

LA PERLA DEL OESTE

Capítulo 3: Lo que importa es la salud | Historias de la medicina nacional



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HURLINGHAM

Créditos

Universidad Nacional de Hurlingham

Rector

Lic. Jaime Perczyk

Vicerrector

Dr. Alejandro Arauz Castex

Secretario General

Lic. Nicolás Vilela

Secretario Académico

Mg. Walter Wallach

Secretario de Investigación

Dr. Juan Pedrosa

Secretario de Bienestar Estudiantil y Servicios a la Comunidad

Prof. Daniel Pico

Secretario de Planeamiento y Evaluación Institucional

Dr. Jorge Aliaga

Secretario Administrativo Financiero

Cdor. Javier Carcaterra

Director Instituto de Educación

A. S. Pablo Urquiza

Director Instituto de Biotecnología

Lic. Sebastián Calvo

Director Instituto Salud Comunitaria

Dr. Ezequiel Consiglio

Director Instituto de Tecnología e Ingeniería

Ing. Gustavo Medrano

LA PERLA DEL OESTE®

Revista de Cultura y Territorio

Director ejecutivo: Jaime Perczyk

Coordinador: Juan Diego Incardona

Editor: Rodolfo Edwards

Jefa de redacción: Claudia Torre

Diseño y diagramación: Miguel Canella

Ilustraciones: Ariel López V.

Colaboraron en este número:

Ezequiel Consiglio, Martín Piqué,
Silvina Frieri, Javier Vogel,
Ayrton Zazo Girod, Emilio Crenzel,
Jorge Consiglio, Rocío Kirik,
Natalia Laube, Juan Pablo Liefeld,
María Luque, Paola Cortés Rocca,
Horacio Fiebelkorn, Omar Genovese,
Carlos Battilana, Ariana Santa

Estudiantes pasantes:

Daniela Moyano, Jorge Huck,
Charlie Di Palma, Carolina Fernández

laperladeloeste@unahur.edu.ar

HISTORIAS DE LA MEDICINA LO QUE IMPORTA ES LA SALÚ



El capítulo 3 de La Perla del Oeste es una continuidad de la idea que empezó a desarrollarse en los dos primeros números: un ámbito donde a través de la palabra escrita sea posible expresar diferentes puntos de vista y abordajes a partir de un tema en común. Hoy elegimos ocuparnos de la salud y todo lo que rodea a un asunto primordial para las sociedades humanas. En nuestro país el sistema de salud tiene una rica historia donde se mezclan heroicos protagonistas y zonas oscuras donde las desigualdades sociales se hacen patentes.

Velar por la atención sanitaria en todos los sectores sociales es un imperativo, un compromiso y una responsabilidad que debe asumir la comunidad toda, los profesionales de la salud y el Estado. La salud pública debe ser fortalecida con políticas estatales inclusivas, de lo contrario pasa a ser privilegio de las minorías.

Leyendo los artículos de este nuevo capítulo de La Perla del Oeste, el lector podrá internarse por los pasillos de un hospital público, conocer un día en la vida de una enfermera, subirse a una ambulancia, recorrer el leproario amazónico donde el Che Guevara ofició de médico residente. También nos podremos adentrar en la historia de las enfermedades argentinas y encontrar semblanzas y entrevistas a médicos notables que enaltecen la salud pública nacional. Las consecuencias de las presiones en el cuerpo de los trabajadores y de los deportistas, la relación del arte y la medicina, una artista que convierte su cuerpo en obra, un pintor que perdió una mano en el campo de batalla durante la cruenta Guerra del Paraguay, narraciones literarias que se ocuparon del mundo de la enfermedad y sus derivaciones sociales, completan un amplio espectro que convierten a esta edición de La Perla del Oeste en una experiencia fascinante.

Lic. Jaime Perczyk

Rector

Universidad Nacional de Hurlingham



Contenidos



**Enfermedades
Argentinas**
Ezequiel Consiglio

6



Médicos del pueblo
Martín Piqué

10



Salud y literatura
Silvina Frieri

14



Ambulancias
Javier Vogel

18



**Enfermera
en construcción**
Ayrtón Zazo Girod

22



**El hospital
Posadas**
Emilio Crenzel

26



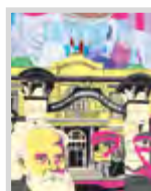
**Destino
de gigante**
Jorge Consiglio

30



Posadas
Rocío Kirik

34



**Apóstoles
de la medicina**
Natalia Laube

38



Carne y Mármol
Juan Pablo Liefeld

42



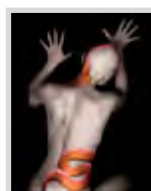
**Entrevista a
Ezequiel Consiglio**
Daniela Moyano
Jorge Huck

46



**Entrevista a
María Luque**
Carolina Fernández
Charlie Di Palma

50



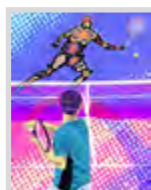
**Gabriela Liffschitz:
Intervenciones y Contagios**
Paola Cortés Rocca

54



**El presentismo en
el Estado ausente**
Horacio Fiebelkorn

58



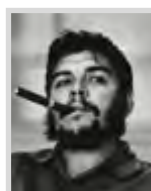
**El tenis: refugio,
esperanza y fracaso**
Omar Genovese

62



**Después de la
enfermedad**
Carlos Battilana

66



**Viaje al leprosario
del Che**
Ariana Santa

68

ENFERMEDADES ARGENTINAS

Un intenso recorrido por la historia de las enfermedades argentinas nos propone el Dr. Ezequiel Consiglio, donde se percibe la incidencia de las desigualdades sociales en la propagación de ciertas enfermedades endémicas.

Ezequiel Consiglio

Médico, Magister en Salud Pública y Doctor en Medicina. Director del Instituto de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Hurlingham.

Las enfermedades delimitan un territorio de incertidumbre que espera ser resuelta en el menor plazo posible o que, de ser irreversibles, al menos no nos hagan sufrir.

A lo largo de los siglos, y conforme nuestras sociedades se fueron complejizando, hemos aprendido que las enfermedades son el resultado de la combinación de factores biológicos y de determinantes sociohistóricos. La invitación a hablar sobre enfermedades argentinas da cuenta, entonces, de aquellas situaciones patológicas que, por alguna razón, real o simbólica, tuvieron algún impacto diferencial en nuestro pueblo a lo largo de su historia, principalmente en cuanto a su peor resultado: la mortalidad.

Si nos remontamos a nuestros orígenes como Nación, hallamos en la viruela una preocupación que motivó la movilización de recursos de todo tipo en la primera institución colonial de la salud pública: el protomedicato. En épocas de brotes de tifus, disentería y cólera, la viruela se destacó por su mortalidad, sus secuelas y el temor que ocasionaba por su persistencia: llevaba siglos en el continente desde su introducción por los conquistadores y en muy poco tiempo había diezmado las poblaciones de los imperios azteca e inca. Siglos después, seguía suscitando preocupación, pero desde 1796 se sumaba la posibilidad de una inmunización con una eficacia nada despreciable y cada vez más accesible; al Río de la Plata la variolización llegó en 1805. Las acciones del protomedicato, creado en 1780, derivaron entonces en una estrategia de cobertura más amplia, como lo demuestran varios documentos entre los cuales se destaca una carta de Don Juan Manuel de Rosas al Cacique Pincén, fechada vagamente luego de 1825:

“...Ustedes son los que deben ver lo mejor les convenga. Entre nosotros los cristianos este remedio es muy bueno porque nos priva de la enfermedad terrible de la viruela, pero es necesario para administrar la vacuna que el médico la aplique con mucho cuidado y que la vacuna sea buena... La vacuna tiene también la ventaja de que aun cuando algún vacunado le da la viruela, en tal caso esta es generalmente mansa después de esto si quieren ustedes que vacune a la gente, puede el médico empezar a hacerlo poco a poco para que pueda hacerlo con provecho y bien hecho y para que tenga tiempo para reconocer prolijamente a los vacunados”¹.

