIAS:**

<b>SITUACIONES EXTREMAS</b> .....	89
-----------------------------------	----

Un árbol atractivo, pero lleno de peligros: el guabo, Inga edulis.....	91
Un drama obstétrico en Pucapeña, río Aguarico (marzo 1991) .....	94
Problemas tras una fiesta entre compadres (marzo 1980) .....	98
El misterio de las parálisis juveniles (marzo 1989).....	100
No siempre que se intenta se consigue (enero 1988) ...	101
Las angustias de un parto imposible (diciembre 1989)...	102
Un tumor misterioso en el abdomen (julio 1990) .....	104
Una parasitosis extremadamente precoz (julio 1982) .....	106

## **Capítulo 7**

<b>UN HOSPITAL QUE NAVEGA POR LOS RIOS AMAZÓNICOS..</b>	109
---	-----

Los sábados fluviales .....	112
La salud desde la comunidad .....	113
Jueves en Puerto Quinche.....	115
Aguarico predilecto .....	116
Sistema Integrado de Salud de Aguarico .....	117
“Jambi Purina” .....	118

## **Capítulo 8**

<b>UN HOSPITAL DE FRONTERA</b> .....	121
--------------------------------------	-----

## **Capítulo 9**

<b>UN HOSPITAL DOCENTE</b> .....	131
----------------------------------	-----

Una experiencia inolvidable.....	139
Vivir en el Hospital Franklin Tello.....	142
Paisaje exótico y calor humano .....	144

<b>Capítulo 10</b>	
<b>MIRANDO HACIA EL FUTURO .....</b>	147
<b>Capítulo 11</b>	
<b>HACIA EL HOSPITAL DEL AÑO 2020 .....</b>	151
Primeras dificultades en esta nueva etapa.....	154
Un viaje al Ecuador entre sentimientos agrídulces .....	155
Un encuentro providencial.....	157
Un mar de gestiones .....	159
Nuevo Director y nuevos proyectos.....	160
<b>A MANERA DE EPÍLOGO .....</b>	163
Hospitalidad para minorías .....	163
<b>Referencias .....</b>	167



---

# PRESENTACIÓN

---

Los prólogos no siempre se leen,  
y cuando se leen apenas influyen en el juicio del lector  
que gusta y hace bien de atenerse a su propio criterio...

Gregorio Marañón  
*Manual de Diagnóstico Etiológico (1946)*

Cuando Manuel Amunárriz me pidió que escribiera la presentación de su libro *Curar en la selva* sentí una doble emoción. Por una parte, la agradable sensación que produce el amigo que te entrega su obra para que la analices, con el deseo de que de ella hagas una crítica constructiva. Y, por otra, la evidente impresión de que había empezado otra etapa de la vida: la de escribir prólogos de libros.

Si todos los autores de libros somos un poco como padres de nuestras obras, los autores de prólogos son como padres, y esto, aunque no tenga una repercusión biocronológica, sí que la tiene desde el punto de vista bioemocional. Por ello, antes de iniciar una crítica sobre su obra, quiero testimoniar mi agradecimiento al amigo de estos últimos años, por el privilegio que me ha concedido y por la emoción que me ha deparado.

Mi impresión es que para escribir un libro sobre cualquier aspecto de la Medicina se debería exigir al autor madurez científica, por una parte, y conocimientos propios sobre la materia, por otra. Estas dos condiciones se cumplen perfectamente en el doctor Amunárriz, quien después de formarse como médico en Navarra, ha trabajado en el Hospital Franklin Tello de Nuevo Rocafuerte durante 40 largos años.

Si bien el libro está dividido en 10 capítulos, todo su contenido es un testimonio del autor sobre el día a día del Hospital Franklin Tello.

Uno de los aspectos más relevantes de esta obra es que aborda los problemas de salud no solo desde la perspectiva de la medicina convencional ('oficial'), sino también desde la cosmovisión de la cultura indígena, lo que constituye un verdadero reto, pues para hacerlo se requiere no solo de conocimientos, sino ante todo de altas dosis de equidad y apertura de ideas: Manuel Amunárriz deja de lado

la impecable bata blanca del científico y se coloca la casulla del hombre sabio para articular desde el respeto dos concepciones antagónicas: la medicina 'científica' y la medicina tradicional. Y que conste que hablo de 'articulación' de saberes y no de 'integración' para ese acercamiento, pues ya sabemos lo que ocurre cuando los pensamientos dominantes intentan 'integrar' algo.

La concepción de Medicina Intercultural (tema pendiente en las escuelas de Medicina de nuestro subcontinente) es una forma de tender puentes para paliar el desencuentro entre estas dos formas de interpretar el proceso salud-enfermedad.

Si bien es cierto, desde la óptica de la ciencia uno de los aspectos más complicados para avalar a la medicina tradicional es la ausencia de experimentación, no es menos cierto que la carencia de una base científica no significa de ninguna manera que 'no funcione'.

De ahí que aunque el desencuentro actual sigue siendo importante, deberíamos iniciar un esfuerzo de aproximación desde la medicina convencional para recuperar el valor de una atención integral y personalizada del paciente, aceptando el principio de la complementariedad cuando sea posible.

Es en esa línea que está escrito este libro, que en conjunto ofrece una visión integral de lo que debería ser el ejercicio de la medicina. Con todo este bagaje, no es de extrañar que haya salido una obra testimonial estupenda de lo que bien podríamos llamar la "Medicina basada en la persona".

El libro está ahí, cada cual que lo juzgue. No me cabe duda de que sin dilación entrará a formar parte imprescindible de la bibliografía sobre medicina y humanismo.

*Ricardo Hidalgo Ottolenghi*  
Decano de la Facultad de Medicina UTE Quito, 2011

---

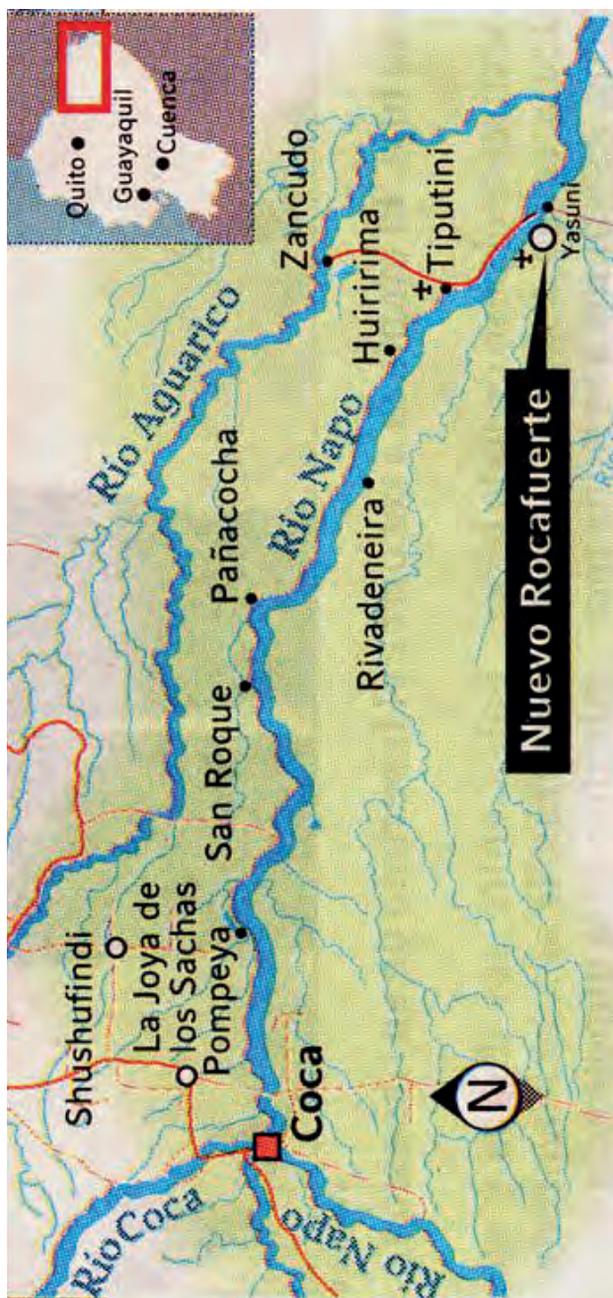
# PREÁMBULO

---

Existe una zona en el interior del hombre en que sentimientos y mente forman una misteriosa unidad: nada es definido y neto; pero en ese misterioso rincón se reelaboran las más profundas vivencias que alimentan el corazón humano. Me gustaría expresar en palabras una experiencia vivida, profundamente sentida, que ha formado parte esencial de mi vida humana. Pero no lo haré en un lenguaje lleno de poesía, sin las 'concreteces' de una verdadera experiencia humana. Contaré qué ha sido para mí una parte importante de mi vida desde la perspectiva de un *Hospital en la selva Amazónica del Ecuador*.

**La Selva amazónica, realidad viva, herida y habitada**, es el ámbito en que surge y se desarrolla el Hospital Franklin Tello. Describir ese mundo donde fauna y flora crean una realidad privilegiada, extraña, misteriosa, imponente, llena de ruidos y olores, silencios y voces mágicas, que la hacen lugar inigualable para una manera específica de enfermar y crea unas condiciones propias para el ejercicio de curar y consolar. ¿Dónde y cómo viven las gentes amazónicas? ¿Por qué son como son? ¿Qué les hace enfermar y cuáles son los caminos, a veces tortuosos, que es necesario recorrer para que puedan recibir la caricia de la curación? El Hospital Franklin Tello está colocado en medio de esta selva; desde él se respira su aliento; a él llegan enfermos que jamás podrían imaginarse en otro entorno humano.

**El Hospital Franklin Tello tiene su propia historia** y diversas etapas en este largo proceso de formación. Su construcción, a lo largo de cerca de 50 años, está surcada de pequeñas historias que han marcado su desarrollo y le han dado sus rasgos peculiares, su fisonomía propia. Contar cómo nació, cómo creció, quiénes forman parte de este largo proceso, todo esto se convierte en una parte esencial de lo que es en la actualidad. Esta larga historia está íntimamente ligada a la generosidad humana y a la visión noble y altruista de personas que nunca estuvieron cerca, que nunca conocieron a las gentes que viven aquí, pero que aman sus vidas y sienten profundamente el impulso de ayudar.



**Salud y enfermedad, dos palabras que adquieren su colorido propio en el mundo amazónico.** Entender lo que significan, el sentido profundo que encierran, los caminos mágicos que permiten interpretar el por qué una persona se enferma y cómo y quién tiene el poder de sanar, se convierte en una sabiduría que es necesaria de adquirir. Los hombres que saben y pueden curar, los *yachak*, son figuras humanas imprescindibles en el mundo amazónico. ¿Cómo establecer una actitud respetuosa y a la vez libre para discrepar? Se trata de un aprendizaje lento, sujeto a frecuentes correcciones, siempre construido sobre el humus de un respeto y amor a la tierra, y a los hombres y mujeres de la Amazonía,

**El Hospital que investiga** sobre las diversas formas de enfermar. Siempre me fascinó la búsqueda de los agentes causantes de la enfermedad. Esos ciclos biológicos de los parásitos que hacen enfermar a mamíferos, entre ellos al hombre, que viven en este medio amazónico. Cómo es la vida y acción de los agentes patógenos. Una curiosidad insaciable, una tarea fascinante, una ocupación imprescindible si queremos crecer en conocimientos y en terapias efectivas para las gentes amazónicas.

**El Hospital en situaciones extremas.** El Hospital acoge diariamente enfermos procedentes de los mil rincones de su entorno. Muchos de ellos con patologías sencillas y terapias simples. Visitas cortas; escucha atenta a sus problemas; calor humano y medidas terapéuticas que alivien y curen sus dolencias. Todo normal, casi cotidiano. Pero, de vez en cuando, en los momentos menos pensados, surge lo inesperado, el dolor extremo, frontera entre la vida y la muerte. ¿Qué hacer? ¿Cómo abordar en nuestro medio, con nuestras posibilidades, estas emergencias que nos colocan en el filo de la vida misma?

**El Hospital que navega** por los ríos amazónicos, una proyección viajera del mismo hospital, a la búsqueda de quienes viven lejos y tienen dificultades para llegar a nuestra casa de salud, una manera de acercarse a los hogares diseminados en las márgenes de los grandes ríos, Napo y Aguarico, y de los no tan grandes, como el Tiputini y el Yasuní. La *Jambi purina* ("la medicina que viaja") ha sido una embarcación grande, un verdadero pequeño hospital fluvial; es la última etapa de una tarea asistencial que siempre se ha realizado desde el Hospital Franklin Tello. Cómo ha sido concebida, sus tareas concretas, las diversas formas que adquirió a lo largo de este proceso histórico. Luces y sombras, éxitos y fracasos de una tarea que es esencial en nuestro mundo amazónico.

**Un hospital de frontera.** La situación geográfica en que se encuentra enclavado el Hospital hace que sus visitantes habituales sean no solo ecuatorianos sino también peruanos. Una serie de circunstancias geográficas hacen a la población indígena peruana especialmente frágil en sus capacidades resolutivas frente

a los problemas de la salud de sus habitantes. Están aún mucho más distantes y aislados que nosotros frente al resto de su país y nuestro hospital surge como el único faro accesible para sus urgencias sanitarias. Siempre hemos estado disponibles, aún en momentos de tensión bélica fronteriza. Describimos algunos rasgos de esta colaboración que se encuentra por encima de criterios políticos.

**El Hospital que enseña** mientras trata de curar. El Hospital Franklin Tello siempre ha tenido una cierta fascinación para quienes lo han visitado. Por su exotismo, por el entorno geográfico, por la lejanía en que se encuentra. A lo largo de su historia han existido jóvenes médicos o estudiantes de medicina que han permanecido cortas temporadas bajo su techo, viendo, compartiendo y ampliando su visión profesional. Desde hace cuatro años el HFT se ha convertido en Hospital Docente de la UTE. Contar esta experiencia me parece especialmente interesante.

Y, a manera de epílogo, **el Hospital visto y juzgado desde el mundo al que trata de ayudar**. ¿Acierta en sus actitudes ante el mundo indígena que le acoge? ¿Se equivoca cuando trata de aplicar sus terapias, siempre ajenas a su mundo cultural? ¿Cómo se ve esta obra concebida para curar o, al menos, aliviar? Recoger opiniones, sentimientos y experiencias concretas de aquellos que viven cerca y experimentan los servicios hospitalarios: el diálogo entre médico y paciente se convierte en un camino privilegiado hacia la mejora de estrategias curativas, hacia el camino inculturizado desde el que toda actividad debiera realizarse.

# Capítulo 1

## Una selva viva y habitada





## Selva virgen

Un sueño, donde la fantasía se nutre hasta saciarse y el éxtasis crea espejismos difíciles de interpretar desde la cotidianidad de la “vida civilizada”. He aquí una muestra soñada en el pórtico de estas páginas sobre la selva amazónica del Ecuador:

Del mar y la larga noche nació el cristal singular, la madre del mundo. Un volcán esmeralda transformado en espuma de hojas, pasta vegetal, raíz ardiente, sol convertido en festín. Surgió la lúcida melena de aguas de mil lunas y mil vientres de tierra primordial...Anidar en nidos de sabia, trepar en éxtasis, una agonía de vasos de seda líquida...frontera de Dios casi perfecta...Arrebatada la flor creció la Lila en las islas sonoras. Todos los seres mágicamente alineados tenían voz y barro, armonía y aposento..., y en el santo campo pasearon soles pacíficos, reposó la luna. Todo estaba bien hecho.

Festeja tu cintura un ceñidor de bosque; tu tiempo, una estrategia lanzada al silencio. Firmamento de aguas escriben la historia de un naufragio deífico en el cristal nocturno de las lagunas. Se dan la mano plantas y dioses, dejando su huella en el sueño del hombre, en el lodo quimérico. Tiputini, húmedo gigante, tiempo interminable, esperanza y cripta de silencios; yo partí con mis amigos la fruta inviolada, herida que dejaste abierta con tu dentadura.

Rastro de nieve, Cayambe líquido, gota a gota sangre de las montañas del norte, guadaña de fuego contra la selva, cofán bermejo. Aguarico, oro viejo de la selva ecuatoriana; tu vida se rompe contra el agua que parte las rocas. Un canto guerrero sacude tus cimas heladas, tus lagunas negras, tus montes de vidrio. Allá duerme el jaguar sus colmillos al viento, sus colmillos de miedo. ¡Aguarico, indio viejo astuto, tocador de arco, monótona melodía de historia amada, encía de sol, frontera de un sueño! (Santos Ortiz de Villalba, 2010. p 15)

No es la primera vez que alguien me decía con cara de circunstancias: “la selva amazónica que yo veo es demasiado monótona: todo es verde, muy uniforme, y los ríos que le surcan todos parecen llenos de una turbidez terrosa”. ¿Cómo explicar que los ojos, sobre todo los del corazón, se adaptan a los detalles, a la extraordinaria gama de colores que se percibe por doquier? ¿Que lo que al principio parece monótono se percibe luego como extraordinariamente lleno de matices?

Cuando se vuela sobre esta inmensa selva lo primero que llama la atención es que sobre el fondo verde oscuro de la floresta muchos árboles están en plena floración: manchas florales blancas, amarillas, rojas y moradas con matices diferentes se encuentran sembradas a lo largo y ancho de este tapiz inmenso. Por todas partes el tapiz se rompe; como inmensas e interminables culebras, los ríos corren por su interior. Cuando son grandes ríos, como el Napo, sus curvas continuas corren entre playas grises que ciñen su silueta; las islas surgen en su interior, y con

el paso del tiempo, la distribución de playas e islas varía, dando la impresión de que la inmensa boa avanza hacia una presa imaginaria. Cuando los ríos son menores, aunque siempre majestuosos, como el Aguarico o el Tiputini, la serpiente fluvial se encorva con mayor intensidad y sus meandros llegan con el tiempo a cortarse, originando islas y lagunas internas.

Mientras se navega por sus ríos la selva parece impenetrable: una cortina verde simula una barrera infranqueable; en grandes tramos apenas es posible saltar desde la embarcación hasta tierra firme: todo es maleza y barro, aún en las épocas en que la lluvia ha dejado tiempo para un cierto proceso de secado en el suelo amazónico. Pero si viajas con gente del lugar, cualquier sitio permite traspasar esta primera frontera verde y después te encuentras con una selva no tan densa, donde el ser humano puede hacer camino, marcar referencias para no perderse, encontrar palos caídos para saltar quebradas y realizar largos recorridos entre puntos de referencia previamente señalados. Pero, eso sí, nunca penetres solo en esa selva que fascina e hipnotiza; hazte acompañar de gentes del lugar; porque incluso ellos, en ocasiones, se pierden durante días y alguna vez, pocas en realidad, la selva los traga para siempre.

Estoy recordando una vieja historia, de las muchas que forman parte del tesoro de mis recuerdos, y que describí en uno de los textos que publiqué en cierta ocasión.

El día 4 de marzo de 1990 llegó al hospital el doctor Javier Aznárez, desde el Edén, comunidad que se sitúa a unos 140 km de Nuevo Rocafuerte. Traía un niño de 5 años, Lino Salazar, con la cabeza vendada. Le parecía necesario hospitalizarlo. Le acompañaba un hermano dos años mayor, quien presentaba unos pies edematosos y llenos de espinas.

Cuando quitamos las vendas me quedé de una pieza. Una parte importante de la cabeza mostraba, con el brillo de una pieza de marfil, el cráneo. Una enorme herida infectada con rebordes sobresalientes, de 10 cm de diámetro, había destruido todos los tejidos blandos. Cuando levantamos con unas pinzas una parte del reborde aparecieron docenas y docenas de pequeños gusanillos blancos, que reptaban por los tejidos malolientes. ¿Qué había pasado?

Es una larga historia, te la contaré hasta donde he podido conocerla.

Hace 8 días el padre, el tío y los dos niños se fueron de cacería por los alrededores de la laguna de Yuturi. Los niños iban felices. Como ocurre siempre entre los kichwas, a través de esas salidas los muchachos comienzan a captar las infinitas señales de la selva y a entablar un proceso de asimilación, que un día les permita moverse como en su propia casa.

En un momento del día, el padre y el tío sintieron cerca una manada de huanganas y, tras una orden terminante de que no se movieran del lugar, salieron a través de la selva tras la manada.

Pero ya no volvieron. De pronto los niños se encontraron solos. No sabían dónde estaban ni hacia dónde ir. Pero no se murieron de miedo, porque la selva no es un medio extraño para ellos.

Esperaron y esperaron. Cuando llegó la noche, les pareció más prudente subirse a un árbol y dormir allí. A la mañana siguiente estaban a los pies del árbol y merodearon por los alrededores, esperando que vinieran a buscarles. Chupaban algunos brotes jugosos y bebían su agua cristalina.

- ¿No teníais miedo?, les preguntó Javier.

-No, "Sacha huarmi" nos conversaba y nos decía lo que teníamos que hacer. Ella estaba cerca.

La segunda noche, el pequeño, mientras dormía, se cayó de la rama y se hirió la cabeza. Sangró un poco y después se le infectó. Los moscos andaban encima y les picaban por todas partes. Comenzaron a andar, guiados por "sacha huarmi". Andaban de día; comían algunas pepas y bebían del agua que se encuentra en algunas hojas...

Los padres estaban desesperados. Toda la comunidad les buscaba en vano. No había señales de ellos. Cuando llevaban seis días ya no sabían qué hacer. Consultaron a Domingo Tapuy, gran yachak de la comunidad y él opinó que seguían vivos, pero no pudo localizarlos. Al séptimo día bajaron hasta Sinchichicta a consultar a Juan Grefa. El tomó sus brebajes y vio claro que ya los niños se encontraban de regreso en la casa. Los que habían bajado regresaron de inmediato. Pues sí, los niños habían aparecido en la laguna de Yuturi y una canoa de turistas les había recogido. Estaban llenos de picaduras y con los pies como botas, pero se les veía vivos y orientados.

- ¿Qué pasó? -les preguntaban-.

- Hoy, de mañana, llovió duro y el viento llevaba el agua hacia allí. Yo sabía, decía el hermano mayor, que cuando sopla va hacia la laguna, así es que nos fuimos hacia allá. Llegamos y nos subimos a una pequeña quilla que había y Lino se cayó. Entonces vinieron y nos cogieron y después nos trajeron a casa.

Javier sacó 128 gusanos blancos de la herida y no terminó. Curó la herida y a la mañana siguiente bajó con los dos hermanos a Nuevo Rocafuerte.

Durante varios días sacamos más gusanos, larvas de moscas que ponen sus huevos en la carne abierta. Y, poco a poco, la herida se limpió. Después comenzó un largo proceso de curación y de crecimiento de los tejidos subcutáneo y cutáneo hacia el centro. No realizamos ningún injerto. A los 12 días era trasladado al Eden para continuar sus curaciones. Después de varios meses la cabeza se había cubierto de un débil cuero cabelludo y meses después la cabeza de Lino recordaba, con su gran cicatriz, que alguna aventura había pasado al dueño de la misma. (Amunárriz, 1994, p. 75-77)

## Selva herida

Esta maravillosa selva virgen, a través del tiempo, está sufriendo un proceso biológico de transformación: los factores climáticos, los procesos erosivos, la vida de su propia fauna, la actividad cotidiana de sus habitantes nativos son factores que intervienen en su misterioso y casi imperceptible cambio. La selva parece la misma de siempre, pero en realidad cada día cambia. A la larga sus ríos crean lechos diferentes, los márgenes son erosionados y allí donde vivieron algunas familias estas tuvieron que establecerse en otro lugar. Conocí una hermosa isla que se situaba enfrente de la bocana del río Tiputini, donde vivía uno de esos sabios indígenas, un *yachak* de notable sabiduría y bondad exquisita: Domingo Tapuy, cuya esposa Corina falleció en nuestro Hospital, a los pocos meses de mi llegada, por una anemia severa causada por una parasitosis intestinal, una anquilostomiasis crónica. Pocos años después la isla fue barrida en su totalidad por el impulso de las crecidas del río. Así se mantuvo durante años, abierta su desembocadura y visible desde la otra orilla. Hace pocos años, de nuevo, las corrientes de río comenzaron a depositar una enorme playa y pocos meses después comenzaba a crecer sobre ella una selva joven. En la actualidad existe de nuevo la antigua isla, aunque su fisonomía es completamente diferente. Así son los cambios biológicos de esta selva virgen, siempre antigua y siempre nueva.

Miremos esa gran parcela de la Amazonía ecuatoriana, la que corresponde al nororiente, a las actuales provincias orientales de Sucumbios y Orellana. También aquí los cambios biológicos se dan. Pero la mano del hombre, a la búsqueda de beneficios inmediatos, ignorando que la Amazonía es un tesoro frágil y precioso, ha introducido su acción destructiva, ha herido gravemente el sosiego, la paz y la armonía de esta maravillosa realidad.

En mis cuarenta años de experiencia amazónica la primera acción lesiva de importancia surgió en la década de los años 70 del siglo pasado, cuando las compañías petroleras iniciaban la construcción del *oleoducto* que llevaría el oro negro desde el nororiente ecuatoriano hasta la costa de Esmeraldas. Así surge *la carretera* que atravesará la sierra y bajará por la vertiente amazónica hasta la ciudad de Coca, en aquel entonces pequeño poblado de un centenar de personas. Y, casi inmediatamente, apareció un *movimiento masivo inmigratorio*, procedente de casi todas las provincias ecuatorianas, que invadió la selva circundante ubicándose en sucesivos respaldos paralelos a la carretera; talaron sus preciosos árboles y convirtieron en pastizales y huertos un territorio creado por la mano de Dios para la vida espontánea de plantas y animales. Con los años, cerca de 100 000 habitantes ocuparon un espacio de selva amazónica en el que solamente vivían minúsculos grupos humanos nativos de la región. Esta primera gran transformación del hábitat

amazónico conllevó una huida en desbandada de la fauna existente en el lugar y una alteración notable del paisaje selvático, dando origen a sembríos y chacras para los que la tierra amazónica no está preparada.

Casi coincidiendo con este movimiento migratorio apareció otro, este de carácter puramente comercial, que invadió amplios territorios de lo que hoy son los cantones de Shushufindi y Francisco de Orellana. Me refiero a *las grandes plantaciones de palma africana*. Ya no son chacras familiares, sino enormes espacios donde el único cultivo es la palma, que dejará con el tiempo una tierra poco menos que desértica para cualquier reforestación. Y más adelante, a la hora de su explotación comercial, el empleo de sustancias químicas de gran toxicidad en la elaboración de productos extractivos de la palma africana va a incidir de forma destructiva en la red de pequeñas quebradas sobre una fauna fluvial que es uno de los tesoros específicos de nuestra Amazonía.

En la región amazónica, las plantaciones de palma se instalaron a fines de los años 70. Dos de las empresas más grandes en este momento, Palmeras de Ecuador y Palmoriente, se instalaron en el cantón Shushufindi (provincia de Sucumbíos) y en el cantón Orellana (provincia de Orellana) respectivamente donde se les otorgó concesiones de 10 000 has, de selva virgen a cada una de las empresas,

La palma africana es un monocultivo y por tanto muy susceptible a plagas y enfermedades. El uso de gran cantidad de pesticidas es habitual con un riesgo potencial para la salud. El trabajo en el campo es físicamente duro y existen riesgos de accidentes como, por ejemplo, cortes de machete. La extracción de aceite implica también la exposición a calor, ruido y maquinaria pesada. Apenas existen estudios de salud ocupacional en plantaciones de palma africana. (San Sebastian y Hurtig, 2005, p. 194-5)

Mientras la palma realizaba su acción nociva, *la explotación petrolera* entraba en funciones con su enorme agresividad. A lo largo y ancho de su territorio esa zona virgen se sembró de torres de perforación y, posteriormente, de instalaciones para extraer ese oro negro, imprescindible en nuestro mundo industrializado, pero que mancha, intoxica y reduce a muerte biológica todo lo que toca. Basta ver los mapas que fragmentan la selva para demarcar los territorios de explotación de diferentes compañías petroleras para comprobar que ya no hay espacios sin explotación actual o en un futuro próximo.

Con el paso de los años la selva es atravesada por tuberías de conducción petrolera; las viviendas se levantan en ocasiones entre esta red extractiva; muchas de las quebradas ofrecen una capa espesa de betún oscuro donde quedan encolados algunos de sus peces mientras otros desaparecen definitivamente. Existen zonas en que se construyeron piscinas de recolección de residuos de la explotación petrolera con tecnología tan deficitaria que al paso del tiempo su contenido

se filtra a la selva circundante. Algunas de estas zonas fluviales contaminadas se encuentran próximas a comunidades indígenas y existen datos que aseguran afectaciones muy importantes de la salud.

Un ejemplo de la problemática que surge en la explotación petrolera en nuestra Amazonía ecuatoriana quedó plasmado en el juicio a la compañía Chevron-Texaco por los atentados realizados al medio ambiente durante sus años de trabajo extractivo en el Ecuador. Por encima de intereses de una y otra parte, y a pesar de que no es toda exactitud y precisión en lo que se afirma, nadie puede ocultar la existencia de graves daños a la naturaleza.

Una corte de justicia de Estados Unidos EEUU falló este martes en contra de la transnacional petrolera Chevron - Texaco, que solicitaba a la justicia norteamericana un posible pago de indemnización, producto de un juicio por daño ambiental que se le sigue en Ecuador.

Unos tres mil ecuatorianos, entre indígenas y colonos de la Amazonía, demandan a la petrolera por los daños ambientales causados en esa región durante el período en el que extrajo crudo de Ecuador, entre 1965 y 1992.

Este juicio evidencia el sufrimiento que vienen soportando miles de indígenas por culpa de la petrolera, acusada de haber vertido cerca de 18 mil millones de galones de residuos petroleros y productos químicos venenosos en los ríos que alimentan al Amazonas.

Manuel Chiluisa, un poblador amazónico afectado por Texaco, explicó que “la flora y la fauna se ha acabado de perder, está destrozado, el bosque ya no es natural como antes, ahora se ha destrozado, por eso queremos recompensa, que la Texaco recompense al pueblo que está destrozado...”.

Ecuador es reconocido por expertos como el sitio en donde se registra el mayor desastre petrolero del mundo. Chevron-Texaco debería pagar entre 8 y 16 mil millones de dólares (USD) por daños ambientales. (TeleSur –nota del 09 de octubre de 2008)

Una última herida infringida a esta selva virgen surge de la *explotación indiscriminada de maderas nobles*. El habitante nativo siempre ha sabido acudir a su entorno selvático para resolver sus problemas de supervivencia: la selva es su hábitat y la fuente en donde encuentra sus recursos de vida. Sus casas están hechas de material de selva: la *wambula* eleva sus viviendas del suelo húmedo; la *chonta* sirve de piso a sus casas; la *wadua* separa sus habitaciones; la hoja de *shapaja* permite proteger sus techos de la lluvia y del sol. Sus canoas se construyen de árboles sabiamente seleccionados. Pero todo se usa con medida; y durante mil generaciones lo extraído ha sido sustituido por la misma naturaleza.

En los últimos tiempos amplias zonas de nuestro nororiente ecuatoriano han sido invadidas por el sonido inconfundible de las motosierras y todo árbol noble

de cedro, caoba, laurel, entre otros, han sido convertido en tablones, transportados con gran esfuerzo desde las pequeñas quebradas hasta los ríos navegables y, desde allí, hasta terminales de carretera para ser evacuados en grandes camiones hacia 'la civilización'. Ninguna autoridad, policial o militar, ha sido capaz de realizar un verdadero control de esta explotación ilegal que, por otra parte, ha entrado en territorios ancestrales de los grupos indígenas más aislados (waorani, tagaeri y taromenani) creando violencia y destrucción.

He aquí el testimonio de Penti, indígena waorani, que ilumina y muestra la complejidad del problema que ha creado la explotación ilegal de la madera:

Escuché que madereros entraron y mataron a tagaeri, pero no sabemos si fue verdad o no. Lo que sí fue verdad es que Manuel (Waorani) fue con los madereros luego del ataque de abril y encontraron una casa, lanzas y cosas de los tagaeri. Llevaron un montón de lanzas. Pero no contaron más. Yo dije a Manuel que hay que trabajar en otra cosa, no sé cómo hacer entender a Manuel que no haga eso. Después decían que hubo matanza, pero no sabemos. Sí sabemos de otras muertes antes de la matanza de 2003 y de otros enfrentamientos: es lo que puedo contar. Cuando entraron los Ministros, después de la noticia, no entiendo cómo no hicieron un acuerdo con la comunidad para decir que ya no dejen entrar madereros, que ya es suficiente, debían ofrecer algo a cambio sin mentir y llegar a un acuerdo con la gente. Pero ellos (los Ministros) piensan con otras ideas. Solo sobrevolaron y nada más.

Los tagaeri caminan por ahí porque ése es su territorio. Y lo tienen que defender porque están siempre amenazados. La hija de Omayuwe dice que han robado la yuca, pero que no han molestado en la casa y Omayuwe, que él no va a ir a buscarles, que si quieren ir, pueden llegar tranquilos, que no habrá enfrentamiento. Yo sí he visto huellas de ellos, mi hijo también encontró dónde tomaban chicha, cerca de lo del maderero que murió en abril. Sobrevolando sobre el Cuchiyacu también he visto una casa. Ellos andan por todo lado, por el norte y por el sur, cambian de lugar por chonta, por tiempo de cacería, por tiempo de plátano.

Yo puedo contar muchas historias. Antes de contacto había mucha gente como 25 familias, puede ser más. Ahora habrá menos. He navegado esta parte donde mataron en el 2003 y mataron de gana. Los madereros encontraron la casa y luego quedaron manos limpias... Para mí, todos quieren ir a ver a los tagaeri, unos quieren sacarles fotos, otros quieren contactarles, quieren buscarles los madereros y algunos waorani, yo eso no entiendo. Luego, si se hace contacto, ellos quedarán muy débiles. Y ya no hay defensa del territorio si ellos se debilitan. Ellos, los tagaeri y taromenani, defienden la casa de todos. (Aguirre, 2007, p. 74)

Lo descrito hasta ahora parece encontrarse lejos del cantón Aguarico, la región más oriental del Napo ecuatoriano, cerca o dentro del Parque Nacional Yasuní, Reserva Mundial de la Biosfera. Aquí no existen aún carreteras, colonización, explotación maderera, pero existe explotación petrolera en las márgenes del cantón o en

la zona más occidental del mismo. La reserva más importante de petróleo, el llamado ITT por los tres pozos testigos existentes (Ishpingo, Tambococha y Tiputini), se encuentra en la actualidad (2011) en un periodo de espera, ante las posibilidades de no explotación si se reciben compensaciones internacionales que justifiquen esta medida; o simplemente en el tiempo previo a la preparación inmediata de su explotación. Esta enorme bolsa de crudo pesado se sitúa dentro del cantón Aguarico y tiene como ejes poblacionales a los centros urbanos de Nuevo Rocafuerte y Tiputini. ¿Quién duda que su explotación provocará, además de serias alteraciones del ecosistema, cambios importantes en la salud de sus moradores y que el Hospital Franklin Tello alterará su ritmo de actividad?

Este largo proceso transformador y destructivo ya se barruntaba hace muchos años por quienes habitaban en aquel entonces en nuestra selva amazónica. He aquí un testimonio de esta intuición:

Amarro el deslizador a un tronco que emerge del agua, y me quedo contemplando la selva, donde destacan dos árboles de Tangarana estallados en racimos de flores de color blanco, rosa y rojo, de una belleza indescriptible. La paz es unánime. En la margen derecha, sobre un grueso tronco, hundido parcialmente en el agua, se asienta un buen número de mariposas amarillas y negras, sin mucha gracia, señal de que alguna tortuga ha tomado el sol en ese lugar, dejando sus orines salados. Una garceta me mira asustada y se hunde en el agua. Durante la media hora siguiente divago relajado con mis pensamientos. Algún día, esta selva acabará destrizada, del mismo modo que día a día se talan miles de hectáreas de bosque en toda la Amazonía. Las peores noticias llegan de Brasil, pero solo es cuestión de tiempo. Según cuentan los ancianos, hace cincuenta años, los dueños de los ríos eran los caimanes y las anacondas; la selva estaba poblada por miles de monos de todas las especies, el bosque mantenía miles de puercos salvajes que vagaban en manadas, moviéndose en busca de las distintas semillas. Había cientos de jaguares y dantas, ocelotes y venados...Pero aquí estoy yo, oyendo el rumor del aire y del agua, solo, en medio de este cuadro encantador y efímero, después de haber roto su magia con el ruido del motor de mi lancha. (Santos Ortiz de Villalba, 2010, p. 515).

## Selva habitada

Los últimos censos dan a la provincia de Orellana una población cercana a los 100 000 habitantes<sup>1</sup>. La mayoría, más de un 80 %, pertenece a población inmigrante que llegó a partir de la década de los 70 y que ahora se encuentra firmemente asentada, aunque se mantiene un fuerte trasiego de población flotante.

1 Datos del censo 2011.

El cantón Aguarico se extiende a lo largo de los 120 km más orientales del Napo ecuatoriano y en los 150 km finales del río Aguarico. El censo del año 2001 da una población total no superior a 5 000 habitantes. La capital de este viejo cantón se llama Nuevo Rocafuerte, tiene cerca de 500 habitantes y se sitúa en la desembocadura del río Yasuní. Un segundo centro urbano se ha desarrollado en los últimos años alrededor del Comando Militar de Tiputini y engloba población militar y civil. Ambas poblaciones están integradas por indígenas kichwas y mestizos, algunos de ellos de implantación muy antigua; otros casi recién llegados: personas dedicadas a la enseñanza, actividades administrativas o militares. El resto de la población está organizada en pequeñas comunidades indígenas situadas a lo largo de todo el río Napo y parte del Aguarico y Yasuní. Sus casas están separadas unas de otras por tramos amplios de selva, aunque existen lugares que aglutinan a cada comunidad con su centro comunal, sus escuelas primarias y algunas construcciones para servicio comunitario.

Lo que llama la atención del visitante es la capacidad de integración de esta población en el medio amazónico. Se vive dentro de la selva, siempre cerca del río, que se convierte en la única vía de movilización. Fauna y flora forman una cierta unidad con sus habitantes. El clima amazónico, con sus rasgos fundamentales de calor y humedad, está integrado en su forma de vida. Quedan indicios de una vida primitiva, simple, casi de supervivencia, en que lo esencial se convierte en la preocupación casi total de sus sueños y fantasías. Pero, al mismo tiempo, todo el proceso de colonización de regiones vecinas ha arrastrado consigo un cambio de costumbres y a un aumento de necesidades.

Se puede ver grandes gabarras en cualquier tramo de este largo recorrido de 300 km entre Coca y Nuevo Rocafuerte. Tubos de perforación, camiones y tráileres, depósitos enormes de combustibles ocupan su superficie y avanzan lentamente desde los centros fluviales de diversas compañías petroleras hasta las terminales de la carretera, en Providencia o en Itaya. De tarde en tarde vemos pasar por Nuevo Rocafuerte gabarras mayores que llegan desde el Perú, procedentes de Iquitos o quizás más lejos, para renovar los equipos de perforación o extracción del petróleo.

Viajar a Coca, la capital de la provincia, se ha convertido en un impulso incontrolable y de esta manera aparecen las nuevas necesidades: visitar, conocer, comprar, educarse. El río es ahora una vía más transitada, donde las canoas a motor realizan sus turnos casi diarios para el transporte de mercancías y personas, donde veloces lanchas rápidas movilizan en una y otra dirección al personal de compañías petroleras. Jóvenes, niños y mayores llenan esos turnos de ida y vuelta, impulsados por mil motivos, incluido el cobrar los 'bonos' de ayuda que ofrece el Gobierno a la mitad de la población. Y con tanto movimiento, la vida sencilla y semi-

paradisiaca de otros tiempos comienza a desaparecer. ¿Cómo extrañarse de que también la forma de enfermar comienza a mostrar imágenes inéditas y patologías que nunca vi en los primeros años y que ahora se hacen cotidianas?

Nuestro pequeño hospital está acostumbrado a estos movimientos fluviales. En ocasiones los pacientes proceden de lejos y acuden de manera urgente, confiados en que entre nosotros podrán recuperar su salud. Es como un pequeño faro que alimenta sus esperanzas de vida. En nuestros archivos han quedado grabados algunos momentos especialmente significativos de esta selva verde, bella y a veces agresiva, que crea situaciones donde la distancia y la calidad de sus habitantes realiza esfuerzos sobrehumanos en búsqueda de la salud perdida, en ocasiones, ¡qué pena!, sin resultados positivos.

Venía desde Taizha, en la provincia de Morona Santiago y había realizado mil paradas en casa de brujos y curanderos de cualquier especie. Era shuar, tenía 32 años, aunque parecía mucho más viejecita. Se llamaba María Teresa Ayui. Su enfermedad había comenzado, a juzgar por sus recuerdos, hacía 10 meses, con una tos persistente, temperatura vespertina y pérdida de peso. Había recibido mil remedios y miles de acciones mágicas, pero la enfermedad se mantenía arraigada en lo más hondo de su organismo y seguía realizando su malévolas acción. Cuando llegó al Hospital, desde la vía de los Aucas, cerca de Coca, donde vivían parientes suyos, parecía un espectro.

No era necesario ser un experto para adivinar su dolencia: hay un no se qué en la expresión de un tuberculoso en fase avanzada, que lo hace inconfundible. El estudio del esputo mostraba abundantísimos bacilos de Koch y en la radiografía aparecían pulmones invadidos en todos los campos.

