

Ponencia de clausura

Moderador: Joan Pau Millet. *Agència de Salut Pública de Barcelona. Serveis Clínics. Barcelona.*

Memorias de un cooperante

Jaume E. Ollé Goig

Asociación Catalana para el Control de la Tuberculosis en el Tercer Mundo (ACTMON).

Correspondencia:

Jaume E. Ollé Goig

E-mail: olleuganda@gmail.com

Introducción

En este escrito haré una breve exposición de los temas que han condicionado mis más de treinta años de profesión al cuidado de los pacientes con escasos recursos que viven en países pobres (en el continente americano y en África, principalmente), en la actualidad denominados con el eufemismo de países en desarrollo. Una vocación médica temprana y el ánimo de conocer mundo y ayudar a los más desfavorecidos, me impulsó a que, después de acabar los estudios de medicina en Barcelona y de las especialidades de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas en los Estados Unidos, cursara un máster en Salud Pública en la Universidad de Columbia de Nueva York. Ello me ayudó a tener una visión más amplia, global e integradora para encarar los cuidados de salud en las poblaciones menos privilegiadas. Desde entonces mi actividad profesional como clínico se ha centrado en los países de pocos medios económicos, con sistemas sanitarios muy deficientes y que, en general, se encuentran en climas tropicales.

Nueva York y Haití

Los dos hechos que han impactado mi vida profesional de forma más importante tuvieron lugar en los años 70: la aparición del virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) y una visita que hice como turista a Haití.

El primer enfermo que traté (1979) con dicha infección fue un varón homosexual, cocinero de un afamado hotel de Nueva York, que había visitado Haití, que padecía diarrea, y que fue referido a nuestro servicio para descartar una posible amebiasis. El paciente falleció unas semanas más tarde por unas infecciones diseminadas por citomegalovirus y herpes¹. Poco tiempo

después diagnosticamos mediante una biopsia de pulmón una neumonía por *Pneumocystis carinii* en un antiguo heroinómano, que había padecido una tuberculosis y que no había completado su tratamiento². Dicha infección no era frecuente entre personas no inmunodeprimidas, y fue al solicitar unos medicamentos al *Centers for Disease Control* en Atlanta cuando esta institución nos alertó de la aparición simultánea de varios casos parecidos en Nueva York y California. No podía yo imaginar que con aquellos dos pacientes tenía ya tres haches de las cuatro con las que se empezaría a denominar a la nueva enfermedad en Haití (*katre-hach*: haitiano, homosexual, heroinómano y hemofílico).

El uso ilegal de sustancias inyectadas y los hábitos sexuales de ciertos grupos tuvo como consecuencia que la infección se extendiera con rapidez entre ellos y que la enfermedad adquiriera un estigma social muy negativo, y una interpretación de tonos morales, que dificultaron su estudio y control.

La visita que hice a Haití, distante unas pocas horas de Nueva York, me impresionó profundamente y me hizo pensar que era allí donde los cuidados de salud eran más necesarios y que mi trabajo podría tener más sentido. Ello me indujo a ponerme en contacto con el Dr. Mellon y su esposa, un matrimonio americano que había fundado un hospital en el valle del Aribonita³. Acordamos que en cuanto yo acabara mi estancia en los Estados Unidos iría a trabajar al Hospital Albert Schweitzer (HAS).

Pobreza

Tal como innumerables estudios han señalado la pobreza es el factor más determinante como agente productor de enfermedad. Mas cuando una persona enferma, la atención requerida puede agravar dicha situación y precipitarlo a la miseria. Un

estudio de las Naciones Unidas ha determinado que el pago de los cuidados de salud hunde económicamente a 150 millones de personas anualmente⁴.

Figura 1. Niño recogiendo agua en un arroyo en Haití.



Tratamientos tradicionales

El ánimo de mejorar y el deseo de aliviar los problemas de salud son universales. La desconfianza ante unos cuidados percibidos como no propios, o su no existencia o dificultad en obtenerlos, provocan que las personas al sentirse enfermas se dirijan a los proveedores de una atención más tradicional en la que se sienten más confortables y que perciben como algo no impuesto por elementos foráneos.

Presentación tardía

Otra característica de nuestros pacientes es que reclaman atención médica en etapas tardías de su enfermedad. Ello es debido a su falta de medios económicos puesto que, en general, y salvo excepciones, la atención no es gratuita, a las dificultades en realizar largos desplazamientos, y a la imposibilidad de ganarse el sustento cuando dejan de trabajar. Excepto en las clases altas y medias, muy minoritarias, no existe un seguro de enfermedad, una almohada protectora: la atención hospitalaria es siempre de pago y el enfermo o su familia deberán adquirir la mayoría de las medicaciones recetadas.