1- Chávez, Fermín 1991 La vuelta de Juan Manuel (Buenos Aires: Editorial Theoría).



La epidemia de viruela de 1882 en Buenos Aires dio pie para la creación de un espacio de asilamiento en la denominada Quinta Leslie, que se denominaría “Casa de Aislamiento” ese mismo año; las necesidades que allí se constatarían, darán finalmente como resultado su traslado a un predio del sur de la ciudad en 1883, donde actualmente funcionan el Hospital de Enfermedades Infecciosas “Francisco Javier Muñoz” y el Instituto de Tisiopneumología “Dr. Raúl F. Vaccarezza”. Luego de siglos de protagonismo en todo el planeta, la viruela fue la primera enfermedad -y hasta ahora única- erradicada por la acción del hombre, según lo declaró la Organización Mundial de la Salud en 1978.

A lo largo de los siglos, y conforme nuestras sociedades se fueron complejizando, hemos aprendido que las enfermedades son el resultado de la combinación de factores biológicos y de determinantes sociohistóricos.

La consolidación no planificada de las ciudades trajo aparejados efectos no deseados como en casi todas las latitudes del planeta. Nuestras ciudades no eludieron las consecuencias del agrupamiento humano con déficit de servicios. En este escenario, entre 1867 y 1868, se produjeron epidemias de cólera en las ciudades de Córdoba y Rosario, y también en Buenos Aires. La mortalidad en la ciudad de Córdoba se estimó en un 8% de la población, en Rosario atacó a las poblaciones más humildes del propio tejido urbano y de pueblos aledaños, y en Buenos Aires, en 1868, moría víctima de esta enfermedad el vicepresidente Marcos Paz, evidenciando que las condiciones deficientes en materia de saneamiento afectaban a la población de manera generalizada. La epidemia asoló también a los soldados de la Guerra de la Triple Alianza contra el Paraguay, al igual que en la guerra de Crimea y otras contiendas bélicas. El cólera, en efecto, era una *enfermedad de campaña*. Inmediatamente concluida esta sangrienta y absurda guerra, los porteños padecieron la peor de las epidemias que se recuerde: la

fiebre amarilla. Si bien había antecedentes de brotes de esta enfermedad en 1852, 1858 y 1870, la epidemia de 1871 fue extraordinariamente más virulenta: antes de completarse la mitad del año, murieron unas 14.000 personas en una ciudad de unos 200.000 habitantes, poniendo en vilo al gobierno de Domingo Faustino Sarmiento y extendiendo las discusiones a la prensa de la época al margen de las publicaciones médicas, por cierto algo similar a lo sucedido en Córdoba con el cólera. Las conductas de los porteños durante la aparición de la fiebre amarilla expresaron las peores consecuencias del temor y del oportunismo: huidas de las familias pudientes desde el sur al norte, robo de cadáveres y falsedad en los certificados de defunción, violando las normas higiénicas para velarlos según creencias familiares por encima de las medidas de salud pública, precios exorbitantes en las mudanzas, los alimentos y demás necesidades, suspensión de clases, pérdidas económicas. La Fiebre Amarilla de 1871 fue una epidemia que cuestionó la base social y científica de la capital del país y dio forma definitiva a las acciones del Higienismo como movimiento de base científica, con consecuencias de control social y moral.

Se ha dicho que la viruela, el cólera y la fiebre amarilla llegaron en los barcos, en los de la conquista española y en los que repatriaban tropas. Sin embargo, hubo una enfermedad -y todavía hay- arraigada en la hondura de nuestra gente y de nuestra tierra, un mal que persiste entre los más vulnerables: la tripanosomiasis americana, el Mal de Chagas.

En 1928 el médico brasileño Carlos Chagas le escribe una carta a su colega argentino Salvador Mazza, y en ella explica:

“Hay un designio nefasto en el estudio de la tripanosomiasis. Cada trabajo, cada estudio, apunta un dedo hacia una población mal nutrida que vive en malas condiciones; apunta hacia un problema económico y social, que a los gobernantes les produce tremenda desazón, pues es testimonio de incapacidad para resolver un problema tremendo. No es como el paludismo un problema de bichitos de la naturaleza, un mosquito ligado al ambiente, o como los es la esquistosomiasis relacionada a un factor ecológico lúmnico casi inalterable o incorregible. Es un problema de vinchucas, que invaden y viven en habitaciones de mala factura, sucias, con habitantes ignorantes, mal nutridos, pobres y envilecidos, sin esperanzas ni horizonte social y que se resisten a colaborar”.

Y concluye:

“Hable de esta enfermedad y tendrá a los gobiernos en contra. Pienso que a veces más vale ocuparse de infusorios o de los batracios que no despiertan alarmas a nadie”².

2- Reyes López, Pedro A. 2009 *La vida y obra de Carlos Chagas a cien años de la descripción de la enfermedad de Chagas-Mazza* (México: Archivo de Cardiología).

La pobreza anida en esas vinchucas, y al hacerlo expresa condiciones que parecen reservadas a los descendientes de los criollos, mestizos e indios, como si haber hecho la patria en los campos de batalla de la independencia, no hubiera alcanzado para igualarnos, y pudieran algunos más que otros aguantar injusticia tras injusticia. Algo parecido pasa a los que trabajan la tierra en la pampa húmeda, en contacto con un virus autóctono transmitido a través de la orina del ratón maicero: la fiebre hemorrágica argentina (FHA), una enfermedad viral descrita hace relativamente poco (1950, aunque hay algunos registros previos, de 1943) y cuyo agente causal, el virus Junín (del género *Arenaviridae*) fue aislado de enfermos trabajadores rurales en 1958, poniendo en evidencia sus malas condiciones laborales. Si no se trata a tiempo, 3 de cada 10 personas que la padecen, pueden fallecer. Esta fiebre, también llamada *mal de los rastros*, es absolutamente autóctona: una enfermedad exclusivamente argentina. Aunque el desarrollo conjunto con los Centros de Control de Enfermedades (CDC, su sigla en inglés) de Estados Unidos de América, hizo posible una vacuna —Candid 1— en 1990, la ampliación reciente de áreas de cultivo ha extendido su exposición a nuevas poblaciones. Desde 2006, esta vacuna se produce en nuestro país, en el INVEH-ANLIS; allí también se produce el suero específico que ha permitido disminuir la mortalidad al 1%, dando una nueva muestra de la importancia del desarrollo de una política pública de medicamentos en nuestro país.