Cuando iniciamos el tratamiento de ciclo corto, que hoy es admitido en todo el mundo, nuestra mayor preocupación era si lo toleraría o habíamos llegado demasiado tarde.

Su esposo le acompañaba y se le veía cansado; parecía que había abandonado la lucha. Era triste ver a un matrimonio joven, en la última etapa de un largo viaje y saber que pronto iba a finalizar.

A los cinco días María Teresa se apagó, sin angustia ni signos especiales, como la vela que se extingue, apenas con leves parpadeos.

¿Qué podíamos hacer? ¿Cómo enterrarle en Nuevo Rocafuerte, lejos de los suyos? El esposo quería llevarla, como fuera, hasta la familia de ella, en la carretera de los Aucas y entregarla a sus padres y, bien miradas las cosas, tenía razón.

Primero quise organizarles un viaje con alguna embarcación que saliera de madrugada, pero mil dificultades abortaron el programa. A las 8 yo mismo organizaba el viaje, previsto para el siguiente día, con Santos Jota, nuestro motorista, el esposo, María Teresa y yo mismo. La envolvimos en una cobija y un plástico aislante y en una de las camas portátiles del deslizador la instalamos junto al esposo. Santos y yo ocupábamos los otros dos asientos.

Cuando llegamos a Coca eran las cinco de la tarde. Pedí un coche de la misión y emprendimos viaje a Valle Hermoso, a 55 km de Coca, donde vivía la comunidad shuar y su familia. De pronto, se nos presentó una gran dificultad: el puente del Napo, en el mismo Coca, estaba en obras y lo cerraban para toda la noche en ese mismo momento. Yo llegué con el carro y logré colocarme en primera línea, detrás del "trooper" del comandante del Batallón, que vivía al otro lado y que, evidentemente, iba a pasar. Con cara compungida me presenté a su puerta y le rogué que me dejara pasar: traía el cadáver de una pobre mujer desde Rocafuerte y la llevaba a su comunidad.

- Colóquese detrás de mí y sígame. Le dejarán pasar, me contestó.

Ya era oscuro cuando llegamos a Valle Hermoso e instalamos la capilla ardiente, en una pequeña capilla, después de llamar a los primeros responsables de la comunidad shuar, que vivían cerca. Pocos minutos después regresábamos. Nuevo problema al llegar al puente: no había paso y una interminable cola de carros impedía cualquier acercamiento. Yo tenía que viajar al día siguiente a Quito. Dejé a Santos dentro del coche para pasar la noche y guardarlo y yo llegué a pie a nuestra casa. Caí fundido de sueño y cansancio, pensando que mi viaje a Quito saldría tarde y sería en avión. Pero, a las cinco de la mañana me llamaban:

- Doctor, su bus sale a las 6,30.

No lograba despertarme y la cabeza me daba vueltas. Cuando tomé el bus, a las 7,30, continué dormido por muchos km., hasta que, poco a poco, entré en la normalidad de esta vida, llena de imprevistos y tareas complejas que realizar.

Mientras viajaba pensaba en el absurdo de una búsqueda como la de María Teresa y su esposo, tras el tesoro de la salud, pero ¡por caminos tan torcidos! Habían gastado todo su pequeño patrimonio y, al final, ¡él se había quedado solo! ¡No habían encontrado el camino acertado! ¡Su enfermedad podía haberse curado hoy día! Me daba coraje ver que los pobres son explotados por quienes hacen del don divino de curar una mercancía o se mantienen aferrados a concepciones ancestrales, sin dar resquicio al aprendizaje de nuevos conocimientos." (Amunárriz, 1993, p. 83-85)



# Capítulo 2

## El hospital y sus historias





Cuando llegué a Nuevo Rocafuerte, en mayo de 1970, me encontré con dos estructuras completamente diferentes dentro de los terrenos que formaban el recinto del Hospital Franklin Tello. Por una parte, en uno de los rincones del recinto existía una estructura de madera, pequeña, de aproximadamente 12 x 8 metros, bien cuidada, limpia, elevada discretamente sobre la tierra, con su escalerita de tres peldaños que permitía acceder a su interior. Por el otro, ocupando el fondo del área, se encontraban unos pabellones, de estructura metálica, paredes de bloques y techo de eternit, vacíos en su mayor parte, aunque algunos de ellos disponían de camas para hospitalización de pacientes. Todo fue una sorpresa y comencé a recoger información que me permitiera situarme con acierto y tomar las primeras decisiones sobre lo que iba a ser mi lugar de trabajo.

Nuevo Rocafuerte era, en aquel entonces, una pequeña población de no más de 300 habitantes, con una historia bastante reciente: había nacido en el año 1945, producto de movimientos migratorios tras la guerra con el Perú en 1941. La población de Rocafuerte, cabecera cantonal de uno de los cantones más antiguos del nororiente ecuatoriano, situada en la margen izquierda de la desembocadura del río Aguarico en el Napo, había tenido que abandonar el lugar y trasladarse río arriba, ubicándose a unos 30 km en la margen derecha, y constituyendo lo que se llamaría en adelante Nuevo Rocafuerte. Esta población conservaría las características jurídicas de su ubicación anterior y seguiría siendo cabecera de un territorio amplio: el cantón Aguarico, a uno y otro lado del Napo, y del tramo final del río Aguarico, en los límites más orientales de la enorme provincia del Napo, única provincia en la época y que cubría todo el nororiente ecuatoriano. En sus terrenos, las autoridades que organizaron la vida cívica de la población construyeron un pequeño Centro de Salud que recibiría el nombre de "Hospital Franklin Tello".

Muchas veces me han preguntado cómo surgió este nombre, extraño para el lugar y desconocido en su origen. El Dr. Franklin Tello fue un distinguido médico nacido en la provincia de Esmeraldas que ocupó un puesto de responsabilidad en la organización de salud del Ecuador como Director General de Salud cuando aún no existía el Ministerio de Salud Pública. Parece ser que en los años 60 visitó este rincón del país y las autoridades de la época agradecieron su visita denominando al Centro de Salud que existía con su nombre.

Mil dificultades existían para poder dotar a este Hospital de profesionales médicos y enfermeras bien preparadas; la administración conllevaba, al mismo tiempo, sinsabores casi cotidianos, dada la escasez de recursos. Apenas cumplía los servicios mínimos por lo que el Municipio de Aguarico se planteó la conveniencia de solicitar a la Prefectura Apostólica de Aguarico, en aquel entonces bajo la autoridad de Mons. Alejandro Labaka, la administración y organización del Hospital. Esto ocurría en el curso del año 1965. Poco tiempo después aparecían para asumir

la dirección y organización del Centro de Salud tres enfermeras españolas pertenecientes a la institución misionera seglar Acción Misionera Franciscana (AMF), que darían un decidido impulso a la obra y convertirían el pequeño local, casi en ruinas, en una estructura funcional, limpia, cuidada en su más pequeños detalles y extraordinariamente bien equipada.

Esta fue una muy agradable sorpresa a mi llegada. Recuerdo algunos detalles que ocuparon mi atención en el tiempo previo a mi llegada al Ecuador. ¿Cómo sería aquel pequeño hospital, en plena selva, tan distante de todo centro urbano, carente de todo?, me preguntaba. ¿Cómo ejercer la medicina y resolver los problemas médico quirúrgicos, si se carecía de todo? Recuerdo algunos implementos que traté de adquirir para no encontrarme del todo desguarnecido: un equipo de anestesia de campaña, que en aquel entonces usaba el ejército inglés en algunas de sus colonias, un ambú, un equipo básico de instrumental quirúrgico y otras cosas más, que ahora no recuerdo. Pero mi admiración al entrar en ese pequeño hospital sobrepasó cualquier expectativa: el laboratorio disponía de un buen microscopio; las estanterías estaban llenas de docenas y docenas de reactivos, muchos de ellos de las mejores marcas, que me permitirían durante muchos años fabricar personalmente los colorantes usados para los exámenes microscópicos usuales; tenía, además, su equipo de rayos X, un precioso SIEMENS que permitía realizar placas radiográficas y fluoroscopia. El pequeño quirófano disponía de mesa quirúrgica, oxígeno y un elemental aparato de anestesia. Todo ocupaba espacios reducidos, pero su grado de funcionalidad era llamativo.

Entre los años 1965-1968 la Prefectura Apostólica de Aguarico decidió ampliar la infraestructura física del Hospital. Se realizaron planos para un Hospital de mayor capacidad y algunos estudios arquitectónicos ofrecían la imagen de un Centro de Salud de gran envergadura, muy por encima de la realidad humana y geográfica que pretendía cubrir. Al final, en 1968 se inició una obra más discreta, pero suficiente, que permitiera albergar todo lo que un pequeño Hospital debiera tener para unos servicios eficientes en el área de la salud. Ese nuevo Hospital con doble línea de edificios albergaría un área de hospitalización, RX, Laboratorio, farmacia, recepción, consulta médica, sala de partos y el área quirúrgica. Cuando llegué, en 1970, solo el área de hospitalización y RX estaban instalados en el nuevo Hospital, todo lo demás exigía traslados y adaptaciones que había que poner en marcha. Los primeros meses, de mayo a octubre, trabajé en el antiguo hospital de madera; a partir de los últimos días de octubre habíamos realizado el traslado total de locales y materiales. A fines del año el antiguo hospital desapareció y ya desde entonces comenzamos la larga e interesante historia del nuevo Hospital Franklin Tello.

Durante los primeros años todo era pequeño en el Hospital: el laboratorio, el quirófano, la sala de partos. El hospital disponía de una pequeña planta de luz

que resolvía los problemas continuos que surgían ante los fallos de la luz del pueblo, que por otra parte, solamente funcionaba unas horas durante el día. Había que conseguir una seguridad y una independencia suficientes que permitieran abordar los problemas hospitalarios con energía propia. Unos años después conseguimos una segunda planta de luz, una Lister que suponía ayuda complementaria. Sin embargo, tan distantes de centros urbanos que dispusieran de profesionales y medios adecuados, aparecieron de forma intermitente problemas serios en el abastecimiento de corriente eléctrica que nos llevaron a situaciones que son difíciles imaginar fuera de esta región amazónica. Este es un ejemplo de una de esas situaciones en que improvisar se convirtió en una pequeña odisea:

En una pequeña chicta frente a Nuevo Rocafuerte, en la comunidad llamada Martínica, vive desde hace algunos años el matrimonio formado por Mario y Aguasanta. Ella, de 30 años de edad, procede del río Coca, cerca de su desembocadura y muy próxima a la actual población de Francisco de Orellana. Es una habitual paciente del Hospital con clínica variada y nunca demasiado importante.

El 22 de enero acude con un problema gineco obstétrico: desde hace varios días tiene pequeñas metrorragias y ha expulsado pequeños restos de un material que no sabe interpretar. Desde hace tres meses no ve su regla. Se encuentra débil y se cansa. Su útero es mayor que lo normal; el cuello está cerrado y pensamos que una hospitalización será conveniente para afinar el diagnóstico y permitirle una mejor recuperación.

La prueba de embarazo es positiva. Existen molestias urinarias y, efectivamente, su nivel de hemoglobina es bajo. Se realizan pruebas de grupo sanguíneo y compatibilidad con su esposo. Se programa una medicación antiséptica urinaria, espasmolíticos, vía parenteral de hidratación. Al día siguiente se transfunde sangre isogrupo.

Su estado general mejora, pero no podemos precisar un diagnóstico de la causa de sus molestias. Un día después su mejoría se mantiene inestable; sus molestias en el bajo vientre aumentan discretamente. Tolerar la vía oral, pero algo se nos escapa en esta paciente, que no nos deja tranquilos.

El día 27 por la mañana, al examinar como cada día de forma detenida a la paciente, el cuadro clínico aparece con toda claridad: existe una masa en fosa iliaca izquierda, tensa, dolorosa, renitente. La palidez, la situación de la masa abdominal, el dolor selectivo a la presión y la gama de datos anteriores señalan hacia un embarazo tubárico izquierdo.

Estamos ante un cuadro muy grave; probablemente existe ya ruptura y hemorragia: hay que intervenir de urgencia. No tenemos posibilidad ni tiempo para una evacuación a Quito: Coca, que ya está lejos, no tenía posibilidades quirúrgicas en ese entonces.

- ¿Cómo vamos a operar aquí, me dice la hermana? La planta de luz está dañada y el Municipio está varios días sin luz.

-Tendremos que improvisar: no podemos dejar que la trompa reviente y la mujer se nos muera en hemorragia. Voy a hablar ahora mismo con el padre Enrique, quien tiene una pequeña planta de luz de 1,5 kw. Seguro que él podrá hacer las conexiones para instalarnos una luz en el quirófano.

A las 3 de la tarde todo está dispuesto: habíamos llevado la miniplanta a las puertas del quirófano: un cordón transportaba la corriente a los dos focos de luz, cada uno de 100 vatios, situados a cada lado de la mesa quirúrgica y, como la instalación era tan improvisada, el mismo Enrique se situaba bajo la mesa del quirófano para mantener la instalación en condiciones de no fallar.

Trasfundimos sangre a la paciente y realizamos una anestesia epidural, reforzada posteriormente con una dosis mínima de ketalar. La abertura media infraumbilical mostraba un peritoneo parietal tenso y azulado; existía ciertamente una ruptura de la trompa. Cuando abrimos nos encontramos con una gran cantidad de sangre oscura en la cavidad, zona sangrante actual en una parte de la trompa, que estaba fuertemente desgarrada y que había hecho adherencias a la pared abdominal y a algunas asas intestinales. Mientras debridábamos y ligábamos los vasos, y posteriormente extirpábamos toda la trompa, el padre Enrique asomaba desde la parte inferior de la mesa y preguntaba asustado:

- ¿Vivirá?

- Pues sí.

La paciente se mantenía con sus constantes vitales perfectas y su respiración, tensión arterial y ritmo cardiaco eran sumamente aceptables.

Cuando cerramos me parecía imposible que con dos focos de 100w hubiéramos podido realizar una intervención de esa categoría sin complicaciones y hasta con una cierta facilidad.

La paciente se recuperó bien y pocos días después salía de hospital sin saber a ciencia cierta las peripecias de su intervención quirúrgica, poco mejor que si la hubiéramos realizado a la luz de las candelas" (Amunárriz, 1993).

En el curso de los siguientes años se estableció una cordial colaboración entre el Municipio de Aguarico y el hospital. Esto permitió que presentáramos proyectos que afectaran la infraestructura y equipamiento y que el Municipio accediera a su financiación. En los años 80 se concibió la prolongación de una parte de los pabellones posteriores con la finalidad de dotar al hospital de un laboratorio más amplio y construir a su lado el área de ginecoobstetricia, con dos habitaciones para pacientes y una amplia sala de partos.

Al poco tiempo volvimos nuestra mirada al área quirúrgica, tan estrecha, con una sala de apenas 3 mts de ancho, y nos planteamos mejorarla. El nuevo proyecto ofrecía dos salas, una prequirúrgica de 5 x 6 mts y una sala quirúrgica de 6 x

6 mts. La obra quedaba terminada a finales de los 80. Pudimos instalar en ella una doble lámpara cielítica de óptima iluminación traída desde España y al poco tiempo equipábamos la sala con aire acondicionado, que nos permitiera trabajar en condiciones mejores para pacientes y profesionales.

Poco tiempo después, aunque no podría fijar fechas exactas, volvimos nuestra mirada al pabellón que contenía la cocina y cuartos complementarios. Recuerdo que aún esta zona del Hospital conservaba su techo de hoja de palmera, la *shapaja*, que ha constituido el techo de las viviendas indígenas y que también cubría la vivienda de las hermanas. Con esa oportunidad construimos un ala nueva, de material parecido al resto de los pabellones del hospital, que contendría la cocina, el comedor y varias habitaciones de hospedaje para los profesionales que formaban parte del equipo hospitalario.

¡Qué interesante sería enriquecer mi pequeño laboratorio con equipos de mejor calidad para mis investigaciones microscópicas! Me atreví a pedir también ayuda al Municipio de Aguarico para dotarme de unos buenos equipos de microscopía y pronto llegaba a la mesa del laboratorio un hermosísimo microscopio de óptica planacromática con su cámara fotográfica incorporada y un esteromicroscopio, ambos de la casa alemana Zeiss.

Siempre había conservado, en medio de mis tareas asistenciales en los campos médico y quirúrgico, la inquietud por conocer facetas oscuras de las patologías existentes en la región. Consideré interesante disponer en el mismo hospital de algún rincón para poder sembrar en animales de laboratorio parásitos existentes en pacientes y poder someterlos después a una búsqueda en profundidad. Ni pensar en crear algo grande, muy sofisticado: simplemente un rincón. No recuerdo en qué fecha las hermanas querían construir un pequeño gallinero y pensé: ¿no me dejarían un par de minúsculos cuartos para que yo colocara en ellos unas pocas parejas de ratas blancas para mis experimentos? Llegamos a un acuerdo, siempre que delimitáramos claramente ambos territorios. Poco tiempo después traía al hospital dos parejas de ratas blancas desde Guayaquil y montaba unas jaulas. A los pocos meses los ejemplares se multiplicaron de manera asombrosa y hasta mi regreso a España, en octubre de 1994, siempre dispuse de animales donde sembrar algunos parásitos, como leishmanias o tripanosomas, para conocer mejor esas patologías.

Poco a poco el hospital se hizo más grande, sus diferentes departamentos adquirieron los implementos mínimos de un hospital general y de manera progresiva pudimos disponer de equipos más adecuados para un servicio más eficaz. Cuando yo regresé a España, con la decisión de reiniciar una nueva vida, conservando viva la nostalgia del mundo amazónico donde había invertido 25 años de mi

vida, creía que dejaba un Hospital pequeño, pero bien equipado, capaz de realizar una tarea importante en favor de la salud del hombre amazónico, siempre que el profesional que trabajara en él conservara en su espíritu el asombro y la inquietud inquisitiva ante la maravilla de este Oriente Amazónico Ecuatoriano. Y, naturalmente, que también estuviera en el horizonte de sus valores más preciados dedicar una parte importante de su vida a la búsqueda de la salud y el bienestar de los hombres y mujeres amazónicos.

En noviembre de 2005, mientras estaba dedicado en cuerpo y alma a tareas de naturaleza pastoral, concretamente al acompañamiento de varias comunidades femeninas de vida contemplativa, recibí desde Quito una invitación de la UTE a participar en un acto de inauguración del nuevo Campus que sería acompañado de un homenaje a un pequeño grupo de profesionales médicos que habían dedicado lo más granado de sus vidas al servicio de la salud de los ecuatorianos. Varios motivos me animaron a aceptar esta invitación y en el trascurso de esta corta visita recibí una invitación oficial de la Universidad a asumir de nuevo la dirección del Hospital Franklin Tello. La Universidad había realizado un convenio con el Vicariato Apostólico de Aguarico hacía aproximadamente cuatro años y se había comprometido a apoyarlo de forma decidida. Ahora, deseaban convertirlo en Hospital Docente, donde sus alumnos del último año académico, del llamado Año de Internado Rotativo, pudieran realizar una experiencia de un mes de duración en patologías tropicales y parasitología. Reconozco que las razones con que apoyaron esta petición me parecieron importantes y fueron mis propios superiores religiosos quienes creyeron que era acertado este regreso al lugar y a la tarea que fue el sentido de mi vida durante tanto tiempo. En agosto de 2006 volaba de nuevo al Ecuador y pocos días después, tras largas conversaciones con los directivos de la Facultad de Medicina de la UTE, me incorporaba al Hospital Franklin Tello. Era una nueva etapa, con nuevos planes y nuevas responsabilidades.

El Hospital que dejé en 1994 seguía intacto, aunque algunos pequeños tesoros que yo guardaba en mi laboratorio habían desaparecido; ya no disponía del stock de reactivos que me permitieron fabricar colorantes para mis muestras microscópicas; algunos ejemplares de parásitos conservados en formol se perdieron y parte de los equipos de microscopía y microfotografía estaban ya totalmente inservibles; ¡tal es la penetración de hongos en la óptica, en este clima amazónico! Así que habría que replantear el tema de un nuevo equipamiento si queríamos reiniciar una tarea asistencial responsable y avanzar en el campo de la investigación. Existían, por otra parte, algunas deficiencias que aparecían con suficiente claridad: la red eléctrica estaba obsoleta y era totalmente insuficiente para el aumento que habían sufrido las necesidades básicas del Hospital; nuestra planta de luz, la pequeña Lister antigua, no podía con el gasto eléctrico que se le solicitaba; necesitá-

bamos nuevos equipos para aumentar la gama de pruebas de laboratorio; el servicio de odontología necesitaba renovación urgente. Y, además, era muy conveniente disponer de una nueva área de terapia intensiva con equipamiento adecuado. Por último, la UTE deseaba con ahínco iniciar en nuestro pequeño hospital amazónico un programa de telemedicina, con la colaboración directa de las Fuerzas Armadas para el capítulo de la conexión de Internet. Muchas cosas y, a poder ser, en corto tiempo. Tenía que entregarme de nuevo a la tarea, por otra parte, fascinante, llena de estímulos.

En el año 2007 presentamos al Gobierno de Navarra, en España, un proyecto de renovación del Hospital Franklin Tello, distribuido en varios capítulos: renovación de energía eléctrica, con nuevo generador eléctrico de mayor capacidad y nueva red completa de distribución eléctrica y cableado para líneas telefónicas, transmisión de datos y banda ancha para Internet; equipos de asistencia básica de Cuidados Intensivos; equipos básicos y complementarios para Laboratorio Clínico; equipos para el servicio de Odontología. El proyecto fue aprobado en su totalidad y para mediados de 2008 el Hospital estaba funcionando con las reformas propuestas. Mientras tanto, la Universidad apoyó en la construcción de un nuevo pabellón que abarcaba el área de Terapia Intensiva y el de Telemedicina. Las sesiones de telemedicina que habían comenzado a funcionar provisionalmente en un pequeño local antiguo del Hospital disponían ya de unas instalaciones amplias y cómodas, con equipamiento moderno, y cada día dedicábamos una hora al diálogo y consultas con personal especializado de la sede central de la UTE en Quito. De esta manera habíamos conseguido elevar el nivel de eficiencia y casos especiales podían ser evaluados de forma casi directa por especialistas, utilizando las tecnologías que ofrecen las comunicaciones por internet.

## Telemedicina en acción

En Nuevo Rocafuerte, en la provincia de Orellana, está el hospital mejor equipado de la amazonia ecuatoriana. Manuel Amunárriz, un médico misionero, es la cabeza de un proyecto que incluye la investigación y la formación de nuevos médicos.

- ¡Padre, el doctor Kenneth está ya en línea!, dice la madre Laura, apurando con su llamado a Manuel Amunárriz.

El padre-doctor, vestido de blanco impecable, apresura el paso y se dirige a la sala de telemedicina, una aula provisional (porque Esta será aún más moderna en el pabellón que en breve se estrena) que se ha acondicionado para el efecto. Ya en la sala, el doctor Amunárriz toma el mando del control remoto y se conecta. Le acompañan una doctora que hace su año de rural y dos estudiantes de medicina que están allí para sus prácticas. En la pared se proyecta la imagen del doctor Kenneth Re-

ece, en la Universidad Técnica Equinoccial (UTE) de Quito. En un recuadro pequeño, los asistentes a la reunión de telemedicina, en el Hospital Franklin Tello, de Nuevo Rocafuerte. En Quito, la proyección será a la inversa: en la pantalla grande aparece el personal de Nuevo Rocafuerte y, en el recuadro, el doctor quiteño.

Luego de los saludos y de verificar que la señal esté funcionando a la perfección, empieza la reunión. Las estudiantes le plantean el último caso que ha llegado al hospital: una mujer indígena de 32 años, llegada desde la selva peruana, desde Angoteros, con edemas en todo el cuerpo y en el rostro. Van al detalle del caso, hablan de los resultados de los exámenes de sangre, orina y heces. El médico, del otro lado, toma apuntes. El doctor Amunárriz hace énfasis en los resultados del eco realizado a la paciente. Todo indica que es un asunto extremo, con pocas posibilidades: la mujer padece de problemas renales graves y solo un trasplante de riñón pudiera salvar su vida. Discuten el caso entre todos, hablan de suministrar diuréticos en grandes dosis, preguntan detalles de los resultados de los exámenes. Aparece en pantalla el doctor Ricardo Hidalgo, decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UTE. Plantea la posibilidad de trasladar a la mujer a un hospital en Quito. La cosa no parece tan fácil: una mujer indígena, una familia que habita en el alto Napo peruano, a 1200 kilómetros del hospital de Iquitos y sin recursos para viajar a Quito y menos, para diálisis o trasplante.

Y luego hablan de otro caso... Una niña que ingresó al hospital con vómito y diarrea, a la que dieron el alta luego de hidratarla. Le dieron el alta pues tuvo exámenes normales en donde no pudieron detectar ningún mal. La niña volvió a los tres días con convulsiones y finalmente murió sin que los médicos pudieran dar con la causa de su mal. No hubo autopsia. La familia no quiso. Seguramente, le atribuyeron la tragedia a algún asunto de brujos, de chontapalas y de virotos con enfermedades que el chamán no pudo extraer.

El enlace dura dos horas. A través de la telemedicina se puede hacer el análisis de los casos más complicados que llegan al hospital de Nuevo Rocafuerte, las consultas con médicos especialistas, vía Internet, sacándole provecho máximo a la tecnología de punta con la que hoy se puede hacer desde pequeñas consultas a nivel de estudiantes de medicina, hasta resolver los más complicados casos clínicos e incluso, enviar por red exámenes, ecos y electrocardiogramas. Todo eso es posible, aunque aún están a la espera de obtener un mejor ancho de banda para que la comunicación sea perfecta.

No es fácil. Nuevo Rocafuerte no es cualquier lugar. Es uno de los lugares más distantes del Ecuador, ahí mismo, en la frontera Ecuador-Perú, a orillas del río Napo. En el pueblo no hay luz todo el tiempo sino vía generador. Los teléfonos no funcionan. No hay gasolina suficiente para mantener todo el tiempo encendido el flamante generador eléctrico del hospital. Por supuesto, ahí no hay línea de teléfono celular ni mayores posibilidades de Internet (ahora comparten el servicio con los militares que tienen su torre satelital). Rocafuerte es un pequeño Macondo, actualmente sin siquiera dependencias municipales (pero esa es otra historia...). Para llegar a Nuevo

Rocafuerte hay que viajar desde Coca en la canoa de turno en un periplo que dura entre 10 y 12 horas. Construir allí es tarea de titanes: el material para construcción debe transportarse igualmente, por vía fluvial. Pero como nada es imposible cuando hay agallas, el hospital de Nuevo Rocafuerte, hoy además, Hospital Docente, gracias al convenio con la Universidad Técnica Equinoccial y a los aportes del Gobierno de Navarra, en los dos últimos años, es, sin duda, el hospital mejor equipado del Oriente ecuatoriano. (Milagros Aguirre. Junio, 2008)

Durante la larga vida del Hospital Franklin Tello siempre habíamos podido utilizar equipos de Rayos X para el diagnóstico de diversas patologías. Durante todo el tiempo de mi primera estancia (1970-1994) pude utilizar un equipo SIEMENS, compacto y muy funcional, que me permitía realizar placas radiográficas y fluoroscopia. A mi regreso en 2006 este equipo había sido enviado a Coca, al tener problemas en su manejo, y había sido sustituido por otro procedente de Corea del Sur, indudablemente de menor capacidad. A fines de 2007 el equipo comenzó a ofrecer problemas que la casa de Quito que realizó la instalación fue incapaz de resolver. En abril de 2009, en unas cortas vacaciones a España, propuse a Castildetera, una ONG de Tudela, la posibilidad de adquirir un equipo de RX Digital que mejoraría notablemente este servicio. Encontré una acogida llena de entusiasmo y las gestiones que esta ONG realizó, junto a otras fuentes de financiación complementarias, me permitieron contratar este equipo para fines de ese mismo año. En enero de 2010 quedaba totalmente instalado y hoy en día el local de RX del Hospital ofrece uno de los servicios más valorados por los pacientes.

En mayo de 2010 la Ing. Patricia Mothes, del Instituto Geofísico del Ecuador, ubicado en la Escuela Politécnica Nacional, se puso en contacto con nosotros. Necesitaba colocar en Nuevo Rocafuerte un G.P.S de alta precisión, un sismógrafo muy sensible, que captara los movimientos sísmicos que se producían en la zona, igual que en el resto del Ecuador. Pensaban que el Hospital ofrecía un lugar adecuado, por su capacidad de cuidado de equipos delicados como el propuesto y, además, disponía de una conexión segura de Internet que recogiera diariamente las curvas obtenidas a lo largo de cada jornada y las enviara de manera automática a la central de Quito. En junio un helicóptero del Ejército nos visitaba para realizar dicha instalación y pocas horas después nuestro Hospital entraba a formar parte de una red de análisis de movimientos sísmicos del Ecuador con la finalidad de disponer de una información altamente tecnificada.

Pero un último proyecto de mejora en infraestructuras rondaba mi cabeza desde hacía algún tiempo. El hospital disponía de una farmacia propia que nos permitía contar con medicación y otros implementos para las necesidades variadas que surgían continuamente. Esta farmacia estaba instalada en un local demasiado pequeño y no ofrecía las condiciones mínimas para la conservación de este valioso

material. También teníamos un local inadecuado donde estaba instalada nuestra sala de odontología. Necesitábamos un pequeño pabellón en el que pudiéramos ubicar ambos servicios.

El proyecto de este pabellón estaba elaborado desde hacía ya casi dos años pero una serie de circunstancias habían impedido su realización. A comienzos de 2010 se propuso el proyecto al Municipio de Aguarico; en octubre comenzaba esta nueva obra y los primeros días de febrero de 2011 estaba finalizada.

Este nuevo pabellón, de 6 por 10 mts, estaba formado por dos salas: una farmacia y una sala de odontología. La nueva farmacia, con sus estanterías nuevas, se convertía en un nuevo servicio mucho más funcional. La sala de odontología, con sus nuevos equipos, completaba el proyecto. El Hospital iba a aprovechar la antigua farmacia para un nuevo almacén; la antigua área de odontología se convertiría una vez más en un tercer consultorio donde pudiera trabajar uno de los médicos del equipo hospitalario. En marzo de 2011 la obra estaba terminada y equipada, y tanto farmacia como sala de odontología comenzaron a formar parte activa de la vida del Hospital.

Al finalizar este capítulo quiero resaltar la espléndida colaboración entre instituciones diversas, todas ellas orientadas a un fin común: la ayuda a una población marginada, lejana y aislada, que posee el privilegio de habitar esta selva amazónica. En los 45 años de existencia, el nuevo Hospital Franklin Tello ha crecido y se ha hecho más eficaz en sus tareas. Este recorrido no hubiera sido posible sin personas e instituciones sensibles al dolor humano. Pero, al mismo tiempo, es necesario constatar que ha sido la Iglesia de Aguarico quien se ha mantenido como testigo de esta hermosa aventura, quien ha aglutinado voluntades, coordinado proyectos, llamado a la puerta de organismos oficiales nacionales y extranjeros, ONGs, grupos humanos y personas concretas ansiosas de poner su aporte, grande o pequeño, en esta tarea que nos pertenece a todos. Es esa Iglesia de Aguarico quien ha valorado en su justo precio la tarea de ayudar, acompañar y mejorar los servicios de salud en el ámbito de su territorio pastoral. Ha pedido ayudas y ha aportado con personal y financiamiento. Es justo reconocer su liderazgo. El Hospital Franklin Tello es el fruto de esta coordinación de fuerzas dispares hacia un objetivo común: la protección y el crecimiento de la vida humana.

# Capítulo 3

## El hospital y los encuentros interculturales





Las páginas anteriores intentaban mostrar el proceso de formación del Hospital Franklin Tello en este largo periodo de 40 años; quizás podríamos definirlo con estos dos términos: crecimiento y modernización. Creo que queda suficientemente claro de qué tipo de hospital estamos hablando y de los criterios que han dirigido este proceso de desarrollo: es, ciertamente, un hospital concebido bajo el prisma de una idea de la medicina basada en conocimientos científicos: biología general, anatomía y fisiología humanas, tal como las diversas ramas del saber han llegado a alcanzar en el momento actual. Siempre conscientes de la enormes lagunas que aún existen en nuestros conocimientos y, al mismo tiempo entendiendo que el esfuerzo de la mente humana ha sido capaz de penetrar en las entrañas de los seres vivos. Estos avances de las ciencias biológicas nos han permitido, no solo conocer por dentro los mecanismos de la vida humana, sino también interpretar sus disfunciones y plantearnos de qué manera puede abordarse la corrección de sus desviaciones, muchas de ellas acompañadas de sufrimiento humano.

Qué duda cabe que los avances experimentados en el conocimiento de la biología humana han dado un giro espectacular a la interpretación de la enfermedad. Por otra parte, la interacción entre diferentes seres vivos, algunos de los cuales necesitan en sus procesos biológicos instalarse en el interior de otros que les aporten materiales esenciales para sus actividades vitales, han permitido conocer algunos mecanismos del enfermar humano: es el ámbito de la parasitología. Una medicina moderna está apoyada en los avances que ha experimentado la biología en sus diferentes ramas y que iluminan facetas importantes en la interpretación de la enfermedad.

Si algo puede achacarse a estas concepciones científicas de la salud y enfermedad es el riesgo de un abandono verdadero del mundo anímico que condiciona e interfiere en la vida de la persona. Tan dentro de la biología humana hemos penetrado que olvidamos elementos que también condicionan, y a veces de forma muy importante, sus reglas de funcionamiento. Aquellos avances que se consiguieron hace muchas décadas ya, en enfoques como la llamada medicina psicosomática, para muchos profesionales han quedado relegados en su práctica médica, haciendo que la ciencia médica moderna haya perdido facetas vitales en su actuación, con el riesgo de convertirse en una 'medicina mecanicista'.

Cuando uno se sumerge en el mundo amazónico y en sus gentes, experimenta un salto cualitativo en muchos aspectos, también en el de la interpretación de la enfermedad. Esta no se basa en conocimientos científicos, en la biología animal y humana sino en el mundo de las fuerzas ocultas que intervienen en el vivir humano. Estas fuerzas se encuentran a merced de la voluntad, benéfica o maléfica, de personas que han adquirido poder, fuerza, para proyectarlas sobre personas concretas de la comunidad. Esas mismas personas con poder y sabiduría, que los

kichwas llaman *yachak* (el que sabe, el sabio), conocen, al mismo tiempo, formas de descubrir la naturaleza de estas fuerzas ocultas y las personas que han intervenido en su presencia para provocar el mal, poseyendo unos más que otros, una sabiduría particular que permite arrancar de la persona enferma el mal introducido en ella. Por eso son no solamente sabios (*yachak*), sino también poderosos (*ushak*). Nos encontramos dentro de un mundo mágico, lleno de fuerzas ocultas, incontrolables, que llevan el bien y el mal de un espacio a otro, movidos y manipulados por la sabiduría y el poder de unos pocos que son, de alguna manera, causantes de la enfermedad y, en ocasiones, sanadores de la misma.

Este centro de la concepción de la enfermedad y de la salud, regido por el mundo de los sabios de la comunidad, está al mismo tiempo, rodeado de importantes conocimientos experimentales, conocimientos profundos del poder sanador de plantas y terapias naturales, adquiridos a través de una ciencia de transmisión oral, comunicada de generación a generación, muchas veces dentro de familias concretas, tras largos aprendizajes, llenos de ritos, tiempos de abstinencia y soledad, que dan una imagen misteriosa, "mítica", a los *yachak* amazónicos.

Por otra parte, en el mundo indígena del enfermar humano es fácil distinguir dos áreas suficientemente delimitadas: la que corresponde a las "enfermedades del cuerpo" y la de las "enfermedades del alma". Para el mundo indígena, as del cuerpo son realmente alteraciones de la biología humana, por traumas, agentes nocivos, accidentes y algunas causas más: éste es el ámbito de la acción de los médicos occidentales, donde pueden curar y donde su sabiduría hay que tenerla en cuenta. Por el contrario, el ámbito de las enfermedades del alma es el que abarca ese mundo misterioso del sufrimiento humano fruto de las fuerzas del mal, donde el médico occidental se encuentra sin sabiduría ni poder curativo: es el mundo del *yachak*, el mundo de los espíritus, capaz de descubrir, interpretar y sanar.

Solo poco a poco, de una manera casi inconsciente, y a partir de un gran amor al mundo amazónico y sabiendo que debemos respetar los tiempos de cada cultura y los enormes valores que esta encierra, he ido aprendiendo a convivir con estas concepciones de la salud y enfermedad, tan distantes de lo que aprendí en mi formación occidental. Me parece que este camino personal ha quedado marcado en la forma de actuar del Hospital Franklin Tello y se expresa de manera suficientemente clara en los largos diálogos que el Dr. Michael Knipper y Verena Dannhardt, de la Universidad de Giessen, Alemania, tuvieron conmigo para elaborar un capítulo titulado "Treinta años de cirugía en la Amazonía Ecuatoriana. Las experiencias del Dr. Manuel Amunárriz y la Medicina Intercultural", como parte de la obra *Salud e Interculturalidad en América Latina. Prácticas Quirúrgicas y Pueblos Originarios*, coordinada por el Dr. Gerardo Fernández Juárez, y que se publicó en el año 2009.

Trascribo este texto, casi íntegro, con la finalidad de concretar algunos criterios que han conducido la actuación del Hospital Franklin Tello.

"[Pregunta] Dr. Manuel Amunárriz, ¿qué experiencia ha tenido en el ejercicio de la cirugía con pacientes indígenas? ¿Cree Ud. que hay rechazo de parte de pacientes y familiares indígenas frente a la medicina occidental y la cirugía?"

[Respuesta] Conozco estas discusiones. Pero yo creo, personalmente, que en este campo teorizamos demasiado sobre la incompatibilidad entre la medicina occidental y la cultura indígena. Hay que pensar más bien en las actividades previas: el trato bueno y respetuoso a la gente y el buen servicio. La gente reacciona según el trato que les damos. Si hay respeto, reaccionan de la misma manera. Eso es lo más fundamental, lo que no debe pasarse por alto.

A lo largo de todos los años que llevo trabajando aquí, en Nuevo Rocafuerte, a mí nunca se me ha planteado el problema cultural. Nunca he tenido problemas de este tipo a pesar de haber tratado y operado a un gran número de pacientes indígenas. Se me han presentado, por ejemplo, muchas emergencias que precisaban intervenciones quirúrgicas. Eran pacientes con traumatismos y fracturas, o mujeres con complicaciones de parto. Me acuerdo muy bien, por ejemplo, de un hombre de la etnia waorani, un grupo que vive todavía muy aisladamente en las cabeceras del río Yasuní. Se trataba de uno de los líderes del grupo y sufría de una hernia inguinal encarcerada con necesidad urgente de operarla. Llegó al hospital en un helicóptero de la compañía petrolera que trabajaba en la zona de las cabeceras del río Yasuní, y que para aquellas fechas ya había establecido contactos importantes con el grupo waorani ubicado en esta región. Tuvimos que programar, con cierta urgencia, una intervención quirúrgica y me llamó mucho la atención la naturalidad y la confianza que manifestó el enfermo en todos los momentos. Sin embargo, no fue tampoco la primera vez que nos veíamos. Para entonces yo había visitado muchas veces ya su comunidad y conocí a todos los miembros del grupo. Además, ya había hospitalizado a algunos de ellos para intervenciones quirúrgicas, familiares del paciente, en al menos dos ocasiones: en una ocasión fue para recomponer estéticamente un pabellón auricular lacerado por los adornos tradicionales con las cuales suelen perforar los lóbulos de sus orejas (discos de madera, por ejemplo), y en la otra para drenar un gran absceso inguinal. Una chica joven del mismo grupo incluso vivió varios meses dentro del hospital por causa de una tuberculosis. No hablaba casi castellano, pero una de nuestras enfermeras colombianas, la hermana Laura, que sabe hablar la lengua waorani, se comunicaba con facilidad con la enferma. Y cuando llegaban los familiares a visitar se hospedaron en una casa de huéspedes de la misión, porque no tenían otro lugar para quedarse en el pueblo.

Creo, sin embargo, que el problema de fondo es más complejo y que además hay que distinguir la cirugía y las emergencias de otras enfermedades y situaciones terapéuticas. Por un lado, he visto una gran apertura para aceptar procedimientos médicos occidentales en situaciones de emergencia. Además, en el mundo quirúr-

gico tenemos la ventaja de que nuestro concepto de enfermedad es “corporal” en el sentido de que en muchos casos el problema del cuerpo es claramente visible. Una fractura, un corte por machete o una hemorragia postparto son manifestaciones objetivas de enfermedad. Y la intervención quirúrgica tiene resultados de inmediato e igualmente visibles. Algo parecido ocurre con muchas enfermedades tropicales donde se puede identificar y hasta ver el agente causante, por ejemplo el parásito en el caso de la Malaria (*Plasmodium*) o los huevos del parásito en el esputo del enfermo por Paragonimiasis. Y con la bacteria o el parásito se identifica claramente el blanco preciso de la actividad terapéutica. Por eso, siempre cuando la ocasión se presenta, les muestro en el microscopio los parásitos que causan la enfermedad. Más difícil es la situación en enfermedades con patologías del área de la medicina interna, que a veces son muy compleja y, sobre todo, en enfermedades crónicas y mentales.

Pero bien, cuando estamos con pacientes indígenas, el tema de los conceptos de enfermedad y salud tiene también esa otra dimensión, que es la diferencia fundamental entre los pensamientos de la medicina científica – basada en la biología y las demás ciencias naturales – y los conceptos de magia, para decirlo así, que atribuyen la enfermedad a la maldad y la chonta pala mandada por un *yachak*. Yo tengo la impresión de que la gente está preguntándose frecuentemente cuál de ambas visiones está más cerca de la verdad.