Condición de la mujer

La mujer ha tenido siempre un papel secundario entre nosotros. Esta condición, afortunadamente, está cambiando; sin embargo, en las sociedades subdesarrolladas y en las que la población es mayormente de religión musulmana estos cambios

Figura 2. Mujeres cargadas de leña cerca del Nilo azul.



se producen con mayor lentitud. Desde la práctica de la mutilación femenina⁵ a otras más sutiles y difíciles de detectar⁶, la condición de la mujer sigue estando dominada por unos hábitos y costumbres que le hacen asumir un papel poco menos que de esclava. Los numerosos embarazos (muchos no deseados), el trabajo doméstico interminable, las duras labores del campo y el cuidado permanente de la familia (marido e hijos pequeños) mantienen a las niñas mayores, a la esposa, y a la madre, perpetuamente ocupadas⁷.

Patología

El tipo de patología al que debemos enfrentarnos puede ser sorprendente: una raíz cubierta de tierra que los familiares aseguraban haber extraído de la vagina de la anciana abuela, una flecha en el pulmón de un obrero de una carretera en construcción que atravesaba la propiedad de los indios *yukis*, una mujer con las piernas devoradas por las hienas cuando se encontraba en *shock* después del parto, son algunos ejemplos.

No obstante, la mayoría de los casos que atendemos padecen una patología infecciosa más "clásica": malaria, tuberculosis, tétanos, leptospirosis, fiebre tifoidea, leishmania, sífilis, lepra, ántrax, y un largo etcétera. La malnutrición infantil es un problema muy grave y prevalente de forma crónica en ciertas áreas por falta de alimentos, por los malos hábitos familiares y por problemas sociales.

El pian (o bejel) es una trepanomatosis no venérea que se adquiere por contacto directo, ya sea a través de las úlceras de los afectados en las extremidades (en los niños durante el juego) o en la cavidad bucal (al compartir utensilios de cocina). En Haití, dicha infección era frecuente pero fue eliminada casi por completo gracias a las campañas promovidas por

los Estados Unidos, aplicando una inyección de penicilina. El tristemente célebre Papa Doc fue su director en los años 50. En el norte de Mali llevamos a cabo estudios de campo promovidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre los tuareg (o *tamashék*) para determinar su prevalencia: la infección en esta población nómada no era frecuente pero no había desaparecido.

VIH y sida

El sida hizo su aparición en Haití a principios de los 80. Con frecuencia la población autóctona negaba su existencia y lo atribuía a una invención de sus vecinos americanos. No era infrecuente que haitianos emigrados a los Estados Unidos, ante el avance imparable de su enfermedad, decidieran volver a sus hogares de origen. Una publicación reciente⁸ ha identificado el camino recorrido por el virus desde África al continente americano, y parece ser que el eslabón intermedio se encontraba en dicho país, vehiculado por los numerosos expertos que huyendo de la represión duvalierista trabajaban en el continente africano.

El sida ha tenido un impacto en los sistemas de salud a todos los niveles. Hemos de tener en cuenta también que esta infección plantea situaciones ambiguas y preguntas de tipo ético de difícil respuesta. Las campañas de educación para la prevención del contagio, al dirigirse forzosamente a la educación sexual, siempre chocan con mayor o menor fuerza con las autoridades eclesíásticas.

Tuberculosis

La tuberculosis era una enfermedad a la que yo pocas veces me había enfrentado, incluso en un servicio de enfermedades infecciosas. En el año 1973, una publicación en los Estados Unidos planteaba la posibilidad de que dicha enfermedad dejara de ser un problema de salud⁹. Paradójicamente, en los años 90, la OMS declaró que el control de dicha infección constituía una urgencia a nivel mundial. El estigma que padece esta enfermedad sigue siendo notable y no es extraño que los enfermos acudan en fases avanzadas de la enfermedad.

Un fenómeno relativamente nuevo y que dificulta su tratamiento y la curación de los pacientes es la aparición de resistencias a los medicamentos anti-tuberculosos¹⁰, especialmente los denominados enfermos multidrogo-resistentes. Otro fenómeno surgido en las últimas décadas es la alianza del bacilo de Koch con el VIH. Tal como muestra un cartel de la OMS: "*Los dos monstruos trabajan conjuntamente*". Los pacientes con tuberculosis hospitalizados reciben educación para la prevención del VIH, sin embargo, los mensajes enviados no son fáciles de poner en

práctica, ya que en las primeras etapas (que pueden durar años) la infección por VIH es invisible.

Cooperación

Las críticas a la cooperación son frecuentes¹¹ y no siempre equivocadas. No obstante, no podemos olvidar la historia y el hecho de que a pesar de un avance general del desarrollo y de la extensión de los frutos de la tecnología, en determinados grupos las desigualdades no solo se mantienen sino que son cada vez más marcadas. No nos engañemos: los buenos informes sobre la economía que se publican a nivel nacional, a menudo ocultan estas disparidades cada vez más acentuadas¹². Por ello, considero que es un deber de nuestras sociedades industrializadas, desarrolladas y bien estantes, facilitar los medios para que todos, en todo el planeta, podamos disfrutar unas vidas dignas y productivas. Más de 17 millones de pacientes infectados por el VIH están bajo tratamiento en el mundo¹³. ¿Qué sería de todos aquellos que reciben anti-retrovirales gracias a programas como PEPFAR o el Fondo Global? ¿O de los millones de niños vacunados gracias al programa Gavi? Sin estos programas con financiación externa habrían fallecido hace ya tiempo...