Entre los registros de enfermedad del siglo XX se encuentra también la tuberculosis, enfermedad emblemática en el mundo y también en nuestra sociedad. Se trata de una afección que nos enferma desde hace siglos con un incremento relacionado, una vez más, con las malas condiciones de vida - rural y urbana- del siglo XIX y primera mitad del siglo XX. Por aquellos años, la enfermedad era incurable. La búsqueda de “aire puro” llevaba a nuestros pacientes al Valle de Punilla, a Cosquín, donde en el año 1900 se fundó el hospital colonia Santa María y en 1932, el Hospital Domingo Funes. En ese mismo año se habilita el Pabellón Koch en el predio del mencionado Hospital “Francisco Javier Muñiz”.

El carácter estigmatizante de la enfermedad tuberculosa todavía existe, pese a que disponemos de tratamiento. Algunas de las expresiones de estas creencias se aprecian en las obras de Manuel Puig (en la novela *Boquitas pintadas*), de Evaristo Carriego —quien murió por tuberculosis— (en poemas como “Residuo de fábrica”) o de Roberto Arlt, quien en su cuento “Ester Primavera”, nos enseña un clima de época que se puede resumir en algunos párrafos:

“El muchacho tose continuamente con el pañuelo apretado contra los labios. Después mira el pañuelo y sonríe con alegría. El pañuelo está blanco aún.

—¿No hay sangre?

El pelirrojo hace que no con la cabeza.

Esa es la obsesión nuestra. Y siempre nos consultamos”³. Pese al tratamiento disponible, la tuberculosis tiene un cierto recrudecimiento en su incidencia y en la aparición de formas resistentes a los antibióticos, algo que nos vuelve a preocupar. Su permanencia a lo largo de nuestra historia y la de otros pueblos, sigue cuestionando las condiciones de vida y el funcionamiento de los sistemas sanitarios.

Las conductas de los porteños durante la aparición de la fiebre amarilla expresaron las peores consecuencias del temor y del oportunismo: precios exorbitantes en las mudanzas, los alimentos y demás necesidades.

Por último, recordemos que desde mediados del siglo pasado Argentina ha ido consolidando un proceso de transición demográfica, caracterizado por un incremento en la expectativa de vida merced a una mejora de las condiciones de vida, que no siempre fue constante ni para todos. Aun así, el perfil de enfermedades de nuestro pueblo se fue modificando hasta un presente con alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, obesidad y sobrepeso, sufrimiento psíquico evidenciado por un elevado consumo de psicofármacos, tumores y enfermedades metabólicas, por encima de otras.

Las enfermedades más frecuentes en la actualidad no parecen tener el impacto agudo que tuvieron las enfermedades transmisibles, sin embargo, no han hecho más que configurar un escenario más complejo. El modo de enfermar y morir también representa nuestra organización social: cada persona enferma subsume toda su historia tras de ese hecho y cada enfermedad interpela nuestra organización sanitaria y social. Las enfermedades dicen; hay que saber escuchar qué. ■

3- Arlt, Roberto 1994 “Ester Primavera” en *Selección de cuentos* (Buenos Aires: Ediciones Colihue).

MÉDICOS DEL PUEBLO

Una tradición de médicos argentinos, inaugurada por el inolvidable sanitarista Ramón Carrillo, hoy puede reconocerse en el trabajo diario de muchos profesionales que honran aquel legado que puso el foco en la dimensión social de la medicina.

Martín Piqué

Es periodista. Escribe en el diario *Tiempo Argentino*. Conduce el programa *Vayan a laburar* en las madrugadas de la AM 750. Trabajó en *Página/12* y ejerció la docencia en nivel secundario, polimodal y para adultos.

La rutina de cada uno de ellos es distinta pero tiene un mismo objetivo: curar y prevenir o, mejor, prevenir y curar. Para Lourdes Córdoba (39 años), médica argentina egresada en Cuba de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), la jornada laboral empieza al llegar al Centro de Salud y Acción Social (Cesac) N° 21, emplazado en la Villa 31 de Retiro, CABA. La nomenclatura y la sigla refieren a una sala médica transferida a la órbita del Gobierno de la Ciudad. Su lugar de atención forma parte de lo que los vecinos del barrio Carlos Mugica llaman “el Galpón”, un predio cubierto con un tinglado –la infraestructura parece un gimnasio– en el que solían funcionar varias reparticiones del Estado nacional, desde ANSES hasta una delegación del Ministerio de Salud.

Cada mañana, al comenzar su servicio, Hugo Ginzberg (42) se instala en el sector de diagnóstico por imágenes del Hospital Durand, barrio de Caballito. Es un médico formado en esa especialidad: lo suyo son las ecografías, las placas y las tomografías.

Facundo Pastor (40) también ejerce la profesión de la salud: como médico entrenado en clínica de adultos dirige la Unidad Sanitaria “José María Cortés”, en Villa Zapiola, localidad de Paso del Rey. Se trata de una sala municipal que forma parte de la Dirección de Salud del Municipio de Moreno.

Córdoba, Ginzberg y Pastor tienen mucho en común. Además de ser médicos, de rondar las cuatro décadas y de prescribir medicamentos con letra ininteligible en las recetas (tradición de todo galeno que se precie), los tres representan –para los pacientes atendidos por ellos– el primer contacto con la salud pública. Son la cara de la medicina preventiva, de la atención primaria, una corriente que en la Argentina tuvo a su exponente más importante en el neurocirujano santiagueño Ramón Carrillo, primer Ministro de Salud del país, prócer del sanitarismo y funcionario clave en los primeros dos mandatos de Juan Domingo Perón. Tras el '55, Carrillo sería perseguido por su identificación con el peronismo. “Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas”, era una de sus frases más famosas.



Carrillo tiene reservado un capítulo muy importante en el historial criollo de los “médicos del pueblo”, un legado del que también forman parte Cecilia Grierson, primera médica mujer argentina; René Favalaro, el cardiocirujano que hizo innovaciones en la cirugía coronaria con una nueva técnica y que buscó democratizar el acceso a ese tipo de prácticas médicas de altísima complejidad,

a través de una fundación que llevaba su apellido, pero que terminó suicidándose con un disparo al corazón por la deuda que el PAMI del gobierno de Fernando de la Rúa mantenía con esa institución; el médico rural Esteban Laureano Maradona que abandonó los privilegios de su clase para cumplir su juramento hipocrático entre indios y campesinos de un pueblo aislado en Formosa.

Otro médico famoso preocupado por lo social, nacido en Argentina pero que extendió su figura sobre todo el mundo, fue –por supuesto– Ernesto Guevara. Aunque tras sus viajes iniciáticos por América Latina dejó de ejercer la medicina, un episodio fundamental en su formación fue su labor, como estudiante avanzado, en un leprosoario de la Amazonía peruana.

El linaje de los médicos que volcaron su tiempo a la preocupación por la pobreza y sus consecuencias para la salud, se remonta lejos en el tiempo. El inmigrante catalán Juan Biale Massé, médico y abogado, investigó y escribió en 1904 el *Informe sobre las Clases Obreras en el interior de la República*, también conocido como “Informe Biale Massé”, a pedido del entonces ministro del Interior, Joaquín V. González.