Me acuerdo, por ejemplo, del caso de un paciente de la nacionalidad Naporuna, Don Ignacio. Era un hombre muy conocido y uno de los líderes más experimentados de las comunidades Kichwa. Pero resulta que durante una minga (trabajo comunitario) en su comunidad le surgió un problema grave con un *yachak*. Discutían fuertemente y al final el *yachak* le amenazó con mandarle una maldad. Al día siguiente, Ignacio, de hecho, se puso bastante mal, con un dolor insoportable en el pecho izquierdo y en la espalda, acompañado por un malestar general y fiebre fuerte. Lo primero que pensó fue que el *yachak* le hubiese hecho lo que el día anterior le había anunciado. Así me lo contó después. Por lo tanto fue a hacerse ver por otro *yachak*, que vivía un poco más abajo de Pañacocha, casi a la mitad de camino entre Coca y Nuevo Rocafuerte por el río Napo. Ése le examinó y tomó su ayahuasca, pero no logró curarle. Dijo que el otro le había clavado dos cachos de venado en la espalda y que estos eran lo que le hicieron estar tan mal. Y que, además, fuesen tan fuertemente puestos que él no fuese capaz de removerlos. Como el estado de Ignacio empeoró, sus familiares decidieron ir al hospital para ver lo que podía hacer un médico. Lograron conseguir una canoa a motor y gasolina suficiente para llevarle los 120 kilómetros a Nuevo Rocafuerte. Así, Ignacio llegó al hospital muy nervioso, diciendo que se encontraba fatal y que no sabía qué le estaba pasando. Examiné el bulto y desde mi punto de vista, tenía el aspecto de un proceso inflamatorio. También los parámetros hematológicos (con 20.000 leucocitos y una velocidad de sedimentación muy acelerada) confirmaron sin duda alguna un cuadro infeccioso agudo según el entendimiento médico occidental. Al día siguiente, la piel a nivel de la escápula izquierda se puso tensa y parecía que existía una colección líquida. Una punción permitió localizar una bolsa de pus amarillo verdoso. Un drenaje quirúrgico en la misma región confirmó la

existencia de un enorme absceso. Con este tratamiento y antibióticos, Ignacio se recuperó poco a poco. Pasando algunos días, el paciente se encontraba sin fiebre y sin pus en la cavidad drenada. Finalmente, se curó por completo. Sin embargo, la explicación infecciosa de su enfermedad le dejó con dudas. ¿Qué fue lo que de verdad le había ocurrido? Cuando luego conversábamos, Ignacio reflexionó que el dolor y la amenaza del *yachak* le hacían pensar “como pensamos siempre nosotros”, es decir, que la enfermedad surgió por la actividad de alguien que no le quería y que por eso le había metido el mal en forma de dos cachos de venado en la espalda. Es la coexistencia de esos dos conceptos muy diferentes de enfermedad – lo orgánico y lo mágico, para decirlo así –, que es el continuo interrogante también para los mismos indígenas. Con eso hay que vivir aquí. Y la misma gente, a veces, rechaza a los *yachak* por tanto mandar maldades, les tiene desconfianza y, en ocasiones, los matan de verdad. Hubo varios casos de *yachak* que han sido asesinados porque la gente les acusaba de mandar maldades para matar o hacer enfermar a la gente.

[P] Por mucho tiempo, la gran mayoría de los médicos occidentales pensaba que, con la presencia de la medicina moderna, los conceptos y prácticas tradicionales iban a perecer. Pero ahora vemos que la situación es diferente y que hay una convivencia de concepciones acerca de salud y enfermedad que a primera vista parecen ser contradictorias y mutuamente excluyentes. El ejemplo de Don Ignacio y de sus familiares, que decidieron ir al hospital a pesar de saber que la enfermedad fue causada por una maldad, lo demuestra de manera impresionante. Incluso las dudas y la desconfianza respecto a algunos *yachak* reafirman este hecho, porque comprueban la importancia que tienen estas concepciones en la vida de la gente. ¿Cómo se puede vivir como médico con esta situación, sobre todo como un médico que se identifica plenamente y por convencimiento con las ciencias naturales y la medicina occidental?

[R] Una actitud fundamental es respetar la decisión del paciente y de su familia y la opción que ellos deciden tomar. Y, al mismo tiempo, expresar, si la ocasión te ofrece una oportunidad, la manera personal de entender el problema que padece el enfermo. Este proceso repetido una y otra vez permite a los habitantes de la región establecer un discernimiento personal que les ayude a progresar en el conocimiento de las causas y procesos patológicos y un acercamiento progresivo a la realidad que marcan los procesos biológicos humanos. Un tema íntimamente ligado con este interrogante es, además, la relación que se establece entre *yachak* y médicos occidentales. Esta relación requiere tiempo y una actitud fundamental de respeto mutuo. Yo considero que el nivel de relación está en la base del aprecio mutuo y presupone una actitud fundamental de valoración positiva de las personas que ejercen la medicina indígena tradicional. Yo he tenido pacientes que primero han estado conmigo y después han sido llevados para que el *yachak* los trate. En otras ocasiones fueron primero al *yachak* y posteriormente vinieron al hospital.

[P] ¿Entonces, la orientación exclusiva y explícitamente “occidental” del hospital no excluye la cooperación con los *yachak*?

[R] Así es. Es una de mis más íntimas satisfacciones comprobar que mis relaciones con los *yachak* de la región han sido excelentes. Algunos de ellos han sido hospitalizados y tratados en nuestro hospital, naturalmente por patologías que ellos llamarían patologías del cuerpo. En algunas otras ocasiones me han llamado para atender, en sus propias casas, a familiares cercanos a ellos mismos. Creen que el médico occidental, en mi caso, tiene su propia sabiduría y su territorio de acción y en éste se fían de él y confían en él. He tenido pacientes que han sido enviados por los mismos *yachak* para que el doctor del hospital complete el tratamiento.

[P] En torno a los esfuerzos actuales para desarrollar estrategias interculturales en salud, una de las propuestas más fuertes es la inclusión de agentes de los que ejercen la llamada “medicina tradicional” dentro de las instituciones sanitarias. En Rio-bamba, por ejemplo, existe un hospital que además de ofrecer servicios de medicina occidental y odontología tiene un área de medicina tradicional (con *yachak* y partes tradicionales) y un área de medicina alternativa y complementaria (homeopatía, osteopatía etc.). ¿Qué opina Usted de la idea de mejorar la atención médica para poblaciones indígenas a través de la inclusión de agentes de la medicina tradicional en las instituciones sanitarias? ¿Hubiera sido útil, por ejemplo, tener a un *yachak* dentro del hospital de Nuevo Rocafuerte para atender a los pacientes indígenas?

[R] Yo considero que la persona tiene que ser sincera y consecuente con sus propios conocimientos y como médico no debe dar pie a una confusión en la mente de los pacientes. Aun admitiendo que, en ocasiones, los conocimientos de los *yachak* son muy importantes, su concepción de la enfermedad parte de una base mágica, que permite interpretar la enfermedad desde un nivel diferente de conocimientos de la realidad del universo y de la persona humana. En conjunto con grandes sabidurías hay enormes ignorancias interpretativas y, lo que es un aspecto fundamental, la admisión de un poder activo de la persona para hacer el mal a sus semejantes. La medicina occidental, si bien ha permitido hasta hoy importantes lagunas en sus conocimientos y acciones, ha penetrado en niveles más profundos de la realidad humana. Nosotros no debemos crear una imagen falsa ante los pacientes de que ambas concepciones tienen el mismo nivel de validez. Ayudamos, si somos honestos, en la interpretación de la enfermedad y en los métodos terapéuticos que creemos deben emplearse. Al mismo tiempo debemos dejar a la decisión de cada cual escoger el camino de su curación. Pero todo esto se entorpece si, en el mismo centro de salud, se alternan concepciones muy diversas de la enfermedad y métodos que nacen de ambas concepciones.

Además, hay que distinguir también dentro de las prácticas tradicionales. No tenemos problemas, por ejemplo, cuando desean aventar a un paciente con hojas aromáticas. Un grupo de unas pocas personas ventila con manojos de hojas encima del enfermo que se supone que sufre por un mal viento o un mal aire. Lo sabe hacer mucha gente y no se precisa tampoco de un *yachak*. Es una práctica muy común y ya me lo han hecho incluso a mí cuando estaba de visita en una comuna y me encontré mal. Es agradable aunque no puedo, desde mi punto de vista, determi-

nar un efecto terapéutico concreto. Tampoco tenemos problemas, como ya dije, en colaborar con los *yachak* fuera del hospital. Muy al contrario, y me parece que la gente lo sabe. Respetamos su decisión cuando desean hacerse ver por un *yachak*, y no ha habido mayores problemas hasta ahora en coordinarlo. Sin embargo, lo que no se debe permitir es que, dentro del hospital, se apliquen prácticas que afirman una explicación mágica de la enfermedad y, sobre todo, que una enfermedad es una maldad causada por otra persona a través, por ejemplo, una chonta pala. Eso no se debe permitir, porque aceptaríamos que se declare culpable de una enfermedad, o hasta de la muerte de un paciente, a otra persona, o una familia entera que a lo mejor ni sabe de ello y que, de repente, se ve implicada en un conflicto terrible.

[P] ¿Y en el hospital, el *yachak* de repente formaría parte en uno de estos conflictos...?

[R] Tal vez podría hasta llegar a este extremo. Por eso es necesario mantener una posición clara. Fuera del hospital hay que respetar a los *yachak* porque forman parte importante de la vida de la población. Pero, dentro del hospital, el *yachak* no debe tener cabida. Tienen lados positivos y negativos. No se debe tampoco romantizar el mundo y la cultura indígena. No todo es bueno dentro de la cultura indígena, tal como ocurre en la cultura occidental.

[P] ¿Pero, no sería posible incluir en los servicios del hospital los aspectos positivos de la sabiduría y de las prácticas de los *yachak*? ¿No sería esto también una manera para promover los aspectos positivos y útiles de la medicina tradicional, tal como lo pretende, por ejemplo, la política oficial de la Organización Mundial respecto a las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias? En los centros donde shamanes y curanderos tradicionales como los *yachak* ya están institucionalmente integrados, por lo menos oficialmente, no ejercen prácticas maléficas, sino ofrecen diagnósticos y tratamientos orientados exclusivamente hacia la curación de los pacientes.

[R] Eso no se puede distinguir. Lo técnico no es lo esencial de un *yachak* y de su sabiduría. Lo fundamental es que el diagnóstico se realiza a través de tomar la ayahuasca para determinar la causa de la enfermedad o la muerte, y quién ha realizado la acción maléfica que ha provocado esta enfermedad. Esta concepción de la salud y la enfermedad supone en ocasiones un elemento disgregador de la armonía comunitaria.

[P] Otro tema muy importante es la atención al parto. En el hospital de Nuevo Rocafuerte hay una sala de partos y Ud. antes ya ha mencionado que entre las emergencias atendidas que exijan procedimientos quirúrgicos, muchos han sido complicaciones de parto. ¿Cómo es la atención al parto en el hospital de Nuevo Rocafuerte? ¿Practican el parto vertical, que es conocido como la forma tradicional de las mujeres indígenas para dar a luz en el entorno familiar y que además es promovido actualmente como elemento importante de la medicina intercultural?

[R] Debido a la escasa densidad poblacional y las distancias, el porcentaje de partos en el hospital no es muy grande. Normalmente, las mujeres dan a luz en sus casas, asistidas por familiares. Además, en algunas áreas de esta amplia zona amazónica existen parteros o parteras de fama que atienden la mayoría de los partos de la re-

gión. En mi mente quedaron grabadas dos personas relacionadas con este tema. Una es una señora de una comuna en el río Aguarico, con la que conversaba en uno de mis viajes mientras atendía a una joven que iba a dar a luz. Me dijo que nunca había conocido un problema de parto imposible por presentación transversa y mano visible, y comentábamos la urgencia que este cuadro ofrece con la necesidad ineludible de una cesárea urgente. Esa misma noche me llamaban de urgencia porque, exactamente, eso era lo que estaba ocurriendo con la parturienta. Tuvimos que organizar una evacuación en plena noche hasta la ciudad de Lago Agrío y se llegó a tiempo para una cesárea que salvó a la madre y al niño. El otro caso ocurrió en Yuturi, con un parto de nalgas y enclavamiento de cabeza en pubis que fue magistralmente resuelto por un partero mestizo de Pañacocha, ante la mirada sorprendida de un médico alemán que visitaba la casa donde ocurría ese grave problema obstétrico.

Hoy en día existe un número importante de mujeres jóvenes indígenas que vienen a nuestro hospital para sus controles periódicos de embarazo y para el parto. Muchas mujeres también realizan planificación familiar y aceptan el parto asistido. No hacemos parto en posición vertical en nuestro hospital. Excepcionalmente se dan pequeñas resistencias, aunque, como suelo explicar a las mujeres el sentido de la posición horizontal, en general no hay problemas. Les explico que es para poder intervenir mejor cuando haya necesidad. Y ya hemos tenido a lo largo de todo el tiempo de mi estancia en Nuevo Rocafuerte varios casos de complicaciones muy graves, de partos distócicos que han requerido intervenciones urgentes como cesáreas, histerectomías por rupturas uterinas o por hemorragias post partum incoercibles.

El tema del parto vertical, sin embargo, lo veo como un punto muy politizado. Hoy, la sociedad política está tratando de conseguir aceptación en el mundo indígena y presentan muchas cosas de las cuales yo creo que ni ellos están muy convencidos, para conquistarles. Lo importante es ofrecer una práctica médica respetuosa con la gente y de calidad, y no depende tanto de la una u otra técnica asistencial específica.

[P] A primera vista, la situación de la atención médica brindada en el hospital de Nuevo Rocafuerte a pacientes indígenas parece contradictoria. Por un lado, es un hospital completamente comprometido con la medicina occidental, donde lo que hoy en día se entiende como aspectos importantes de la cultura indígena en el área de la salud (como la presencia de agentes o prácticas tradicionales) está completamente ausente. A parte de la colaboración con el proyecto local de medicina comunitaria de la Asociación de Promotores de Salud Naporuna Sandy Yura, no hay ningún acercamiento explícito a la cultura de los diversos grupos indígenas locales. Por el otro lado, vemos, sin embargo, la gran aceptación del hospital entre la población indígena. ¿A qué se debe, desde su punto de vista, esta situación?

[R] Hay dos factores que podrían explicar esta aceptación. El primer punto es que llevamos mucho tiempo aquí y en las comunidades indígenas me conocen. Saben que yo formo parte del entorno real y que respeto este mundo amazónico. Me han visto visitarles en sus casas, atenderles en sus problemas, compartir sus alegrías y sus sufrimientos. Creo que se nota que en este mundo me encuentro a gusto y

formo parte de él, aunque procedo de otro y tengo como humano mis limitaciones: hablo muy poco su lengua, por ejemplo, y no soy capaz de tomar grandes cantidades de su chicha, pero perciben el afecto y el aprecio. Lo mismo es el caso de las hermanas que llevan el servicio de enfermería del hospital. Vivimos aquí desde muchos años y conocemos personalmente a todas las comunidades y a todas las familias y personas de la ribera. Generalmente sabemos quién es cuando un paciente llega a la consulta, sabemos de dónde es, conocemos su nombre, o al menos el de su familia, y muchas veces las historias anteriores de él o de los suyos. A pesar de llevar el hospital según las normas de la medicina occidental tenemos una relación cultural muy estrecha con la gente de la ribera. Por otra parte, el mundo indígena actual participa – para bien y para mal – de un hondo proceso de intercambio cultural y una adaptación a un mundo procedente de otras zonas del Ecuador: existe un proceso profundo de cambio socio-cultural y un aprendizaje de adaptación a estos cambios. Su mente es flexible y capaz de valorar algunos aspectos positivos que tiene la medicina occidental, mientras se interrogan si todo lo que ofrece el mundo de la medicina tradicional es oro de ley. En definitiva, la cercanía humana permite sobrepasar muchas fronteras.

[P] ¿Podría decirse que en el hospital de Nuevo Rocafuerte, donde oficialmente la cultura indígena está más bien ausente, Esta sí tiene espacio para ser vivida por la gente? Es decir, que la gente – pacientes y familiares – aceptan el hospital, entre otras cosas, porque saben que pueden seguir viviendo su vida “normal” de indígenas y que no tienen que prescindir de aspectos esenciales como es, por ejemplo, la relación con la familia y con su ambiente social, hablar su idioma y comer una comida apreciada. El mismo hospital es muy diferente al mundo indígena, pero parece que lo deja entrar según las necesidades y prioridades individuales de cada paciente. ¿Qué opina de ese punto?

[R] Creo que lo que se afirma en la pregunta es cierto: el mundo indígena no se encuentra tenso en nuestro mundo interno hospitalario. Nos gusta mantener los criterios que dirigen el hospital, al mismo tiempo que intentamos acomodarnos a circunstancias especiales que surgen en casos concretos. Para que los pacientes se sientan en su entorno habitual ofrecemos, por ejemplo, que un familiar se quede con él en la clínica como acompañante. El resto de las personas o quienes vienen de lejos si necesitan se hospedan en casas de personas conocidas de la población o de las comunidades indígenas cercanas. Es evidente, además, que pueden seguir hablando su lengua materna y, siempre cuando haga falta, hay interlocutores para que expliquen a aquellos pacientes con dificultad de entender el castellano lo que sucede y lo que tienen que saber con respeto a su enfermedad. Así la vida “normal” puede ser vivida bajo las circunstancias extraordinarias del hospital y también adaptada a la medicina occidental. Sabiendo, por ejemplo, que en la cultura indígena es muy importante morir en su propia casa, apoyamos a los pacientes y a sus familiares en esta decisión. No tenemos tampoco problemas para utilizar nuestra ambulancia, un deslizador potente, y llevar a los pacientes terminales a su casa. Y, si desean llevar al paciente al *yachak*, les damos total libertad para que ellos mismos lo decidan.

Estoy recordando la llegada de una mujer shuar, en fase terminal, tras recorrer durante meses varios centros de terapias indígenas, siempre interpretada su patología como una acción maléfica que superaba el poder de los *yachak* y que había hecho gastar grandes sumas de dinero a la familia. La baciloscopia mostraba enormes cantidades de bacilos de Koch, el germen causante de la Tuberculosis, y la paciente fallecía a las pocas horas. Dejé mi papel de médico y me convertí en la persona que tomó la lancha rápida del hospital, viajamos directos a Coca con el cadáver de la señora y su marido, y de allí en una furgoneta a la comunidad de la vía Aucas donde vivía la familia de la mujer fallecida para que la velaran y enterraran entre los suyos.

A veces, manejar todo este mundo cultural se convierte en un arte lleno de matices, que solo la larga permanencia ayuda a poderlo realizar. Esta red de relaciones sociales llega hasta Quito mismo si hay que trasladar un paciente hasta la capital. Muchas veces la distancia es un gran problema para los familiares y la infraestructura les ayuda en los procesos difíciles. Existe una casa de enfermos del Vicariato, donde se les recibe a bajo costo y se les ayude en las gestiones hospitalarias. Mientras se realizan estos largos procesos los contactos con las familias se estrechan y unos y otros aprendemos el delicado arte de las relaciones interculturales.

[P] Para establecer esta relación cultural estrecha, ¿qué influencia piensa tener el hecho de que usted además de médico es sacerdote?

[R] Yo creo que los pacientes todavía me tienen más confianza. Nunca me echaron en cara un fracaso quirúrgico. Algunas veces también los pacientes se me han quedado muertos en el quirófano, pero nunca se me ha culpado. Hemos sufrido juntos y hemos llorado juntos por estos pacientes. Son momentos difíciles y duros, pero unas relaciones cercanas y de aprecio mutuo ayudan a soportarlos en un clima de familia, sin recriminaciones mutuas.

[P] Después de tres décadas trabajando con pacientes indígenas en la Amazonía, ¿qué piensa: ¿ha cambiado su actitud frente a los aspectos culturales de salud y enfermedad, y las actitudes a veces difíciles de entender de los indígenas en caso de enfermedad?

[R] Sí, porque existe una evolución en el proceso cultural de estos pueblos indígenas amazónicos, imparable, como consecuencia del proceso de globalización que también ocurre en nuestro mundo ecuatoriano. Participar en este proceso y ayudar a que se realice con el menor impacto traumático es una tarea difícil y hermosa, sujeta continuamente a errores, por otra parte inevitables. Además, el aspecto personal: vivir un mundo nuevo y diferente es para uno mismo sumamente enriquecedor. Amplía los horizontes, enseña a distinguir entre lo esencial y lo accidental en el amplio campo de las realidades humanas, sociales y también éticas. Simplifica la vida y aprendes a ser feliz con pocas cosas. Qué duda cabe que quien escoge un tipo de vida entre pueblos culturalmente diferentes se aproxima a una enorme fuente de enriquecimiento humano y espiritual.

[P] Para terminar, nos gustaría preguntarle por factores favorables para que la medicina occidental en general, y la cirugía en particular, lleguen a los pacientes indígenas y para que sea aceptada. ¿Qué habría que hacer para mejorar la atención sanitaria en ese sentido? ¿Cuál es la lección de Nuevo Rocafuerte?

[R] Es muy difícil dar una respuesta precisa a esta pregunta. Lo primero sería mejorar las infraestructuras de salud en puestos distantes; fortalecer los equipos humanos con estímulos adecuados que favorezcan la permanencia suficiente en el medio hasta llegar a poder valorarlo y establecer relaciones humanas de mutuo aprecio. Lograr eso ya significaría mejoras sustanciales. Aunque existe una tarea básica que habría que intensificar en la educación general de la población ecuatoriana, no solamente en el campo de la salud: aprender a reconocer el valor de la variabilidad en los grupos humanos, en las costumbres de los diversos pueblos y sus culturas y, sobre todo, a reconocer que cada persona, por el hecho de serlo, tiene un valor esencial, por encima de sus diferencias.



# Capítulo 4

## Encuentros interculturales A modo de conclusiones





Terminada la entrevista, es preciso proceder a reflexionar sobre el significado que tiene el testimonio del Dr. Manuel Amunárriz para los esfuerzos actuales de mejorar la atención sanitaria de poblaciones indígenas a través de estrategias interculturales. Dependerá de la perspectiva, del trasfondo de experiencias personales y de los intereses específicos de cada uno, qué punto (o qué puntos) entre todos los que en la entrevista han sido incitados le llama la mayor atención, y cómo lo evaluará – entre afirmación, entendimiento y tal vez rechazo del uno u otro argumento. Sin embargo, para sistematizar esta reflexión, presentamos algunas líneas de análisis que durante de las entrevistas y la cooperación con Manuel Amunárriz emergieron y que serán presentadas aquí a modo de conclusiones por parte de los entrevistadores.

Las observaciones y argumentos del médico y sacerdote Dr. Manuel Amunárriz que se resumen en esta entrevista, se basan en una experiencia personal muy particular. Reflejan, primero, tres décadas de presencia activa y entregada al servicio médico y quirúrgico en una zona remota de la Amazonía del Ecuador. Ofrecen una riqueza de experiencias excepcional que concede a sus palabras un peso y una autoridad peculiar. Más aún, porque su juicio es independiente del vaivén de las diferentes políticas sanitarias que en las últimas décadas buscaban de una u otra manera adaptar los servicios sanitarios a las condiciones geográficas, socioculturales y económicas presentes en Esta y regiones parecidas. Amunárriz llegó a Nuevo Rocafuerte antes del auge de la Atención Primaria en la década de la Declaración de Alma Ata (1978) y siguió cuando, por ejemplo, en 1980 un ambicioso proyecto de salud comunitario auspiciado por el gobierno alemán (occidental) quebró por un conflicto de trasfondo político entre los médicos extranjeros y el gobierno central. Vio y acompañó a cooperantes, médicos y estudiantes nacionales y de muchos países y organizaciones que llegaron con diversos proyectos, ideas y estrategias en su equipaje para, temprano o tarde, irse otra vez -uno de los autores de este texto incluido-. Algunos regresaron, otros desaparecieron para siempre. Pero Manuel Amunárriz siguió en Nuevo Rocafuerte y, a excepción de varios años después de 1994, se quedó atendiendo – y últimamente también enseñando a estudiantes y médicos rurales – en el Hospital Franklin Tello.

¿Qué significado puede tener, pues, esta experiencia muy particular del médico y además sacerdote Manuel Amunárriz para otros contextos? ¿Cuáles pueden ser las conclusiones para instituciones, por ejemplo estatales o para médicos y profesionales de salud seculares, que posiblemente no disponen de tanto tiempo y el mismo apoyo institucional como Manuel Amunárriz? ¿Cuáles pueden ser, finalmente, las lecciones para las reflexiones actuales acerca de la medicina intercultural en el Ecuador y a nivel internacional?

El primer punto que cabe mencionar se refiere a la estabilidad institucional como base fundamental para un trabajo médico adaptado al ambiente socio-cul-

tural de una región como la cuenca del bajo río Napo en Ecuador. Es evidente que Manuel Amunárriz desarrolló sus actividades en un contexto privilegiado: tenía el apoyo institucional duradero del Vicariato Apostólico de Aguarico, tanto para el hospital como para él. En cooperación con las instituciones públicas competentes (municipales, provinciales y nacionales), el compromiso sostenible del Vicariato con el hospital garantizó una estabilidad por décadas, la cual es imprescindible para crear y mantener relaciones sociales de confianza entre la población y el hospital con sus empleados. Conocer bien a la población y estrechar lazos con los habitantes y especialmente con los agentes de la "medicina tradicional" (por ejemplo con los *yachak* en el caso de los Naporuna), precisa de mucho tiempo, paciencia e interés sincero, más allá de lo exótico y del folclor.

Otra ventaja que resulta del apoyo institucional del Vicariato es el buen estado físico y el buen equipamiento del hospital, que le concede una gran capacidad resolutive. Este punto es igual de importante para pacientes y personal, para satisfacer las necesidades y prevenir frustraciones en ambos lados. Además, el Vicariato ha facilitado el vínculo institucional y simbólico con un gran proyecto regional de atención primaria de la salud, con médicos que vivían y trabajaban dentro de las comunidades de la ribera y que, como los doctores Javier Aznárez, Miguel San Sebastián e Isabel Goicoilea, dejaron constancia del compromiso de esta institución con los habitantes de esta zona. Finalmente, a través del Vicariato el hospital ha sido y está integrado en un sistema mayor de comunicación, transporte y asistencia. En caso de necesidad, pacientes pueden ser transferidos para servicios médicos especializados del más alto nivel por ejemplo en Quito, facilitando el Vicariato (con ayuda de instituciones afines como las ONGs de salud regionales Sandi Yura y FUSA con sede en Coca) tanto el acceso a los centros sanitarios indicados como asistencia logística para el transporte y el mantenimiento de la comunicación entre el paciente y sus familiares. Estos incluso pueden ser hospedados en una casa de enfermos y familiares en la capital. Resumiendo: el contexto institucional particular facilita las condiciones imprescindibles para que un hospital con servicio quirúrgico pueda ser integrado social y culturalmente en una región como el bajo río Napo ecuatoriano. Sin enfocar explícitamente aspectos particulares de las culturas indígenas de la zona, los factores institucionales aquí mencionados hacen posible que valores principales de la vida tradicional indígena puedan ser respetados: primero, el contacto personal y una relación social con los proveedores de los servicios sanitarios (entre ellos el médico) que no se limite a temas y ocasiones estrictamente profesionales; y segundo, la posibilidad de acompañar al familiar enfermo dentro del hospital hasta en el caso extremo de la necesidad de una transferencia a un centro sanitario lejano, por ejemplo en la capital. Resulta que el hospital ya no es el sitio anónimo, cerrado y amenazante que se conoce de otros lugares, ya no es el temido "lugar donde la gente va a morir" (Fernández Juárez 2006). Sino es una

institución abierta en la cual la vida indígena no es ajena y que permite mantener los lazos sociales y familiares tan importantes para el bienestar y la buena vida (*alli kausay* en Kichwa), que son especialmente importante en caso de enfermedad y situaciones percibidas por pacientes y familiares como cercanos a la muerte. Si bien es verdad que en el caso concreto de Nuevo Rocafuerte la institución auspiciadora es la iglesia católica a través del Vicariato Apostólico de Aguarico, los mismos principios y la misma estructura también podrían ser realizados por otras entidades, y en primer lugar, por las instituciones gubernamentales competentes.

El ejemplo de Manuel Amunárriz indica que seguridad y apoyo institucional, tiempo, voluntad y respeto, son requisitos básicos para realizar una práctica médica con comunidades indígenas, en la cual, al final, la cirugía es un procedimiento más. Sin embargo, hay factores más específicos, relacionados sobre todo con las concepciones, sabidurías y prácticas autóctonas acerca de la enfermedad humana. En la entrevista con Manuel Amunárriz, la diferencia sustancial entre la visión y los conocimientos propios del médico y los conceptos indígenas – y en especial de los *yachak* – ha quedado claramente demostrada. Hasta hay un rechazo rotundo de colaboración dentro del ambiente hospitalario, por considerar aspectos sustanciales de la sabiduría de los *yachak* inaceptables. No se está dispuesto a aceptar un pensamiento que atribuye la enfermedad y hasta la muerte a la influencia mágica de parte de otros humanos, por razones tanto éticas como epistemológicas. El hospital opta, por lo tanto, por mantener una delimitación nítida entre el mundo de los *yachak* y la medicina occidental. No obstante, es capaz de aceptar la importancia de tales concepciones y prácticas para sus pacientes y familiares, demostrando, no solo respeto, sino hasta apoyo activo a aquéllos que desean consultar un *yachak* a continuación del tratamiento hospitalario. A pesar de reconocer las diferencias culturales abiertamente, y de defender con rigor la perspectiva y los conocimientos médicos occidentales, en la práctica hay colaboración. Hay referencia y contrarreferencia de pacientes entre médico y *yachak*, y se constata que hay *yachak* que se hacen curar y operar dentro del hospital.

Lo que pueda parecer una contradicción es parte de lo que tal vez es la clave de la experiencia del Hospital Franklin Tello y de su director, Manuel Amunárriz: no hay choque cultural, porque los aspectos culturales más importantes para la práctica sanitaria probablemente no son los conceptos teóricos acerca de salud y enfermedad o técnicas y procedimientos particulares de terapia, sino los valores sociales que definen si el encuentro y la relación establecida entre dos personas es considerado por cada una de ellas agradable o no, amenazante o no, si inspira confianza o si no lo hace. En lo que a los conceptos de enfermedad y la competencia específica de médicos, *yachak*, y otros actores se refiere, parece que es muy acertado suponer, junto con Manuel Amunárriz, que cada uno tiene su propio terre-

no de acción: el cirujano no tiene acceso al mundo de los supay, de los malagris y de la chonta pala. Ningún médico será capaz de explicar a sus pacientes indígenas la última razón por la cual una enfermedad apareció y tal vez amenazó la vida de un ser querido. Al mismo tiempo, ningún *yachak* sabe eliminar los parásitos que bloquean el tubo intestinal o drenar un absceso y prevenir una infección generalizada y probablemente mortal de un paciente como Don Ignacio. Los terrenos de acción son diferentes y, por eso, no tiene por qué haber conflicto. Y el respeto para la libertad de decisión del paciente es una de las virtudes esenciales de la profesión médica en general.

Al fin y al cabo, el desafío de la interculturalidad en el campo de la salud se desprende del hecho de que la atención médica siempre representa una interacción social entre dos o más individuos, de los cuales cada uno tiene su trasfondo cultural particular. Sin embargo, éste nunca es estable, sino cambia con el tiempo y con las experiencias ganadas o sufridas por cada individuo. Incluye conceptos acerca de salud, enfermedad y recursos terapéuticos que, de hecho, suelen ser íntimamente relacionados con la concepción peculiar del mundo y del ser humano de cada persona. Sin embargo, fuera de contextos profesionales son inconstantes y, más allá de los valores básicos, son flexibles y solo escasamente definidos, también porque la enfermedad y el sufrimiento implican impulsos fuertes hacia la acción y el pragmatismo para conseguir alivio. De este modo, la medicina occidental y la cirugía ya han entrado profundamente en el repertorio de pensamientos, recursos y actividades de la mayoría de los habitantes indígenas de la zona de Nuevo Rocafuerte. En los años de la ausencia temporal de Manuel Amunárriz, después de 1994, cuando el hospital estaba de vez en cuando sin servicio, se notaba fuertemente la carencia de esta opción curativa: el campo de acción específico y apreciado del hospital fue temporalmente abandonado y no pudo ser compensado por otros actores o instituciones. La percepción de la misma depende tanto de su calidad, eficacia y la satisfacción que en la práctica ofrece a las necesidades de los usuarios, como de los valores y concepciones básicas particulares acerca de vida, enfermedad y muerte. Los pacientes indígenas no dejan de pensar en la chontapala cuando se acercan al médico, ni dejan de percibir las dinámicas del "samay" del paciente ingresado con neumonía y conectado a suero y oxígeno. El arte del médico consiste, en estas situaciones, en acercarse de verdad al paciente y sus familiares, y a sus percepciones y prioridades en esta situación (Kleinman/Benson, 2006).

Al preguntarle por las conclusiones generales que se podría sacar de sus largos años de asistencia médica y quirúrgica para poblaciones indígenas en el hospital de Nuevo Rocafuerte, Manuel Amunárriz tardó en contestar. Se demostró medurado en dar consejos de tipo general. Probablemente, una de las razones por abstenerse de dar algo como una "lección" de sus experiencias para enriquecer

los debates actuales acerca de la medicina intercultural fue que los puntos que iba a señalar le parecerían poco antropológicos y, sobre todo, poco originales. Porque, lo que al final dijo y lo que siempre solía emerger de nuestras conversaciones como las condiciones fundamentales para que servicios de medicina occidental y cirugía sean útiles para la población indígena, han sido temas que, a primera vista, parecen más bien sencillos: el primer punto es – siempre – la calidad de la atención brindada, tanto en términos técnicos, como sociales y humanas. Hay que ejercer una buena medicina que ofrece soluciones a los problemas médicos de la gente y demuestra un interés serio tanto en las personas como en su enfermedad y sufrimiento. El segundo punto es la estabilidad institucional mencionada arriba, sin la cual ni el personal ni los pacientes puedan llegar a conocerse y tal vez apreciarse mutuamente. Y, finalmente, la capacidad de percibir y entender las necesidades y el punto de vista particular de pacientes y familiares (no solo) indígenas por parte del personal sanitario y los responsables al nivel administrativo y político. Son tres puntos de verdad poco originales, pero el ejemplo de Nuevo Rocafuerte indica con claridad lo que significa tomarlos en serio y llevarlos a la práctica.

La clave puede ser, por lo tanto, en el ethos del médico y de los demás responsables para la atención sanitaria en una región como la cuenca del bajo Napo ecuatoriano. Porque la diversidad étnica y social, las distancias y el rápido cambio socio-cultural hacen, como lo dijo otro médico, en otra época, pero en un lugar no muy lejos de Nuevo Rocafuerte, que “el médico, para ser lo que debe ser, no puede limitarse a hacer curaciones, a esperar que se le presenten los enfermos; ha de penetrar el medio; ha de interesarse por todos los aspectos de la vida del pueblo cuya protección es su propósito” (Kuczynski-Godart, 1944). Agradecemos a Manuel Amunárriz el ejemplo y la orientación muy personal que nos ha ofrecido en este respecto. (Knipper y Dannhardt, en *Salud e Interculturalidad en América Latina. Prácticas Quirúrgicas y Pueblos Originarios*, 2009)



# Capítulo 5

## Una curiosidad Insaciable





En mis lecturas de juventud me fascinó siempre la figura de Santiago Ramón y Cajal. Me pareció una persona repleta de una curiosidad insaciable y con un impulso incontrolable hacia la búsqueda de lo desconocido. Con medios técnicos muy limitados y en una soledad habitada por sus sueños, trataba de conocer qué ocurría en la red intrincada del sistema nervioso. Para conocer más inventó técnicas y coloraciones histológicas que le permitieran penetrar más en la estructura neuronal de los seres vivos, pensando que las estructuras más simples, como la retina de algunos embriones de peces, podrían proporcionarle esquemas más sencillos para la verdadera interpretación del funcionamiento de las neuronas. Muchas noches las pasó pegado al microscopio antes de que sus escritos fueran valorados como merecedores del premio Nobel de Medicina en 1906.

Me gusta recoger un texto de sus escritos que dice, en pocas palabras, las razones profundas de esta curiosidad insaciable que llenó su vida entera:

Pero el fruto máspreciado obtenido de los consabidos ensayos experimentales fue la profunda convicción de que la naturaleza viva, lejos de estar agotada y apurada, nos reserva a todos, grandes y chicos, extensiones inconmensurables de tierras ignotas; y que, aun en los dominios al parecer más trillados, quedan todavía muchas incógnitas por despejar. (1923)

Al llegar a Nuevo Rocafuerte, en plena selva amazónica, y enfrentarme con un mundo nuevo donde salud y enfermedad conviven con imágenes nuevas, me pareció el lugar privilegiado para buscar y enriquecer mis conocimientos en parasitología y en algunas patologías tropicales que yo había estudiado en la frialdad de textos escritos por especialistas de otros mundos, lejanos a las peculiaridades del que se abría ante mis asombrados ojos. Así inicié una doble tarea, simultánea y sujeta a circunstancias concretas de la labor cotidiana, en la que trataba a los enfermos que llegaban al hospital y hurgaba en sus patologías para conocer mejor los agentes que las causaban y los ciclos biológicos que permitían su acción patógena sobre el ser humano. Una tarea fascinante, llena de paciencia y curiosidad.

## **Hacia visiones panorámicas en consulta externa y hospitalización**

En la década de los setenta realicé una primera tarea de investigación dirigida a un mejor conocimiento de una panorámica de los pacientes que llegaban al hospital con patologías que requerían hospitalización. Este primer esfuerzo informativo me permitía conocer mejor ante qué patologías se desenvolvía la vida diaria de este pequeño observatorio hospitalario. En el curso de cinco años (1974-1978) hospitalizamos 1 048 pacientes que quedaron distribuidos de esta manera en las

cuatro grandes secciones de nuestro pequeño hospital general: Clínica general, 269 pacientes (25,66 %); Cirugía y Traumatología, 233 (22,23 %); Pediatría, 323 (30,82 %); Ginecología, 223 (21,27 %).

Con ocasión de la recogida de estos datos escribía unas observaciones muy pertinentes a la época, cuando la movilización hacia centros especializados era poco menos que imposible.

El hecho de que el hospital "Franklin Tello" se encuentre tan distante de otros centros de salud y las dificultades ingentes para traslados nos han obligado a aceptar todos los casos que requieren hospitalización y a abordar el tratamiento de los mismos con el coraje que exigen las circunstancias en que nos toca vivir. No podemos realizar exclusivamente una medicina especializada, dejando algunas secciones a otros centros. La afluencia tan equilibrada de pacientes en las cuatro secciones otorga una visión panorámica de todas las formas de enfermar de la región. (Amunárriz, 1984, p. 23)

Cuando llevaba ya 12 años de actividad hospitalaria (1970-1981) realicé una nueva revisión de las patologías que llegaban a nuestro hospital, tanto en régimen ambulatorio como entre los pacientes hospitalizados. El resultado fue sorprendente: de las 28 851 consultas externas 24 570 correspondían a patologías cosmopolitas y 4 281 a patologías tropicales; es decir, estas ocupaban el 14,80 % de la totalidad. De los 2 305 pacientes hospitalizados 1 972 correspondían a patologías cosmopolitas y 333 se trataba de patologías tropicales; por tanto, el 14,40 % del total. Es curioso constatar el equilibrio entre consulta externa y hospitalización en cuanto a porcentajes de patologías cosmopolitas y patologías tropicales; ciertamente, no muy alto, pero elemento esencial en el diagnóstico diferencial de cualquier patología en la región.

## Una parasitosis pulmonar

Mi primera inmersión en el mundo de las patologías tropicales se inició en el año 1973, cuando llegaba a nuestro hospital un paciente de 13 años con un cuadro respiratorio grave y podía determinar en su esputo la existencia de cientos de huevos de *Paragonimus*. Yo conocía bien estos huevos operculados por haberlos visto en preparaciones de laboratorio en mi curso de Patologías Tropicales en Amberes, Bélgica, a fines de 1969. Esta es una patología con personalidad propia, exótica y muy llamativa. Verdaderos gusanos vivían en el pulmón y creaban problemas de salud a sus poseedores. Conocía el ciclo biológico del parásito, ciclo fascinante por lo complejo y lleno de atractivos para una búsqueda del mismo en nuestra región amazónica. Apenas existían referencias sobre esta patología en nuestra Amazonía

ecuatoriana y comenzaba a fraguarse en mi interior el cosquilleo que produce un horizonte de búsquedas y hallazgos por realizar.

En el año de 1983 comencé a buscar parásitos adultos en pulmones de animales de la selva, con el deseo de conocer las características del parásito idéntico al que invade los pulmones de los pacientes humanos. Pudimos recoger ejemplares en puercos de la selva, tigre, tigrillo, raposas, tejones, nutrias y algunos más. Se pudo también estudiar la anatomía de estos gusanos que pertenecen al grupo biológico de los Tremátodos. Esta búsqueda me llevó a conocer otros muchos parásitos que invaden el pulmón de algunos mamíferos de la selva, incluso de otros órganos como el hígado. Coleccioné ejemplares de los tres grandes grupos de helmintos: nemátodos, como el *Metastrongylus psalmi*; algunas filarias; platelmintos con hidátides poliquísticas de *Echinococcus* y tremátodos del género *Paragonimus*.