En Jinja, en frente del hospital regional se encuentra el "Cementerio de la Guerra". ¿Qué guerra?, nos preguntaremos. Se trata de la 2ª Guerra Mundial en la que los ingleses enviaron a los jóvenes ugandeses a Europa; murieron en el frente y sus cadáveres fueron repatriados. ¡Por seguro que aquellos soldados no sabían ni a dónde iban, ni quién era el enemigo, ni por qué peleaban! No olvidemos que hoy ponemos barreras para impedir la entrada a sus descendientes para que no pisén la tierra que pisaron sus familiares uniformados. Una cooperación efectiva la constituye ACTMON. Un estudio que llevé a cabo a finales de los

Figura 3. Mi esposa Tere con los niños de un orfanato en Djibuti.



80 en el HAS evidenció que la tasa de enfermos con tuberculosis curados era apenas del 50%. Junto con el Dr. W. Berggren, que unos años antes había demostrado la efectividad de los cuidados de atención primarios administrados a través de nuestra red de dispensarios¹⁴, modificamos la estrategia de suministro de medicamentos y de seguimiento de los pacientes. Necesitábamos financiación y para ello fundé esta asociación hace más de veinte años a mi vuelta de Haití. Los efectos de la nueva estrategia no se hicieron esperar y hasta hoy se ha mantenido una tasa de curación por encima del 85%¹⁵. Desde entonces, ACTMON coopera, fundamentalmente, con dos programas de

Figura 4. Musa poco antes de volver a casa.



tuberculosis en Haití (uno, en medio rural en el HAS, y otro en la capital, en el hospital pediátrico de St. Damien) y con una escuela secundaria en Uganda.

Conclusiones

Acabo con la imagen de Musa que siempre tengo presente. Este niño ugandés estuvo en coma varios días en un hospital rural recibiendo tratamiento contra la malaria hasta que una punción lumbar demostró que se trataba de una meningitis tuberculosa.

¿Qué hubiera sido de él sin un diagnóstico correcto, sin los medicamentos facilitados gratuitamente por el Programa Nacional y sin la dedicación de nuestro personal sanitario? Cuando mejoró me perseguía siempre por los pasillos y me preguntaba: *Baba, baba oliotia?* (¿papá, papá cómo estás?).

Dedicatoria

Dedico este escrito, fruto de una presentación, a mi esposa Tere que siempre ha estado a mi lado.

Bibliografía

1. Mildvan D, Mathur U, Enlow R, *et al.* Opportunistic infections and immune deficiency in homosexual men. *Ann Intern Med.* 1982;96:700-4.
2. Ollé Goig JE, Domingo J. La neumonía por *Pneumocystis carinii*. *Med Clin (Barc).* 1984;82:631-6.
3. Ollé Goig JE. Historia del Hospital Albert Schweitzer. *JANO.* 1992;42:35-6.
4. Summers LH on behalf of 267 signatories. Economists' declaration on universal health coverage. *Lancet.* 2015;386:2112-3.
5. Martinelli M, Ollé-Goig JE. Female genital mutilation in Djibouti. *African Health Sciences.* 2012;12:412-5.
6. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, *et al.* Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet.* 2006;368:1260-9.
7. Okojie C. Gender inequalities of health in the third world. *Soc Sci Med.* 1994; 39:1237-47.
8. Worobey M, Watts TD, McKay RA, *et al.* 1970s and 'Patient 0' HIV-1 genomes illuminate early HIV/AIDS history in North America. *Nature.* 2016; doi:10.1038/Nature 19827.
9. Edwards PQ. Is tuberculosis still a problem? *Health Serv Rep.* 1973;88: 483-5.
10. Ollé-Goig JE. Editorial: The treatment of multidrug-resistant tuberculosis: a return to the pre-antibiotic era? *Trop Med Int Health.* 2006;11:1625-8.
11. Moyo D. *Dead aid.* Nueva York: Farrar, Straus and Giroux. 2009.
12. Watkins K. Leaving no one behind: an agenda for equity. *Lancet.* 2014; 384:2248-59.
13. Mayer KH, Shisana O, Beyrer C. AIDS 2016. *Lancet.* 2016; 387:2484-5.
14. Berggren WL, Ewbank DC, Berggren GG. Reduction of mortality in rural Haiti through a primary-health-care program. *N Eng J Med.* 1981; 304:1324-30.
15. Ollé-Goig JE, Alvarez J. Treatment of tuberculosis in a rural area of Haiti: directly observed and non-observed regimens. The experience of Hôpital Albert Schweitzer. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001; 5:137-45.