Todas estas historias, personalidades y anécdotas –entre tantas otras– alimentaron la tradición del sanitarismo argentino. De esa vertiente se siente parte el cirujano Jorge Rachid (69). Especializado en medicina del trabajo, experto en políticas de salud, Rachid apela a una singular definición cada vez que le piden que se presente. “Soy médico de la seguridad social”, se describe. “En nuestro país –arranca, entusiasta, con voz ronca– hay un capítulo muy olvidado de la historia de los médicos del pueblo. Son los médicos populares que formaron parte de los Ejércitos que pelearon por la independencia, como Cosme Argerich, cirujano del Ejército del Norte, o Francisco Javier Muñoz, uno de los médicos voluntarios que se ofreció para atender a las víctimas de la fiebre amarilla y que terminó muriendo al contraer la epidemia.”

Todos los días en la trinchera

El compromiso del que hablan los libros de historia tiene sus herederos en la actualidad. Eso sí, se presenta con menos épica. El hacer cotidiano, el formalismo administrativo de recibir al inicio de la jornada todas las historias clínicas de los pacientes por atender, está lejos de promover la visión heroica e idealizada ante los episodios del pasado, de abnegación y sacrificio personal en el ejercicio de la medicina.

Para la doctora Córdoba, su trabajo y el de sus compañeros en la Villa 31 es una suerte de termómetro social que detecta –como una alerta temprana– tendencias en curso y retrocesos colectivos en materia de alimentación, prácticas de cuidado personal, adicciones, progresión de las enfermedades.

“Nosotros estamos notando que hay más obesidad, sobrepeso y anemia, tanto en adultos como en niños. Y se debe a que muchas dietas dejaron de ser balanceadas, por los precios de las carnes y las verduras.

Se está comiendo más carbohidratos, porque es más barato”, advierte Córdoba en su descripción de las jornadas de trabajo en los centros de salud y acción social del barrio Carlos Mugica de Retiro.

Otra de las novedades que comprueba todas las mañanas el equipo médico de la Villa 31, es que hay una mayor demanda de controles de salud. Muchas veces sucede que al haber más afluencia de familias a los comedores, y en los puntos de distribución de leche y vales de alimento dependientes del Estado, esos adultos (mayormente mujeres) y esos niños se encuentran con médicos, enfermeros y otros trabajadores de la salud que les aconsejan realizarse controles vacunatorios y chequeos de peso, talla y presión. “El sobrepeso y la dieta no balanceada pueden contribuir a factores de riesgo en el futuro, como problemas cardiovasculares”, acota Córdoba.

A 11 kilómetros del barrio de Retiro, en el Hospital Durand de Caballito, el especialista en imágenes Ginzberg se enfrenta cotidianamente con otra realidad: los cambios en las prestaciones del PAMI. “Lo que hay más, en general, es la puteada de los pacientes del PAMI porque les vienen recortando los lugares en los que se pueden hacer estudios. Y les recortan el acceso a los medicamentos. Los jubilados se quejan porque todo se demora, es un chorizo administrativo”, describe. “Igual, el Hospital Durand, comparativamente, no está mal. Lo que es tremendo es el proyecto del CUS, la Cobertura Universal de Salud que quieren imponer”, dice Ginzberg.

El controvertido proyecto, que ya se empieza a conocer por sus siglas, consiste en la puesta en vigencia de un seguro nacional de salud. Un modelo de cobertura mínima al estilo del PMO (Prestaciones Médicas Obligatorias) que deben garantizar prepagas y obras sociales. En Sudamérica, Colombia se convirtió en el *leading case* de este tipo de políticas sanitarias. En la Argentina, Mendoza es distrito elegido para poner en marcha esta reforma.

Rachid conoce bien el antecedente de Colombia: recomienda leer los balances que escribió el médico epidemiólogo Mario Hernández, coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública en el país cafetero. “El proyecto del CUS ya se implementó en Colombia y fracasó estrepitosamente. Generó un estallido y una judicialización de la medicina que es récord en todo el mundo. Porque hasta para operarte de apéndice tenés que meter una medida cautelar. Te ponen un tope de determinadas consultas a especialistas por año, otro tope para las resonancias magnéticas nucleares, una sesión de rayos por año”, cuestiona el sanitarista Rachid.

Ginzberg coincide con las críticas: menciona también el caso colombiano y el riesgo de la judicialización. Su hipótesis es que el objetivo de fondo es llevar a cabo una “privatización encubierta”.

“Lo de la ‘cobertura universal’ como novedad es una mentira. Hoy ya tenés cobertura universal. Llegás al hospital, te atienden y no te preguntan nada. Con el nuevo modelo, determinados estudios y prácticas no los vas a tener más. Y si repasamos los números de Colombia, allá se fueron a la mierda todas las variables epidemiológicas”, asegura.

La profesión más linda del mundo

A 34 kilómetros al oeste de la ciudad de Buenos Aires, Villa Zapiola -partido de Moreno- es uno de los tantos barrios del conurbano que se conformaron y poblaron a partir del loteo y subdivisión de viejas estancias. Emplazada en una esquina, entre árboles, casas bajas y frente a una escuela primaria, la Unidad Sanitaria “José María Cortes” es el nombre oficial de la salita médica. Es uno de los 40 centros de salud municipales que forman parte de la comuna.

Pastor, a quien los vecinos lo llaman “el doctor Facundo”, tiene una semana laboral bastante movida. Un día atiende pacientes, al día siguiente se dedica a reunirse con el equipo de profesionales, con los administrativos y a revisar el stock de insumos para detectar faltantes; los miércoles asiste a los encuentros de planificación con el director general de salud del municipio. Una vez por mes encabeza operativos de salud que recorren Zapiola pero también los barrios y asentamientos más pobres, sobre la ribera del río Reconquista.

La Unidad Sanitaria, como toda la salud pública bonaerense, depende de la coparticipación que el Estado provincial le gira al municipio. Los fondos recibidos pueden incrementarse o disminuir, según la cantidad de personas atendidas. En la sala de salud se realizan las residencias. Son graduados, o estudiantes a punto de recibirse, de Medicina, Trabajo Social, Psicología.

“Mi sala está bastante completa. Se forman profesionales de manera interdisciplinaria. Hay mucha demanda de atención en salud mental -situaciones de violencia de género, abuso- y la respuesta nuestra a veces escasea, por las posibilidades que tenemos”, comenta Pastor. Los médicos que atienden todos los días en la medicina primaria son testigos de los cambios en la vida cotidiana de sus pacientes. Pueden ser reducciones en el consumo, modificaciones en los hábitos de la familia. La razón, muchas veces, es la misma: la necesidad de ajustarse. “Hoy la gente te putea porque la medicación está muy cara. El tema es que antes vos le podías dar todos los medicamentos gratis, históricamente era así por el Plan Remediar. Ahora se sigue dando, pero hubo cambios drásticos en la entrega de los botiquines que recibimos por mes. Hay dos fármacos sobre todo, metformina y enalapril, que se recetan para la diabetes y la hipertensión arterial, que no nos alcanzan.

A veces porque varía la cantidad de botiquines que recibimos. Otras veces se mantiene la cantidad pero cambia el contenido, y hay menos medicamentos. Tenemos que ir reeducando a la gente: ahora tienen que acostumbrarse que lo tienen que comprar ellos”, revela Pastor sin disimular -ni tampoco subrayar- su molestia. El recorte gradual en el envío de medicamentos es una realidad con la que convive habitualmente.