Mientras recibía ejemplares adultos de *Paragonimus* montaba en mi pequeño laboratorio un par de piscinas donde comencé a cultivar caracoles para ver si lograba reproducir el ciclo biológico del parásito. Este ciclo fascina por su complejidad y su especificidad. El parásito pasa en su desarrollo por un caracol muy pequeño, perteneciente a una especie muy concreta que vive en nuestras quebradas, y cuando alcanza un grado de desarrollo debe introducirse en un cangrejo, también específico, donde llegará a una fase juvenil con capacidad de infectar a mamíferos, incluido el hombre, y llegar en su pulmón a la edad adulta. Quería conocer esas fases en el caracol y en el cangrejo. Los años 1984-1985 fueron destinados, en mis tiempos de ocio, a esta tarea. Al final pude reconstruir todo el ciclo biológico del parásito, demostrar la originalidad de sus huéspedes intermediarios, un caracol llamado *Aeropyrgus colombiensis* y un cangrejo, con el nombre de *Zilchiopsis ecuadoriensis*. Disfruté en el microscopio viendo salir de huevos de pacientes incubados en nuestro laboratorio el primer embrión del parásito, llamado *Miracidium*. Encontré por primera vez la fase infantil en el caracol, fase llamada cercaria, con el nombre concreto de *xifidiocercaria microcerca*, y pude descubrir la existencia de fases juveniles de *Paragonimus* en cangrejos que pertenecen a una nueva especie nunca considera como segundo huésped intermediario de la *Paragonimiasis*. Muchas horas ante el microscopio, muchas mañanas visitando las quebradas cercanas a Nuevo Rocafuerte para recoger miles de caracoles minúsculos y cangrejos que se localizan entre la maraña de hojas y palos medio podridos que ocupan el fondo de esas quebradas. Llegaba al hospital cubierto de barro y suciedad, con algunas picaduras de los infinitos insectos que habitan la selva, dispuesto a examinar este material en el microscopio y plenamente feliz en mi pequeña locura investigativa.

El febrero de 1986, mientras examinaba cangrejos de las quebradas vecinas al hospital, me encontré con una nueva metacercaria, la fase juvenil del *Paragonimus*, que no se parecía en nada a la descrita en la literatura mundial. Todos los ras-

gos correspondían al género *Paragonimus*, pero sus características y sus medidas microscópicas no se podían identificar con las conocidas. Me sentía feliz al constatar que una nueva especie del género *Paragonimus* estaba presente en nuestra Amazonía. Le llamé *Paragonimus napensis*, aunque esta denominación no tuviera valor científico. Sembré el parásito en algunos animales de laboratorio pero nunca pude conseguir la formación de adultos en sus pulmones ni en otros órganos. Tampoco pude encontrar animales parasitados de manera natural por este parásito y en aquella época mi investigación sobre una nueva especie de *Paragonimus* quedó inconclusa. Cuando estaba a punto de retirarme, a fines de 1994, solamente pensaba que existía otra vía de investigación, en el ámbito de la biología molecular a través de la identificación de secuencias del ADN que cumplieran características específicas del género *Paragonimus*, pero era un tema que desbordaba mis posibilidades reales y quedó almacenado en el mundo de mi curiosidad insatisfecha.

## Leishmaniasis cutáneas y mucocutáneas

Mientras me entretenía en mis ratos libres en el mundo de la *Paragonimiasis*, en la actividad clínica se repetían los cuadros dermatológicos con lesiones espectaculares por un pequeño parásito unicelular perteneciente al género *Leishmania*. Lesiones profundas y muy características ofrecen una imagen tan peculiar que con el tiempo aprendes a diagnosticar la enfermedad simplemente al colocarte frente al enfermo. Los habitantes de nuestra ribera llaman en su lengua a estas lesiones *millai caracha* o úlceras bravas. Comencé a coleccionar casos y a clasificarlos por diversos tipos de características. Con los años, mi casuística de *Leishmaniasis* cutánea creció y pude comenzar a describir en algunas publicaciones aquellos rasgos que permitían definir la enfermedad, programar su tratamiento y prever las condiciones mínimas para el éxito de la curación. Al mismo tiempo, aparecieron casos mucho más graves de esta patología, que afectan no solo a territorios de la piel sino al área mucocutánea de la nariz y de la región orofaríngea. Patologías crónicas y destructivas que dejan malformaciones definitivas y que en la región reciben el nombre de *uta*.

*¿Cómo conocer mejor esta patología tropical denominada Leishmaniasis? Pude establecer contactos con parasitólogos de la universidad de Tulane en los EE.UU. y programar el estudio inmunológico de los casos que poseíamos. Enviamos material a Cali, Colombia, donde un equipo científico trabajaba en ese entonces en colaboración con la universidad de Tulane. Pudimos comprobar que los resultados inmunológicos de sueros de nuestros pacientes no nos permitían recoger información segura sobre la evolución de esta patología. Pero, por otra parte, las terapias instauradas con Glucantime y con Lampit nos permitieron obtener resultados muy satisfactorios.*

## Paludismo

Recuerdo mi primer encuentro con esta enfermedad, cuya característica principal son las fiebres altas con escalofríos y con carácter cíclico. Era agosto de 1970 y el paciente procedía de la comunidad de Boca de Cuyabeno, en el río Aguarico. La imagen era totalmente expresiva: temblaba con fuertes escalofríos y su temperatura era de 40 grados. Tenía su bazo aumentado de tamaño y cuando realicé un examen de una muestra sanguínea pude ver abundantes parásitos llamados *Plasmodium vivax*. No se veía paludismo en el Napo en aquel entonces, hasta que en 1972, de forma insidiosa pero constante, comenzaron a presentarse en el Hospital algunos casos. A fines del año me enfrentaba a un primer brote epidémico de esta importante patología, que después, y a lo largo de 20 años, se fueron repitiendo de manera intermitente y con diversa gravedad. Cinco fueron los brotes que aparecieron en este lapso de tiempo. En el brote de los años 83-85 el paludismo adquirió una importancia peculiar, al imbricarse las dos especies de *Plasmodium* que se dan en nuestro medio: *P. vivax* y *P. falciparum*. Curiosamente, ambas formas mostraron igual grado de gravedad. El brote no cedió hasta principios de 1985, cuando pudimos organizar, con la colaboración directa de las comunidades del cantón, un tratamiento masivo con un combinado de cloroquina- primaquina, en dosis semanales. El brote descendió verticalmente hasta negativizarse del todo. Fue una experiencia inolvidable: cada comunidad escogió dos o tres personas que realizaran la visita semanal casa por casa, anotando la dosis asignada a cada miembro de la familia. Para este proyecto terapéutico habíamos recibido la colaboración directa de la OPS de Quito, con un stock importante de medicación antipalúdica.

Pero donde pudimos comprobar la eficacia de la colaboración de la comunidad fue con ocasión del brote del año 1988. Hasta ese año mantuvimos un buen control del paludismo en la región. Casos sueltos y tratamientos individuales. El SNEM (Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria) se mantenía en la reserva, lleno de problemas internos y ausente de nuestra región; pero, por esos mecanismos biológicos cuya dinámica se nos escapa del todo, el paludismo no acertaba a adquirir fuerza y se encontraba sometido en sus ocultos cuarteles. Poco a poco, apareció un nuevo brote en octubre del 87: 17 casos; en noviembre, 34; en diciembre, 50. Durante el siguiente año se mantuvo en niveles intermedios y a fines del mismo ya la imagen mostraba un claro ascenso. En enero de 1989 el Dr. Javier Aznárez (quien vivía entres las comunidades de Edén y Puerto Quinche) me hablaba del crecimiento del paludismo en sus comunidades y yo comprobaba en marzo más de 80 casos.

Como el tema del paludismo estaba entre nuestras prioridades, en mis contactos con la OPS por motivos de la investigación sobre Paragonimiasis, a lo largo del año 88, en el que la Oficina Panamericana de la Salud había colaborado con equipos, habíamos tratado repetidamente el tema de la medicación antipalúdica para programas masivos de tratamientos. Ya para entonces el SNEM me había comunicado que no podíamos contar con medicación aportada por esta institución. Sin embargo, en febrero de 1989, en una visita al Hospital, el Dr. Pettigiani, el epidemiólogo de la OPS me trajo una cantidad importante de tratamientos combinados, que podía cubrir con creces cualquier programa masivo para el cantón Aguarico.

Así que el mes de abril lo dedicamos a una programación esmerada sobre terapia masiva antipalúdica en el cantón, con participación activa de las comunidades. Javier Aznárez se responsabilizaba de la zona alta del cantón y el Hospital de la zona baja, desde Tiputini hasta Rocafuerte.

Se escogieron dos o tres representantes de cada comunidad y ellos realizaron un listado completo de las familias y sus miembros. Tenían un cuaderno en el que anotaban nombres, edades y sexo de los miembros de cada familia. Se repartieron las distintas áreas geográficas de cada comunidad y se informó a las comunidades, en reuniones bajo la dirección de sus responsables, que a partir de la primera semana de mayo, cada lunes por la mañana, nadie debía salir de sus casas hasta que el encargado pasara dándoles a todos la dosis de tratamiento correspondiente. Se anotaba en el cuaderno la dosis recibida. Los responsables habían recibido para esa fecha las cantidades necesarias para sus tratamientos.

El programa abarcaba 8 semanas. El 62 % de la población recibió sus 8 dosis y más del 90 % completo 6 dosis del tratamiento.

Este programa, con variantes, se amplió al río Aguarico y así el tratamiento colectivo abarcó a un porcentaje muy alto de la población del cantón. Al mes del inicio de la campaña terapéutica la casuística palúdica ya había descendido casi a cero y este descenso, con pequeños ascensos insignificantes epidemiológicamente, se ha mantenido hasta la fecha.

Resulta verdaderamente estimulante ver con qué interés y eficiencia participó la comunidad en un programa de salud y cómo la eficacia del mismo fue apreciada y valorada positivamente por ellos (Amunarriz, 1994, p. 60-62).

En una ocasión mi experiencia con la enfermedad del paludismo salió de sus cauces normales y se convirtió en angustiosa experiencia hospitalaria que, milagrosamente, terminó en un resultado lleno de luz. Así lo contaba en un pequeño libro que recogió en el año 1993 los momentos fuertes de nuestra vida hospitalaria.

Era el 5 de enero de 1990. Como todos los días, abrí el radio a la 1,30 de la tarde. Ese es el momento en que nos comunicamos entre las diversas casas, nos pasamos los encargos y bromeamos sobre cualquier cosa. Pero ese día apareció en nuestra frecuencia el padre Juan Marcos Mercier, desde Angoteros, Perú, a unos 150 km río abajo, en el Napo. Se le oía preocupado.

Manuel, esta mañana ha salido el deslizador con Mariano de motorista. Lleva a una mujer joven que está desde hace dos días sin conocimiento. Su fiebre es muy alta. Ha perdido su primer niño hace cuatro días, en el momento de dar a luz: el niño nació muerto. Va mal; no sé si se podrá hacer algo. Le acompaña el esposo.

Llega al hospital hacia las tres de la tarde. Echada en el fondo del deslizador: da pena verla. Está pálida y sucia y no reacciona a nada. La llevamos al cuarto reservado para estos casos más graves y, antes de nada, tratamos de aclarar con el esposo y el motorista qué ha ocurrido. Mientras, una hermana y una enfermera se ocupan de asearla y colocarle una vía para instalarle suero. También se instala una sonda vesical.

El marido cuenta que la señora comenzó con fiebres altas hace una semana. Estaba embarazada y no le faltaba mucho para dar a luz. Se le trató como un paludismo, pero la fiebre no cedió. Hace cuatro días el parto se desencadenó y la criatura nació muerta. Hace dos días que ya ella no se da cuenta de nada.

Es una joven muchacha de 16 años. Existen lesiones en la vulva por motivo de un parto violento y hay señales amoratadas en ambos talones, como si se hubieran iniciado úlceras de decúbito. El estado general, con todo, no es alarmante: respira bien y su tensión arterial se mantiene en valores normales.

Lo primero que hacemos es tomar muestras de sangre para búsqueda de Plasmodium. La gota gruesa muestra un gran cantidad de formas gametocíticas de P. falciparum, el parásito del paludismo maligno que, como en el presente caso, da crisis cerebrales, muchas veces mortales. La mujer está tan pálida que pienso en la urgencia de una transfusión sanguínea. El grupo sanguíneo de su marido coincide con el de la esposa y antes de media hora está recibiendo medio litro de sangre regeneradora. Al mismo tiempo iniciamos un tratamiento con quinina -el primer antipalúdico que curó la enfermedad- diluido en suero e introducido en sangre gota a gota. Este es el tratamiento indicado en estos casos. Paralelamente iniciamos una terapia con corticoides.

A la mañana siguiente, mientras que la joven Erlinda Papa se mantenía en su estado general, el esposo comienza con crisis de escalofríos y fiebre intensa. Su examen de sangre muestra, ¡quién iba a pensarlo!, abundantes ejemplares de las formas falcíparas que su mujer ¡Le habíamos regalado medio litro de un concentrado de parásitos del paludismo, a ella que ya los tenía en exceso! Mantuvimos la dosis de quinina establecida, las dosis fraccionadas de un corticoide y antitérmicos, mientras comprobábamos que la función renal no se había alterado.

A últimas horas de la tarde Erlinda comienza a sentir los estímulos. Su temperatura permanece alta. Y añadimos una antibioterapia amplia, pues existen signos de una infección obstétrica.

A las 8 p.m. ya no hay dudas de que su cuadro comatoso está en regresión: está como despertando de un profundo sueño, pero lo hace con dificultad.

La mañana del día 7 encuentra a Erlinda despierta, consciente. Interrumpimos la quinina y le damos tres comprimidos de Fansidar. Probamos líquidos por boca y suprimimos la sonda vesical. La paciente está lúcida, pero sus respuestas son lentas; está "adormilada". Desde el día 8 trabajamos con una paciente colaboradora, aunque débil. Ya no nos preocupa el paludismo, que lo ha superado sin secuelas, sino su endometritis, que tardará algunos días en superarse.

Necesitó un mes completo para encontrarse en condiciones de abandonar el hospital y, aún en aquel momento, sus úlceras de decúbito en ambos talones requerían cuidados adicionales para su total restablecimiento [...]. (Amunárriz, 1993, p.73-75)

## Micosis pulmonares

El contacto con las Micosis pulmonares surgió como consecuencia de un error de diagnóstico. Una vez más la preocupación por ayudar y acertar nos llevó por caminos complejos a descubrir una patología que no estaba descrita en nuestra Amazonía. Así describía el tema en el año 1994, en la publicación *Crónicas incompletas sobre patologías tropicales desde la selva amazónica*:

En septiembre del 81 recibimos por primera vez en nuestra consulta externa al enfermo ETC, de 45 años, indígena kichwa, procedente de Boca de Tiputini, a 30 km de Nuevo Rocafuerte. Se encontraba enfermo desde junio pasado. Su estado general estaba afectado: tosía, primero con tos seca y, posteriormente, con expectoración amarilla abundante. Fue hospitalizado y se realizaron exámenes de laboratorio. Una evaluación de los mismos nos decidió a interpretar el cuadro como una anquilostomiasis aguda complicada. Se le sometió a tratamiento; el estado general mejoró notablemente, aunque el cuadro respiratorio no desapareció. Fue dado de alta a los 20 días con un tratamiento de apoyo.

El día 8 de diciembre se presentó de nuevo en el hospital. Aunque su estado general no se había deteriorado notablemente, su sintomatología respiratoria era más intensa. La expectoración era más abundante y se observaba una disnea discreta. Las baciloscopias realizadas eran negativas. La imagen radiológica mostraba focos múltiples de condensaciones algodonosas, simétricas, en ambos pulmones y más intensas en campos basales y medios: bronconeumonía simétrica basal.

De acuerdo a la etiología más frecuente en la región el cuadro fue interpretado como una muy probable tuberculosis pulmonar y, en consecuencia, se le sometió a un tratamiento a base de isoniazida y rifampicina

Un mes después, el 8 de enero de 1982, se presentó en el hospital con un estado de descompensación general grave: la anemia, el cuadro respiratorio y las constantes vitales se habían agravado notablemente. Al parecer, el tratamiento instaurado había incidido de forma negativa. En estas condiciones se le hospitalizó de nuevo y se programaron análisis y placas radiográficas; se revisó detenidamente la historia clínica.

El esputo en fresco mostraba enorme cantidad de formas levaduriformes, de doble pared. Muchas de ellas tenían brotes, con base de implantación puntiforme; en ocasiones únicas, a veces múltiples. Algunas de ellas sugerían la clásica forma de 'rueda de timón'. El tamaño de las mismas era muy variado. Existían formaciones que habían adquirido diámetros de más de 40 micras y estaban repletas de esférulas pequeñas, como si se tratara de esporangios; algunas de las mismas esférulas se encontraban libres en el medio propio del esputo. Consideramos esta imagen patognomónica de *Paracoccidioides brasiliensis*.

En la imposibilidad de realizar un test de precipitación en agar gel, de acuerdo a las técnicas puestas al día por el Dr. Ramón Lazo en el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical de Guayaquil, enviamos suero del paciente a dicho Centro para estudio. La respuesta, recibida algún tiempo después, confirmaba una fuerte positividad para *Paracoccidioidomicosis*.

Como complemento de esta observación directa y concluyente había que tener en cuenta otros datos. El cuadro clínico y físico del enfermo había empeorado notablemente con el tratamiento con isoniazida, hecho que ha sido descrito repetidamente en el caso de esta micosis sistémica. La imagen radiológica, sin ser totalmente específica, era muy sugestiva de esta patología respiratoria micótica y podía considerarse como la imagen más típica, dentro de las múltiples formas radiológicas que ofrece la enfermedad. El enfermo había vivido desde su nacimiento en el Oriente ecuatoriano. Solamente a la edad de 23 años permaneció durante un año en Shell Mera, Pastaza, como militar. La sintomatología surgió el año 81. Podía considerarse, por estos motivos, un padecer relacionado con su actual hábitat geográfico del bajo Napo ecuatoriano. Las lesiones cutáneas que presentaba el paciente sugerían una patología por dermatofitos y no han existido lesiones mucocutáneas en mucosa oral. Todo lo anterior me permitió señalar el caso de ET como el primer caso de *Paracoccidioidomicosis* pulmonar en el Oriente ecuatoriano.

Tuvimos algunos problemas en la terapia de este enfermo. Ensayé al comienzo el ketoconazol, pero las reacciones repetidas que hizo tras cada una de las tomas, me obligó a prescindir de este antimicótico sistémico. No disponiendo de otras terapias específicas y poderosas, como la Anfotericina B, acudí al empleo de una sulfamida de amplio espectro como el Trimetoprim, que lo toleró muy bien. Poco a poco, el cuadro clínico regresó, aunque la imagen radiológica mostraba un progreso de las condensaciones algodonosas basales. Mantuvimos por 11 meses consecutivos este tratamiento sulfamídico y el paciente se consideró clínicamente curado. No pudimos, en los años siguientes, realizar un control radiológico que confirmara la

curación real, pero hasta la fecha el paciente nunca ha mantenido problemas respiratorios. (p. 101-103)

Posteriormente diversos casos de micosis pulmonares aparecieron en la consulta del Hospital. Dentro de esta casuística destacan las que corresponden a esta patología específica, provocada por el hongo *Paracoccidioides brasiliensis*, que no solamente afecta al pulmón sino que lesiona otras estructuras humanas.

En septiembre del 82 nos visitó una mujer lojana, de 55 años, JTM, que vivía en la actualidad en la zona de Sachas, en la carretera petrolera, desde hacía 9 años, después de haber permanecido 5 años en Santo Domingo de los Colorados. Su cuadro respiratorio databa de la niñez. En la fecha su aspecto era de una paciente envejecida, con tos y expectoración abundante, de muy mal olor. En ocasiones había padecido pequeñas hemoptisis. En el laboratorio comprobamos la existencia de esporangios y algunas esporas pluribrotadas, muy sugestivas de Paracoccidioidomicosis. Le tratamos con trimetoprim y se la dio de alta con tratamiento idéntico por un período de un mes, con la indicación de regresar. La paciente regresó en dos ocasiones; su cuadro había mejorado clínicamente, aunque existía expectoración similar a la de su ingreso. Fue una paciente muy difícil de tratar por su propia idiosincrasia y, al final, la perdimos.

El año 85 llegó al hospital un varón de 62 años, BUP, procedente del río Payamino, con una lesión en mucosa gingival inferior, sumamente sugestiva de micosis por *Paracoccidioides brasiliensis*. El raspado de la lesión y las imágenes microscópicas, tanto en fresco como en la coloración Giemsa, eran específicas de esta micosis. El paciente cicatrizó su lesión en 24 días con un tratamiento de ketoconazol. Mantuvo su hospitalización por 29 días y regresó a su comunidad con una terapia de mantenimiento de dos meses.

En el año 86 una nueva lesión mucocutánea, que afectaba a labio inferior y mucosa gingival, llegó desde la Carretera de los Aucas, cerca de Coca, perteneciente a un colono de 45 años, AHC. El laboratorio mostraba las formas multibrotadas del hongo y, tras un tratamiento con trimetoprim y ketoconazol, fue dado de alta, curado, en 22 días, con un tratamiento específico de mantenimiento.

En el 87 tuvimos otro caso pulmonar, de una mujer joven, JGM, de cerca de Nuevo Rocafuerte, que mejoró con el combinado de trimetoprim y ketoconazol.

En el 89 nos enfrentamos a un caso más complejo. En agosto del 88 había sido hospitalizado un varón de 53 años con una lesión cutánea en el dedo 5º del pie izquierdo, con imagen sugestiva de leishmaniasis cutánea y que las Hermanas que estaban en aquel entonces en el hospital trataron de acuerdo a las pautas establecidas entre nosotros para esta patología. Después de un tiempo razonable, sin que el cuadro clínico regresara, el paciente volvió a su casa. En aquel momento no existían síntomas de ningún otro padecimiento. En marzo del 89, con un cuadro respiratorio muy importante, el paciente regresó al hospital. Los exámenes mos-

traban lesiones bronconeumónicas en ambas bases pulmonares. Las baciloscopias repetidas dieron resultados negativos; por el contrario, el esputo en fresco mostraba abundantes formas de levaduras con doble pared y algunas multibrotadas. Esta imagen era aún más clara en la coloración Giemsa que realizamos a continuación. Entonces quisimos comprobar la naturaleza de la lesión cutánea del pie. También esta era micótica, con idénticas imágenes de *Paracoccidioides brasiliensis*. El tratamiento con una antibioterapia amplia y ketoconazol mejoró el cuadro clínico pulmonar, mientras que se establecía en pocas semanas una curación total de la lesión cutánea del pie. El paciente fue dado de alta con tratamiento específico ambulatorio. Desde entonces le hemos visto en tres ocasiones, la última en enero del 92: su problema pulmonar no ha desaparecido del todo, aunque existe una mejoría clínica. La lesión en pie ha quedado reducida a una cicatriz mínima, que recuerda el problema que anteriormente había tenido. (Amunárriz, 1993)

## Hidatidosis poliquística

El año 86 me trajeron un hígado de guanta, roedor grande, de costumbres nocturnas y carne especialmente atractiva por su exquisitez. Me lo traían porque aquel hígado estaba lleno de grandes formaciones vesiculares repletas de un material semilíquido, blanquecino, con formaciones arracimadas de pequeñas vesículas en su interior. ¿Podría comerse? ¿No era una enfermedad la que se mostraba en aquel hígado? Naturalmente, aquella pieza formó parte de mis investigaciones, porque para aquel entonces yo conocía mucho de la patología que se veía en aquella viscera de guanta. A partir de entonces dediqué numerosas horas a seguir el curso de esta enfermedad zoonótica (en ocasiones también humana) que crea dificultades especiales para su diagnóstico.

Conocía aspectos importantes de su ciclo biológico. El primer hallazgo del nuevo parásito, un *Echinococcus*, se realizó en el zoológico de Los Ángeles, EE.UU., procedente del intestino de un perro salvaje (*Speotus venaticus*) procedente de Esmeraldas, Ecuador. Se le llamó *Echinococcus vogeli*. Se trata de un gusano anillado y plano, de aproximadamente 3 mm de largo que se aloja en el intestino de algunos mamíferos. Al poco tiempo, en una zona lejana en Colombia, el investigador Antonio D'Alessandro recibía dos piezas quirúrgicas hepáticas de diferentes pacientes operados en un hospital de Cali. Su estudio permitió confirmar que se trataba de la fase larvaria del *Echinococcus vogeli*, recientemente descubierto. Se pudo demostrar que uno de los pacientes se había contagiado con los huevos que expulsaba uno de sus perros de cacería que vivía en su finca. Un diálogo paciente con el campesino operado informó que, efectivamente, su perro era alimentado con cierta frecuencia, durante las cacerías que realizaba, con las vísceras de guanta que extraía en el monte, antes de cargar con las guantas cazadas camino de la finca. El *Speotus*

*venaticus* estaba entre los perros de monte salvajes que había en la región y las guantas comen, entre otras cosas, heces de animales de la selva. De esta forma se reconstruía de manera completa el ciclo biológico de este pequeño gusano que no solo realizaba un ciclo biológico dentro de los mamíferos, sino que era capaz de saltar a la especie humana y producir una grave patología de difícil curación.

Quedaba aún una vertiente de la investigación que debía dilucidarse: *¿cómo distinguir en esta patología hepática si el parásito era E. vogeli y no E. oligrathrus*, muy parecido en su fase larvaria poliústica, que afecta no a perros de monte, sino al grupo de los félidos y que parasita en su fase larvaria poliústica a guatusas, más que a guantas? El Dr. D'Alessandro había podido estudiar las larvas que se encierran en esos múltiples quistes hepáticos y había conseguido demostrar que los ganchos o garfios que poseen en su parte anterior tienen medidas y formas fijas que permiten diferenciar entre ambas especies. Analizar una pieza quirúrgica, medir sus ganchos, permite determinar la especie que provoca la enfermedad hepática en el paciente.

En varios Congresos Latinoamericanos de Parasitología conocí al Dr. Antonio D'Alessandro y sus técnicas de medición de ganchos en los quistes de Hidatidosis poliústica. Así es que nuestro pequeño hospital recibió en 1991 piezas quirúrgicas de tres pacientes, una perteneciente a un hombre afroecuatoriano de Esmeraldas, operado en el Hospital del Seguro de Quito; otras dos, procedentes del hospital de Shell Mera, pertenecientes a una mujer shuar y a un varón kichwa. Las mediciones que realicé en nuestro laboratorio confirmaban que los tres casos eran patologías producidas por *E. vogeli*, igual que las piezas de guanta que había estudiado en los años anteriores.

Se trata de una patología no frecuente, pero de un interés especial, importante no solo porque permite realizar un diagnóstico diferencial frente a formaciones tumorales de otra naturaleza, sino también porque nos ayuda en la tarea de educar en el manejo de los perros de cacería, que son frecuentes entre los habitantes de nuestra región amazónica.

El tema de las hidatidosis me siguió interesando en los años siguientes. Supe de la existencia muy frecuente de quistes en hígado de ovejas y cerdos que se mataban en el camal de Quito. Me enviaron en una ocasión veinte piezas conservadas en formol al 10 % para determinar la especie de *Echinococcus* que formaban estas larvas quísticas. El estudio realizado me llevó a una conclusión llena de interrogantes: todas mostraban ganchos idénticos, que no correspondían a ninguna de las cuatro especies conocidas hasta la fecha y que sugerían la posibilidad de encontrarnos ante una especie nueva. Quise montar una investigación en Quito para obtener ejemplares adultos sembrando el material de estos quistes en perros,

pero fue imposible llevarla a cabo por el temor de que una investigación de este tipo pudiera provocar en el cuidador de perros una patología quística idéntica a la que tratábamos de conocer mejor. Por otra parte, envié ejemplares de material quístico y datos de las mediciones realizadas a especialistas de la Universidad de Tulane, concretamente al Dr. D'Alessandro y al Dr. Robert Rausch, descubridor de la nueva especie de *E. vogeli*, pero ellos creyeron que se trataba de variantes del *E. granulatus*. Así es que esta investigación quedó sin completarse, con mi curiosidad realmente insatisfecha.

## Platynosomum fastosum

En mayo de 1991 me encontraba inmerso en la clarificación del *Paragonimus napensis*. Había sembrado metacercarias en dos gatos que formaban parte de mi laboratorio biológico y, a partir del mes de agosto, cada pocos días examinaba sus heces para ver si aparecían huevos semejantes a los de la especie *P. mexicanus* que yo conocía tan bien. Se trataba de huevos operculados, con un pequeño opérculo en uno de sus polos, que permitían la salida de la larva madura al final de su formación. El 23 de septiembre me llené de una especial tensión: ante mis ojos aparecieron unos huevos operculados, de color ocre, de dimensiones pequeñas correspondientes a la mitad de los huevos del género *Paragonimus* conocidos. Me dije a mí mismo que, por fin, teníamos ejemplares adultos de la nueva especie diagnosticada hasta la fecha únicamente por sus metacercarias. Cuando examinamos el pulmón de uno de los dos gatos infectados este era completamente normal. Pero en el intestino aparecieron unos parásitos pequeños, trasparentes, alanceolados, con los rasgos inconfundibles de un Tremátodo, totalmente diferente del género *Paragonimus*. Nunca había visto ese parásito, ni en la naturaleza ni en los libros de parasitología. Consultaba cualquier libro que pudiera ilustrarme, pero nadie reportaba ese pequeño parásito. Tomé muchos ejemplares, los sometí a diversas coloraciones y envié un amplio material a la Universidad de Tulane y esperé una respuesta a mi curiosidad.

Al poco tiempo debí viajar a Quito y visitar el centro de investigación del Dr. Ronald Guderian. Mientras esperaba en su despacho, curioseé algunos libros de su biblioteca. En uno de ellos, del cubano Pedro Kouri, encontré lo que buscaba. Había dibujos muy precisos del parásito visto por mí y una descripción detallada de su ciclo biológico. El parásito adulto se encontraba en vías biliares de gatos. A esta fase adulta en el mamífero le precedía una fase juvenil, fase metacercaria, que parasitaba la vesícula biliar de lagartijas, concretamente en la especie *Ameiva ameiva*. Antes, en su fase infantil, fase cercaria, el parásito tenía que desarrollarse en un pequeño caracol plano, denominado *Subulina octona*. Me encontraba, por

tanto, ante uno de esos ciclos biológicos complejos, con un reservorio en que habita el adulto y dos huéspedes intermediarios dentro de los cuales se realizan las diversas fases inmaduras de este pequeño gusano. Dedicué los meses siguientes a comprobar si todo esto era cierto y pude localizar dentro del espacio verde del Hospital Franklin Tello las tres fases del ciclo biológico de este nuevo Tremátodo, que surgió casualmente mientras me interesaba en el tema de la Paragonimiasis. Pude enviar ejemplares a la Universidad de Michigan, en los EE.UU., fotografías electrónicas del parásito, y en mayo de 1993 presentaba en el IV Congreso latinoamericano de Medicina Tropical, en Guayaquil, un estudio completo del ciclo biológico de esta parasitosis de vías biliares de gatos domésticos por *Platynosomum fastosum*, en la región amazónica ecuatoriana.

## Angiostrongylus costaricensis

Uno de los mayores estímulos en mi tarea de búsqueda de la vida y hazañas de los parásitos amazónicos surgió, sin lugar a duda, del encuentro con grandes figuras de la investigación en parasitología. Oír sus exposiciones magistrales en los Congresos Latinoamericanos de Parasitología ha intensificado en mí el afán de conocer. ¿Será cierto que esos parásitos, con sus ciclos biológicos llenos de recorridos intrincados en diferentes grupos de seres vivos, y que producen a veces patologías humanas especiales, pueden existir en nuestro rincón amazónico?

Conocí al Dr. Pedro Morera, de Costa Rica, en aquel entonces Presidente de la Sociedad Mundial de Parasitología, en varios de estos encuentros y me llamó la atención su búsqueda de un pequeño nematodo que se instala en las arterias mesentéricas vecinas a la zona apendicular del hombre, produciendo una patología parecida a la de una apendicitis aguda. Ha sido capaz de descubrir todo su recorrido biológico y ha podido reproducir en su laboratorio este recorrido vital. En la naturaleza se encuentra en varias especies de ratas salvajes y sus larvas de primer estadio son eliminadas a través de la vía digestiva. Las babosas son capaces de ingerir material fecal de ratas con las larvas incluidas y larvas de distinto nivel se desarrollan en sus tejidos. Pueden salir al mismo tiempo que las babosas impregnan su recorrido con la baba que facilita sus movimientos reptantes. Si esta baba impregna hortalizas de consumo humano, el hombre puede ingerir las larvas que llegan en su desarrollo a la fase adulta, instalándose en las arterias mesentéricas. La puesta de un número muy abundante de huevos llega a producir obstrucciones en las arteriolas más pequeñas de la red mesentérica y, como consecuencia, se dan procesos inflamatorios y obstructivos de la pared intestinal. A la larga, el paciente se siente enfermo y el cuadro patológico lleva a un diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda. La cirugía permite precisar la causa y descubrir que el paque-

te mesentérico se encuentra habitado por este pequeño nematodo, especie nueva, que el Dr. Pedro Morera llamó *Angiostrongylus costaricensis*.

Durante algún tiempo estudié babosas que se encontraban en el terreno del Hospital y, a través de un método bien sistematizado por el Dr. Morera, traté de localizar larvas de este parásito.

Por un tiempo abandoné esta investigación que retomé en 1993. Recuerdo que en una de las babosas examinadas encontré una larva que cubría las características descritas para *A. costaricensis*. Estudié ratas de monte y pude localizar en sus heces algunas larvas con rasgos sugestivos de pertenecer a esta especie.

En mayo de ese mismo año asistía al IV Congreso Latinoamericano de Medicina Tropical en Guayaquil. Una vez más me encontré con Pedro Morera, quien tenía un especial interés de conocer mi área de trabajo y el pequeño Hospital Franklin Tello. Realizó sus gestiones para retrasar su retorno a Costa Rica unos días y viajamos al final del Congreso a Nuevo Rocafuerte. Me decía que era una experiencia que nunca iba a olvidar. Todo le llamaba la atención: el lugar, el hospital, y las circunstancias concretas de mi trabajo. Montamos rápidamente una tecnología básica para investigar babosas, pero, al faltarnos un ingrediente químico en el proceso de digestión de los tejidos de la babosa, no llegamos a obtener resultados positivos. Pero él estaba dispuesto a seguir en la búsqueda, así que se llevó unas treinta babosas, embebidas en tierra húmeda, guardadas en un calcetín, envuelto en papel aislante, para disecarlas en su laboratorio de Costa Rica. Pocos días después me comunicaba el hallazgo en un ejemplar de más de 30 larvas y su inoculación en ratas de laboratorio. Tres meses después había encontrado ejemplares adultos de *A. costaricensis* en el mesenterio de una de estas ratas examinadas. Comprobaba así que el ciclo biológico se daba en nuestra Amazonía y que en alguna ocasión podría surgir una patología humana debida a esta parasitosis.

## Enfermedad de Chagas

Algunas otras patologías tropicales han ocupado tiempos, a veces largos, en la búsqueda de las causas de las enfermedades de nuestros pacientes. Mientras nos entreteníamos en esta actividad, han surgido hallazgos fortuitos que han enriquecido nuestros conocimientos. Clínica, cirugía e investigación se han mezclado en la actividad normal del hospital y han convertido nuestra tarea diaria en una mezcla muy especial de rutinas y sorpresas.

Entre los momentos importantes de esta vida están los dedicados al descubrimiento y seguimiento de la enfermedad de Chagas. Esta es una patología importante, con personalidad propia, que forma parte del cuadro de las grandes

patologías de América Central y del Sur. Millones de personas están infectadas en el Nuevo Mundo y un porcentaje importante de las mismas llega a fallecer por cardiopatías producidas por esta parasitosis. El Ecuador, desde la década de 1920, ya mostró pacientes de Chagas y las provincias de la Costa y algunos valles interandinos ofrecen porcentajes notables de personas parasitadas por el agente de la enfermedad de Chagas. Hasta 1987 nunca se había escrito esta enfermedad en la Amazonía ecuatoriana y se pensaba que la cuenca amazónica era territorio no significativo para esta dolencia.

Por otra parte, todos los textos de parasitología hablan, entre sus capítulos más importantes, del descubrimiento y naturaleza de la enfermedad, denominada enfermedad de Chagas, en honor de su descubridor, el brasileiro Dr. Carlos Chagas, hacia el año 1909.

El parásito que la causa es un ser vivo unicelular, con un flagelo en su polo anterior que le permite desplazarse con movimientos ondulantes y rápidos en la sangre del enfermo, causando, en ocasiones, un cuadro muy grave febril, con complicaciones que pueden afectar la vida del paciente. Se le denomina *Trypanosoma cruzi*. Si esta fase se supera, el parásito se traslada a tejidos musculares del corazón y de algunos tramos del intestino y, con el tiempo, puede producir alteraciones cardíacas o digestivas de especial gravedad. El parásito se parece al que produce en África la llamada "Enfermedad del sueño", aunque su trasmisor no es una mosca, sino un chinche de monte al que la gente del campo llama chinchorro o pito, entre otras denominaciones. Todo esto lo conocía, pero solo a través de los libros de Parasitología.

Mi primer encuentro con la enfermedad fue en el año 1987 y, como pasa frecuentemente, se debió a una serie de circunstancias casuales. En una visita al Hospital de Coca uno de los doctores que trabajaba en él me habló de un niño de poco más de un año que se presentó con fiebre alta y que fue diagnosticado por el personal del SNEM como invadido en su sangre por *Trypanosoma cruzi*. No le dieron mucha atención y le remitieron a su casa, pues no tenían tratamiento específico. Pude examinar la placa perteneciente al niño y efectivamente los ejemplares de *T. cruzi* eran abundantes y no ofrecían ninguna duda sobre la naturaleza del parásito. Me fue imposible localizar al paciente, pero pude conversar con el tecnólogo del SNEM para que supiera que yo disponía de tratamiento específico para esta enfermedad. En los dos años siguientes varios casos fueron diagnosticados, todos ellos en la fase aguda y grave. Tres de los mismos fueron remitidos a nuestro hospital y tratados en él. Para el año 1991 teníamos ya una casuística de 8 casos y en 1992 nuestra casuística, junto con la recogida por el Dr. Ronald Guderian, llegaba a 12. Pudimos comprobar la eficacia de los tratamientos con nifurtimox, el Lampit de la casa Bayer, y el estudio de las personas afectadas nos permitió determinar que la enfermedad había sido contraída en nuestra Amazonía.

Mientras tanto, trataba de localizar los vectores de la enfermedad. Son chinches de campo que viven en el peridomicilio y vuelan de noche a las viviendas para alimentarse de la sangre de las personas que habitan en ellas.

Conocía las tres especies de chinches existentes en la zona (*Rodnius pictipes*, *Rodnius robustus* y *Panstrongylus geniculatus*) y comprobaba que existían ejemplares de las tres especies en las diferentes áreas de nuestro nororiente ecuatoriano, parasitados por *T. cruzi* en sus heces, capaces de infectar en el momento de la picadura. Estos chinches defecan al picar y el pequeño prurito que provocan en la persona hace que los movimientos de rascado conlleven la aproximación de sus heces a la pequeña herida. De esta manera el *Trypanosoma* penetra en el paciente y provoca una reacción inflamatoria, llamada "chagoma" y la multiplicación de los parásitos que llegan al torrente circulatorio, ocasionando a veces un cuadro patológico grave.

Me preguntaba ¿qué número de personas han estado en contacto con estos chinches y cuántos tienen en su organismo el parásito que, con el tiempo, podrá producir una patología grave crónica con lesiones de la musculatura del corazón o del aparato digestivo?

En el año 1990 ideamos una investigación en coordinación con el equipo del Dr. Guderían. Tomamos muestras de sangre de 18 comunidades del río Napo, desde Nuevo Rocafuerte hasta Coca, en número de 1 011 muestras y realizamos sobre ellas una prueba de ELISA que nos permitiera determinar la existencia de anticuerpos contra el parásito. Un 6,03 % de las muestras dieron resultados positivos. El estudio completo se publicó de forma sencilla en el año 1994 en un pequeño libro mío (*Crónicas Incompletas sobre Patologías Tropicales*) y luego, en el año 1997, de manera más técnica y completa, por la Dra. Martha Chico en una revista de alcance mundial.

Unos años después, en 2003, el tema de Chagas en el Napo se retomó por el Dr. Mario Grijalva y se pudo comprobar que la prevalencia de esta infección, para nuestro cantón, era de aproximadamente 4,5 % de la población. En 2008 y 2009 retomamos una vez más la investigación de la enfermedad de Chagas en nuestro cantón Aguarico, en una investigación propia del Hospital Franklin Tello, en una muestra extensa de 2 033 sueros y se pudo comprobar que la prevalencia era del 3,6 %. Este fue un estudio mucho más profundo, en el que colaboraron el Dr. Segundo Quito y el Lic. Víctor Tandazo, del equipo profesional de nuestro Hospital. Los resultados fueron publicados en la *Revista Panamericana de Salud Pública* en el 2010.