Carrillo tiene reservado un capítulo muy importante en el historial criollo de los “médicos del pueblo”, un legado del que también forman parte Cecilia Grierson, primera médica mujer argentina, el cardiocirujano René Favaloro y el médico rural Esteban Laureano Maradona.

“Doctores Córdoba, Ginzberg, Pastor y Rachid...”

Así los llamarían por el intercomunicador de un hospital si tuvieran que presentarse en una guardia, en un quirófano o en un consultorio de atención ambulatoria.

Cuatro profesionales de la salud que respetan y reactualizan la tradición de los “médicos del pueblo”, aquella de Carrillo, el viejo Maradona y Favaloro, desde el trabajo cotidiano, anónimo. Pero también desde el debate y la polémica.

“La concepción sanitarista que encarnó Carrillo, que hace eje en la atención primaria y en la prevención, hoy sólo está presente en la medicina familiar.

En las demás especialidades penetró muy fuertemente la industria farmacéutica, y por eso se dedican más a la prescripción de medicamentos que a ver con tiempo a los pacientes. Los laboratorios influyen sobre los médicos, para que alienten el gasto en medicamentos, con estímulos dinerarios o invitando viajes a congresos”, reconoce con crudeza Rachid.

Es su diagnóstico sobre la profesión más linda del mundo. Pero no la más vieja. ■

SALUD Y LITERATURA

La literatura se suele cruzar con el tema de la salud. Evaristo Carriego, Roberto Arlt, Juan Carlos Onetti y Juan José Saer, son algunos de los autores que poblaron sus ficciones de personajes abatidos por la tuberculosis o la locura.

Silvina Frieria

Periodista, trabaja en la sección Cultura y Espectáculos del diario *Página/12* desde el año 2000. También ha publicado en distintos medios gráficos como las revistas “*N*”, “*Puentes*”, *Celcit*, del Teatro San Martín y “*La Balandra*”.

La literatura del Río de La Plata del siglo XX, bajo una suerte de influjo residual del romanticismo, no escapa a una enfermedad paradigmática: la tuberculosis. “Hoy ha tosido mucho. Van dos noches/ que no puede dormir, noches fatales,/ en esa oscura pieza donde pasa sus más amargos días, sin quejarse./ El taller la enfermó, y así, vencida/ en plena juventud, quizá no sabe/ de una hermosa esperanza que acaricie/ sus largos sufrimientos de incurable”. Así empieza el poema “Residuo de fábrica”, de Evaristo Carriego; versos que demuestran que la enfermedad ya no es considerada hereditaria, como sucedió en buena parte del siglo XIX, sino una afección propia de la clase trabajadora. La atribución de “clase” de la tuberculosis excluye del campo de la salud a las obreras y costureras, víctimas terminales en el altar de un capitalismo que aceita el engranaje del saqueo y la explotación, para terminar sacrificando a los pobres con una dolencia que por entonces era incurable.

Los tentáculos de la muerte no sueltan al tuberculoso, que deviene condenado y marginado social por la aprensión que acicatea la idea de contagio. La tuberculosis, como lo ha afirmado la escritora norteamericana Susan Sontag, es un exilio del reino de los sanos. Luisa, la esposa y madre de dos hijos pequeños, en la obra de teatro *Los derechos de la salud* (1907) de Florencio Sánchez, sabe que la tuberculosis la llevará inexorablemente a la tumba. Aunque todos le ocultan la enfermedad, ella intuye o sabe lo que tiene, aunque a veces experimenta la esperanza de curarse, alentada por el médico y su familia. En medio de los avatares de su padecimiento, Luisa rechaza la conmiseración de su marido, Roberto, y de su hermana Renata, que poco a poco se van enamorando.

En “Ester Primavera”, cuento de Roberto Arlt incluido en *El jorobado* (1933), el personaje principal –a quien sólo conocemos por el nombre de “Siete”– relata su experiencia en un sanatorio para tuberculosos llamado “Santa Mónica”, un lugar que remite a las sierras de Córdoba.

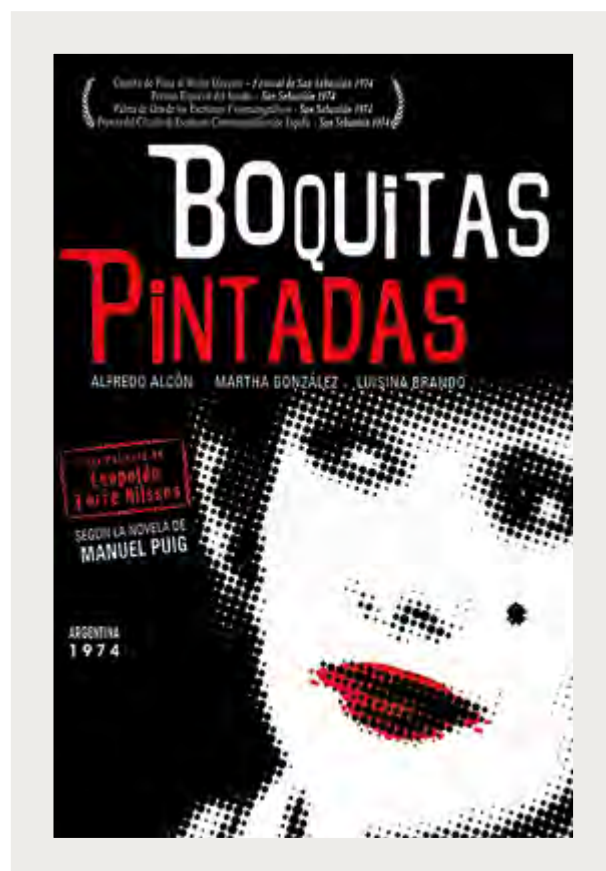


Narrado en primera persona, “Siete” ha dejado a Ester, una mujer con la cual tuvo una relación sentimental. En el imaginario social y discursivo, el tuberculoso es un individuo inmoral, canalla y mezquino. “He pensado muchas veces que en esa época se estaba iniciando en mí la enfermedad, y esa malignidad que revelaba en todos mis actos debía de ser la consecuencia de un desequilibrio nervioso, ocasionado por las toxinas que segregaban los bacilos –cuenta “Siete”-. Lo malvado, estacionado en todo hombre, al envenenarse la sangre se enriquece de impulsos oscuros, en un como odio retenido y del cual es consciente el enfermo, lo que no le impide dejarlo ramificar en su relación con los otros. El acto va acompañado de un placer agrio, una especie de desesperación mórbida”.

“Los tentáculos de la muerte no sueltan al tuberculoso, que deviene condenado y marginado social por la aprensión que acicatea la idea de contagio”.

La certeza más arraigada en el pensamiento de los enfermos, Arlt la expresa en una frase que va al hueso del asunto: “Y la vida y la muerte hay momentos en que nos parece que valen menos que la colilla del cigarrillo que fumamos tristemente”. Los pacientes hacen apuestas sobre los que están moribundos en la sala. Se juegan paquetes de cigarrillos para ver quién acierta la hora en que morirá uno que agoniza. El narrador de la novela *Los adioses* (1954), del uruguayo Juan Carlos Onetti, presenta una “anomalía” o un privilegio, según la perspectiva que se quiera adoptar. El almacenero ha sobrevivido a una enfermedad mortal (tuberculosis) y puede predecir la curación o el deceso de cada enfermo con el que se cruza. Pero esa condición especial también lo envilece al recrear sus historias bajo el imperativo de una imaginación retorcida. Lejos de la idea de estetizar la muerte, Onetti y Arlt se libran de la tentación de la seducción de la enfermedad y prefieren retratar las cuestiones más humillantes de la tuberculosis.

Boquitas pintadas (1969), la novela de Manuel Puig, cristaliza el cambio de paradigma y representación: la tuberculosis se convierte en una enfermedad “burguesa”,



Boquitas pintadas. Afiche del largometraje de Torres Nilson sobre la novela de Manuel Puig.

que se cobra víctimas entre las clases medias de pueblos y grandes ciudades. La creencia es que la enfermedad ataca a aquellos que experimentan una vida disipada, visión que le calza como anillo al dedo del protagonista, Juan Carlos, un joven de clase media de un pueblo llamado Vallejos, que se relaciona con varias mujeres y tiene fama de trasnochador serial en fiestas y juegos. La medicina simboliza el poder punitivo que castiga y amenaza, que busca “corregir” el desvío. La recomendación del médico que atiende a Juan Carlos Etchepare es el ejemplo más significativo: “che pibe, vos estás delicado, no te pasés de hembras porque vas a sonar, tratá de reducir la cuota, ya no te lo digo más, la próxima voy y como médico de la familia se lo digo a tu vieja”. Desde una lectura de género, el sistema médico es patriarcal y machista porque la mujer aparece como un problema para el tuberculoso, es presentada como la principal culpable, la correa de transmisión de la enfermedad.

El maltrato de la institución médica se materializa en el cuerpo y la mente de los enfermos. “Curar no se cura nadie (...) cuando se desocupa una cama es porque alguno se murió”, le explica Juan Carlos a su novia Nené en una carta. “Tenés que ver las cosas que se ven en este sanatorio (...) Hay hasta gente que se está muriendo (...) y acá me las tengo que aguantar yo, por ahí me voy a enfermar de veras de mala sangre que me hago.

Si dejo que me controlen en todo voy listo, porque no te dan sogá para nada, porque entre tantos médicos se hacen un lío en el mate y no se acuerdan si sos enfermo grave o qué, y al final tratan a todos igual para no errarla, te tratan como si mañana mismo fueras a estirar la pata”.

La política se inscribe en los cuerpos, en el individual como en el social; cuerpos que están imbuidos de relaciones de poder y de dominación. En *El niño proletario* (1973) Osvaldo Lamborghini indaga acerca de la manera en que el lenguaje médico se impone como un sistema de diferenciación del otro. “Desde que empieza a dar sus primeros pasos en la vida, el niño proletario sufre las consecuencias de pertenecer a la clase explotada. Nace en una pieza que se cae a pedazos, generalmente con una inmensa herencia alcohólica en la sangre. Mientras la autora de sus días lo echa al mundo, asistida por una curandera vieja y reviciosa, el padre, el autor, entre vómitos que apagan los gemidos lícitos de la parturienta, se emborracha con un vino más denso que la mugre de su miseria”. El cuerpo del niño proletario representa una mancha en el mapa del gran cuerpo social.

¿Qué es lo “normal-anormal”? ¿La razón y la “locura” son dos categorías en espejo? En *Las nubes* (1997), Juan José Saer narra el peregrinaje del doctor Real, discípulo del psiquiatra Weiss, quien en 1802 funda la primera clínica psiquiátrica en todo el territorio americano: la Casa de Salud. El doctor Real es el responsable de llevar a cinco locos a la Casa de Weiss, desde Santa Fe hasta Buenos Aires, en 1804, antes de las Invasiones Inglesas y de la Revolución de Mayo. Una caravana de 36 personas -integrada, además, por baqueanos, soldados y prostitutas- atraviesa la pampa y trata de salir indemne de diversas complicaciones que surgen en el camino. “Mi conciencia, rebelde, persistía, susurrándome: si este lugar extraño no le hace perder a un hombre la razón, o no es un hombre, o ya está loco, porque es la razón lo que engendra la locura”, reflexiona Real. La réplica de Weiss no se hace rogar: “Entre los locos, los caballos y usted, es difícil saber cuáles son los verdaderos locos. Falta el punto de vista adecuado. En lo relativo al mundo en el que se está, si es extraño o familiar, el mismo problema de punto de vista se presenta. Por otra parte, es cierto que locura y razón son indisolubles”.

La Casa de Salud introduce un espacio que hasta ese momento no disponía ni de nombre ni de lugar. “Las familias ricas no sabían qué hacer con sus locos (...) por proteger su propia reputación, no se resignaban a dejarlos errar por las calles como lo hacen los pobres con los suyos”. Para la ciencia, el “loco” encarna un enigma, pero para sus familias es un problema porque no saben qué hacer con él.

No hay vestigios románticos en la indagación de la locura, como si sucedió con la tuberculosis: las enfermedades mentales son espantosas; hay que escapar de la locura porque molesta y perturba. Desde el comienzo de *Las nubes*, el lector sabe la suerte que corrió esa clínica psiquiátrica con la Guerra de la Independencia. El doctor Real afirma: “los revolucionarios nos acusaban de realistas y los realistas de revolucionarios”.

A esa posición incómoda se añade otra materia crucial: son acusados de “espías” por haber obtenido autorización de la corona para instalar esta institución psiquiátrica. Los doctores deciden huir antes de que los maten, la casa queda abandonada y los enfermos se dispersan.

En *Las nubes* (1997), Juan José Saer narra el peregrinaje del doctor Real, discípulo del psiquiatra Weiss, quien en 1802 funda la primera clínica psiquiátrica en todo el territorio americano.

El problema de la mirada -lo que no se quiere ver porque resulta aterrador- lo formuló el poeta Jacobo Fijman, que murió internado en el Hospital Borda, en un diálogo que mantuvo con Vicente Zito Lema en 1968, dos años antes de su muerte: “Soy un poeta que ya no busca las palabras, sino el verbo; pero para los médicos y los jueces, para su cruel simpleza, sigo siendo un enfermo mental. Sin embargo, para mí, la sociedad en su conjunto está trastornada. Gran parte de la gente padece de problemas mentales, en especial los psiquiatras, los gobernantes, los hombres del poder.

¿Es que alguien sabe lo que es el alma, lo que es el intelecto? ¿Es que alguien ama a su prójimo como a sí mismo? Los que ven a un preso, ¿miran al preso? Los que vienen al hospicio, ¿miran al loco?”.

Los cuerpos enfermos son excluidos de la mirada, como si el sufrimiento fuera la peor peste. “El dolor busca siempre la causa de las cosas -dijo el escritor austriaco Stefan Zweig-, mientras que el bienestar se inclina a estar quieto y no volver la mirada atrás”. ■

AMBULANCIAS

SIRENAS VELOCES

EN EL MAR DE LA

DESESPERACIÓN

Javier Vogel cuenta el origen de las ambulancias en el mundo y se interna en las dramáticas vicisitudes que atraviesan los sectores más desprotegidos de nuestra sociedad a la hora de necesitar asistencia médica.