En la actualidad estamos inmersos en otra faceta de esta misma investigación, que afecta a la terapia de los casos inmunológicamente positivos, sin clínica de enfermedad, con Nifurtimox. En los próximos meses vamos a someter al gru-

po que ha tomado el tratamiento, los positivos para ELISA en la investigación de 2008-2009, a una nueva prueba de ELISA para comprobar si existen casos en que la reacción se ha vuelto negativa, lo que indicaría que el parásito ha sido destruido por la terapia instaurada. Simultáneamente estamos ideando otra faceta de esta investigación: pretendemos determinar si existen alteraciones detectables a través de pruebas de laboratorio en estos seropositivos que no han demostrado aún patología cardíaca o digestiva.

Existen al momento varios temas de investigación de la Enfermedad de Chagas en nuestra Amazonía que están interesando a otros equipos ecuatorianos de investigación. El SNEM querría buscar la confirmación de la existencia de un nuevo Triatomino (*Triatoma dimidiata*) el principal vector de la Enfermedad de Chagas en el Ecuador, nunca localizado en la Amazonía, pero del que yo poseo dos ejemplares en nuestro laboratorio, conseguidos en la comunidad indígena de Martinica, frente a Nuevo Rocafuerte, en el año 2008. La confirmación de *T. dimidiata* daría una nueva visión de la importancia de los vectores de la enfermedad en nuestro Oriente. Por otra parte, el Centro de Investigaciones biológicas de la Universidad Católica de Quito, bajo la dirección del Dr. Mario Grijalba, está muy interesado en determinar qué variante del *T. cruzi* infecta a nuestros contaminados de la región amazónica. En la actualidad, el tema de la Enfermedad de Chagas se ha convertido en un foco atractivo para médicos, biólogos e investigadores genetistas.

Como puede comprobarse, el tema de Chagas tiene diversas vertientes y es un tema que, por su importancia, merece ser investigado a profundidad. Los resultados podrían darnos pautas de comportamientos acertados para actuar frente a una patología cuyas consecuencias son difíciles de calibrar por el momento.

## Informar y participar

Durante los primeros años de permanencia en el Hospital viví casi una vida monacal. Trabajaba en solitario y apenas establecí contacto con especialistas que me pudieran orientar en mis búsquedas y aclararan mil interrogantes que surgían en mi mente. Es verdad que disponía de una información teórica muy aceptable, pues los meses pasados en Amberes, Bélgica, antes de mi llegada al Ecuador, me habían permitido realizar un amplio curso sobre Parasitología y Medicina Tropical. Pero cuando se desciende del mundo teórico y accedes a la realidad concreta muchas cosas aparecen como nuevas y desconocidas. ¿Cómo dar los pasos concretos para iniciar una búsqueda que te lleve a resultados concretos? ¿Cómo navegar por el tortuoso río de la casuística concreta y, a veces, tan diversa?

Mis primeros contactos con investigadores ecuatorianos los hice en 1976 y el primero de ellos fue con el Dr. José Rumba, quien me abrió las puertas para técnicas concretas que me permitieran entrar en el ciclo biológico del *Paragonimus*. A partir de estos primeros pasos comencé a conocer profesionales, nacionales y extranjeros, que estaban interesados en patologías que también me interesaban. Conversaciones que surgían espontáneamente dentro de Congresos de Parasitología y Medicina Tropical iberoamericanos me fueron abriendo al mundo de la investigación y de la ciencia médica americana. Sabía que no podía realizar en solitario una investigación válida y que era necesario compartir, evaluar y solicitar confirmaciones a quienes eran especialistas en las patologías que estaba interesado en conocer. Desde entonces me sentí obligado a participar en los congresos latinoamericanos de Medicina Tropical y Parasitología que se realizaban periódicamente en alguna de las capitales de los países de Latinoamérica y presentar algunos trabajos que recogían mis búsquedas del momento. De igual manera, traté de poner por escrito los hallazgos surgidos de estas búsquedas, a veces largas, que ocupaban una parte importante de mi actividad en el hospital y en la selva que nos rodeaba.

He aquí una lista de publicaciones que aparecieron en esos años y también las aportaciones presentadas en los eventos científicos de la época. Muchos de estos trabajos son fruto de todo el equipo hospitalario que formó parte activa de esa inquietud investigativa que siempre he querido imprimir a la verdadera silueta del Hospital Franklin Tello.

## 1. Escritos

- *Patología en el Nororiente Ecuatoriano. 5 años de hospitalización. 1974-1978.* CICAME. Pompeya. 1980. 26 pp.
- *Leishmaniasis en la Región Amazónica Ecuatoriana. Síntesis y terapias nuevas.* CICAME. Pompeya. 1984. 35 pp.
- *Paragonimiasis en la región Amazónica Ecuatoriana.* CICAME. Pompeya. 1984. 39 pp.
- *Salud y Enfermedad. Patología Tropical en la Amazonía Ecuatoriana.* 1ª edición. CICAME. Pompeya, 1982. 120 pp.
- *Salud y Enfermedad. Patología Tropical en la Amazonía Ecuatoriana.* 2ª edición, ilustrada. CICAME. Burlada, Navarra. 1984. 100 pp.
- *Infeción natural de Aroapyrgus colombiensis por redias y cercarias de Paragonimus mexicanus (P. peruvianus) en la Región Amazónica Ecuatoriana.* CICAME, Pompeya. 1986. 30 pp.
- *Estudios sobre metacercarias de Paragonimus en la Región Amazónica Ecuatoriana.* CICAME, Pompeya. 1986. 30 pp.

- *Estudios sobre Patologías Tropicales en la Amazonía Ecuatoriana*. CICAME, Pompeya. 1991. 120 pp.
- *La Aventura de curar en la Selva Amazónica. Crónicas desde el Hospital Franklin Tello*. CICAME, Pompeya. 1993. 100 pp.
- *Crónicas incompletas sobre Patologías Tropicales. Desde la Selva Amazónica*. CICAME. Pompeya. 1994. 158 pp.

## 2. Colaboraciones en Revistas

- Anquilostomiasis en las márgenes del río Napo. En *Médico Ecuatoriano*, 3, 4 (1972)187-191.
- Paragonimiasis en las márgenes del río Napo. En *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 30,3 (1977) 315-317.
- Paragonimiasis en el Nororiente Ecuatoriano. En *Revista Ecuatoriana de Medicina* 14, 5 (1978) 333-337.
- Paragonimiasis en el Nororiente Ecuatoriano. En *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical* 33 (1980) 33-51.
- Aspectos patológicos en el Nororiente Ecuatoriano. En *Revista Ecuatoriana de Medicina* 16, 2 (1980) 83-93.
- Paracoccidiodomicosis pulmonar en el Nororiente Ecuatoriano. En *Medicina Tropical y Parasitología*, 1, 1 (1984) 23-26).
- Estudios sobre metacercarias de Paragonimus en la Región Amazónica Ecuatoriana. En *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina tropical*, 36 (1986) 9-19.
- Chagas disease in Ecuador: a sylvatic focus of the Amazon region. En *Journal of medicine and Hygiene*, 94 (1991) 145-149. (En col. Con Chico, M. and Guderian, R.).
- Intermediate Hosts of Paragonimus in the Eastern Amazonic Region of Ecuador. En *Tropical Medicine and Parasitology* 42 (1991) 164-166).
- Primer brote de dengue en la población de Nuevo Rocafuerte. Aguarico. Orellana. Ecuador. (diciembre 2007-marzo 2008). En *Boletín Epidemiológico* (Ecuador). Vol 6, nº 52, 2009, 19-24. (En col. con Ríos C, Torres C, Solís MC).
- Seroprevalencia de la enfermedad de Chagas en el cantón Aguarico, Amazonía ecuatoriana. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2010;28(1)25-29. (En col. con Quito S, Tandazo V, López M).

## 3. Colaboraciones en eventos científicos

- IV Congreso Latinoamericano de Patología Médica (Guayaquil, Ecuador). 29 octubre-3 noviembre, 1980. *Paragonimiasis en el Nororiente Ecuatoriano*.

- VI Jornadas Nacionales de Medicina Tropical (Atacames, Esmeraldas, Ecuador). Marzo, 1982. *Paracoccidioidomycosis en el Nororiente Ecuatoriano*.
- Cursillo sobre Patología Respiratoria Predominante en la Provincia de Napo. Actualización en Diagnóstico y Tratamiento (Tena, Ecuador). Agosto, 1982. *Paragonimiasis en el Nororiente Ecuatoriano*.
- Il Curso Internacional de Postgrado de Medicina Tropical y Parasitología (Chone, Manabí, Ecuador). Diciembre, 1982. *Patología Tropical en el Nororiente Ecuatoriano*.
- VI Congreso Latinoamericano de Parasitología (São Paulo, Brasil). Septiembre, 1983. *Terapia con Nifurtimox en Leishmaniasis de la Región Amazónica Ecuatoriana. Paragonimus y pécaris como reservorios selváticos en la Región Amazónica Ecuatoriana*.
- VII Congreso Latinoamericano de Parasitología (Guayaquil, Ecuador). Octubre, 1985. *Leishmaniasis en la Amazonía Ecuatoriana. Brotes palúdicos en el bajo Napo Ecuatoriano. Ciclo biológico de la Paragonimiasis en la Región Amazónica Ecuatoriana. Importancia de las Parasitosis en mamíferos selváticos. Patología agresiva fluvial en la Región Amazónica Ecuatoriana*.
- Seminario sobre Medicina Tropical en el Ecuador (Miami, EE.UU.). Noviembre, 1987. *Ciclo biológico de la Paragonimiasis en la Región Amazónica Ecuatoriana*.
- VIII Congreso Latinoamericano de Parasitología (Ciudad de Guatemala, Guatemala). Noviembre, 1987. *Huéspedes intermediarios de la Paragonimiasis en la Región Amazónica Ecuatoriana. Metacercarias y adultos de Paragonimus en la Región Amazónica Ecuatoriana*.
- IX Congreso Latinoamericano de Parasitología (Caracas, Venezuela). Noviembre, 1989. *Paludismo en el bajo Napo Ecuatoriano. Veinte años de historia. Primer caso de Hidatidosis Poliquistica por Echinococcus vogeli Rausch y Berstein 1972, en Cuniculus paca, guanta, localizado en el Ecuador, en la Región Amazónica Ecuatoriana. Paracoccidioidomycosis en el Nororiente Ecuatoriano. Nuevo foco de Tripanosomiasis Americana en el Nororiente Ecuatoriano*.
- X Congreso Latinoamericano de Parasitología (Montevideo, Uruguay). Noviembre, 1991. *Enfermedad de Chagas en la Amazonía Ecuatoriana. Hidatidosis poliquistica por E. Vogeli en el Ecuador*.
- Reunión Técnica para la Definición de Normas de Atención en Accidentes por Mordeduras de Serpientes (Coca, Ecuador). Septiembre-octubre, 1992. *Mordedura de ofidios. Casuística hospitalaria. Hospital Franklin Tello (1971-1992). 73 casos*.
- IV Congreso Latinoamericano de Medicina Tropical (Guayaquil, Ecuador). Mayo, 1993. *Mordedura de ofidios en el Nororiente Ecuatoriano. Parasitosis de vías biliares de gatos domésticos por Platynosomum fastosum, en la Región Amazónica Ecuatoriana*.

- I Congreso Internacional de Medicina Tropical y Actualización Médica en la Amazonía (Nueva Loja-Sucumbios). Octubre, 2010. *Enfermedad de Chagas en la Amazonía Ecuatoriana*.

## Un Instituto para investigar

He contado en otro momento que en octubre del año 1994 decidí retirarme de este maravilloso rincón amazónico y dedicar el resto de mi vida a otras actividades ajenas a la medicina. No era por cansancio, ni por pérdida de estímulos; pensaba que la vida de una persona no debe quedar nunca encorsetada en un solo horizonte y que dentro de uno mismo existen impulsos que le orientan a nuevas experiencias que enriquecen la existencia humana. Fue una sorpresa para quienes me rodeaban cuando comuniqué mi decisión, pero esta era clara y firme. Quedaba el Hospital Franklin Tello y un grupo de personas con quienes había compartido experiencias vivas, alegrías y sufrimientos. Todo esto debía continuar y deseaba de corazón que surgiera entre ellas quien experimentara el atractivo de esa “naturaleza viva, que lejos de estar agotada y apurada, nos reserva a todos, grandes y chicos, extensiones inconmensurables de tierras ignotas... con muchas incógnitas por despejar”, como diría Santiago Ramón y Cajal.

No olvido que a Miguel San Sebastián le ocurría algo de esto cuando hizo su primer contacto conmigo en el verano de 1989: quería vivir una experiencia profesional parecida a la que yo estaba viviendo. Al finalizar sus estudios médicos se incorporaba a nuestro hospital para poner en práctica sus inquietudes y sus sueños. A los pocos meses se insertaba en las comunidades kichwas del Napo y reiniciaba una labor de formación en salud de jóvenes indígenas desde la comunidad del Edén, junto a Santiago Santi. En 1993 se creaba la asociación “Sandi Yura” de Promotores de Salud, reconocida legalmente por el Ministerio de Salud Pública. Ese mismo año se diplomaba en Medicina Tropical e Higiene en la Universidad de Barcelona. En el año 1996 realizaba un masterado en enfermedades infecciosas en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el año 2001 terminaba su doctorado en epidemiología en esa misma escuela de Londres.

Yo vivía, ya en esa época, en España y mantenía contactos con Miguel. Él seguía con sus sueños de continuar su labor en la Amazonía ecuatoriana, ahora en una tarea más especializada, en el campo de la investigación epidemiológica del enfermar de sus gentes. Un día me revelaba su intención de formar un Instituto de Investigación que sirviera de marco a los trabajos que deseaba emprender con el equipo de promotores que habían trabajado con él desde hacía varios años. Este Instituto recogería los resultados de las investigaciones realizadas. Me preguntaba si le permitiría poner mi nombre a dicho Instituto. Lo pensé unos minutos y le dije

que sí. Era, desde luego, un signo exquisito de aprecio y era hermoso comprobar que otras personas, desde su propia personalidad, estaban dispuestas a seguir un camino parecido al que yo había recorrido. Mi pequeña vanidad ya no me afectaba; estaba lejos y metido en otras cosas, también hermosas y muy lejanas a la vida que había llevado en Aguarico. Así surgió en el año 1998 el Instituto de Epidemiología y Salud Comunitaria "Manuel Amunárriz". Desde él se han publicado numerosos estudios sobre patologías que afectan al mundo amazónico ecuatoriano, muchos de ellos en revistas de renombre mundial. El año 2005 se recogía una síntesis de los mismos, en traducción española, en una publicación que lleva por nombre *Sachapi Tapusa. Investigaciones sanitarias en la Amazonía ecuatoriana. 1998-2003*. Toda esta historia no preveía que el año 2006 yo iba a regresar al Aguarico e iba a asumir de nuevo la dirección del Hospital Franklin Tello. Me siento un poco incómodo cuando se habla de este Instituto por motivos que no es difícil adivinar, pero la vida tiene sus sorpresas y hay que aprender a vivir con ellas.



# Capítulo 6

## Los enfermos y sus dolencias Situaciones extremas





Cuando se analiza el cuadro general de las enfermedades que aparecen en la vida cotidiana del hospital nos damos cuenta que el paisaje amazónico, con toda su original belleza, no da a los enfermos que nos visitan un sello continuo de originalidad. La mayoría de ellos ofrecen dolencias comunes, nada originales, que podrían verse en cualquier hospital o Centro de Salud del mundo entero. Son, por ejemplo, cuadros respiratorios de naturaleza viral, de corta duración y que responden a los tratamientos habituales; o bien un catarro común, un trastorno diarreico, una herida profesional, una infección de la piel. Todo muy normal, lo de siempre, sin problemas especialmente graves. Pero, cada cierto tiempo, el mundo amazónico, con sus condiciones de vida tan especiales, con sus grandes distancias, sus dificultades de movilización, la inexistencia de Centros de Salud en amplias áreas de esta inmensa selva, hacen brotar situaciones increíbles donde surgen momentos de emergencia inexplicables para quienes no viven y conocen nuestro mundo.

Me gustaría insertar en este capítulo algunos de estos cuadros patológicos que conservan los rasgos exóticos y dramáticos del mundo en el que han surgido y que han puesto en jaque a todo el equipo hospitalario, metidos en una lucha en la que el conocimiento del medio, serenidad y riesgo se convierten en los motores fundamentales de una acertada actuación. Son momentos difíciles que producen enorme tensión interior y frecuentemente el gozo de haber intentado hacer con éxito lo mejor para el paciente.

## **Un árbol atractivo, pero lleno de peligros: el guabo, *Inga edulis***

A lo largo de mis años de trabajo médico en la Amazonía he podido comprobar cómo algunas patologías se suceden con frecuencia. Entre ellas, los accidentes relacionados con algunas costumbres de sus habitantes.

Cuando llega la época en que las largas vainas del guabo están maduras, los niños se trepan al árbol y comienzan su cacería. Tienen la habilidad de los monos de la selva y allí están, en un balanceo peligroso, alargando sus brazos y hablando de esas apetecibles vainas, que encierran múltiples semillas rodeadas de un terciopelo blanco, dulce y jugoso. Pero siempre olvidan cuán frágil y quebradiza es la madera de este árbol y cada año varios accidentados visitan el hospital. En pocas ocasiones, con contusiones sin importancia; en muchas, con fracturas en sus extremidades y, a veces, con patologías sumamente graves que hay que tratar de resolver.

## 1

Jorge Nemesio Chávez Cuenca es un joven de 14 años, que vive en Boca de Cuyabeno, a unos 300 km de Nuevo Rocafuerte, en el río Aguarico. Es hijo de Humberto Chávez y María Cuenca, familia muy conocida y de gran empuje que, procedentes de Colombia, viven desde hace años en el Aguarico ecuatoriano.

Es el día 20 de diciembre de 1974; Jorge ha salido temprano en una pequeña quilla hacia una isleta, un poco más arriba de su casa. Allí hay árboles de guaba y va a ver si recoge unas cuantas frutas para comer. Cuando se encuentra en esta tarea la rama se rompe y cae verticalmente sobre un vástago de palo, de 4 cm de diámetro, quebrado y vertical. Unos 15 cm del mismo penetran en la región inguinal izquierda y queda materialmente empalado. Con un valor increíble hace un esfuerzo, se levanta y, apoyando ambos pies, logra sacárselo. Va a su quilla, que está en la orilla y rema entre dolores terribles hacia su casa. Cuando llega, de su herida sale sangre y grandes coágulos. La familia se da cuenta de la gravedad y organizan un viaje de urgencia hacia Nuevo Rocafuerte. Diez horas después, ya de noche, llegan al hospital. Le acompaña Doña María, su madre. El muchacho está aun completamente entero, consciente, aunque muy dolorido.

Se le instala un gota a gota con sueros y antibioterapia. Al parecer el intestino aún se mueve, aunque todo hace pensar que está perforado.

A las siete de la mañana entramos en cirugía. Al iniciar la anestesia general con un barbitúrico intravenoso hace una parada cardíaca y, tras masaje cardíaco, se recupera. Continuamos con una mezcla de oxígeno y fluothane.

La laparotomía media muestra amplias lesiones en intestino delgado y grueso. Una parte del recto está destruida, alcanzando el sigma. Una perforación en intestino delgado, una zona perforada en implantación del íleon en ciego; tres perforaciones en el mesenterio. Existe abundante sangre en la cavidad abdominal y heces libres en la misma.

Realizamos una ablación de 10 cm de recto y sigma. Anastomosis término terminal de intestino delgado a dos niveles; un ano contra natura definitivo y cerramos el abdomen. En este momento, tras cinco horas de intervención quirúrgica, el paciente entra en shock, hace una parada cardíaca y fallece.

Fue muy duro comunicar a la mamá el fallecimiento de su hijo y todo el equipo hospitalario acompañamos a la Sra. María, mientras preparábamos el entierro de Jorge en nuestro cementerio de Rocafuerte.

## 2

Patricia Robertina Coquinche Grefa tenía 10 años cuando trepaba al guabo, fascinada por sus apetitosos frutos. Y aunque era delgada, la rama se quebró. De pronto se encontró en el suelo, con el brazo y antebrazo derechos rotos, sin una persona que le pudiera ayudar. Era el 28 de enero de 1984. Sus padres no estaban en la casa y unos tíos, vecinos, la tomaron bajo su responsabilidad y le trajeron al hospital desde Puerto Miranda, a 30 km de Rocafuerte. Cuando llegó su aspecto era deplorable. La muñeca estaba completamente deforme y 10 cm del húmero, enormemente astillado, asomaba por una gran herida que se abría en la parte inmediatamente superior del codo derecho, por su cara anterior.

La dormimos con ketalar, limpiamos repetidamente la herida y la gran cavidad que asomaba por ella; repusimos el hueso en su sitio; lo fijamos con dos agujas de Kirschner, desde el exterior, a través de la piel; suturamos los diversos planos y colocamos una valva de yeso. Iniciamos de inmediato una fuerte antibioterapia. Permaneció hospitalizada 41 días, pero la niña salió completamente restablecida, con una buena función articular a nivel del codo y una total consolidación de la fractura. Solo la pequeña deformación de la muñeca recuerda a Patricia su aventura infantil.

## 3

Fiorela Jarama era peruana, de Pantoja. Tenía 9 años y eran las 2 de la tarde cuando se cayó del guabo por ruptura de la rama sobre la que se estiraba para coger uno de sus frutos. Cuando llegó al hospital, el 23 de diciembre de 1989, eran las 7 de la tarde y nosotros acabábamos de finalizar una intervención quirúrgica; el quirófano aún estaba desarreglado y hubo que realizar una limpieza rápida antes de abordar el tratamiento de Fiorela, pues nos encontrábamos ante un caso quirúrgico: la niña tenía una fractura abierta del tercio superior de húmero izquierdo y éste, lleno de puntas, había desgarrado la región supraclavicular izquierda y salido a través de una gran herida anfractuosa.

Era una niña gordita y simpática. Valiente. Por sus propios pies llegó al quirófano. Se dejó hacer hasta que se durmió con una anestesia intravenosa. Limpiamos la herida y, sobre todo, el área en que la diáfisis del húmero asomaba. Después de lavarle repetidamente tratamos de reducir la fractura y encajar las dos partes del hueso roto. Después de varias maniobras lo logramos. No estábamos seguros de que dicha reducción se iba a mantener en el postoperatorio, por lo que preferimos colocar, desde el hombro y, a través de la cabeza del húmero, dos largas agujas de Kirschner, que fijaran las dos partes del hueso. Colocamos un dren para evacuar los muchos restos de tejidos necróticos que con seguridad iban a eliminarse en

los días sucesivos. No nos pareció necesario un control radiológico inmediato y la enferma fue llevada a su cama.

Los días siguientes fueron normales en la evolución de una fractura como la presente. La paciente se mantuvo bien y solamente existió un drenaje por pocos días. El brazo y antebrazo no sufrieron deformaciones ni edemas. La niña caminaba a las cuarenta y ocho horas por todo el hospital, siempre sonriente.

Cuando realizamos el control radiográfico, a los cuatro días, observamos dos cosas: la primera, que el alineamiento de las dos partes del húmero era perfecto y, la segunda, que las dos agujas de Kirschner se las veía bien alineadas a ambos lados del húmero. ¡Verdaderamente no habíamos escogido la dirección exacta! Pero, en cualquier caso, lo que pretendíamos con ellas se había conseguido de forma más simple y completa.

Una niña como Fiorela conserva siempre sus inclinaciones y aficiones. ¡No habían pasado diez días y ya la encontramos, en más de una ocasión, trepándose a nuestros pequeños árboles de naranjo! 48 días después de la fractura Fiorela regresaba a su casa restablecida. Cuando nos encontramos recientemente con ella y le preguntamos *cómo va su afición por los guabos, muy seria nos responde que ya no se sube a ellos, pero no creo que tengamos la obligación absoluta de crearle...*

## **Un drama obstétrico en Pucapeña, río Aguarico (marzo 1991)**

El día 15 de marzo de 1991 llegábamos hacia las cuatro de la tarde a Pucapeña, en el río Aguarico, a unos 450 km de Nuevo Rocafuerte, un viaje habitual entre nosotros. Visitamos las comunidades de Aguarico cada tres o cuatro meses, con el deseo de acercarnos a sus problemas y acompañarles, tanto en su salud como en sus inquietudes sociales y religiosas.

Dos días antes habíamos salido de Nuevo Rocafuerte las hermanas Laura e Imelda, el motorista Luis Digua y yo. Pasamos la noche en Boca de Cuyabeno y desde la mañana habíamos parado en cada casa avisando nuestra visita. Como de costumbre, nos deteníamos en casa de Jorge Licuy, en lo alto de una loma de un material rojo compacto, que da nombre al área (Pucapeña-peña roja), en el margen derecha del Aguarico.

Nos recibieron doña Cecilia, don Jorge, sus hijas y una de sus nueras. También se encontraba en la casa Adolfo Tuni, quien la víspera había traído a su mujer, Ninfa Emperatriz Shiguango, de 25 años, quien estaba a punto de dar a luz. Doña Cecilia es la gran comadrona de la región y muchos de los niños han nacido en sus manos.

Nos instalamos en la amplia antesala de la casa, abierta al campo y al río. Detrás se encuentran las habitaciones de la familia y, al fondo, la amplia cocina y comedor familiar. En un ángulo de la antesala, disimulada tras un amplio plástico, se encuentra la pequeña habitación triangular donde espera la joven madre su próximo parto. La Sra. Cecilia realiza periódicamente sus controles y ejercita su forma peculiar de asistencia.

Nosotros saludamos a la familia, intercambiamos los gestos y conversaciones habituales de llegada y nos instalamos en la antesala. Cuando se aproximaba la noche, la Sra. Cecilia, para que nos encontráramos más cómodos, trasladó a la joven madre a un lugar reservado de la parte posterior de la casa. Todo transcurría con normalidad y, al parecer, el acontecimiento de un nuevo parto en la casa se esperaba con la naturalidad y sencillez habituales.

A ratos, viendo a Ninfa Emperatriz, se me pasó por la mente la imagen de una hermana suya, Alexandra, un poco mayor que ella, a quien tuvimos que asistir en Nuevo Rocafuerte no hacía mucho tiempo, con una presentación transversa y prociencia de mano. De esta misma zona del Aguarico había sido trasladada al hospital -450 km de angustia- para realizar una intervención quirúrgica.

Poco antes de la comida de la tarde pude conversar durante un rato con la Sra. Cecilia sobre sus actividades de comadrona. Me decía que, en su larga experiencia, nunca había tenido graves problemas y los partos se resolvieron siempre con satisfacción. Recuerdo que en la conversación le pregunté:

- *¿Nunca ha tenido el problema de la aparición de una mano por el canal del parto?*
- No, doctor. Nunca en mi vida he tenido ese problema. Parto de nalgas y de pies, en más de una ocasión, pero aunque más difícil, el parto siempre ha seguido adelante.
- Verdaderamente ha tenido mucha suerte y seguro que Dios le ha acompañado. Una presentación de mano crea problemas imposibles de resolver en la casa, fuera del hospital.

Así continuamos por unos minutos y después nos despedimos hasta la mañana siguiente. Seguro que ella no dormiría demasiado con el parto en perspectiva, pero nosotros estábamos cansados y, una vez instalada la hamaca y el mosquitero, nos retiramos a dormir.

A la una de la mañana el señor Jorge me llamó:

- Doctor, por favor, levántese, tenemos problemas con Ninfa. Mi mujer desea que venga a ver. No puede dar a luz; ¡una de las manos de la criatura ha asomado por la vulva!

Salté de la hamaca y en unos segundos estaba en la cocina. En un rincón Ninfa se encontraba echada en el suelo, sobre un plástico amarillo y una simple co-bija. Tenía amarrada a la cintura una cuerda, que le comprimía y se agitaba inquieta. A sus pies estaba la Sra. Cecilia.

- *¿Qué ocurre, señora Cecilia?* -le pregunté-
- Doctor, algo le impide dar a luz. En un momento ha asomado la mano y después ha entrado de nuevo.
- *¿Está completamente segura que era la mano?*
- Sí, doctor.

Al explorar el abdomen, efectivamente la cabeza no se encontraba en la región suprapúbica y el eje principal de la masa fetal era transverso a la dirección del abdomen.

Adolfo Tuní, en silencio, miraba angustiado.

- Tenemos que comprender claramente lo que pasa y lo que va a pasar, les dije. En esa posición no se puede dar el parto. Si Ninfa permanece en este trabajo el niño morirá y a ella se le romperá el útero y, como consecuencia, morirá. Tenemos que decidir ahora mismo lo que hay que hacer. Ninfa tiene que ser trasladada a un hospital, donde se le pueda realizar una cesárea urgente. Estamos demasiado lejos de Nuevo Rocafuerte: 450 km. Es la una de la noche y navegaríamos muy despacio. Tardaríamos al menos 18 horas para llegar al hospital. Para entonces el útero se habrá roto y una hemorragia masiva puede matar a Ninfa en poco tiempo. Por otro lado, estamos a cuatro o cinco horas de Chirisa y, desde allí, en carro, se puede llegar a Lago Agrio en dos horas. Hay que escoger esta solución.
- Adolfo, tu eres el marido de Ninfa, ¿comprendes en qué está el problema? ¿Te parece bien que intentemos llevarla a Lago Agrio?
- Sí, doctor, comprendo y estoy de acuerdo en hacer todo lo que haga falta para salvar a mi mujer y a mi hijo.
- Bien, veremos cómo podemos solucionar el problema. Pienso que ahora mismo tendríamos que ir a casa de los padres de Ninfa y explicarles el asunto. Al mismo tiempo podemos hablar con Bolívar Coquinche, el marido de Alexandra, quien tiene canoa grande, buen motor, gasolina y conoce muy bien el río, como para viajar de noche hasta Chirisa. Hagamos esto sin esperar más.

Mientras se quedaban las hermanas con la parturienta, tomamos nuestra canoa Lucho Digua, nuestro motorista, Adolfo Tuní y yo. Ya sabíamos que Bolívar Coquinche, que vivía a 1 km río abajo, estaba en la casa. Aunque yo no veía nada en la noche cerrada, al motorista –que ven como los gatos de noche– le bastaba alumbrar de vez en cuando con la linterna para navegar casi como de día.

Llegamos a la casa de Bolívar, lo levantamos de la cama, le explicamos de qué se trataba. No necesitó dos minutos para decidir. Efectivamente tenía canoa grande, motor y gasolina. Se vistió y nos pidió que nos adelantáramos a la casa de los padres de Ninfa para explicarles: el vendría en pocos minutos, tras preparar el motor y la canoa. Evidentemente la experiencia sufrida en carne propia con un problema completamente idéntico de su mujer, unos años atrás, le permitió tomar rápidamente una decisión.

En la casa de los padres nos detuvimos unos minutos; estuvieron de acuerdo, entre la angustia y la preocupación. Decidieron que fuera Adolfo con Ninfa en la canoa a Lago Agrio. Se pusieron de acuerdo para llevar algo de dinero y regresamos con ellos a la casa de Jorge Licuy. Providencialmente Ninfa estaba más tranquila y sus dolores se habían espaciado y eran más suaves.

A las dos y media la canoa llegaba a la casa: era una gran canoa, con una tarima en el centro, donde se pensaba colocar a la paciente. La instalamos y Bolívar Coquinche, Adolfo Tuni y la enferma partieron hacia Chirisa, en medio de la noche, a una velocidad normal, como si de día se tratara.

A la mañana siguiente continuamos nuestro programa. Hacia el mediodía, cuando finalizábamos la reunión comunitaria, Bolívar Coquinche llegaba de regreso. En cinco horas había llegado a Chirisa, la paciente en buen estado. Pocos minutos después alquilaron una furgoneta y Adolfo y su mujer viajaban a Lago Agrio. No sabía más. Esperaba que hubieran llegado y que se encontrara en el hospital, seguramente ya operada. Quedó con Adolfo en que desde Lago Agrio se comunicarían con los militares de Boca de Cuyabeno para saber qué había ocurrido.

Cuando llegamos por la tarde a Boca de Cuyabeno los militares no habían recibido ninguna noticia y, aunque intentamos por todos los medios comunicarnos con Lago Agrio, fue completamente imposible.

Regresamos a Nuevo Rocafuerte con el interrogante del final de este drama obstétrico y solamente varios meses después supimos que todo había ocurrido de forma feliz: la enferma llegó a Lago Agrio y a los pocos minutos se hospitalizaba. Antes de una hora entraba en quirófano y madre e hijo se salvaban.

En varias ocasiones he podido ver el hermoso niño de Ninfa Emperatriz, quien, de alguna manera, debe su vida a una serie de circunstancias que providencialmente ocurrieron en las horas cercanas a su nacimiento.

## Problemas tras una fiesta entre compadres (marzo 1980)

Eusebio Andi llegó el 11 de marzo de 1980, recostado en el piso de la canoa, desde San Vicente. Se encontraba mal desde la madrugada. Reunidos en una fiesta entre compadres, llevaban muchas horas dedicados a conversar y a beber grandes cantidades de chicha de yuca. Hablaban y hablaban, bebían y bebían y, de tiempo en tiempo, bajaban de la casa para vaciar ingentes cantidades de líquido que ingerían sus estómagos y se recogían en sus vejigas, como si de sedientos viajeros del desierto se tratara. En la última bajada de la casa, resbaló y se cayó. Cuando quiso orinar, le fue imposible. El dolor era cada vez mayor y la imposibilidad total.

- Llevémoslo al hospital -dijeron los compadres... Y allí estaban, en el puerto, frente al hospital-.

Se le colocó en una camilla y lo transportamos a la sala de espera. Era grande y gordo, pero ahora parecía el doble. Su vientre abultaba más y su rostro denotaba su dolor y su angustia.

La percusión del abdomen mostraba una vejiga grande y llena. Cuando se le sondó se le recogió más de dos litros y medio en el recipiente correspondiente. Se le extrajo la sonda y aliviado se le hospitalizó.

A la mañana siguiente se sentía incómodo y dolorido otra vez. Seguro que iba a ser necesario un nuevo vaciamiento de la vejiga. Cuando le sondamos no salió ni una gota de orina y esto nos llenó de sorpresa.

Ciertamente estábamos dentro de la vejiga, ¡qué pasaba? Introdujimos 200 cc de suero fisiológico, pero seguía sin poderse recoger nada por la sonda.

*¡La vejiga está perforada!* pensé. Seguramente estalló en su caída, como un globo repleto al que se le hace vibrar de forma brusca. Quizás en un primer momento un asa intestinal ocluyó la abertura y la vejiga se llenó, pero ahora la orina se derrama dentro del abdomen.

*¿Qué podía hacer en ese momento? Necesariamente había que operar y cerrar la ruptura. No sabía con qué problemas quirúrgicos me podía encontrar; nuestro equipo humano en aquel momento era muy reducido y podríamos tener serias dificultades.*

Lo prudente era organizar una evacuación rápida hacia Quito. Lo pensé unos minutos y me decidí. Hablé con las hermanas y comenzamos. Le expliqué a Eusebio lo que tenía y lo que había que hacer; yo mismo le iba a acompañar y seguro que todo iba a salir bien.

Recuerdo que el motor 55 HP estaba en bodega y le pedí a Ricardo Quinteros que lo pusiera en el deslizador. Otra persona preparaba el combustible para el viaje a Coca. Media hora después, hacia las 9,30 de la mañana, salía con el paciente, acostado en medio de la pequeña embarcación, dormido con una inyección de morfina, camino al Coca. En san Vicente paré un momento para conversar con la familia y explicarles el viaje; gracias a Dios, comprendieron y aprobaron. Seguí hacia Coca y aproximadamente a las 4,30 de la tarde llegué. Eusebio seguía tranquilo.

Pasé al hospital y les pedí que me guardaran al paciente durante la noche; les expliqué lo que había pasado y el diagnóstico de su cuadro clínico. Un médico rural de Guayaquil, muy decidido opinó:

- Podemos operarlo aquí.
- Verá doctor, no sabemos el lugar de la ruptura y podemos tener problemas quirúrgicos muy serios. Por este motivo decidí no operarlo en Rocafuerte. Seamos prudentes y dejemos que en Quito resuelvan el problema.

A la mañana siguiente yo me movía como loco buscando la forma de evacuarlo en el vuelo de TAME. Tuve que esperar a que llegara el avión a Coca y hablar personalmente con los pilotos.

- Doctor, me decían ¿usted nos asegura que no se trata de un caso contagioso? Es problema grave para nosotros este tipo de pacientes.
- No, estén tranquilos, es un caso quirúrgico. El señor tiene reventada su vejiga por beber demasiada chicha. El resto está completamente normal. Yo voy con él.

Por fin entrábamos en el avión y colocaban la camilla en la parte delantera del avión, por detrás de los pilotos.

En Quito nos esperaba la ambulancia y, a los pocos minutos, entrábamos en el Hospital Pablo Arturo Suarez. El médico de guardia de Urgencias nos recibió muy atento y yo traté de explicarle con detalles de qué se trataba.

Hospitalizaron al paciente y comenzaron los exámenes. Clínicamente no lo veían claro. Realizaron unas urografías descendentes y el líquido de contraste no se encontraba con claridad en posiciones extraurinarias. Con todo, a las tres de la tarde decidieron realizar una laparotomía exploratoria y me pidieron que asistiera a la intervención. Eran unos cirujanos jóvenes, pero se veía que dominaban las técnicas quirúrgicas.

La laparotomía media amplia permitió ver todo el abdomen. Existía abundante líquido; las asas intestinales estaban algo dilatadas, pero bien oxigenadas. Palparon todos los órganos de forma sistemática y no veían nada definitivo.

- Parece una pancreatitis, decía el primer cirujano.
- Verá, doctor, le dije. Yo he estado en el comienzo del proceso y conozco lo que ocurrió inmediatamente antes del cuadro clínico. Desde ese punto de vista sólo hay una etiología del cuadro y es la ruptura de una vejiga repleta por movimiento brusco en la caída del paciente. Por favor, revisen en detalle la vejiga.

Cuando lo hicieron y levantaron la parte posterior de la misma, apareció una abertura en zigzag de 3 cm de longitud. ¡Increíble! decían. El líquido que había en el abdomen era, en realidad, orina.

Se cerró y se mantuvo una hidratación adecuada en el postoperatorio.

Yo regresé al día siguiente al Oriente, cansado y feliz, no solo por un diagnóstico acertado, sino porque habíamos podido ayudar a un paciente que acudió al hospital en demanda de auxilio.

## El misterio de las parálisis juveniles (marzo 1989)

A lo largo de los años de trabajo hospitalario hemos visto, en varias ocasiones, pacientes jóvenes que, de forma casi siempre brusca, han iniciado una parálisis total de ambas extremidades inferiores, mientras el estado general se mantenía inalterable. Al comienzo, estos cuadros me llenaban de perplejidad y preocupación. Después, la experiencia vivida me ha enseñado a mantener la calma, con la certeza de que un tratamiento constante lleva siempre al restablecimiento total de los pacientes. Recojo uno de los varios casos vividos entre nosotros.

El 12 de marzo de 1989 llegó al hospital, una vez más, Filomena Machoa, de 28 años. Ella había estado hospitalizada en dos ocasiones anteriores, en el 76 y 77, con cuadros anémicos importantes, coincidentes con embarazo. La última vez que la vimos en la consulta externa fue por un cuadro palúdico, que fue sometido a tratamiento. Esta vez llegaba en un estado lamentable.

Una semana antes y, de forma brusca, pierde visión en ojo izquierdo, sin causa aparente y, pocas horas después, se encuentra paralizada de ambas extremidades inferiores. Solamente dos días antes siente pesadez y edemas en ambas piernas. Al mismo tiempo le es imposible orinar. Le llevan con Reinaldo Jipa, conocido y prestigioso *yachak* que vive en Sinchichicta.

Cuando llega al hospital el cuadro es francamente triste: ningún movimiento, ni el más mínimo, de sus piernas; ausencia completa de sensibilidad. Y la angustia de su pérdida parcial de visión. Desde hace tres días su vejiga se mantiene llena y su vientre abultado acusa un embarazo de aproximadamente cinco meses. Existe aparentemente una ausencia de actuación de musculatura y esfínter rectales.

El examen coproparasitario muestra abundantes huevos de anquilostomas y áscaris. Le sometemos a un intenso tratamiento con complejo B, tiamina en dosis fuertes, sulfamidas para su casi segura infección de vías urinarias y un vermífugo de amplio espectro. Colocamos una sonda vesical permanente.

El día 17 ya comienza a ver bultos con el ojo ciego. Existe función vesical; sus extremidades inferiores comienzan a sentir el roce y los pinchazos, aunque se mantienen completamente inmóviles. No existen alteraciones cardíacas. Eliminamos la sonda vesical. Pero el pequeño triunfo dura nada más que unas horas y la restablecemos. Hay que ayudarlo en la evacuación de su intestino. El *día* 25 se aprecia tonicidad muscular mejorada, movilidad nula. El 30 hace por primera vez una deposición espontánea. El 5 de abril mueve por primera vez el dedo pulgar derecho y lo flexiona varias veces; el 13 se aprecian movimientos muy discretos de ambos pies; estos movimientos adquieren intensidad cada día, pero siempre en unos niveles discretamente perceptibles. El 30 de abril logra orinar de forma espontánea y se mantiene desde entonces el control vesical.

Y así, con pequeños triunfos cada día y una enorme paciencia, el largo proceso de recuperación de este grave caso de beriberi sigue su camino hacia la curación.

Mientras tanto, el niño que lleva en su seno parece que no se entera de los problemas de su mamá. Sus tonos cardíacos son buenos y el crecimiento aparentemente se realiza sin dificultad. El 7 de julio inicia dolores de contracción y nace una hermosa niña de 4.096 gramos.