Javier Vogel

Es periodista egresado de TEA. Cursó la Maestría en Periodismo Político de la UNLP. Colabora en el diario *la Voz del Interior*, de Córdoba. Entre 2009 y 2016 compartió la conducción del ciclo *Viaje al Centro de la Noche*, en Radio América, AM 1190.

Lo urgente y lo importante

La ambulancia avanzaba de oeste a este por la calle México con la sirena al máximo y las luces encendidas. Un WV Gol gris y un taxi frenados en el semáforo se reacomodaron sobre la senda peatonal para que el móvil del SAME pudiera continuar su camino. La Traffic aminoró ligeramente la marcha y pudo verse cómo el chofer estiraba levemente el cuello hacia adelante y hacia la derecha, para comprobar que nadie avanzara desde el sur por Sarandí en dirección al Congreso.

La fortuna quiso que ningún auto transitara por esa calle y que la ambulancia siguiera a la carrera rumbo a la emergencia. Sólo restaba esperar que, quien esperaba ser atendido, no sufriera insuficiencias respiratorias y que el humo y el olor del cigarrillo que venía pitando el flaquito de pelo corto al volante no se transformara en un nuevo problema.

Todo es historia

La computadora, la leche condensada, el láser, el jabón en polvo y también las ambulancias son algunos de los inventos surgidos en tiempos de guerra y más tarde incorporados a la vida civil.

En el Siglo X, los anglosajones montaron hamacas sobre carros para trasladar heridos. Los Caballeros de la Orden de Malta también lo hicieron durante las Cruzadas del siglo XI. Para 1487, las tropas de Isabel I de Castilla usaban camillas. De todas maneras, no confundían urgente con importante y como lo principal era ganar la batalla, los heridos debían esperar a que se lanzara la última estocada antes de ser asistidos.

Tal como pasó con la invención del cine, franceses y estadounidenses se disputan la paternidad de la ambulancia.



En Francia reivindican con justicia a los Hermanos Lumière como creadores de la cámara capaz de registrar movimiento. Los norteamericanos insisten con el carácter fundacional del kinetoscopio de Thomas Edison. Algo similar ocurre con Dominique-Jean Larrey, médico de Napoleón Bonaparte, y el cirujano militar *yankee* Jonathan Letterman. Larrey implementó la atención médica en el mismo campo de batalla, incluyendo evacuaciones asistidas con el sistema de hamacas y caballos. Aunque su labor llegó casi cien años después, Letterman ostenta el título de «Padre de la Medicina del Campo de Batalla», gracias a que durante la Guerra Civil norteamericana puso en marcha hospitales militares y traslados en ambulancias, a bordo de las cuales les frenaban las hemorragias a los heridos e iniciaban las curaciones.

A principios del Siglo XX, llegaron las primeras ambulancias motorizadas. Hasta entonces se usaban carros tirados por caballos que contaban con equipamiento básico: algo de instrumental, tablillas, bombas estomacales, morfina y brandy.

Emergencia local

Antes de llamarse SAME, el Sistema de Atención Médica de Emergencia de la Ciudad de Buenos Aires era conocido como el CIPEC, sigla correspondiente a Centro Informativo Permanente para Emergencias y Catástrofes. Hoy el SAME es una marca que se extiende hacia algunos municipios del conurbano, una apuesta marketinera que promete a los habitantes de la provincia de Buenos Aires iguales beneficios que los que tienen los porteños.

La fama del SAME cruzó la Av. General Paz gracias a que prestó servicios en tragedias resonantes como las voladuras de la Embajada de Israel en 1992 y de la AMIA en 1994, el accidente del avión de Lapa en 1999, el incendio de Cromañón en 2004 o la Tragedia de Once en 2012, todas ocurridas dentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Choferes, camilleros y médicos coinciden en que se trató de situaciones que los marcaron para siempre.

Alberto Crescenti es uno de los médicos con más horas ante las cámaras de televisión. Dirige el SAME y es el único habilitado para hablar con los medios de comunicación, donde suelen recibirlo con amabilidad para que pueda exaltar la labor del organismo. Sin embargo, no todas son rosas en el sistema de emergencias porteño.

La Ley 1883/2005 establece, entre otras cosas, la obligatoriedad de capacitar en forma permanente al personal que se desempeña en el servicio. Puertas adentro, hay trabajadores que sostienen que el SAME no cuenta con protocolos de gestión de materiales y tecnología, tampoco hay premisas escritas para la organización operativa

ni para la capacitación del personal. La información no se sistematiza, con lo cual la experiencia no termina de convertirse en un insumo para mejorar.

Un informe de la Auditoría General de CABA, fechado en 2015, detalla que el 38 por ciento de las asistencias tardaba más de los 15 minutos estipulados y que en los registros no había constancia de las razones de las demoras. “No es lo mismo tener historia que tener experiencia”, argumenta uno de los choferes más críticos y mejor formados para la emergencia.

¿Escenario seguro?

El martes 5 de abril de 2011 Humberto Ruiz murió en la Villa 31 de Retiro, después de esperar sin suerte que llegara la ambulancia. El móvil del SAME se negó a ingresar a la villa porque no había patrulleros para custodiarlo. Ruiz estaba convulsionando desde hacía rato y murió sin atención porque no estaban dadas “las condiciones de seguridad”. Más tarde se conoció la desgrabación de la comunicación entre la base y el chofer de la ambulancia que esperaba en vano la llegada del patrullero: “(...) no me voy a quedar más porque en cualquier momento van a venir todos los negros y van a armar un bardo terrible. No voy a entrar adentro de la villa si no sacan al paciente. Ellos dicen que no hay forma de sacarlo, le dije: ‘sacalo con un carro que es mucho más fácil que una camilla’, no lo quieren hacer, hay que llevar la ambulancia a la puerta de la casa y yo no voy a entrar a la villa bajo ningún punto de vista”.

El juez de la Ciudad, Roberto Gallardo, estableció que “el caso del Señor Humberto Ruiz es un exponente claro de la desidia, la desorganización, el prejuicio, la xenofobia y el racismo, la incoherencia y el desprecio”.

No se trató de una situación aislada: el Estado no siempre está a la altura de sus obligaciones. En la Villa 1.11.14 también se registraron otros casos y algunos de ellos marcaron un quiebre en la relación entre el Gobierno porteño y los vecinos organizados.

“Unos meses antes del último Mundial de Fútbol nos instalamos en el Obelisco con la Carpa Villera y estuvimos 53 días en huelga de hambre. Teníamos cerca algunas muertes absolutamente evitables, fruto de la inoperancia y de la marginación que hace que el SAME no entre a las villas si no es con la policía”. La que habla es Marina Joski, dirigente del MP La Dignidad y coordinadora de la Central de Emergencias Villeras, nacida en 2014 al calor de una lucha que dejó huella y logros palpables.

Cuando retiraron la carpa, la administración de la Ciudad se comprometió a resolver la falta de agua y a regularizar la provisión de energía eléctrica, dos promesas que no se cumplieron.

También prometieron entregar una ambulancia que rápidamente la organización puso en marcha en el Bajo Flores. Lo que siguió fue la compra de otros dos vehículos. “Teníamos compañeros en cooperativas que -explica Joski- hacían mantenimiento y que eran enfermeros y choferes profesionales. Armamos una central de emergencias con una raíz territorial, equipamos las ambulancias y armamos un esquema de referentes en cada manzana”.