Filomena permaneció en el hospital 130 días. Salió por su propio pie, aunque con marcha vacilante. Como era de esperar, marchó, a continuación, a hacerse ver y tratar con algunos curanderos. Entre sus actuaciones y las indicaciones farmacológicas del hospital su mejoría fue progresando. Hoy camina por los mil caminos de su selva familiar con la facilidad propia de sus habitantes.

## **No siempre que se intenta se consigue (enero 1988)**

Lo trajeron al hospital el día 27 de enero de 1988 a las dos de la tarde y lo dejaron recostado sobre la banca de la sala de espera. Estaba en el mundo del nirvana, lleno de los vapores de una chuma de alta categoría. Cuando llegué al hospital nadie le acompañaba. Pero lo que llamaba la atención era esa masa de tejido que cubría el abdomen, por encima del pantalón.

Se llamaba Humberto Oraco, tenía 22 años. Venía de Puerto Quinche y lo único que sabíamos era que alguien le había metido un cuchillo en el vientre.

La verdad es que yo me enfadé mucho y les dije a las hermanas:

- *¿Por qué me lo traen ahora? ¿Por qué no lo han dejado morir en su casa?*

Parecía un caso sin solución, con el vientre abierto y una masa de vísceras por fuera. ¡No parecía chumado, sino en coma!

- *¿Cómo lo va a dejar sin examinarlo y hacer algo?* -me decían las hermanas, tratando de calmarme-.
- Claro, veamos de qué se trata.

El paciente respiraba tranquilo; ciertamente no estaba en coma, sino drogado con el alcohol. Su vientre no estaba abierto: existía una pequeña herida a nivel de la arcada costal inferior, en la zona hepática, y por allí había salido íntegramente el epiplón, que cubría casi todo el abdomen. Cuando ausculté el vientre los ruidos intestinales eran claros y, al parecer, ningún tramo intestinal estaba perforado. Por el orificio solo salía una pequeña cantidad de suero con un poco de sangre.

*¿Qué podía hacer? Me parecía demasiado entrar en una laparotomía en aquellas condiciones alcohólicas del paciente, sin familiares con quienes consultar y decidir. Ciertamente, no tenía ánimos.*

Le llevamos al quirófano. Desinfectamos el área; hice un par de ligaduras en la base del epiplón que asomaba por la abertura y lo extirpé por completo. Cerré parcialmente la herida y coloqué un dren. Le metimos en una cama y le llenamos de antibióticos, mientras le hidratábamos.

Aunque parezca milagro, el paciente tuvo un postoperatorio sin problemas. Drenó muy poco por la abertura, que lentamente se cerró. La costilla, que se percibía rota, se fue consolidando, sin quejas especiales del paciente.

*¿Qué había pasado? El mismo paciente reconstruyó parcialmente los acontecimientos, completados por familiares que le visitaron los días subsiguientes. Habían tenido una fiesta y habían bebido ¡cosa milagrosa! Después, habían discutido con un compañero y él, que estaba en iguales condiciones de lucidez mental, le metió un cuchillo en el área hepática y le barrenó varias veces. Por qué no perforó el hígado o un asa intestinal es algo que nunca podremos saber.*

## Las angustias de un parto imposible (diciembre 1989)

Gladys Avilés Greffo es una joven mujer de 23 años. Vive en Coca desde hace algún tiempo y es allí donde ha formado su propia familia. Procede del Napo. Sus padres viven en un brazo del gran río llamado *Sinchichicta huarmi* ("la gran chicta femenina") a unos 60 km de Nuevo Rocafuerte. Cuando ya estaba a punto de dar

a luz, y con el deseo de que su propia madre le acompañe en esos momentos, se trasladó a su casa.

Casualmente su padre no se encontraba en casa cuando los primeros dolores aparecen. Tranquila, espera que todo irá bien. Pasan las primeras horas y al parecer algo comienza a no funcionar. Madre e hija se inquietan. Los dolores se hacen más fuertes y, como el muchacho no avanza, la angustia aparece. ¿Qué vamos a hacer aquí, las dos solas, tan lejos de cualquier lugar donde acudir en busca de ayuda?

El atardecer del día 21 de diciembre les coge organizando un viaje increíble, en una pequeña canoa, a remo, solas las dos, río abajo, hacia Tiputini y Rocafuerte. Ya Gladys no se puede aguantar y estar quieta; cada contracción le hace revolcar en el fondo de la canoa, a diez centímetros del agua, que en ocasiones penetra por los costados. La madre, doña Clemencia, dirige desde la popa y Gladys rema los momentos que sus dolores se lo permiten. Cuando aparecen por san Vicente ya Gladys está acostada, no se puede doblar: entre sus piernas ha aparecido la mano de su criatura y ambas mujeres se mueren de miedo y temor. La corriente les empuja, pero no fuertemente, porque el río está bajo. En varias ocasiones están a punto de naufragar. Agotadas, llorando a ratos, con las primeras luces, llegan a Tipurini.

Quando el enfermero militar le examina corre a sus autoridades:

- Hay que trasladar a esta señora rápidamente a Rocafuerte. Si no se le opera, morirá; el niño ya está muerto.

Por teléfono avisan a la marina de Rocafuerte para que comuniquen al hospital y estemos preparados. A las 9 de la mañana llega la paciente en un deslizador.

Gladys está exhausta, pero no chocada. Brazo y hombro de la criatura asoman por la vulva, completamente cianóticos.

- *¿Qué hacer?* -me pregunto-. Vamos al quirófano y veamos.

Todo está preparado para una cesárea, pero ¿será necesario? ¿No podríamos extraerlo por vía vaginal? Claro que una extracción exige algunas medidas destructivas sobre el feto, pero sería más rápido y menos traumático para la madre.

Comienzo una tarea desagradable y repulsiva. Vacilo, reinicio, vuelvo a comenzar, pero, en realidad, no lo sé hacer y tantas maniobras a la postre resultan muy traumáticas para la madre. Al final, impotente, decido abordar la vía abdominal y realizar una cesárea.

Quando hago la laparotomía infra umbilical media me encuentro con un útero desgarrado por varios puntos y sólo sostenido por el peritoneo visceral que lo envuelve.

Había que realizar, en realidad, una extirpación completa del útero, una histerectomía y esta se hace sin problemas especiales.

Al día siguiente la paciente sufre un edema facial; su función renal acusa fallos; existen cilindros granulosos en el sedimento de la orina. Poco a poco, en los días sucesivos, la paciente camina hacia la recuperación. *17 días después de su ingreso deja el hospital recuperada, pero triste.*

*¿Quién le iba a decir que su visita al hogar de sus padres, en busca de protección para ella y su niño, le iba a traer tantos problemas!*

## Un tumor misterioso en el abdomen (julio 1990)

Hacia mayo del 90 yo me encontraba en Coca, en alguna de nuestras muchas reuniones. En la puerta de entrada del Seminario, cuando conversaba con otros compañeros, se acercó Jaime Salazar, de Amarum Mesa, comunidad kichwa cercana a Coca. Estaba preocupado y le habían indicado que me consultara.

- Doctor, tengo una hija pequeña que tiene una hernia grande y quería saber si usted puede operarle.
- No sé, le contesté, tendría que ver cómo es y si es posible operar. ¿Dónde está tu hija?
- Está aquí, con la mamá.

Era una pequeña de unos 8 años. Tenía en su mirada toda la timidez y sonrisa de los niños kichwas amazónicos.

- *¿Cómo te llamas?* -le pregunté-.
- Adelaida -se le oyó en un tenue murmullo-.
- Veamos esa hernia que dice tu papá. Ven, échate en este banco, para que te pueda examinar,

Era delgada, pero bien nutrida; todo indicaba una niña con excelente salud.

Efectivamente, echada, asomaba una tumoración en medio del abdomen. Era consistente, pero no dura; se movía con facilidad cuando se la empujaba y tenía el tamaño de una mandarina. No era dolorosa a las maniobras de exploración.

- Jaime, no se trata de una hernia; tu hija tiene un tumor en el vientre; parece grande y no tiene mal aspecto. No te puedo decir de qué clase es. En cualquier caso habría que operarle. Ahora yo no te puedo asegurar si podré operarla o no. Depende de lo que sea. Si te parece bien, podrías bajarla a Rocafuerte y allí podríamos examinarle mejor. Podemos verla por dentro con unos aparatos especiales y tener una idea más exacta. Entonces tomaríamos una decisión.
- Ya, me parece bien. Veré cuándo puedo viajar a Rocafuerte.

Y así quedamos, hasta que el día 4 de junio se presentó en la consulta del hospital.

En el interrogatorio nos contaba que la tumoración había aparecido hacía unos dos años; que había crecido y que se movía. A veces le dolía y otras no. La niña se encontraba bien; comía sin problemas y llevaba una vida completamente normal.

Realizamos un estudio ecográfico con un pequeño aparato Siemens que recientemente había llegado desde España y que, en ocasiones, permitía diagnósticos que, para algunos habitantes de la región, rozaban la brujería. Existía efectivamente una tumoración hueca, quística, independiente de la vejiga, muy móvil y que tenía a su alrededor otras cavidades más pequeñas y aplastadas. No se descubrían formaciones sólidas en su interior.

En esa época yo estudiaba, en animales de la selva, formaciones poliquisticas en hígado, sobre todo en guantas (*Cuniculus paca*), debidas a una pequeña tenia del género *Echinococcus*. Así es que, al mirar la pantalla, la mente se me fue hacia la hidatidosis poliquistica y pensé que, quizás, me encontraba con un caso humano especial.

Le pedí al padre de la niña que regresara a casa; que yo iba a hacer unos exámenes especiales en Quito para determinar de forma más segura la clase de tumor que tenía Adelaida. Tomé suero de la pequeña y, a la mañana siguiente, salía hacia Quito. Una muestra la encargué al Dr. Renato León y otra la envié a Guayaquil, al Dr. Ramón Lazo. A ambos les pedía que intentaran ver si había señales inmunológicas de una echinococosis en la paciente. Las pruebas resultaron negativas.

Regresé y hablé con Jaime Salazar en Coca. Le indiqué que había que operarla, aunque no se trataba de lo que yo había pensado en un primer momento. Que era mejor sacarla a Quito, a un buen Centro de Salud, para hacer las cosas en las mejores condiciones. Pero no hubo modo de convencer a la familia. Ellos solo querían que se le operara en Nuevo Rocafuerte.

El día 17 de julio ingresó. Clínicamente la tumoración era de implantación peduncular y fácil de extirpar. El estado general de la pequeña era excelente.

El día 19, a las 8 a.m., entraba en quirófano. Empleamos dosis fraccionadas de ketalar. La laparotomía mostró una tumoración grande, quística, con una parte llena de grasa y pelos. Estaba implantada en trompa de Falopio izquierda y englobaba parte de la trompa y el ovario. Dos pinzas aislaron la tumoración y, tras la ligadura, esta fue sacada del abdomen. Inmediatamente cerramos y, mientras examinábamos aquella formación, la paciente era llevada a su cama. Ninguna complicación y un feliz despertar.

Se trataba de un "quiste dermoide", alteración embrionaria de las células germinales de aquel pequeñísimo ovario izquierdo. Tumoración muy poco frecuente, de naturaleza benigna y que hubiera sido muy fácil de diagnosticar si, como ocurre con frecuencia, hubieran aparecido algunos dientes en su interior.

A los 7 días la niña regresó a su casa y yo la visité a las pocas horas de llegar, porque en aquellos días había subido por el Napo, recogiendo muestras de sangre para una investigación sobre enfermedad de Chagas que llevábamos entre manos.

## Una parasitosis extremadamente precoz (julio 1982)

El niño Kadir Legarda había nacido el 9 de abril de 1982. Hasta la fecha no existían problemas de salud importantes y su desarrollo se había mostrado normal.

El 27 de julio, cuando se presentó en el hospital en brazos de su madre, tenía menos de cuatro meses. Ella estaba muy preocupada porque las deposiciones del niño aparecían negras como el carbón. No se quejaba de nada y mamaba normalmente. Pero desde hacía tres días el color de sus heces no era normal. También llamaba la atención una discreta palidez que antes no se apreciaba.

Las hermanas que estaban atendiendo en el hospital realizaron un examen coproparasitario, sin resultados especiales.

Yo llegué al hospital el día 29 e inmediatamente me informaron del problema del niño de Josefina Vega. Esta se presentó al día siguiente en la consulta y se veía su gran preocupación.

- Doctor, no sé qué le pasa a mi hijo, sus deposiciones no son normales: parecen brea. ¡Está cada día más pálido!
- Ya sé que las hermanitas le hicieron un examen de heces, pero, vamos a repetirlo, por si acaso. Mañana me traes una muestra.

La verdad es que yo pensaba en una malformación congénita del niño, como un pequeño tumor intestinal, que había comenzado a sangrar.

El examen de heces mostraba una gran cantidad de huevos de anquilostomas. No podía creerlo. El niño no caminaba. ¿Cómo era posible que las larvas de estos pequeños gusanos hubieran penetrado a través de sus pequeños pies?

Hasta la fecha no se conocía otra vía de infestación de estos parásitos intestinales.

Le dimos a tomar 2 cm de una suspensión de Pamoato de Pirantel, uno de los antiparasitarios activos para anquilostomas. Le pedimos que nos trajera el pañal con las heces del niño, para comprobar su contenido en parásitos.

¡A la mañana siguiente Josefina nos traía un verdadero regalo!: en el pañal, en medio de una deposición blanda, cientos de pequeños gusanos blanquecinos pululaban llenos de vida. La hermana Imelda y yo nos dedicamos a la ingrata tarea de aislar uno por uno los pequeños anquilostomas, lavarlos y guardarlos en una placa de Petri con suero fisiológico. Posteriormente los pasamos a un líquido fijador y en último término, a un recipiente de vidrio con un líquido conservador.

*¡Aquel recipiente conserva, casi con toda seguridad, los cien anquilostomas que han causado la parasitosis intestinal por uncinarias más precoz que se haya descrito en la literatura médica!*

Pero lo que permanecía en absoluta oscuridad era el camino de entrada de estos parásitos. Ante mi insistencia en el interrogatorio, Josefina aseguraba que su hijo pasaba de la cuna al seno y del seno a la cuna y jamás había establecido contacto con el suelo.

El niño recibió a los pocos días la segunda dosis de antiparasitario y comenzó un tratamiento polivitamínico, rico en hierro. Su mejoría se inició inmediatamente y el cambio de color de sus conjuntivas e, incluso, de la piel se hizo palpable desde los primeros días.

- Doctor -me decía la mamá a los pocos días. mis vecinas dicen que yo le he tenido que pasar los parásitos a través de la leche de mi seno.
- No, mujer, tus vecinas sabrán de muchas cosas, pero de este tema son unas ignorantes. Tu leche es perfecta y no contiene parásitos. Pero, yo sigo preocupado por el misterio de cómo se ha podido infectar. Me gustaría que me explicaras cómo pasas el día. Me figuro que lavarás la ropa y los pañales del niño. ¿Dónde lo haces?
- Yo lavo en el río, desde una pequeña balsa que hay al pie de mi casa.
- ¿Dónde está el niño cuando lavas?
- Casi siempre lo tengo durmiendo; algunas veces lo llevo conmigo y lo dejo a sus hermanos que me lo cuiden, pero yo siempre lo vigilo. Ya sabe cómo son esos huambros.
- Los chicos, ¿juegan con Kadir?
- Claro, le toman en brazos, lo pasan de uno a otro y, a veces, le hacen pararse sobre el suelo, pero, el pobre, no se puede sostener aún.
- Naturalmente el suelo, junto a la balsa, es de tierra húmeda, con lodo, lleno de todo, hasta de algunas porquerías que harán tus hijos por los alrededores.
- Pues, sí, doctor, así mismo son.

Y de esta manera tan sencilla pude reconstruir la vía de entrada de las larvas de anquilostomas en el organismo de Kadir. El terreno próximo a la balsa está abonado por muchas cosas y también por las heces de los hijos de Josefina. Todos

ellos llevan en su vientre una colección rica de parásitos intestinales. Los huevos de anquilostomas maduran rápidamente en ese medio húmedo y pronto el suelo se llena de larvas, que mantienen la parasitosis intestinal de niños y adultos, repetidamente desparasitados en el hospital. Los primeros intentos de caminar del minúsculo Kadir fueron suficientes para que su intestino se llenara al poco tiempo de esos pequeños y, al mismo tiempo, terribles parásitos, que se alimentan únicamente de sangre del intestino del huésped y que, en ocasiones, como la presente, llegan a provocar heridas intestinales y pequeñas hemorragias, que ponen en peligro la vida de los habitantes de nuestra Amazonía.

# Capítulo 7

Un hospital  
que navega por los  
ríos amazónicos





Nuestro hospital está situado en Nuevo Rocafuerte, cabecera cantonal de una amplia región amazónica que denominamos Cantón Aguarico, surcada por dos grandes ríos: el río Napo y su afluente el río Aguarico. A lo largo de sus riberas la gente ha construido sus viviendas, abiertas al río y a una amplia zona selvática que la rodea por tres de sus costados. No forman conglomerados humanos; vive cada familia a una distancia considerable de sus vecinos, pero a lo largo de los últimos cuarenta años han sido capaces de establecer una organización que les permita defender sus derechos y realizar gestiones a favor de sus tierras ancestrales. Así nacieron las “comunidades”, agrupaciones humanas con casi totalidad de sus componentes de origen indígena kichwa, que abarcan parcialidades geográficas de estos ríos y su selva aledaña. Cada comunidad tiene su centro comunal y en él encontramos algunas construcciones: escuela, casa comunal, botiquín y otras. Los miembros de cada comunidad se reúnen periódicamente para tratar sus asuntos y discutir sobre problemas que surgen en la marcha cotidiana de la comunidad. Las autoridades son elegidas de manera muy democrática por los miembros de la comunidad y duran un periodo de tiempo corto para ser sustituidas, de idéntica manera, por otros miembros de la misma. Es frecuente encontrar a una parte importante de las familias en trabajos comunitarios y en la ayuda a algún miembro de la comunidad, en un estilo gratuito de trabajo que se denomina *minga*. La propia comunidad controla la participación en sus reuniones de todos sus miembros, en ocasiones a través de multas que compensan sus ausencias.

Un factor crucial que afecta la salud de quienes viven en esta selva amazónica es el tema de las distancias y las dificultades para los traslados rápidos. Eso provoca problemas que cualquier programa de salud debe tener muy en cuenta. En el tiempo que asumíamos el Hospital Franklin Tello ya nos planteábamos cómo combinar la actividad hospitalaria con servicios de salud que se aproximaran a las diferentes áreas donde se encuentran los grupos humanos dentro del cantón.

Las personas acuden al hospital para ser atendidos, frecuentemente por problemas sencillos, a veces empujados por situaciones de enorme gravedad, con la esperanza de poder ser salvados, llenos de una gran angustia difícil de imaginar. Pero mientras, en muchas familias con medios rudimentarios de navegación, aparecen problemas de salud que necesitan ser atendidos, diagnosticados y tratados, si es posible, en el domicilio, realizando al mismo tiempo una labor educativa que oriente a los miembros de las comunidades sobre enfoques acertados ante diversas patologías frecuentes en el lugar. Existe, por tanto, una tarea que desde el principio nos pareció importante y que ha guiado las orientaciones básicas del Hospital Franklin Tello. Pero esta tarea, para que sea real y eficaz, debe realizarse desde la sencillez y la cercanía, sin demasiado boato y estructuras complicadas que la hagan fracasar.

En los primeros años el equipo hospitalario era muy reducido: me encontraba solo como médico y me acompañaban dos hermanas con experiencia en enfermería. Una parte importante de nuestro tiempo era dedicado a la atención en consulta externa y en hospitalización. Nosotros mismos realizábamos las tareas de laboratorio básico, radiología y cirugía, mientras hacíamos guardias cuando los casos hospitalizados lo requerían. Nos faltaban horas para muchos proyectos que bullían en nuestras cabezas.

## Los sábados fluviales

Los sábados por la tarde, dejaba el hospital y en una pequeña lancha rápida, acompañado de alguna de las hermanas, visitaba a las familias que vivían en una u otra de las márgenes del Napo, desde Tiputini hasta Nuevo Rocafuerte. Terminaba cansado, pero sabía cómo iba cada familia, sus problemas de salud y los otros; les entregábamos algunas medicinas si era necesario y decidíamos con la familia si algún caso exigía la venida al hospital para una atención más esmerada. Recuerdo situaciones concretas, ratos sentado en el suelo de las viviendas, conversando con la gente, de igual a igual, sin preocupación del tiempo y sabiendo que era una inversión importante que llevaría, con tiempo y paciencia, a resultados positivos.

De estas horas de los sábados por la tarde, dedicadas a las visitas domiciliarias, me queda un recuerdo imborrable, doloroso y muy triste, que quedó grabado para siempre en mi memoria y también en mi corazón.

Era un sábado, aparentemente como los demás. Me acompañaban dos hermanas, una de ellas recién venida a nuestro hospital, al poco tiempo de llegar de España. Se llamaba María Ángeles Ayestarán; tenía 25 años y brillaba en ella una especial sencillez y transparencia. También me acompañaba un joven kichwa, que comenzaba a trabajar con nosotros y estaba aprendiendo el manejo del deslizador. Mientras viajábamos les comentaba a mis acompañantes las aventuras terapéuticas con una señora de Tiputini, paciente siempre con problemas, a quien había pedido que viajara a Quito en el vuelo que salía a esas horas para operarse de un problema de vesícula biliar. Pudimos oír al avión que despegaba desde Tiputini y comenté que por fin la señora iba a resolver su problema, dejándonos con un mínimo de tranquilidad en nuestro hospital.

Cuando regresábamos de nuestra gira, vi a lo lejos el deslizador de los militares que llegaba al puerto del hospital y pensé que la enferma no había tomado el vuelo esperado y que volvía una vez más a nuestra consulta. ¡Qué pena! pensé. La hermana María Ángeles se puso en pie, para ver mejor, en medio del deslizador, sin apoyos, y en ese mismo momento la embarcación dirigida por el aprendiz de moto-

rista realizó un giro para aproximarse a nuestro puerto. La embarcación se balanceó y la hermana cayó al río. Todo fue instantáneo. Buscamos, llenos de angustia, pero no apareció. La búsqueda se prolongó sin éxito. A los dos días rastreábamos el río con pequeñas canoas, rebuscando entre las palizadas. Al tercer día apareció: enganchada entre palos, partes importantes de su cuerpo habían desaparecido por la acción de pescados y crustáceos. La envolvimos en una manta y la trajimos al Hospital. Todo fue muy doloroso. La enterramos en un pequeño rincón, bajo la lápida que marcaba la fecha, su nombre y su corta edad. En nuestra propia carne sufríamos la pérdida de alguien que había llegado llena de vida e ilusiones, pensando que entregaría su vida por las gentes amazónicas, aunque nunca imaginó de qué manera.

## La salud desde la comunidad

No podría precisar cuánto tiempo duraron estas salidas de los sábados por la tarde, pero fueron varios años. Después, tuve que abandonar ese ritmo loco y reorganizarme mejor. Al mismo tiempo comenzábamos a poner en marcha un proyecto más ambicioso, en el que el hospital no era el protagonista principal. Las fuerzas vivas de la Iglesia de Aguarico trataban de ampliar su acción social, con tres grandes capítulos que abordar y mejorar: el liderazgo indígena y su organización, la educación de las comunidades nativas y el amplio campo de la salud. En los tres temas existía una idea que guiaba nuestros esfuerzos: el indígena debía ser parte central de su crecimiento humano. Todos nuestros empeño se dirigía a conseguir que las propias comunidades kichwas del Napo fueran protagonistas de su propio destino, con rasgos que incluyeran su mundo cultural y pudieran incluir en él algunos beneficios que conlleva la integración en el conjunto del país. Así surgieron la organización indígena FCUNAE, la educación bilingüe y los Promotores de salud indígena (SANDI YURA).

El tema de la aparición de los Promotores de salud indígenas se debió fundamentalmente a dos excelentes profesionales que formaron parte del equipo humano de la Iglesia de Aguarico: el Dr. Javier Aznárez y el Dr. Miguel San Sebastián se integraron de manera profunda en un movimiento que formaba parte de las raíces antropológicas de nuestra Iglesia local. Había que dar protagonismo a las comunidades nativas y había que acompañar con discreción y sin ambigüedades un proceso de inserción en el conjunto que es el Ecuador.

El Dr. Aznárez, junto al sacerdote antropólogo José Luis Palacios, se instalaron dentro de las comunidades indígenas del río Napo; primero en Puerto Quinche, después en el Edén, y finalmente, en Pompeya. En esa primera etapa fluvial, desde Puerto Quinche y Edén visitaban periódicamente todas las comunidades,

realizaban una atención médica esmerada, abordaban los problemas sociales de cada comunidad y dedicaban amplios espacios de tiempo a dialogar y discutir los problemas que iban surgiendo. Poco a poco, en cada comunidad apareció un pequeño número de personas, la mayoría jóvenes, que comenzaron a interesarse en las técnicas básicas de asistencia médica, lo que correspondería a la denominación de Asistencia Primaria de Salud (APS). Casi de forma espontánea surgieron los Promotores de salud comunitarios que, posteriormente, de manera más intensa en la época del Dr. Miguel San Sebastián, se insertarían en un programa de formación ideado para ellos. El Hospital Franklin Tello se convirtió en el Hospital de Referencia para este movimiento a favor de la salud y muchas veces el Dr. Aznárez o el Dr. San Sebastián o alguno de los Promotores de Salud aparecían en el hospital para abordar, con mayor profundidad, situaciones concretas que afectaban a sus pacientes. En el arco temporal que va de 1980 a 1994 se inicia y madura el tema de la aparición de los Promotores de salud en el río Napo hasta llegar a constituirse en asociación propia, con el nombre de "SANDI YURA", reconocida legalmente por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. "Medicus Mundi" de Andalucía irrumpe en el proyecto, lo apoya y fortalece, y lo hace extensivo a todas las comunidades de la FCUNAE (54 en total). Al mismo tiempo, el programa de Promotores de salud se extiende a las comunidades campesinas de la zona petrolera, con el nombre de "FUSA" (Fundación Salud Amazónica).

Tengo muy presente un momento de especial coordinación en este trabajo. De esta manera transcribía los hechos en una publicación que salió a luz el año 94 con el título de *Crónicas Incompletas sobre Patologías Tropicales*:

A fines del 83 tuve una reunión con el Dr. Javier Aznárez. Javier es un joven sacerdote médico que, junto a José Luis Palacio, sacerdote y antropólogo, trabajaba en la parte alta del cantón Aguarico, desde Pañacocha hasta Puerto Quinche. Su íntimo contacto con las comunidades kichwas de la zona le había permitido una gran información en los temas de salud y sus visitas periódicas a cada comunidad, en las que atendía los diversos aspectos sanitarios, le daba capacidad operativa para programas en perspectiva.

En aquella reunión tocamos el tema del paludismo y convenimos en realizar un estudio de la distribución geográfica y etaria de la enfermedad. Señalamos los criterios de tratamiento y comenzamos a interesar a representantes de cada comunidad, para que pudieran hacerse cargo de un programa de tratamientos si, como se veía venir, el SNEM dejaba de asumir su responsabilidad en el control de la enfermedad.

A fines del 84 habíamos clarificado algunos aspectos importantes referentes al tema del paludismo. Tanto Javier como yo realizamos un estudio graficado de la casuística palúdica. Los resultados fueron muy significativos. Tanto en la experiencia de Javier como en la mía el paludismo había recorrido en el año 84 realizando dos brotes bien delimitados: uno, que correspondía a la primera mitad del año, con una punta impor-

tante en el mes de mayo y que adaptaba su intensidad a la época de lluvias de la región y otro, en la segunda mitad, con un máximo en el mes de diciembre, precisamente en la época típica del verano amazónico, tiempo de sequía de la región. Los gráficos de Javier y míos, que se podían montar uno sobre el otro, recordaban la silueta de un camello de doble joroba. Curiosamente sus diagnósticos habían sido clínicos; los míos, parasitológicos. Unos y otros llevaban a las mismas conclusiones.

En diciembre del 84 llegó al hospital un paciente palúdico especialmente afectado. Cuando examinamos su gota gruesa aparecieron formas gametocíticas en la clásica figura de banano. Era la comprobación del primer caso de paludismo por *P. falciparum* que yo veía. En enero llegaron al hospital 17 casos y, en febrero, 31. Ninguno fue mortal y, dato sobresaliente, tuve más problemas por casos complicados en mi casuística con *P. vivax* que con *P. falciparum*.

Desde diciembre ya estábamos verdaderamente alarmados sobre cómo íbamos a abordar el problema terapéutico de este importante brote que había dado, para una población de escasos 4000 habitantes, meses como el de mayo con 160 casos en la estadística de Javier y 100 en mi laboratorio del hospital y, en diciembre, las cifras habían subido a 179 en el área controlada por el Dr. Aznárez, mientras que en la mía ofrecía 80 casos comprobados en el laboratorio. Era evidente que el SNEM no iba a abordar con eficacia el problema. Escribí al Jefe regional de Malaria, ubicado en Puyo en aquella época, y le propuse un programa concreto. SNEM podía proporcionar la medicación; el personal de malaria, el Dr. Aznárez y el equipo del hospital asumirían el control del programa de tratamientos y un personal seleccionado en cada comunidad sería el encargado de visitar a cada familia y entregar cada semana las dosis correspondientes a cada uno de sus miembros. En febrero se puso en práctica este programa y, aunque hubo fallos en varias de sus etapas, su realización hizo que, en marzo, Javier diagnosticara menos de 25 casos y yo no viera más que 4. (Amunárriz, 1994, pp. 57-59)

## Jueves en Puerto Quinche

Antes de este movimiento subterráneo que dio origen a los Promotores de salud, y que se inició con la llegada al Napo de José Luis Palacio y el Dr. Javier Aznárez, por los años 1984, yo llevaba visitando la comunidad de Puerto Quinche, situada a unos 45 Km. río arriba, todos los jueves por la tarde, desde 1977. Siempre me acompañaba una de las hermanas del hospital; pasaba consulta a los miembros enfermos de la comunidad durante unas pocas horas y al atardecer tomaba el deslizador para regresar a casa. Era mi contacto directo con las comunidades.

Cuando en 1984 Javier Aznárez se instaló en Puerto Quinche, la tarea asistencial directa en esa y en las demás comunidades del cantón Aguarico pasó a sus manos y yo me retiré de esta visita semanal.

## Aguarico predilecto

El río Aguarico, con sus comunidades distantes de cualquier centro poblacional, fue un foco preferencial de la asistencia fluvial del Hospital Franklin Tello. Cada cuatro meses, aproximadamente, un equipo humano, en el que siempre me incluía, partía en una canoa hacia la bocana del Aguarico para surcar sus aguas y visitar, primero, los destacamentos militares situados en la margen derecha del río hasta la desembocadura del río Lagarto. Frecuentemente estas cortas visitas nos permitían conversar con los conscriptos ecuatorianos, siempre en reducido número de 3 a 6 en cada destacamento, y animarles en esa vida de aislamiento en que se encontraban, lejos del comando militar de Tiputini. Frente a cada uno de estos destacamentos se encontraba la réplica peruana, casi siempre un poco más numerosa, normalmente en buenas relaciones y dispuestos a ayudarse en sus necesidades más perentorias, como en la falta de algún medicamento de urgencia.

Desde Lagarto nosotros abandonábamos la línea fronteriza y continuábamos surcando el río Aguarico, ya en pleno territorio ecuatoriano. Cincuenta kilómetros *más arriba aparecía* la primera comunidad de población civil: Zancudo. Se trata de una comunidad importante, instalada desde hace muchos años cerca de una de las hermosas lagunas de la región: "Zancudo cocha". Siempre nos quedábamos uno o dos días, compartiendo con la comunidad sus inquietudes y acompañándoles en sus problemas de salud, y también en sus preocupaciones sociales y religiosas.

Durante años nuestra siguiente parada era en Playas de Cuyabeno, a unos 150 km de Zancudo. Solo encontrábamos alguna familia aislada en este recorrido. Recuerdo aún la parada en Zábalo, en aquellos primeros años, donde se encontraba la familia Chávez, colombianos que se habían instalado en nuestra Amazonía, y donde comenzaban su aventura amazónica desde la ausencia de todo, pero llenos de coraje para luchar y progresar. Fue allí, en la franja de selva desbrozada para plantar maíz, donde encontraron una preciosa olla funeraria que presidió durante años mi consultorio en el Hospital y que llegaría a formar parte de nuestra colección de cultura Napo de Pompeya.

Los Chávez, partirían después a la comuna de Playas de Cuyabeno y se integrarían plenamente en la comunidad. Esta es la familia que años después perderían a uno de sus hijos en un accidente relacionado con la fragilidad de las ramas de un guabo.

Desde Playas nos gustaba surcar por el pequeño y serpenteante río Cuyabeno, hasta sus cabeceras, donde vivía una comunidad Siona, que nos acogía con calor y recibía agradecido nuestra ayuda en sus problemas de salud. Un día después regresábamos al Aguarico y surcábamos sus aguas, deteniéndonos en las casas de las pocas familias que vivían en la zona, llegando hasta la comunidad

de Puca Peña (Peña roja). Un par de días nos bastaban para participar en su vida e intercambiar inquietudes y diálogos, mientras dedicábamos unas horas a una reunión comunitaria para realizar nuestro servicio religioso y de atención sanitaria. Dos días después iniciábamos nuestro regreso, cansados y felices de haber podido compartir la vida de estos grupos humanos tan aislados y abandonados por las autoridades del país.

Este amplio recorrido por el Aguarico ha sufrido un cambio notable en estos últimos años. Las nuevas provincias de Sucumbios y la de Orellana han precisado sus límites territoriales y el Aguarico, sobrepasada la comunidad de Zancudo, pertenece en la actualidad a la provincia de Sucumbios. Las actividades de salud de la Dirección Provincial de Salud de esta provincia alcanzan en sus giras asistenciales hasta Playas de Cuyabeno, e incluso hasta una nueva comunidad Cofán situada en la desembocadura del río Zábalo, por debajo de Playas de Cuyabeno. Nuestra área de influencia ha disminuido en el río Aguarico y hemos tenido que reajustar el territorio de nuestra labor asistencial. Pero siempre conservamos un especial afecto por las gentes de este río Aguarico que han encontrado en nuestro hospital el lugar al que acudir en sus situaciones de emergencia; siempre han quedado grabados a fuego en nuestra memoria algunos momentos de especial angustia, ante problemas muy graves de salud, surgidos en pobladores de estas comunidades lejanas y aisladas.

## **Sistema Integrado de Salud de Aguarico**

Mientras manteníamos estas visitas periódicas al río Aguarico, el hospital se planteó, junto con la DPSO, formas más sistemáticas de atención sanitaria a las comunidades del cantón Aguarico. Como fruto de diálogos y encuentros de diferentes organismos que hacen salud en la provincia de Orellana surgió en el año 2005 una organización que se denominó "Sistema Integrado de Salud de Aguarico" (S.I.S.A). En esta organización se integraban el Ministerio de Salud Pública, Sandy Yura, el Gobierno Municipal de Aguarico y el Hospital Franklin Tello. La pretensión era realizar seis visitas al año a todas las comunidades del cantón y ejecutar en estas visitas una acción múltiple en el área de la salud: vacunación de sus habitantes, asistencia odontológica, asistencia médica, preferentemente al tramo de 0 a 5 años, controles prenatales, planificación familiar, toma de muestras para Papanicolau y apoyo a los Promotores de salud comunitarios. Con algunos fallos en la coordinación de estas jornadas asistenciales, que duraban alrededor de una semana, el programa se mantuvo durante más de tres años y sirvió para que los programas de salud estuvieran presentes en cada comunidad de nuestro cantón. Una amplia canoa con un equipo multidisciplinario de 10 a 12 personas, 3 de ellas

pertenecientes a nuestro hospital, bajaba desde Coca para estas visitas bimensuales. Estas mismas visitas servían para detectar patologías que exigían diagnósticos de mayor precisión y terapias hospitalarias que facilitaban la conexión entre presencia asistencial en la comunidad y la labor hospitalaria en nuestro Hospital Franklin Tello.

## **“Jambi Purina”**

Hacia fines de 2006 el Hospital Franklin Tello, de común acuerdo con la UTE, revisó su programa asistencial fluvial e inició una nueva etapa, con independencia de otros organismos, empleando para esta labor una Lancha Médica a la que se llamó “Jambi Purina”.

El proyecto de una embarcación montada expresamente para realizar un programa de salud asistencial ambicioso formaba parte del imaginario que la UTE había soñado para el Hospital Franklin Tello. La Universidad no deseaba circunscribir su presencia de apoyo a la labor intrahospitalaria y convertir este centro de salud en un campo de adiestramiento amazónico para sus estudiantes de último año, sino que soñaba en que la labor asistencial se extendiera a las comunidades que formaban el cantón Aguarico a través de una presencia fluvial cercana y suficientemente tecnificada. Cuando llegué al Ecuador por segunda vez, invitado por la UTE, en noviembre de 2005, ya se estaba preparando una embarcación de fibra de vidrio construida en una comunidad Cofán del río Aguarico, un “catamarán”, para dedicarlo a esta labor. Me pidieron que visitara el lugar y comprobara si la embarcación podía cubrir los objetivos para los que se había ideado.

Fue una visita sorpresa, en la que pude comprobar que los esquemas que se elaboran en los despachos de Quito no siempre se encuentran adaptados a las necesidades reales para las que se idearon. Sugerí unos cambios básicos en la estructura de la embarcación para hacerla útil para la tarea programada. Meses después el catamarán llegaba a Nuevo Rocafuerte, pero nunca se puso en marcha, pues mientras tanto había surgido una nueva propuesta para la tarea asistencia fluvial del Hospital.

Cerca de Sucumbíos, en un rincón del río Aguarico, se encontraba prácticamente abandonada una embarcación médica que el MSP había ofrecido a la Dirección Provincial de Sucumbíos para una labor fluvial de salud. Una lancha semejante, denominada “Umiña”, había funcionado en el río Napo dependiente de la Dirección Provincial de Salud de Orellana, y la Universidad manifestó el deseo de encargarse de ella para integrarla al programa del Hospital Franklin Tello, aunque sus gestiones no llegaron a buen puerto. Entonces las miradas se orientaron hacia

la lancha médica de Sucumbíos y, tras diálogos con los organismos provinciales de salud, esta lancha fue asumida por la UTE y entregada al Hospital con el nombre de "Jambi Purina", que en una traducción libre significaría "Medicina viajera".

A fines del 2006 se ponía en marcha, después de someterla a una adaptación de sus implementos médicos a la tarea real. La lancha disponía de un quirófano equipado para realizar cirugía mayor, con un equipo de anestesia de última generación, una mesa quirúrgica moderna, una lámpara cielítica y otros equipos complementarios. El local era demasiado pequeño; no existía una habitación para el postoperatorio y creíamos que era una fantasía pensar en un centro quirúrgico fluvial como el montado en la Jambi Purina. Reacomodamos la embarcación, la transformamos en un centro de asistencia primaria y le dotamos de un equipo humano mínimo que pudiera realizar una labor asistencial adaptada al medio y eficiente.

La Jambi Purina trabajó hasta mediados de 2009 y sufrió en sus propias 'carnes' la inclemencia de un medio fluvial que pone a prueba la calidad de sus motores. Por otra parte, la estructura física que configura la embarcación que, a excepción del casco metálico, fue construida de materiales frágiles para la inclemencia del tiempo amazónico, han creado problemas graves en el mantenimiento de la misma. En varias ocasiones la Jambi Purina ha tenido que ser retirada de sus tareas asistenciales para revisar sus motores y recomponer su estructura física. ¿Qué duda cabe que esta embarcación, conocida a lo largo y ancho de los ríos Napo y bajo Aguarico, ha supuesto una nueva imagen asistencial del Hospital Franklin Tello? Aunque la reestructuración por parte de la Dirección Provincial de Salud de Orellana de los territorios asignados a las diferentes unidades operativas, incluido el Hospital Franklin Tello, nos ha aconsejado replantearnos la forma concreta de realizar nuestra asistencia fluvial en el campo de la salud.

En febrero de 2011 se realizaron las primeras gestiones para poner en manos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador la embarcación Jambi Purina y volvíamos a emplear otros medios, menos vistosos pero más eficaces, tanto en la tarea asistencial como en actividades de investigación en patologías de nuestra región amazónica.



# Capítulo 8

## Un hospital de frontera





Nuevo Rocafuerte está situado en la frontera entre Ecuador y Perú. Desde tiempo inmemorial ambos países han mantenido un litigio fronterizo que ha sido fuente de roces frecuentes y, en ocasiones, de confrontaciones bélicas. En nuestra área del río Napo la última confrontación data del año 1941. Hasta aquella fecha la cabecera cantonal del cantón Aguarico, con el nombre de Rocafuerte, estaba situada en la desembocadura del río del mismo nombre, en su margen izquierda. El Ecuador consideraba suyos los territorios dependientes del río Napo, aguas abajo, en una amplísima zona que había llegado en sus mapas territoriales hasta la misma desembocadura del Napo en el Amazonas. Aunque, a decir verdad, en las décadas anteriores del siglo XX el Napo, por debajo del Aguarico, ya era colonizado por población peruana. Un avance militar del país vecino arrancó a la población de Rocafuerte de sus tierras, huyendo río arriba. Cuando, tras muchas gestiones diplomáticas, se firmó el llamado Protocolo de Río de Janeiro en el año 1942, se estaba formando Nuevo Rocafuerte, esta vez ubicado en la desembocadura del río Yasuní, a unos 30 km río arriba de su primitivo asentamiento. Los límites fronterizos trazados en este Protocolo formaban una línea quebrada que, procedente de la unión entre el Curaray y su afluente el Cononaco, llegaba a la desembocadura del Yasuní en el Napo, corría por el mismo río aguas abajo hasta la desembocadura del Aguarico en el Napo y subía por este río hasta alcanzar la bocana del río Lagarto, que se convertía en línea fronteriza, aguas arriba, camino del río Guepí y el río San Miguel. Desde el Aguarico, el Napo pasaba a ser río peruano y en lo que fue Rocafuerte ecuatoriano aparecía Pantoja como primera población peruana en su frontera con el Ecuador.

Nuestro hospital ha sido, por estas situaciones fronterizas, un hospital de frontera, que acoge tanto a población ecuatoriana como a población peruana.

Para comprender mejor la afluencia de pacientes peruanos a nuestro hospital hay que tener en cuenta algunos datos. La población que habita el Napo es fundamentalmente indígena kichwa, procedente de la zona de Tena-Archidona, durante los años finales del siglo XIX. Familias enteras se trasladaron hacia el Napo y descendieron por él, sin tener en cuenta los límites fronterizos existentes en cada época. Aún ahora vemos parientes muy cercanos, pertenecientes a la misma familia, que se reparten en los tramos finales del Napo ecuatoriano y la zona denominada alto Napo peruano. Todos ellos comparten el mismo género de vida, sus viviendas son idénticas, su modo de vida, sus chacras, sus actividades de caza y pesca se identifican. También las patologías que padecen indican la identidad del hábitat que comparten. No es llamativo que cuando llega un paciente a nuestro hospital nos cueste a veces identificar si nos encontramos ante un enfermo peruano o ecuatoriano.

Por otra parte, la situación asistencial en el área de la salud muestra especiales dificultades para los peruanos que habitan cerca de nuestra común frontera. La población más cercana a la frontera, Pantoja, con sus 300 habitantes, cuenta con un Subcentro de Salud carente de profesionales médicos durante largas temporadas y siempre limitados en equipamiento médico y en medicación. A lo largo de la ribera peruana, en el Distrito Torres Causana, que correspondería a nuestro cantón Aguarico, con una población de apenas 4 000 habitantes, dispersos a lo largo de cerca de 200 km de río Napo, solamente encontramos unos pocos puestos de salud, atendidos por Promotores de Salud, con poca capacidad resolutive. Hay que viajar más de 500 km río abajo, hasta la población de Santa Clotilde, para encontrar un Hospital con capacidad resolutive y posibilidades de abordar patologías que exijan hospitalización y cirugías básicas. Cuando la situación del paciente supera sus capacidades resolutive, es necesario viajar 300 km más para llegar a Iquitos e internar al paciente en el Hospital Regional o en algunas clínicas existentes en la población.

Torres Causana y sus habitantes han considerado siempre al Hospital Franklin Tello como su hospital y nosotros hemos recibido a estos pacientes peruanos como pacientes normales de nuestro ámbito de influencia.

La afluencia de pacientes peruanos se ha mantenido constante a lo largo de todo el dilatado periodo de tiempo de 40 años, aunque es verdad que en algunas épocas la intensidad ha sido mayor, y esta ha estado relacionada con épocas de especiales carencias en el alto Napo peruano. Estoy recordando un periodo de tiempo, de más de cinco años, entre 1988 y 1992, doloroso para la población civil, pero especialmente para la población militar peruana, donde los conscriptos peruanos, que formaban parte del Comando Militar Peruano de Pantoja, apenas recibían víveres para su subsistencia. Grupos de jóvenes llegaban al hospital, en franca desnutrición, casi desfallecidos y nuestra labor asistencial se orientaba a la aportación de medidas de higiene y alimentación.

Dentro del área del Distrito Torres Causana existe una comunidad que visité en varias ocasiones, en la que vivía el sacerdote franciscano Juan Marcos Mercier, canadiense de origen, totalmente incorporado al mundo kichwa, que había adoptado el apellido Coquinche. Con él compartíamos casi a diario, a través de unas pequeñas emisoras que nos servían para comunicarnos entre las diferentes casas existentes en nuestra región amazónica y que, en la situación concreta de Nuevo Rocafuerte, nos daba la posibilidad, entre Nuevo Rocafuerte y Angoteros, de conversar y comunicar las necesidades que surgían en nuestras respectivas comunidades. Frecuentemente este medio servía para pequeñas consultas médicas y en ocasiones para avisarme de la existencia de una emergencia que requería el traslado urgente del paciente a nuestro hospital. Angoteros ha ofrecido al hospital algunas de las situaciones más dramáticas que han puesto a prueba nuestros ner-

vios y nuestra capacidad de riesgo en las decisiones a tomar. Ya he descrito alguna de ellas, pero no me resisto a narrar aquí una de especial gravedad, que ocurría en agosto de 1981.

Hacia apenas dos semanas que había hecho una visita a Angoteros, a unos 150 km de Nuevo Rocafuerte, Napo abajo, en el Perú. Allí se encuentra el padre Juan Marcos Mercier, franciscano canadiense, quien, desde hace años, comparte vida y preocupaciones con el pueblo naporuna, acompañado por un pequeño equipo de Teresianas. Me gusta visitarle y compartir unas horas con él. Su persona irradia una vocación de entrega y encarnación en la cultura kichwa.

Estábamos en la casa de las hermanas, en el hospital, después de una jornada hospitalaria normal cuando, por la puerta de la casa, aparece el padre Juan Marcos. Se le veía cansado y preocupado.

- ¿Qué ocurre? ¡Nos habíamos despedido hasta dentro de tres meses!
- Vengo con una enferma muy grave. Hace cinco horas que salimos de Angoteros. Nos han dejado pasar por los puestos militares sin ninguna dificultad. Se trata de una joven mujer que no puede dar a luz: la mano del niño asoma entre sus piernas. Está vomitando y muy pálida y fría. Nos parecía imposible plantear una salida a Iquitos y he pensado en ti. No sé si podrás hacer algo.

Salimos corriendo de la casa y llegamos al puerto del hospital. En el fondo del deslizador se encontraba la mujer, entre cobijas y plásticos, pálida y con las señales de sus muchos vómitos. Le acompañaba su esposo y el motorista.

- Subámosle al hospital. Preparemos lo necesario para una cirugía.

Las hermanas iniciaron el trabajo con rapidez y eficacia. Hicimos las pruebas sanguíneas correspondientes y vimos que la sangre del esposo era apta para transfundirle a ella. Inmediatamente preparamos el material para una primera transfusión y una segunda bolsa para la intervención quirúrgica.

A la enferma se la veía mal. Todo hacía pensar que el útero había estallado y, efectivamente, el niño se le palpaba directamente bajo la cubierta delgada del abdomen. Cuando la instalamos en la mesa quirúrgica su tensión arterial apenas era posible medirla. Sueros y sangre pasaban a toda prisa, pero la tensión no subía. Esperar era sentenciarla a una muerte por vaciamiento sanguíneo intraabdominal; así es que, bajo una anestesia general suave, entramos en aquel abdomen.

El útero estaba terriblemente desgarrado y en muchas áreas tenía un aspecto necrótico. El niño, naturalmente, hacía muchas horas que había muerto. Retiramos la criatura y la placenta y tratamos de realizar una histerectomía. Era difícil; el tejido de ambos anexos, en la zona de penetración de las arterias uterinas en el útero, era muy friable y las ligaduras apenas se podían sostener.

El padre Mercier asomó a la puerta del quirófano y preguntó:

- ¿Vive, aún?
- Sí, pero apenas.

Su respiración era irregular, con intervalos de apnea; existían abundantes secreciones bronquiales, como si estuviera haciendo un edema agudo de pulmón: realmente parecía muerta y tenía la tentación de ceder y cerrar. Pero las hermanas pensaban que, mientras existiera un aliento de vida, teníamos que continuar y así realizamos la última etapa de esa difícil resección uterina.

Cuando cerré el abdomen la mujer seguía chocada y su respiración no había mejorado. Recuerdo que tomé la mascarilla y comencé a insuflar oxígeno y a aspirar secreciones bronquiales cada poco tiempo. La enferma continuaba sin querer morir.

Un cuarto de hora después se notó una ligera mejoría; la respiración se hizo más constante; las secreciones bronquiales disminuyeron y la tensión arterial comenzó a subir; primero a una máxima de 7 cm; después, a 9. Una hora después la paciente respiraba bien, su tensión era casi normal y comenzamos a pensar que, milagrosamente, iba a ocupar un puesto entre los vivos.

El Padre Juan Marcos regresó al día siguiente con su motorista. Se le veía feliz y un tanto incrédulo. ¿Cómo era posible que esa mujer hubiera escapado a la muerte en esas circunstancias? Se le notaba su orgullo de que Dios acompañe de forma extraordinaria la vida en nuestra selva amazónica.

María Rocío se recuperó de forma espectacular. Trece días después tuve la satisfacción de poderla llevar personalmente en el deslizador hasta Angoteros y entregarla a la comunidad.

¡No es el único caso, pero en este hay que estar ciego para no ver una mano providente que nos acompaña! (Amunárriz, 1993, pp.48-49)

Estas relaciones de estrecha colaboración con los habitantes peruanos tomaron a mediados del 2009 una intensificación institucional muy importante que trataré de explicar.

Existen unos antecedentes significativos que se inician de forma clara con la Declaración de Paz de Itamaraty del 17 de febrero de 1995. A partir de esa fecha puede explicarse la firma del "Acta Presidencial de Brasilia", el 26 de octubre de 1998, que suscriben los Presidentes del Ecuador y Perú por la paz definitiva entre ambos países. En junio del 2007 se llevaría a cabo, en la ciudad de Tumbes, el I Encuentro Presidencial y la I Reunión de Gabinete de Ministros Binacional Perú-Ecuador y se suscribiría el Acta de Institucionalización de las Reuniones del gabinete de Ministros Binacional con el propósito de fortalecer los mecanismos existentes en ámbito binacional y la aplicación de los Acuerdos de Brasilia.

Surge, así, el compromiso político de fortalecer y ampliar programas conjuntos en diversas áreas, entre ellas, el área de la salud. En febrero de 2009 se reali-

zaría en Macará, Provincia de Loja, el taller Binacional de Salud Ecuador- Perú con la finalidad de evaluar el cumplimiento de los compromisos presidenciales asumidos en reuniones anteriores, Tumbes 2007 y Machala 2008.

Esta línea de cooperación binacional se extendió, a partir de mediados de 2009, a nuestra frontera binacional en el río Napo, por las gestiones intensas del Dr. Alfredo Amores, Director Provincial de Salud de Orellana y, naturalmente, de la Ministra de Salud, Dra. Caroline Chang. En septiembre de 2009 ya se había programado en Iquitos una I Reunión Binacional Ecuador-Perú, que afectaba al corredor Orellana-Loreto. Nuestro hospital se encontraba en el centro de este tema de cooperación. Una amplia delegación ecuatoriana asistió al encuentro binacional y pudimos trazar las líneas maestras de esta cooperación. Se trataba de fortalecer el Primer Nivel de Atención de Salud, señalar las acciones de Prevención y Control de Enfermedades Emergentes y reemergentes, prevención y control de emergencias y desastres, y fortalecimiento y articulación de los niveles de gobierno y participación comunitaria. Eran las primeras líneas maestras de un proyecto de cooperación en salud que debería, en los próximos tiempos, concretizarse en acciones más precisas.

La II Reunión Binacional Ecuador-Perú se realizó en Nuevo Rocafuerte, en nuestro Hospital Franklin Tello, en diciembre del mismo año. Acudieron representantes cualificados del Ministerio de Salud Pública, una delegación importante de la Dirección Provincial de Orellana y Sucumbíos y, por la parte peruana, toda la plana mayor de la Dirección Regional de Salud de Loreto, procedentes de la ciudad de Iquitos. Trabajamos intensamente durante tres días y se pudo incorporar a la reunión a un grupo de Promotores de Salud, tanto peruano como ecuatoriano. En esta reunión se decidió que la estructura de salud del Napo, en las áreas fronterizas, debería tener un Hospital de Referencia para el Proyecto de colaboración binacional y que debía ser nuestro Hospital Franklin Tello, que debería fortalecerse en personal y medios técnicos para esta nueva responsabilidad.

El 5 de abril de 2010 se realizó en Iquitos el III Taller Binacional de Salud Perú-Ecuador, para el corredor fronterizo nº 4: Pastaza, Sucumbíos, Orellana y Loreto. Los temas de estudio fueron profundizados y asumidos por los dos ministros de salud que estuvieron presentes en la reunión. El IV Taller Binacional se había programado para agosto o septiembre del 2010, pero todo el trabajo de cooperación binacional, en el plano institucional, quedó frenado como consecuencia del cambio de responsables tanto del Ministerio de Salud Pública del Ecuador como de la Dirección Provincial de Salud de Orellana. Y hemos podido comprobar, una vez más, cómo los mejores proyectos pueden detenerse y hasta fracasar si los responsables de las instituciones implicadas no se sienten comprometidos y motivados para sostener el impulso que necesitan.

En julio del 2010 la Subsecretaría General de Salud enviaba un comunicado a los Directores Provinciales de Salud de las provincias fronterizas, incluida Orellana, una comunicación en la que les hacía conocer el "Acuerdo Bilateral para brindar Atención de Salud Recíproca a Nacionales de la República del Ecuador y de la República del Perú", al mismo tiempo que se solicitaba un registro de las atenciones impartidas a personas de nacionalidad peruana que reflejara el cumplimiento de los compromisos asumidos por el Ecuador. Queda confirmada la línea institucional al más alto nivel nacional de cooperación entre ambos países y nos sentimos apoyados en nuestro trabajo asistencial en plano de igualdad a pacientes procedentes tanto del cantón Aguarico como del Distrito Torres Causana.

En cualquier caso, los talleres de cooperación binacional de salud que se han realizado desde mediados de 2009, tanto en Iquitos como en Nuevo Rocafuerte, han servido para fortalecer algunos aspectos importantes de las tareas a favor de la salud: se tomó conciencia, por parte de las autoridades peruanas, de que los subcentros de salud del Distrito Torres Causana necesitaban un fortalecimiento; que debía favorecerse la capacidad operativa del Hospital Franklin Tello; que había que mejorar los medios de comunicación entre las comunidades peruanas y el Hospital Franklin Tello para hacerlo más efectivo ante emergencias que pudieran surgir y que era necesario compartir experiencias de investigación en patologías propias de la región.

Trascribimos el contenido del Acuerdo Ministerial que nombra al Hospital Franklin Tello Hospital de Referencia Binacional y que se encuentra en el Registro Oficial del 8 de enero del 2010.

**No. 000859**

**LA SEÑORA MINISTRA DE SALUD**

**PUBLICA**

**Considerando:**

Que la Constitución de la República del Ecuador dispone:

"Art. 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

"Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del Sistema de Salud a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector";

Que la Ley Orgánica de Salud manda:

"Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el

Ministerio de Salud Pública, entidad a la que

corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias"; Que la declaración Presidencial de Tumbes, suscrito entre el Presidente de la República del Ecuador y de la República del Perú, manifiestan: "... reconocemos la urgencia de enfocar la prioridad de la cooperación entre nuestros países en la ejecución de acciones eficaces que atiendan a las necesidades de desarrollo y bienestar de ambos pueblos, de manera especial de las poblaciones fronterizas con frecuencia sometidas a la exclusión y la pobreza";

Que mediante oficio No. 822-DPSO 1 de diciembre del 2009, el Director Provincial de Salud de Orellana, solicita elaborar el presente acuerdo ministerial mediante el cual se establece como "Binacional" el Hospital Básico Franklin Tello; Que mediante comunicación de 4 de diciembre del 2009, el Director del Hospital "Franklin Tello, manifiesta su total conformidad con esta decisión; Que mediante memorando No. SSS-10-01670-09 de 3 de diciembre del 2009, el Director del Proceso de Control y Mejoramiento de los Servicios de Salud, emite el criterio técnico correspondiente; y, En ejercicio de las atribuciones concedidas por los artículos 151 y 154 de la Constitución de la República del Ecuador y el Art. 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva,

**Acuerda:**

**Art. 1.-** Declarar al Hospital Franklin Tello, del cantón Aguarico, provincia de Orellana, Hospital de Referencia para la Red "BINACIONAL" en el contexto del proceso de cooperación y colaboración binacional Perú-Ecuador, situación de Frontera.

**Art. 2.-** De la ejecución del presente acuerdo ministerial que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense la Directora General de Salud, Director del Proceso de Control y Mejoramiento de la Gestión de Servicios de Salud y el Director Provincial de Salud de Orellana.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a 8 de diciembre del 2009.

f.) Dra. Caroline Chang Campos, Ministra de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la Secretaría General al que me remito en caso necesario.- Lo certifico.- Quito, a 11 de diciembre del 2009.- f.) Dra. Nelly Cecilia Mendoza Orquera, Secretaria General, Ministerio de Salud Pública.



# Capítulo 9

## Un hospital docente







Profesionales HFT 2019

Desde que llegué al Hospital, en el año 1970, siempre he podido constatar que la Amazonia, con su aureola de misterio y exotismo, ha fascinado a muchas personas. Con una frecuencia totalmente irregular, sometida a las leyes de los caprichos humanos, he visto desfilar por nuestra pequeña población de Nuevo Rocafuerte viajeros procedentes de mil rincones del mundo, algunos con la aureola de verdaderos viajeros eternos, que saltan de un país a otro tratando de satisfacer el ansia de lo nuevo, de aquello que les saque de la rutina de la vida cotidiana en su lugar de asentamiento habitual.

Dentro de este grupo variopinto he podido encontrarme con estudiantes de medicina procedentes de diferentes países de América y, con mayor frecuencia de la esperada, de jóvenes viajeros europeos. Algunos de ellos han querido permanecer cortas temporadas en nuestro hospital, con el deseo sincero de ayudar y, ¿por qué no?, con el ansia de conocer formas diferentes de enfermar y patologías que nunca tendrán oportunidad de conocer en sus propios países. Recuerdo algunos de estos encuentros donde el diálogo sobre mi vida y mis experiencias ocupaba largas horas y donde su curiosidad joven nunca llegaba a saciarse. No era solo la medicina lo que les interesaba, sino el entorno en que se desenvuelve aquí. Llegaban a percibir cómo la multitud de técnicas de diagnóstico, consideradas esenciales en la medicina de nuestro tiempo, se volvían estructuras sobreañadidas que bloqueaban la necesidad de decisiones urgentes que tomar con medios más limitados, donde la experiencia y las circunstancias concretas del lugar obligan a saber prescindir y a optar por soluciones realistas.

Creo que de alguna manera este hospital ha ejercido su papel docente para este grupo de estudiantes y profesionales de la medicina que han realizado cortas estancias entre nosotros. No es, desde luego, una docencia sistematizada; por otra parte, totalmente inadecuada para las circunstancias concretas de estos aprendices nómadas y fugaces. Pero es una docencia fundamental para ampliar las visiones de la diversidad humana y sus circunstancias concretas de vida. Yo me he encontrado cómodo en esta peculiar aula tan informal y tan multicolor.

Recuerdo algunos encuentros concretos. Me viene a la memoria la de un par de estudiantes suecos que permanecieron varios días entre nosotros y que trataron de recoger información sobre las actividades del hospital. El español no era su lengua nativa y en ocasiones llegaban a entender de manera inadecuada sus lecturas de informes hospitalarios. Varios meses después de su partida me enviaron una revista sueca, con un pequeño reportaje de su estancia en Nuevo Rocafuerte. El reportaje estaba escrito en sueco y me adjuntaban su traducción en hoja aparte. Me quede sorprendido al constatar que habían atribuido a la actividad del hospital en aquel año un número crecido de abortos programados en su actividad de planificación familiar. ¡Qué barbaridad! Realmente no habían entendido nada. ¡Los legrados realizados por abortos incompletos con restos placentarios habían sido confundidos con actividades abortivas en un Hospital de la Iglesia!

Recuerdo también la visita de un grupo de especialistas en parasitología y medicina tropical que procedían de Iquitos, donde realizaban tareas de investigación, concretamente en leishmaniasis. Habían llegado hasta Pantoja, límite fronterizo, pero habían querido visitar nuestro hospital que era valorado por los habitantes del alto Napo peruano. Visitaron sus dependencias y se entretuvieron en nuestro pequeño laboratorio. Hablamos de algunas patologías mientras veían ejemplares de parásitos que conservaba en frascos con formol. Charlamos concretamente de la casuística de leishmaniasis existentes en el Napo. Tenían en su laboratorio algunas placas con extensiones de lesiones leishmaniasicas y describían pequeños grupos de leishmanias que habían comprobado visualmente en algunas de estas preparaciones. Les mostré placas mías, algunas de ellas intensamente parasitadas, donde se veían histiocitos llenos de parásitos coloreados con Giemsa. Nunca, me decían, habían visto parasitaciones tan intensas y placas de aquella calidad. La felicidad fue plena cuando pude regalarles algunas de ellas para que pudieran enriquecer su colección.

Recuerdo también otra visita muy especial. Se trataba de un guardia de seguridad francés que vivía y trabajaba en París. Cada cierto tiempo era capaz de reunir dinero suficiente para interrumpir su monótono trabajo y realizar durante largas temporadas la pasión de su vida. Viajaba a la Amazonia; unas veces a un país y otras a otro, pero siempre a la selva amazónica. Pero no era para viajar sin más, sino

para recoger material y estudiar fauna que pudiera considerarse agresiva para los habitantes de la región. En uno de esos viajes había surcado el río Amazonas desde el Brasil, atravesado una amplia parte de sus aguas peruanas y se había introducido por el Napo. Un día apareció en nuestro hospital de Nuevo Rocafuerte. Llevaba en su mochila unos pequeños frascos con formol al 10 % y en su interior unos pececillos de los que estaba especialmente orgulloso. Su historia era fascinante, me decía. Penetraban en ocasiones por los orificios naturales del ser humano (uretra, ano o vulva) y creaban situaciones de verdadera emergencia médica. Pertenecían al género *Vandelia*. Entonces le mostré mis ejemplares de *Vandelia wieneri* y le conté mis experiencias con estos pececillos entrometidos que, en el lenguaje no científico, se llaman "caneros". También fue una sorpresa y una confirmación de sus conocimientos y pudo copiar algunas páginas que yo había escrito sobre el tema. Mantenía el proyecto de publicar una obra extensa, con una buena iconografía, de lo que iba a llamar "Patología agresiva en la Amazonía". Perdí su contacto después de una segunda visita que recibí algún tiempo después de la primera. Nunca supe si esta obra se publicó.

En esos 25 años primeros años de vida amazónica en el hospital, de forma irregular, recibí la ayuda de algunos profesionales jóvenes que tenían que realizar su año de práctica médica rural. Llegaban a un mundo distinto al que habían vivido hasta la fecha y todo resultaba nuevo y original. Pasábamos los primeros meses realizando una adaptación de sus conocimientos académicos al ejercicio práctico de la medicina, adaptado a las capacidades reales de nuestro Centro de Salud y a las circunstancias concretas del mundo amazónico. Era curioso ver el proceso de cambio que se iba instalando en sus mentes y comprobar que la capacidad de adaptación a un mundo nuevo tiene diferentes ritmos de acuerdo con la personalidad y al nivel de formación académicos. También esta tarea estaba llena de sorpresas para mí, unas gratas y estimulantes, otras con cierto nivel de frustración. Era, una vez más, un intercambio de conocimientos en el que yo aportaba experiencia de las peculiaridades del mundo amazónico y ellos me ponían al tanto de las últimas actualizaciones académicas.

Queda por señalar un campo importante en esta tarea docente peculiar, de especial importancia, que es necesario adquirir si se quiere trabajar con resultados positivos en el mundo cultural de los pueblos amazónicos; se trata de cómo situarse ante concepciones nativas de la enfermedad y las actitudes que es necesario adoptar frente a los *yachak* que ejercen su actividad sanadora. Comprender ese mundo lleno de magia y misterio, tan alejado de las concepciones científicas del funcionamiento de nuestro organismo humano y de sus formas de enfermar; situarse ante los enfermos que sienten su vida invadida por fuerzas ocultas y poderosas, diagnosticar de acuerdo con nuestros conocimientos, sin despreciar a las

personas que juzgan su enfermedad desde categorías tan diferentes, se convierte en un arte difícil de aprender. Nos corresponde una tarea docente delicada ante los pacientes, dándoles elementos para que progresen en una interpretación más veraz de sus dolencias y nos corresponde otra tarea docente, tan delicada y llena de paciencia, para que los jóvenes profesionales que llegan a nuestro hospital crezcan en sabiduría verdadera, en actitudes acertadas ante enfermos, *yachak* y curanderos, que mantengan sus conocimientos y al mismo tiempo conserven el respeto y el amor hacia el mundo indígena. Saber distinguir entre lo verdadero y lo falso, la verdadera sabiduría de quienes tratan de curar desde su mundo cultural y discernir las falsas sabidurías que crean verdaderas fracturas en la vida de la comunidad indígena, es una tarea nunca plenamente alcanzada, pero imprescindible si se quiere ser aceptado por el mundo cultural amazónico.

He contado en páginas anteriores que en noviembre del año 2005 recibí una invitación de la UTE, con ocasión de la inauguración del nuevo campus. Durante esos cortos días que estuve en Ecuador recibí una invitación formal a regresar al Hospital Franklin Tello y encargarme de nuevo de su dirección. En el proyecto de la UTE estaba el convertir este pequeño hospital amazónico en un hospital docente. Se trataba de dar a sus estudiantes del último año académico el llamado año de Internado Rotativo, la posibilidad de realizar una permanencia de un mes en nuestro hospital y conocer de cerca patologías tropicales y parasitologías que era imposible ver en los centros de salud de Quito, donde realizaban las diversas etapas de prácticas hospitalarias.



Hospital a vista de pájaro

En septiembre de 2006, al mes de haber regresado al hospital, tras una ausencia de 12 años, iniciábamos este programa de docencia con la primera promoción que en aquel momento realizaba su año de internado rotativo. Dadas las condiciones del hospital, el programa había planificado una estadia de un mes para los alumnos de este año rotativo. Uno o dos alumnos pasarían entre nosotros cuatro semanas y recibirían información sobre las patologías tropicales más frecuentes en la Amazonía, igual que una panorámica de los cuadros parasitarios más frecuentes. En la medida de las posibilidades reales verían casuística de estas especialidades y realizarían experiencias de diagnósticos concretos en nuestro laboratorio. Al mismo tiempo, pasarían consulta diaria con alguno de los médicos del hospital y participarían de manera activa en la vida hospitalaria. Alternarían trabajo hospitalario con visitas a las comunidades cercanas para conocer la vida y el enfermar de sus gentes. La idea principal era que los alumnos entraran en contacto directo con el mundo amazónico y con la manera concreta de enfermar de sus habitantes. Que trataran de experimentar en sí mismos cómo se puede abordar un ejercicio real de la práctica médica en un medio tan singular y en unas circunstancias particulares, que dan colorido propio al ejercicio de la medicina. De una manera concreta, iban a experimentar las diferencias entre la práctica médica en un centro de salud bien estructurado en la capital y un pequeño hospital que toma decisiones de acuerdo a las posibilidades concretas que surgen en cada momento.

Frente a esta experiencia cotidiana, yo había planificado darles algo así como un curso de las grandes patologías tropicales que se habían presentado a lo largo de los años en nuestro hospital. Disponía de una buena colección de imágenes, tanto clínicas como parasitológicas, aunque estas clases pretendían preparar a los jóvenes médicos para acercarse con acierto a cuadros clínicos que ocultan en sus variaciones frecuentes el agente que los produce. ¿Cómo debe abordarse un síntoma fundamental, tras el cual se oculta una patología específica de la Amazonía? ¿En qué debemos fijarnos más? ¿Qué nos dice una facies peculiar que muestra, para los ojos preparados, el agente que está destruyendo la salud de esa persona? Clases, no tanto teóricas, sino nacidas de una larga estancia en el lugar y tras la experiencia adquirida con los años.

A lo largo de este dilatado periodo de tiempo (octubre de 2006 hasta abril de 2011) todas las promociones de la facultad de Ciencias de la Salud Eugenio Espejo de la UTE pasaron por nuestro hospital.

Fue una experiencia importante, tanto para los alumnos como para el equipo hospitalario. Hemos podido comprobar el impacto que un cambio geográfico y humano como este crea en la sensibilidad humana y en la imaginación de estos jóvenes, meses antes de iniciar ya su vida profesional como médicos ecuatorianos. La mayoría, casi la totalidad, muestran una sorpresa positiva ante la experiencia, el

agrado de haber podido vivir algo que no habían imaginado, la felicidad al descubrir imágenes microscópicas de parásitos que sólo conocían en la frialdad de los libros, mientras tenían a los enfermos a mano para ver el efecto de estas parasitosis. Y algo que muchos de ellos han mostrado como rasgo característico de nuestro hospital es el clima de libertad en el que ellos realizan su estancia y su aprendizaje. No hay demasiada disciplina o demasiados controles; existe más bien espontaneidad, camaradería, posibilidades de ver, preguntar, dialogar y crecer desde dentro de la propia persona. Me parece, por tanto, una ruta equivocada la que pretende someter a estos jóvenes médicos, en su última etapa de Internado Rotativo, dentro de esta experiencia amazónica de un corto mes, a un apretado programa de actividades programadas desde Quito. Necesitan el ambiente de paz y libertad, para ver pacientes, experimentar en el laboratorio cómo se realiza la búsqueda de agentes patógenos, dialogar sobre experiencias clínico-quirúrgicas surgidas en este mundo exótico, impregnarse de un ambiente que difícilmente volverán a vivir y experimentar de cerca, que es estar junto al enfermo y conocer el alma de las gentes del lugar. Muchos de los jóvenes que vivieron entre nosotros llevan en su experiencia en el Franklin Tello esta peculiar vivencia como la nota diferencial de su paso por Nuevo Rocafuerte, el sello de una etapa de su formación que impactó sus vidas.



Intercambiando opiniones

## Una experiencia inolvidable

*Dr. Daniel Simancas*

Definitivamente no fui a trabajar, para mí fue Cardiología espiritual intensiva.

Han transcurrido algo más de un par de años desde aquel suceso que me enseñó a saborear una de las experiencias más importantes de mi vida. Luego de exhaustas rotaciones durante el internado de la carrera de medicina y a la espera de que la pre rural sea un tanto más relajada y cercana geográficamente, como lo comentan mis colegas de otras universidades.

Se escucha entre los corredores del hospital chismes y sospechas de que aquel requisito obligatorio, la pre rural, no iba a ser en un lugar cercano, peor aún relajado. Se habla de una rotación en el sitio más alejado de la patria, es en el Oriente, dicen algunos más preocupados, dicen que se va la luz en la noche y no hay agua, dicen otros, el pánico empieza hacer de las suyas dentro del pequeño conglomerado de sufridores internos de medicina.

Las sospechas se confirman, en efecto, tendremos que trasladarnos a un lugar muy alejado, con gente desconocida y sin posibilidad de retorno los fines de semana. Pero el hecho de haber sido los conejillos de indias de un proceso de fundación universitaria nos hacía estar acostumbrados a ser llamados punta de lanza y por ello estar dispuestos a todo. "Seguiremos adelante", decíamos como recogiendo fuerzas, consolándonos y siendo algunos positivistas frente a otros no tan entusiasmados con el hecho.

Al fin, el día del "sorteo" del personaje que te acompañará en aquella travesía llegó, no fue tan al azar, me asignaron al único compañero varón de la clase, al parecer aunque sin un motivo real demostrado, no podríamos viajar dos especímenes con genotipo similar pero con al menos un cromosoma diferente. Por suerte la afinidad tocó la puerta en esa ocasión.

Con maleta en mano y pagando sobrepeso en el aeropuerto por la cantidad absurda de libros que llevé, nos embarcamos en un vuelo local en la tarde rumbo al Coca, allí pasamos la noche para en horas de la mañana tomar la barcaza que nos trasladaría a la frontera con el Perú.

Con el ocaso de la tarde, anonadados por el atardecer color naranja intenso en un cielo amplio limpio, que ni en sueños podríamos hallar en las grandes ciudades, muy cansados luego de más de diez horas de viaje por el hermoso Río Napo, llegamos a nuestro destino: el hospital de Nuevo Rocafuerte. Saludamos cordialmente e inmediatamente fuimos a descansar porque al otro día teníamos que iniciar el trabajo.

Así fu: a la mañana siguiente se inició el trabajo, con un recorrido por el hospital, y presentándonos con la gente que allí trabajaba. De pronto, se escucha el motor de una lancha, corrí como un niño curioso y mientras aquel navío se acercaba al

pequeño puerto del hospital, yo miraba asombrado como el sol gigantesco hacía que las ondas del río parecieran millones de luces, ocultadas algunas de ellas por un manto de niebla tenue que, cual sábana de seda, desaparecía con el paso del viento.

La lancha traía una emergencia; ningún médico había llegado al hospital todavía. Miré pasmado como una madre con lágrimas en los ojos traía cargada en brazos a un bebé; la acompañaba una señora con gafas, jean y el cabello claro rojizo con un estetoscopio en el cuello, además dos hombres que, imaginaba yo, eran el esposo y el motorista.

Luego de asimilado el pánico, fui inmediatamente tras ellos para intentar prestar mis servicios, que nunca antes habían sido prestados de manera aislada; es decir, sin supervisión o dirección técnica de un médico con mayor experiencia. Me dirigí al dispensario de enfermería y al fin pregunté qué es lo que había pasado. El ambiente que se sentía en el área de enfermería era desolador.

- Es la niña, doctor -me indica la Hermana Laura, prestigiosísima enfermera del hospital. De pronto, una de las persona exclamó.

- Solo queremos la bendición del Padre Manuel, la niña está agonizando.

Me paralicé por completo y miré de reojo a la bebé: estaba cianótica y presentaba signos de hipotermia.

- ¡Está viva! -clamé- Voy a revisarla.

La mujer pelirroja me dijo:

- No es necesario, soy médica de una petrolera del Perú y con los recursos que disponemos no podremos hacer nada más por ella.

En esos momentos no supe qué hacer, miraba una y otra vez a todos los personajes de aquel trágico cuadro y encontraba en ellos llanto de desconsuelo y desesperanza.

Estaban convencidos de que se habían acabado las opciones y lo inevitable había llegado. Pasaron no más de 5 minutos cuando el padre Manuel, Médico y Director del hospital, llegó; me sentí aliviado y respaldado, miró a la niña y antes de saber su criterio pedí su autorización para poder revisar a la bebé. Entonces constaté lo grave de su condición; era una importante neumonía complicada, además de deshidratación grave y desnutrición grave. Miré a los ojos al Padre Manuel y le dije:

- No podemos cruzarnos de brazos y dejarla morir sin hacer nada.

El escenario era el peor que jamás había visto, ni siquiera en los hospitales avanzados donde yo había practicado. La niña, de apenas 3 meses de nacida, ya casi no respiraba, necesitaba un respirador, antibióticos, hidratación y alimentación especial; para ese entonces nada teníamos; estábamos en un callejón sin salida. Empezamos con los accesos hacia las diminutas venas en los pequeños brazos de la inocente niña que permitirían corregir la hidratación; se encargó de aquello la brillante hermana enfermera., quien con una habilidad y destreza impresionante, y al primer intento, logró su cometido.

Era entonces el turno de la respiración de la niña, algo de vital importancia dado que era cuestión de muy poco tiempo para que su delicado cuerpo se cansara de luchar por respirar. Certera fue la intervención: estábamos controlando la frecuencia de sus respiraciones solamente con ligera presión de los dedos sobre una bolsa que enviaba aire a sus pequeños y débiles pulmones; nos turnábamos para ello ya que no podíamos detener esta tarea por obvias razones.

Los antibióticos con los que contábamos por el momento fueron administrados. Empezamos a orar por su alma y a pedir a Dios que nos ilumine y nos brinde un poco de su ayuda.

De manera casi increíble, con el pasar de las horas, se contemplaba la mejoría de la bebé: la no exposición a fármacos había hecho que los antibióticos cumplan su papel, dije, pero estoy seguro que no fue solo eso. La fe mueve montañas, susurraron a mi espalda mientras pasábamos visita al día siguiente. Esa fue la tónica en los siguientes días. La niña mejoraba increíblemente de una suerte casi echada.

Esa mañana descubrí algo maravilloso que me dejó marcado para siempre, el inicio del mejor trabajo del mundo, el trabajo perfecto, un trabajo lleno de paz, de armonía, de esperanza; un lugar con compañeros de trabajo que no son gente común; en el pueblo se rumora que son ángeles elegidos que fueron enviados por el creador para servir en el rincón más lejano del país con una pasión y devoción inmensurables, ángeles que no dejan que la esperanza muera nunca. Estuve con esos ángeles en un lugar en donde ningún esfuerzo está demás y donde la gente necesita tanto, pero tanto, que es la fe y el amor la principal intervención; cualquier saber científico resulta ser un valor agregado.

En ese tiempo aprendí de todo; desde conceptos de igualdad, equidad, justicia, lealtad, respeto, dignidad, democracia, realidades locales, envejecimiento, la felicidad, el amor, la ternura, la compasión, el porvenir, las diferencias entre el hombre y la mujer, la consciencia, la comunicación e incluso el lugar que Dios tiene en mi corazón.

Todo el panorama sombrío, todos los mitos y miedos advertidos al inicio de la prurural se transformaron en la mejor rotación de mi internado rotativo, hasta el punto de crear una mezcla de sensaciones inesperadas, compuestas de melancolía, temor, amor, y otras más difíciles de identificar pero que daban cuenta de la importancia de lo vivido y la nostalgia de dejar atrás todo y a todos los actores de aquel proceso: autoridades, pacientes, amigos, para regresar a esa "realidad" que a mi razón resultaba, en aquellos momentos, tan pesada y absurda

El relato que aquí describo es solo uno de los sucesos que impactaron mi vida en una de las mejores experiencias de mi carrera, de uno de los mayores aciertos en mi proceso de formación integral como médico, de un trabajo perfecto que nunca fue considerado como tal, sino que se convirtió en cardiología espiritual intensiva en mi corazón, suministrada por gente maravillosa en una tierra santa, algo que me permitió estar en paz con mi alma, cumpliendo mis sueños. Jamás nunca pude estar tan cerca de Dios al servicio de los más necesitados.



Guzmán Bernabeu y M. Amunárriz 2018

## Vivir en el Hospital Franklin Tello

*María Fernanda Ortiz*

Durante mi año de prácticas hospitalarias una parada obligatoria fue Nuevo Rocafuerte, un lugar místico y lejano del Oriente Ecuatoriano, donde, al parecer, no hay ni enfermos. Eso es lo que pensé cuando comenzó esta maravillosa aventura de "curar en la selva".

Es así que, con más miedo que ganas, me embarqué en una lancha, para navegar por el imponente Napo, un promedio de 12 horas, con el único objetivo de cumplir con un requisito obligatorio en mi formación. Ahora puedo decir que vale la pena el viaje, pues las experiencias vividas recompensan cualquier maltrato. Es grato y me

llena de nostalgia recordar mi estancia en aquel lugar, pero sobre todo, el haber tenido la oportunidad de pasar por el Hospital Franklin Tello. Jamás imaginé que este recinto iba a ser donde adquiriría, no solo conocimientos científicos que favorezcan mi formación, sino que además tendría la gran oportunidad de crecer como persona.

El Franklin Tello, como lo llamo con cariño, es casi como mi casa, sus pasillos están llenos de risas y buenos momentos que se comparten con el personal; hay tantas anécdotas que guardan celosamente los consultorios; aún parece que lo estuviera viviendo. Recuerdo mi primer día de trabajo. Por supuesto, ya me habían dado las indicaciones de cómo es el funcionamiento del hospital, pero aun así me temblaban las piernas y me sudaban las manos cuando entré al consultorio mi primera paciente. Uno piensa que está preparado para todo, pero solo cuando le pasa se da cuenta que no es tan cierto. No atinaba qué preguntar, fue como si aquella adolorida mujer me estuviera tomando una de las lecciones más difíciles de mi carrera de medicina, pero, bueno, respiré, superé el temor y llamé al Padre Manuel, quien siempre estaba presto para ayudar y socorrer a los inexpertos “doctores” que llegamos allá. Terminó la consulta y sentí una sensación extraña que puede traducirse como satisfacción, pues descubrí que los enfermos en Nuevo Rocafuerte necesitan alguien con quien hablar más que alguien que los pueda sanar, y esa iba a ser mi labor.

Mientras pasaban los días, mi corazón se llenaba de alegría con cada sonrisa y apretón de mano de los pacientes al salir del consultorio, sentir cómo esa gente humilde y marginada, se siente importante y tranquila con solo escucharla: es maravilloso. Pero así como se ayuda a los demás también hay tiempo para enriquecer la mente y no solo el alma. El Franklin Tello me dio muchas facilidades para aprender de laboratorio e imagen, así como enfermedades tropicales, pues, el director del hospital es un experto en Chagas y se han realizado muchas investigaciones con ayuda del personal del hospital, con respecto al tema y ese material bibliográfico es oro puro para que nosotros, los estudiantes, podamos adquirir conocimientos bastos de una enfermedad tan común en esta región.

En fin, son tantas cosas increíbles que tuve la suerte de vivir: navegar por el Napo, bañarme en el Yasuni, hacer artesanías, sanar mordeduras de serpientes, hacer visitas domiciliarias en canoa, compartir con las Hermanas y los Padres Capuchinos sus vivencias, pero lo más lindo que me pasó fue que pude dejar un pedacito de mi corazón en la frontera con Perú y traerme a cambio el espíritu de humildad, bondad y cariño de un grupo de personas entregadas al servicio de los más necesitados. Lo único que puedo decir es GRACIAS por permitirme compartir su labor y ser parte del grandioso Hospital Franklin Tello.



Hospital Franklin Tello antiguo 1966. NR

## Paisaje exótico y calor humano

*Dra. Diana Samaniego*

Luego de un extenuante viaje que contrastaba con la vivencia de un emocionante paisaje que reflejaba la presencia de la mano de Dios en esos rincones del país, atravesando un río de majestuoso aspecto que iba hiriendo cada curva del espesor de la selva. Me mantuve durante horas maravillada frente a la hermosa variedad de la flora y de la fauna. Reflexionaba, en mi interior, sobre el cual iba a ser mi actividad como médico en formación, lejos de mi lugar de residencia.

Al inicio sentía temor de mi poca experiencia profesional. Esta era mi primera actividad dentro del programa del internado rotativo, pero al sentir el abrigo del personal administrativo y de la salud que laboran en esa institución, y la convicción que como ser humano, y como futuro médico, podía cristalizar mis conocimientos en bien de una comunidad que necesitaba de mis servicios, poco a poco se reafirmó la entereza física y espiritual de que iba a lograr mi cometido.

Así como hubo momentos difíciles al comprobar la limitación que el médico tiene sobre la vida de los pacientes, hubo también tiempo para sentir alegría cuando los resultados médicos fueron favorables.

El hermoso paisaje no fue el único bálsamo que aplacó algún sentimiento de tristeza, también lo fue el calor de la gente y sus vivencias, así como la agradable relación con cada una de las personas que realizan día a día su loable labor en el hospital.

Por todo lo anterior es que invito a las próximas generaciones de médicos en formación para que acudan con el mejor ánimo a cumplir con este acto de solidaridad humana. Allí serán probados no solo los conocimientos adquiridos en el aula, sino que serán cimentadas las actitudes del futuro médico como un actor listo para enfrentarse con las distintas actividades del medio que lo rodea.



# Capítulo 10

## Mirando hacia el futuro





No me resisto a expresar, al final de estas páginas, mis sueños y, quizás, mis temores, sobre el futuro del Hospital Franklin Tello. Nada es diáfano en mis sensaciones y una vez más se mezclan en un especial caleidoscopio imágenes que surgen en ese rincón misterioso que es como la síntesis de mi mundo interior. Miro hacia delante y me pregunto qué será de este rincón amazónico que conserva aún, en la actualidad, una cierta virginidad. Tantos movimientos migratorios, tantos impactos traumáticos en nuestra selva amazónica han respetado, aunque no del todo, los territorios del cantón Aguarico.

Los últimos tiempos nos traen aires de cambio. El área petrolera del ITT está en plena ebullición. Continuos movimientos de personas y embarcaciones hablan de una puesta en marcha, más bien pronto que tarde, de una fuerte actividad extractiva en los alrededores de Nuevo Rocafuerte. La reserva bioecológica del Yasuní está siendo sometida a un profundo estudio preparatorio para la explotación del oro negro. Tendremos un aumento notable de presencia humana y grandes movimientos de medios extractivos.

¿Cómo afectará todo esto a la vida y actividad de nuestro pequeño hospital? Todo hace pensar que la paz de Nuevo Rocafuerte sufrirá un fuerte revolcón. Más gente formará parte de nuestras tranquilas calles. Canoas, deslizadores y helicópteros se harán presentes entre nosotros. Y más enfermos nos visitarán. Es previsible que las Compañías Petroleras vengán a dialogar con nosotros y trataremos de concretar compromisos mutuos que nos permitan realizar una asistencia más eficaz en el área de la salud.

Todo esto nos lleva a pensar que el Hospital Franklin Tello necesitará completar sus infraestructuras físicas y su equipo humano de manera que pueda cubrir algunas áreas de atención médica que ahora se encuentran mal desarrolladas. Cirugía y Terapia Intensiva necesitan especialistas que en la actualidad no existen. Y sería normal que este tema se tratara en los diálogos que necesitaremos realizar con los responsables de las Compañías Petroleras que van a utilizar el Franklin Tello como su primer hospital de referencia en la región.

Existe, por otra parte, una fisonomía propia que siempre ha caracterizado a nuestro pequeño hospital, perdido en el rincón más oriental de la Amazonía ecuatoriana. La población que habita en el cantón de Aguarico y en el distrito "Torres Causana" del Perú consideran al Hospital Franklin Tello como su casa de salud, el lugar familiar al cual pueden acudir como algo que les pertenece. Hay confianza y familiaridad en el trato y en la acogida, y las personas se pueden permitir la libertad de prescindir de ciertos formalismos que envuelven a los grandes Centros de Salud. El Hospital ha cultivado siempre este aire familiar, al mismo tiempo que mantiene

con un cierto rigor los niveles de un servicio serio y actualizado en conocimientos y técnicas médico quirúrgicas.

Me parece muy importante mantener esta fisonomía propia, donde familiaridad y nivel técnico puedan mantenerse en un acertado equilibrio. Las personas que viven en esta apartada región amazónica se encuentran demasiado distantes de los centros urbanos y de poder del país y, además, su número no es muy representativo. Hay una gran tentación de olvidarse de ellos y planificar los programas de salud, y cualquier otro, como si en realidad no existieran. Algunas personas se pueden preguntar si un grupo humano tan pequeño, sociológicamente tan insignificante, merece una inversión costosa en infraestructuras y equipamientos en el área de la salud, cuando el porcentaje de atenciones médicas no cubre los valores considerados como justificativos de dichas inversiones. Esta es una pregunta que yo nunca he llegado a considerar acertada. El Hospital Franklin Tello debe mantener su vocación de servicio de calidad a las gentes de nuestra área amazónica, pocas o muchas. Ellas se merecen lo mejor y representan un estilo de vida, inmersos en el mundo amazónico, que debe ser especialmente valorado.

Y qué duda cabe, por otra parte, que al mismo tiempo que se realiza una labor asistencial, ojalá que cada día de mejor calidad, nuestro hospital sigue siendo un lugar privilegiado para investigar patologías propias de la región, ese inmenso mundo de las Patologías Tropicales, siempre poco conocido, y siempre llamado a convertirse en territorio privilegiado de exploración. No dejo de soñar en un hospital digno de una asistencia eficiente, y al mismo tiempo inquieto, a la búsqueda de los agentes y las causas del enfermar de sus gentes.

Me gustaría que este camino, que he tratado de recorrer, siga siendo la ruta del Hospital Franklin Tello en el futuro.

# Capítulo 11

## Hacia el hospital del año 2020





En el capítulo anterior expresaba mis esperanzas y también mis temores frente al porvenir de este hospital que ha sido como el cálido hogar en el que he podido realizar mis tareas de curar y consolar a los enfermos. ¿Cómo nos afectaría la explotación petrolera en el proyecto ITT, que en la fecha de mi salida, noviembre de 2011, estaba a punto de ponerse en marcha? ¿Hasta dónde sabrá mantener los rasgos particulares de este hospital en la selva amazónica el equipo que dirigirá en los años próximos este centro de salud? ¿Seguiría siendo un hospital que pone a la persona por delante de cualquier otro valor? ¿O se orientaría hacia un centro tecnológico frío en el que lo administrativo oculta al ser humano que sufre y pide ayuda y consuelo? Confieso que en esta última etapa de mi residencia en el HFT como director, aparecían en mi mente estos y otros muchos interrogantes, sin que los mismos me impidieran afirmar que el HFT es un lugar privilegiado para esta tarea tan importante de humanizar las relaciones entre las personas y aportar esperanza a la vida de los habitantes amazónicos.

A mediados de 2011, cumplidos 80 años, me planteé la necesidad de dar un giro importante en mi vida y depositar la dirección del HFT en manos más jóvenes y, si fuera posible, en manos ecuatorianas. Aunque me encontraba con ánimos para seguir esta tarea tan hermosa y satisfactoria para mí era necesario mirar el porvenir con realismo. El HFT no podía sostenerse indefinidamente en mi persona y había llegado el momento de un cambio en su dirección. Me preguntaba cómo y cuándo realizar esta importante y delicada tarea. Decidí poner una fecha concreta a mi salida e iniciar la búsqueda de la persona adecuada. Consideré que hacia los últimos meses del año sería un término adecuado que me permitiera realizar las gestiones pertinentes.

En el equipo profesional médico que trabajaba en ese tiempo en el hospital se encontraba el Dr. Segundo Quito, que llevaba la responsabilidad de la lancha médica dependiente del hospital. A través de ella el hospital se hacía presente en nuestros ríos Napo, Tiputini y Aguarico, y ponía en práctica algunos programas de asistencia médica, vacunaciones y, también, proyectos de investigación en curso. Concretamente, formaba parte de su actividad constante el tema de Chagas, tanto en su vertiente de diagnóstico como en el de terapia. Gracias a esta presencia fluvial bajo la responsabilidad del Dr. Quito estábamos realizando una investigación epidemiológica importante sobre la presencia de personas con inmunología positiva para Chagas y en los tiempos más recientes analizábamos sus comportamientos ante una terapia con Nifurtimox. Estas actividades profesionales por más de dos años me permitieron pensar que el Dr. Quito podría asumir la dirección de hospital tras mi despedida definitiva.

Pude conversar con él en un clima de confianza y decidimos ejecutar este cambio en la dirección. Comunicué al Vicario Apostólico de Aguarico, y tras su apro-

bación, puse en conocimiento de la UTE, en la persona del entonces decano de la Facultad de Ciencias Médicas, el Dr. Ricardo Hidalgo, la decisión adoptada.

Durante el mes de octubre de 2011 se celebró, ante la presencia del Vicariato, representantes de la UTE y del MSP, el acto oficial de traspaso de la Dirección del hospital, momento de especial emoción para mí.

Los primeros días del mes de noviembre me despedía de Nuevo Rocafuerte en un acto muy solemne organizado como homenaje a mi persona, en el que pude captar el afecto de la población y de representantes de numerosas comunidades indígenas de las riberas del Napo. Abandoné Nuevo Rocafuerte pensando que ésta iba a ser mi última visita al lugar en el que había trabajado más de 30 años, en unas tareas que han dado sentido profundo a mi vida humana.

Viajé a España a fines de noviembre de ese año, 2011.

## **Primeras dificultades en esta nueva etapa**

En los primeros meses del año 2012 llegaron noticias que me causaron especial preocupación. El Dr. Segundo Quito tuvo dificultades importantes en el ejercicio de sus responsabilidades y pronto el clima de paz y de armonía se afectó de manera notable. Como consecuencia, el Dr. Quito abandonó el hospital y se encargó la dirección a la Dra. María Ávila, quien estaba realizando su año de medicatura rural en el hospital. Su falta de experiencia profesional no facilitó su tarea y los problemas en la marcha diaria del hospital se mantuvieron e incluso se acrecentaron. Por estos motivos, la presencia de alumnos de internado rotativo de la UTE, que se mantenía desde fines de 2006, convirtiendo al HFT en Hospital Docente de la Universidad, se consideró no conveniente y las autoridades de la Facultad de Medicina decidieron finalizar su proyecto en este hospital. Evidentemente, y en consecuencia, el nivel de atención médico quirúrgica y de investigación del HFT decayó notablemente.

En abril de 2014 un nuevo organismo creado por el MSP, el llamado *Distrito de Salud de Aguarico*, se instaló en locales del HFT. Se trataba de una presencia del MSP a nivel cantonal, que asumía tareas de apoyo y supervisión de los centros y subcentros de salud del Cantón. La Dra. María Ávila fue nombrada Directora del Distrito, manteniendo su papel de directora del hospital. Surgieron, como era de esperar, problemas añadidos: el pequeño HFT carece de locales para albergar una nueva institución como el Distrito de Salud y fue muy difícil, por no decir imposible, que su presencia no creara dificultades importantes.

Por otra parte, la dirección del hospital se resintió notablemente al crearse dificultades en la coordinación de ambas tareas. Después de un tiempo, a lo largo

de la segunda mitad del año 2015, el Distrito abandonó los locales del Hospital, la Dra. María Ávila dejó su puesto de dirección del HFT, encargándose únicamente de la dirección del Distrito, y colocó sus oficinas en el Municipio del Cantón de Aguarico, en la misma población de Nuevo Rocafuerte. Algún tiempo después la Dra. María Ávila dejó también la dirección del Distrito y abandonó Nuevo Rocafuerte.

## Un viaje al Ecuador entre sentimientos agridulces

La celebración de las bodas de plata (25 años) de la ordenación episcopal de Mons. Jesús Esteban Sádaba, Vicario Apostólico de Aguarico, el 10 de abril del año 2015, fue la oportunidad de mi primer viaje al Ecuador en esta nueva etapa de mi vida. La invitación a participar en esta celebración me permitió acercarme al país que me había dado mi segunda nacionalidad, donde había vivido más de 30 años, visitar la provincia de Orellana, su capital Coca y el cantón Aguarico. Pude ver y vivir de cerca lo que de manera imprecisa había llegado a conocer.

Efectivamente el HFT estaba adormecido y faltaba el entusiasmo de otras épocas. Y eso que las hermanas que vivían allí se esforzaban todo lo posible por que siguiera siendo un lugar de acogida y de atención médica de calidad. La sala de telemedicina, lugar de reuniones, biblioteca y donde habíamos tenido con constancia machacona sesiones diarias de telemedicina con la UTE, estaba ahora ocupada, en un evidente desorden, por un sinfín de cajas de medicamentos, mesas llenas de papeles y ordenadores y un grupo de personas, carentes de un mínimo de espacio, dedicadas a sus trabajos. La impresión real era que aquel local había perdido su razón de ser.

Me preguntaba si esta situación se iba a mantener por mucho tiempo y si una idea en principio positiva, la de coordinar Hospital y Distrito, era en realidad un error que necesitaba subsanarse. El Distrito absorbía casi en su totalidad la atención de su directora y, en consecuencia, el hospital carecía de una cabeza que lo condujera con acierto. Como pude saber luego de mi visita, en los meses siguientes el Distrito abandonó los locales del hospital, su directora dejó este importante y delicado puesto y una de las hermanas, sin experiencia directa en temas de salud, tuvo que hacerse cargo de la dirección. Esta solución mantenía problemas importantes en la marcha diaria del hospital.

Mientras visitaba a los habitantes de NR y conversaba con ellos sobre diversos temas de salud e intentaba pulsar la opinión sobre el hospital y el Distrito, el MSP, a través del Dr. Edy Quizhpe, coordinador de la Zona 2-Salud, desde el Tena, dirigía un oficio, con Nro. MSP-CZONA2-2015-0014, fechado el 31 de marzo de 2015, al responsable del Vicariato Mons. Jesús Esteban Sádaba, manifestándole su deseo

de “mejoramiento de la situación de salud en el Cantón Aguarico” y planteando la “viabilidad de compra del predio e inmueble de propiedad del Vicariato Apostólico Hospital Franklin Tello” y la de “asumir de manera total la contratación de personal que labora en esa entidad y que depende laboralmente del Vicariato Apostólico de Aguarico”. Se trataba, como es fácil de apreciar, de un planteamiento radical que afectaba a este pequeño hospital que había sido dirigido y administrado por el Vicariato desde 1965 y que desde entonces había sufrido una total renovación a lo largo de este largo periodo. Desde 1970 yo me consideraba responsable de este largo proceso de transformación.

Mons. Jesús Esteban y yo abordamos esta solicitud con sentimientos encontrados. El Vicariato no disponía por el momento de nadie con experiencia en temas de salud que pudiera asumir la dirección del HFT. Era evidente que las hermanas que actualmente administraban el hospital no se sentían capacitadas para esta tarea y los problemas concretos que surgen en la marcha continúa de un hospital exigían la presencia por parte del Vicariato de alguien que pudiera intercambiar opiniones y decisiones con los profesionales que allí trabajaban. Nos encontramos, por tanto, en una situación que nos obligaba a plantearnos la capacidad de Vicariato para continuar asumiendo la responsabilidad de la dirección del hospital y de los problemas que conlleva su administración. Tras varias consultas a personas relacionadas con esta área de acción del Vicariato, se decidió aceptar la propuesta de la manera que se expresa en la respuesta que Mons. Jesús Esteban Sádaba en carta fechada en Quito, el 27 de abril de 2015, y dirigida al oficio del representante del MSP, Dr. Edy Quizhpe, y que se acompañaba con copia para la Ministra de Salud y para la Presidencia de Gobierno:

El Vicariato Apostólico de Aguarico acoge el deseo del MSP y plantea la siguiente propuesta al Ministerio:

El Hospital Franklin Tello de Nuevo Rocafuerte pase de manera definitiva a ser propiedad con sus terrenos, edificios, instrumental y enseres al MSP.

El MSP se haga cargo de la propiedad y administración del Hospital y del Personal que actualmente labora en él.

Se mantengan conversaciones entre el Vicariato apostólico de Aguarico y el Ministerio de Salud Pública tendentes a determinar los plazos de la realización del traspaso y los montos de compensación aplicables; deseando llegar a un acuerdo satisfactorio en el plazo más breve posible.

Qué duda cabe que habíamos tomado una decisión de especial gravedad y que la misma conllevaba profundo dolor, especialmente para mí; pero era necesario plantearse el tema con responsabilidad, por encima de sentimientos que afectaban mi vida personal. El Vicariato nombró un representante cualificado para

estos próximos contactos con el MSP, quien llevaría a cabo las gestiones concretas para que la propuesta del MSP se hiciera efectiva. Pero, como ocurre con frecuencia en situaciones parecidas, tras estos intercambios epistolares tan importantes, el tema del traslado del HFT a la responsabilidad del MSP quedó en el sueño de los justos: nunca más se movió este asunto ni el MSP manifestó interés por continuar con lo que había solicitado.

En este mundo de sentimientos encontrados regresé a España siempre preocupado con el porvenir del hospital.

## Un encuentro providencial

A fines del mes de octubre de 2015, mientras estaba iniciando mi vida en mi nueva residencia de Valladolid, supe de un franciscano médico, Hno. Dr. Guzmán Bernabeu, que estaba residiendo en esta época en esa ciudad, en una pequeña comunidad instalada en uno de sus barrios populares, y había manifestado conocerme como resultado de algún encuentro que habíamos tenido hacía bastantes años. Noticia que me sorprendió mucho, pues no tenía conciencia de este encuentro ni de la existencia de este hermano franciscano. A los pocos días nos encontramos para conversar. Fue el comienzo de un nuevo camino que iluminaría de manera sorprendente este tema y aportaría soluciones para el HFT, cuyos problemas se habían manifestado de una especial gravedad.

Nuestro único encuentro se había realizado en Bélgica en 1990, concretamente en Amberes, en la biblioteca del Instituto de Medicina Tropical Príncipe Leopoldo, donde él estaba participando en un curso de Medicina Tropical. En este año yo había salido de Nuevo Rocafuerte para unas vacaciones en España y había programado un viaje corto a Bélgica con la idea de visitar la Clínica Saint Pierre en Ottignies, donde había realizado estancias durante los meses de verano en los años inmediatamente anteriores a mi primera llegada al Ecuador, en 1970. A fines de 1969 y durante los primeros meses de 1970 pude realizar un intenso curso de Medicina Tropical y Parasitología en el Instituto Príncipe Leopoldo de Anveres. Fue una época de experiencias médico quirúrgicas que resultaron muy positivas para mi futuro trabajo en la Amazonía ecuatoriana.

Al parecer, había aprovechado momento mi visita a Bélgica para acercarme a Amberes y pasar unas horas en el Instituto de gratos recuerdos. Fue allí, en su biblioteca, donde nos encontramos Guzmán y yo. El conserva un vivo recuerdo de este encuentro, aunque había quedado completamente borrado de mi memoria.

En este primer encuentro de fines de octubre y en los siguientes de noviembre de 2015 pude conocer muchos aspectos de la vida profesional del Dr. Guzmán

Bernabeu. Oriundo de Zaragoza, donde había realizado todos sus estudios de Medicina, completados en la especialidad de Nefrología. Había trabajado en su especialidad en la Seguridad Social de Palencia y tras un periodo de tiempo de actividad profesional medica había dado un giro profundo a su vida iniciando su experiencia en la vida franciscana. Terminados sus estudios religiosos y tras el curso de Medicina Tropical en Amberes, se había trasladado a la República Dominicana, a Bonao, a una zona muy desfavorecida, donde a lo largo de 23 años pudo iniciar y desarrollar un programa de salud de gran envergadura. Tras este largo periodo, se encontraba en la actualidad realizando un tiempo de reciclaje profesional en el Hospital Río Ortega, mientras trataba de buscar, para un futuro cercano, algún otro lugar necesitado donde realizar una labor profesional de asistencia médica. Había realizado visitas a Marruecos, sin éxito, y en la actualidad estaba tratando de descubrir este nuevo lugar donde entregarse para curar, ayudar y acompañar.

Así es que de la manera más natural hablamos de Nuevo Rocafuerte en el río Napo ecuatoriano y del pequeño Hospital Franklin Tello, del que ya tenía alguna idea pues en mi visita a Amberes en el año 1990 le había entregado un primer libro, publicado por mí unos años antes (*Salud y Enfermedad. Patología Tropical en la región Amazónica Ecuatoriana*). Le conté la situación actual del hospital, la falta de un director que se comprometiera vocacionalmente en ese puesto y, también, los movimientos que recientemente había hecho el MSP para asumir el hospital en su totalidad. Sería un lugar ideal para trabajar, me decía. "Si quieres", le comenté, "puedo iniciar unas consultas con el Obispo para ver cómo se encuentra el asunto del MSP y cómo vería tu presencia en el hospital como director". Y así es como comenzó esta nueva etapa de gestiones previas para la revitalización del HFT.

Escribí a Mons. Jesús Esteban a primeros de diciembre de ese mismo año, 2015. En su contestación me decía que el MSP no había dado nuevas señales tras los correos intercambiados y que al parecer habían dejado de interesarse por el HFT para asumirlo tanto en su dirección como en su administración. Que el ofrecimiento del Hno. Guzmán Bernabeu, me decía, era un regalo y poseer de nuevo un director que fuera al mismo tiempo religioso franciscano daría estabilidad al hospital y ánimo a la labor de las hermanas. Así que ya teníamos el visto bueno y la aprobación entusiasta del Obispo. Era necesario realizar una nueva gestión: Guzmán debía contar con la aprobación de su superior provincial y la respuesta fue muy positiva, aunque su salida de Valladolid no podría ser antes de enero de 2017. Quedaba una larga tarea: había que preparar ese viaje y realizar una serie de gestiones que ayudaran a que el inicio de esta nueva etapa tuviera los mejores resultados.

## Un mar de gestiones

Mientras Guzmán iniciaba su preparación inmediata, yo me ponía en contacto con el Dr. Michael Knipper, en Alemania, con quien mantenía una estrecha y larga relación por su interés de apoyar los proyectos del HFT.

En realidad existía todo un proyecto de colaboración entre el Instituto de Medicina Misional de Würzburg, dirigido por el Dr. Augusto Stich, acompañado de su mujer, la Dra. Eva María Schwienhorst, con el apoyo del Dr. Michael Knipper, de la Universidad de Giessen, y el Vicariato Apostólico de Aguarico, que tuvo que frenarse en el mes de abril ante los problemas antes relatados. Mons. Jesús Esteban me pedía que reiniciara los contactos y reactivara el proyecto que se había dejado en suspenso. Intercambié correos con Michael Knipper, le envié el Proyecto que habíamos elaborado, concretando áreas de colaboración y montos económicos que comportaba su ejecución, junto a una solicitud para que a través del señor Michael Kuhert, gerente del Instituto de Medicina Misional, se pudieran solicitar ayudas a Adveniat para esta finalidad.

Fue un intercambio fluido y eficiente, de forma que pudimos coordinar dos encuentros con estos colaboradores alemanes para los próximos meses: uno en Madrid para el 20 de marzo de 2016, con Michael Knipper, con la finalidad de concretar los temas pendientes, y otro, en el que participaríamos Guzmán y yo, los días 27 y 28 de julio del mismo año, en Würzburg, Alemania, con el equipo alemán para concretar los diversos aspectos del proyecto de colaboración. Ambos encuentros fueron muy fructíferos y pudimos constatar el grado de sintonía que existía respecto a las necesidades y proyectos futuros del hospital.

Mientras estas gestiones se llevaban a feliz término, una enfermera, Irene Merino, que trabajaba en el Clínico Universitario de Salamanca, y que en sus años jóvenes había permanecido varios años en la zona de Lumbaquí, en la actual provincia amazónica de Sucumbíos, vecina a la nuestra, se puso en contacto conmigo para manifestarme su deseo de realizar una experiencia en el HFT. Tenía ganas de dedicar los próximos años a esta tarea asistencial como enfermera, solicitando una excedencia en el hospital Clínico Universitario de Salamanca en el que trabajaba en la actualidad. Dialogamos detenidamente y pude valorar positivamente esta solicitud. Tras las gestiones necesarias, la enfermera Irene Merino se incorporó al proyecto compartiendo con el Dr. Guzmán las implicaciones del mismo.

En enero de 2017 ambas personas se incorporarían al HFT, reforzando su equipo de salud y como garantía de una verdadera revitalización del hospital. Irene pudo participar en el encuentro de Madrid del 20 de marzo y, por otra parte, pudimos realizar las gestiones pertinentes ante el SERCADE (Servicio Capuchino

para el Desarrollo) para que pudieran asumir los gastos del aporte que Irene Merino debería realizar a la seguridad Social durante su servicio en el HFT.

Me pareció necesario que el Dr. Guzmán conociera el lugar donde iba a trabajar, la fraternidad capuchina con la que iba a compartir vida y el mundo amazónico en el que se iba a sumergir. También él deseaba conocer su futuro campo de trabajo y de vida. Organizamos un viaje del 7 al 27 de agosto de 2016 y durante esos días recorrimos todos los puntos importantes del Vicariato Apostólico, concretamente la zona del cantón Aguarico y, sobre todo, Nuevo Rocafuerte, su hospital y su gente. Pudo realizar en Quito las gestiones necesarias para la legalización de sus títulos de Medicina y de su especialidad en Nefrología. Quedó plenamente satisfecho y gozoso de esta experiencia y deseoso de comenzar esta nueva etapa de su vida.

## **Nuevo Director y nuevos proyectos**

En enero de 2017 tanto el Dr. Guzmán Bernabeu como la Lic. Irene Merino viajaban al Ecuador para incorporarse a las tareas hospitalarias. Mientras iniciaba sus tareas de Director del hospital, cumpliendo las normas actuales del MSP, el Dr. Guzmán se incorporaba al año de Medicatura Rural que debía cumplimentar para poder ejercer como médico en el Ecuador. El apoyo del Dr. Alfredo Amores en este tema fue fundamental. Pronto se pudo comprobar que la fisonomía del hospital cambiaba, adquiría orden y eficacia, y el equipo que trabajaba en él se sentía bien coordinado bajo su dirección.

Personalmente he podido comprobar el ambiente que se respira, pues he tenido el privilegio de viajar cada año en visita fraterna y permanecer en él varias semanas. Actualmente el equipo que trabaja en el hospital es amplio (1 director, 4 médicos de planta y 4 médicos rurales; 2 enfermeros de planta y 2 rurales; 1 obstetra de planta y 1 rural; 1 odontólogo de planta; 2 laboratoristas contratados; 2 técnicos de atención primaria de salud; 1 técnico de Malaria; 1 encargado de farmacia), pero en realidad el equipo activo se reduce a la mitad, dadas las condiciones de sus salidas vacacionales periódicas. En este último tiempo se han podido realizar algunos proyectos con ayudas de organismos del exterior que han permitido completar equipos en la sección de obstetricia, de laboratorio y en transporte fluvial. Al mismo tiempo, se han recibido algunas ayudas importantes de Adveniat que quedaban pendientes y que han permitido poner en marcha alguno de los proyectos antes señalados y la restauración de áreas más deterioradas del hospital. Se han realizado encuentros con personal llegado desde Würzburg y se ha programado ya para 2020 una colaboración en la formación del personal de laboratorio a través de visitas periódicas de una técnica de laboratorio procedente del Instituto de Medicina Misional. Se está proyectando, además, una colaboración concreta en un programa

de investigación sobre Chagas que valore los resultados obtenidos por este HFT en las investigaciones realizadas anteriormente.

Queda por señalar otro aspecto de esta nueva etapa en el HFT. Se vuelve a intensificar la colaboración con los agentes de salud en el río Napo peruano, tanto en Pantoja con su Subcentro de Salud, como en Santa Clotilde, con su hospital, bajo la denominación *Centro de Salud "Neri Rivadeneira Ramos"*. Los años 2018 y 2019 hemos visitado, Guzmán y yo, esta población del bajo Napo peruano, distante de Nuevo Rocafuerte unos 340 km, aproximadamente, donde se ubica el único hospital en la región peruana del Napo y que se enfrenta a problemas de salud semejantes a los nuestros.

En nuestra última visita a Santa Clotilde pudimos realizar un encuentro con autoridades del Ministerio de Salud peruano que se interesaron por estrechar la colaboración entre ambos hospitales y están realizando gestiones ante el Gobierno del Ecuador para potenciar vías de comunicación por radio e internet que permitan una coordinación entre el HFT y la zona del alto Napo peruano, tan necesitado de asistencia profesional médica.

Siempre quedan áreas que necesitan robustecerse en nuestro hospital: el área quirúrgica carece de cirujanos que puedan abordar con eficiencia los casos quirúrgicos que puedan surgir, dado que el traslado al hospital de Coca resulta, aún con las embarcaciones rápidas existentes en la actualidad, especialmente dificultoso. Por el momento se está subsanando este tema con programaciones periódicas de equipos quirúrgicos que visiten el hospital para realizar las intervenciones quirúrgicas programadas con antelación. Necesitamos, también, crecer en la fluidez de relaciones y en la coordinación con el Distrito y con el MSP, sabiendo que el HFT sigue siendo un Hospital de la red de salud del país, que trabaja en lugares y condiciones que exigen una especial vocación de permanencia y que se considera, aun perteneciendo a una Institución de la Iglesia de Aguarico, un centro de salud coordinado con las directrices y programas de salud del Ecuador.



---

# A MANERA DE EPÍLOGO

---

*Milagros Aguirre*

## **Hospitalidad para minorías**

Nuevo Rocafuerte debe ser uno de los lugares más calmados del mundo. El pueblo está en una de las orillas del río Napo, ese río grande que parece siempre quieto, salvo cuando se deja ver la espuma que anuncia su crecida o cuando se escucha, desde lejos, el anuncio de la lluvia que suele llegar como un grito profundo desde la garganta de la naturaleza. Aguas arriba Ecuador. Aguas abajo, Perú. Frontera en medio de la nada, la última esquina del país en el mapa, uno de esos rincones olvidados, no de la mano de Dios, pero sí de la mano del hombre.

En el imaginario colectivo, en esas lejanías no hay nadie salvo el verde, el canto de sapos y chicharras, las mariposas y el titilar de las estrellas y de las luciérnagas que alumbran las noches oscuras. Sus habitantes suelen ser ignorados, como si la inmensidad del verde, los coloridos atardeceres o las esponjadas nubes lo fueran todo.

Ahí, justamente donde abunda la vida, el ser humano parece no importarle a nadie, salvo a unos pocos, que, casi en épica tarea, deciden entregar su vida para dar una mano a los demás. Ahí, donde abunda la vida, pareciera ignorarse el dolor, el grito de la madre parturienta, el llanto del niño mordido por la serpiente, los escalofríos y delirios de las fiebres del paludismo, el dolor de los huesos afectados por la humedad. Hombres y mujeres, niños y niñas, del pueblo y de las comunas de la ribera del Napo, de los que vienen aguas abajo y de los que llegan de aguas arriba, tienen, por fortuna, un lugar ahí, en medio de esa nada, ese rincón de hospitalidad, esa mano tendida, esa acogida a la hora del dolor, ese referente que es el Hospital Franklin Tello, desde donde se garantiza el derecho a la salud, tan promulgado en la retórica de la política, y tan ausente en casi todos esos rincones distantes de los grandes centros urbanos.

“No debe haber madre, en esas tierras selváticas, que no haya dado a luz a alguno de sus hijos en el Franklin Tello”, dice doña Targelia Alomía. Y seguramente

tiene razón. Ella los ha tenido ahí a todos... Tomasa Guillén ha dado a luz a sus cuatro hijos y Lina Jota a su segundo niño, mientras que José Fidel Cuenca cuenta que sus siete nietos han nacido ahí.

Ahí están quienes los reciben. Un equipo de enfermeras, doctores, estudiantes y hermanas capuchinas que se alegran con el primer llanto, ese llanto que dice de una vida nueva que revoloteará con las mariposas y jugará en las aguas del río, en esos rincones de olvido para recordarnos que la vida por esas tierras realmente abunda. Y también dolor, la tristeza de la pérdida de algún niño que no se ha podido salvar pese a los esfuerzos de una operación cesárea emergente y complicada, a quien el padre -un kichwa venido del Perú, de Torres Causana- con mirada taciturna y rostro descompuesto, lleva a enterrar, mientras pide por la recuperación de la madre de sus ocho hijas vivas y del que no llegó a nacer. Eso, para recordarnos, también, que la muerte hace parte de la vida, que no hay lo uno sin lo otro, y que el ser humano ha sido hecho de ese barro, de ese frágil material.

Pedro Morocho ha ido varias veces al hospital. Primero, con problemas pulmonares que, según dice, no le curaban en ninguna parte porque se hizo ver hasta en Colombia. "Acá sané y, como ve, hasta ahora no muero", sentencia el hombre, que ha ido al Franklin Tello aquejado de varios males, incluyendo unas piedritas en el riñón que lo tenían adolorido o al nacimiento de su pequeño nieto, hijo de Eduardo. Para los del pueblo tener el Hospital Franklin Tello es un orgullo: "un lugar donde nos sentimos bien tratados y cuidados, a pesar de los males que nos aquejan". María Charco tiene diabetes. No solo que ha recibido buena atención en el hospital sino que, de tanto en tanto, o las hermanas terciarias capuchinas o el padre-doctor (como le dicen en el pueblo a Manuel Amunárriz) han pasado por su casa para visitarla y medir su glucosa. "Ya me dice el doctor que tengo que cuidarme en las comidas... Hoy estoy bien, aunque a veces me siento cansada" dice doña María sobre los males que le aquejan. Doña Tomasa, que lleva 27 años por esas tierras, ha ido varias veces buscando calma a sus dolencias, con las manos amortiguadas y con dolores de cabeza.

Un hospital para minorías tiene algunas ventajas: los pacientes no tienen que hacer eternas colas ni esperar horas de horas por un turno, por una cama, por un quirófano, como suele suceder en la atención sanitaria pública en los grandes centros poblados, cuyas salas de emergencia suelen no dar abasto. "Ni punto de comparación con otros hospitales que he conocido", dice la señora Targelia, "desde el aseo hasta el tendido de las camas". Lo dice con cierto orgullo... "Tenemos un hospital de lujo, un hospital con buena fama, una buena atención; hasta del Perú viene gente y dicen que hasta que hay gente del extranjero que sabe de él... Tal vez por eso se conoce a este pueblo", atribuyéndole al Franklin Tello el sello de identidad de Nuevo Rocafuerte. José Fidel Cuenca, por su parte, sentencia que

“gracias a Dios, a la voluntad de las hermanas que están al servicio del hospital y a las gestiones del padre-doctor, estamos bien atendidos, nosotros, en el pueblo y las comunidades kichwas de la ribera”.

La verdad es que el día a día en el Hospital Franklin Tello puede ser largo y calmado como las aguas del río, o lleno de vértigo cuando hay una emergencia... Además de los partos normales o de las cesáreas, los paludismos y las fiebres, las picaduras de conga o de una serpiente X, el quemado por un rayo atribuido a los espíritus de la naturaleza o el ojo reventado de una mujer por la paliza que le ha dado el marido en una de aquellas borracheras en donde hay quienes pierden los estribos, además de las herpes o *venadupaju* o *chontarukupaju*, que según los nativos se curan con las pastillas del doctor, pero también con las hierbas del curandero o *yachak* al que acuden cuando creen que su mal, *paju*, es producto de las virutas mágicas del shamán o cuando alguien ha “robado las pisadas” para hacer un mal que solo se cura pagando fuertes sumas de dinero, en una extorsión que tiene que ver con esa manera distinta de ver el mundo, con cierta ingenuidad, y con la sicología y la sugestión.

Pacientes hay todos los días, ya sea para consultas de rutina, ya sea porque de semana en semana suben del Perú a hacerse chequear, ya sea para recibir las dosis de las vacunas de rigor o alguna medicina que ya se ha terminado, y también para visitar al odontólogo, que tiene muchos pacientes, sobre todo niños, haciendo cola para que los atienda en la flamante silla “mágica”.

Mariuxi Vera, que es quien maneja la farmacia, habla de esas “temporadas bajas” y “temporadas altas”, cuando sobran medicinas y hay que devolverlas antes de su fecha de expiración porque son pocas las personas que han acudido, y de esas temporadas en donde se agotan todas las reservas de píldoras para controlar la presión arterial, paracetamol o antibióticos cuando la enfermedad aparece como traída por la fuerza de los vientos amazónicos. Ella habla de la dificultad de lograr que la gente siga al pie de la letra las recetas: “muchos olvidan su medicación, no la quieren tomar en los horarios establecidos, los más veteranos hasta pelean con uno; ¡cómo me voy a despertar a la media noche para tomarme una pastilla!, me dicen algunos pacientes”.

Dicen que a cada uno su don particular. El padre-doctor, Manuel Amunárriz, tiene el suyo. Algunos hasta le dicen por ahí “la mano de Dios”, por eso de curar al enfermo o de que no hace doler a la hora de poner una inyección. Lo cierto es que él, ni bien llega al hospital, a las ocho en punto de la mañana, luego de las oraciones con sus hermanos y del desayuno, se coloca su uniforme impoluto de médico -traje blanco o verde, y zapatos blancos- y se dedica por entero al trabajo del hospital para atender pacientes, resolver los problemas diarios que allí son más difíciles de resol-

ver que en cualquier parte, poner al hospital al día en la tecnología, impulsar al equipo médico y echar a andar temas de investigación sobre patologías propias del lugar.

La hermana Laura Fernández, otra institución del Franklin Tello, está atenta a las consultas, los expedientes e historias clínicas de cada uno de los pacientes y hasta para los consejos a quienes llegan ahí con males que no son solo del cuerpo, sino propios de la vida. A ella, su estancia en Nuevo Rocafuerte le convirtió, a fuerza, en enfermera y segunda cirujana del padre Manuel, alguna vez, hasta le tocó ayudar a un doctor rural a operar de emergencia, solo con la experiencia de haber visto cómo es que el padre Manuel Amunárriz hacía esa tarea.

En el Franklin Tello hay un equipo que tiene dones varios, unas vidas entregadas al servicio de los demás y un ejemplo que queda como legado para el futuro. Quienes tomen ese testimonio, esa posta, tendrán como referencia ese hospital que sana, que navega, que investiga porque es un laboratorio vivo, un centro de estudios de cátedra y también de experiencia humana. Bien lo explica Manuel Amunárriz en su texto, en cuyas páginas finales me he entrometido para contar, desde fuera, y desde las voces de quienes se han sentido acogidos y tratados en esa selva herida, lo que han sido los cuarenta años de presencia misionera del padre-doctor, de sus aventuras de curar en la selva y de quienes tienen ese don.

Hospitalidad, amor o afecto a los extraños. Tal vez es la mejor palabra para definir lo que se hace en un hospital selvático como este, un lugar de fronteras en medio de la nada. En latín *hospitare*, significa “recibir como invitado”. Un anfitrión que da la bienvenida y responde a las necesidades de las personas que se encuentran temporalmente ausentes de sus hogares. En este caso, hospitalidad para con los naporunas y esas minorías que tantos ignoran y que son los dueños y habitantes de esas tierras selváticas, pobladas de algo más que verde y paradisíaco paisaje, con sus dolencias, sus males, con sus alegrías y sus tristezas.

---

## REFERENCIAS

---

- Aguirre, M. (2007). *¡A quién le importan esas vidas!* CICAME.
- Aguirre, M. (Junio 2008). *Telemedicina en acción. Capuchinos en Misión*
- Amunárriz, M. (1984). *Salud y enfermedad. Patología Tropical en la Región Amazónica Ecuatoriana*. CICAME.
- Amunárriz, M. (1993). *La aventura de curar en la selva. Crónicas desde el Hospital Franklin Tello*. CICAME.
- Amunárriz, M. (1994). *Crónicas incompletas sobre patologías tropicales desde la selva amazónica*. CICAME.
- Fernández Juárez, G. (2009). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Prácticas Quirúrgicas y Pueblos Originarios*. Abya-Yala
- Ramón y Cajal, S. (1923). *Recuerdos de mi vida*. Madrid, España: Imprenta de Juan Pueyo Luna.  
Disponible en [https://archive.org/stream/BIUSante\\_ryc002/BIUSante\\_ryc002\\_djvu.txt](https://archive.org/stream/BIUSante_ryc002/BIUSante_ryc002_djvu.txt)
- Registro Oficial, n.º 104, año I - 8 de enero del 2010.
- Santos Ortiz de Villalba, J. (2010). *Saber estar. Mi primer año en la selva amazónica - 1965-66*. CICAME.





ISBN: 978-9978-389-97-3



9 789978 389973