Sabor de barrio

A media mañana, la esquina de Cobo y Curapaligüe tiene un movimiento incesante. La gente entra y sale de la 1.11.14 o simplemente transita por el borde norte de la Villa del Bajo Flores. Sobre la vereda está apostada una de las cinco ambulancias; las otras cuatro operan en la 31 de Retiro, la 21.24 de Barracas, en Mataderos, y en Lugano. En los laterales están ploteadas las caras de un médico y un cura: Ernesto Che Guevara y el Padre Carlos Mugica.

A cargo de la ambulancia están Alfredo Solano, el chofer, y Valeria Chaparro, la enfermera, quien además de cubrir uno de los turnos sobre el móvil, coordina tareas de prevención y el armado de postas y campañas. Ella estudió en el Hospital Israelita, donde también cursan el tercer y último año de la carrera de Enfermería Profesional, Aldana Ferrufino y Jazmín Canaza; las dos tienen 22 años y durante cinco semanas estarán en el barrio, en el marco de la materia Prácticas Comunitarias.

En los días previos recorrieron las postas y le tomaron la presión a cada persona que se acercó a las mesas. La prueba de fuego llegó con un llamado a la Central, para trasladar a un muchacho de 25 años que llevaba más de 24 horas en la calle, con un balazo en el muslo izquierdo, sobre la vereda en la que vive y duerme cada día. “Se notaba que estaba intoxicado, confundido y con mucho dolor porque la bala le había atravesado la pierna de lado a lado”, dice Jazmín. Ellas acompañaron a Valeria durante el traslado, en calidad de observadoras, porque a las personas solamente las tocan quienes tienen la matrícula habilitante.

Los cinco móviles de la Central hacen 800 traslados por mes, incluidos los programados para gente sin cobertura médica, los marginados por sus obras sociales que no quieren entrar a los barrios o los abandonados por el Estado. “No hay ninguna herramienta de traslado para personas con discapacidad o en situación de tratamientos prolongados o terminales, en las villas. Muchos vecinos se tienen que tomar un remis para hacerse diálisis. ¿Quién baja tres pisos por una escalera de caracol a una vecina con obesidad que tiene que ir a hacerse quimioterapia? ¡Nosotros!”, se pregunta y responde Marina.

Valeria Chaparro certifica cada palabra desde la propia experiencia. “A nosotros nos llaman hasta desde el propio Centro de Día, que es del Gobierno de la Ciudad, porque muchas veces el SAME, si se trata de atender a una persona en situación de calle, puede demorar hasta cuatro horas en llegar. Es fácil, nosotros existimos porque ellos no entran al barrio cuando la gente los necesita”. Le preguntamos sobre cuáles son los servicios que predominan en la 1.11.14: “Trasladamos muchos heridos de bala.

A principios del Siglo XX, llegaron las primeras ambulancias motorizadas. Hasta entonces se usaban carros tirados por caballos que contaban con equipamiento básico: algo de instrumental, tablillas, bombas estomacales, morfina y brandy.

El año pasado fue más bravo, teníamos tres heridos por día. No llegabas a lavar la ambulancia y ya había que salir de nuevo. Hacemos muchos traslados para tratamientos oncológicos o de personas discapacitadas a las que sus obras sociales o los hacen esperar mucho o se niegan a entrar al barrio”, responde Valeria que tiene más de seis años de oficio pero se conmueve al recordar su bautismo en la ambulancia. El primer caso deja marcas: a ella le tocó buscar a una mujer de 32 años con cáncer de colon y allí fue sin saber con claridad qué le esperaba. “Estuvimos perdidos buscando la casa. Yo todavía no sabía que había tantos pasillos en la 1.11.14. Cuando entramos, la encontramos desnutrida y deshidratada. Estaba acurrucada en posición fetal en la parte de abajo de una cucheta. Una bombita de luz colgaba de la cama de arriba y a un costado estaban los dos hijitos, escondidos. La pieza no era más grande que la ambulancia”.

Lo único que la mujer le pedía era que no la llevaran al Hospital Piñero, ubicado a metros del cementerio de Flores. La llevaron al Durand. Valeria se fue afuera cuando la vecina se despidió de los hijos para siempre. ■

ENFERMERA EN CONSTRUCCIÓN

VOCACIÓN A PRUEBA DE REALIDAD

La enfermería como profesión a veces exige afrontar complejas eventualidades, pero la vocación y el compromiso con los pacientes se imponen sobre los contratiempos.

Ayrton Zazo Girod

Nació en Arrecifes.
Estudió Derecho en la Universidad de San Andrés, gracias a una beca para abanderados de escuelas públicas.
Es miembro de la Asociación para las Naciones Unidas de Argentina, donde dirige la revista *Ágora Internacional*.

Dana Fittipaldi tiene veintidós años, nació en José C. Paz, Provincia de Buenos Aires, y pese a que nunca le gustó ponerse una vacuna o ir a atenderse al hospital, hoy ejerce la enfermería con un título universitario intermedio bajo el brazo y una licenciatura en enfermería que la espera a la vuelta de la esquina. Inquieta desde chica, el arte le llamaba la atención como una forma de llevar a la práctica sus impulsos creativos. Porque si algo define a Dana, es un espíritu práctico e independiente: “de cocinar a arreglar computadoras y celulares, nada mejor que hacerlo una misma y no depender de nadie”, dice.

Esa creatividad e independencia, sumadas a la necesidad de curar-le unas escaras a su abuela la motivaron a estudiar enfermería, donde descubrió que ser enfermera es mucho más que la ciencia del cuidado y atención de enfermos y heridos: es un constante ejercicio de improvisación y tolerancia, en general, poco valorado.

I

Las escaras son lesiones de tamaños varios que se generan, en la mayoría de los casos, por presiones externas y continuas sobre alguna zona del cuerpo. En general, su tratamiento es simple y es uno de los primeros conocimientos que adquiere cualquier estudiante de enfermería. Para Dana, las escaras significaron un primer acercamiento a su vocación: su abuela necesitaba tratamiento para dicha afección y PAMI no mandaba las enfermeras para curarla: “A mí me gusta rebuscármelas: si lo puedo hacer yo, lo hago sin necesidad de buscar a otras personas. La curación de escaras es algo básico, lo primero que te enseñan.” Dana comenzó sus estudios con alrededor de cuarenta personas más, de las cuales solo tres eran hombres, datos que se condicen con las estadísticas oficiales¹.

1- Pueden consultarse las pirámides demográficas de trabajadores/as de enfermería en http://www.msar.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/RHuS_ARG_2015.pdf (datos actualizados al año 2013). Existe un claro predominio de las mujeres a nivel auxiliar, tecnicatura y licenciatura, pero puede notarse una tendencia a la incorporación de hombres en los niveles de calificación más altos (como técnicos o licenciados en enfermería).



Según una profesora, esos tres varones “iban a conseguir trabajo más rápido, porque son más útiles”. El prejuicio sobre la superioridad laboral de los hombres no fue el único que Dana tuvo que enfrentar en la universidad: “El nivel académico es bueno, pero hay mucha gente con mentalidad conservadora”. Más de una vez, Dana fue

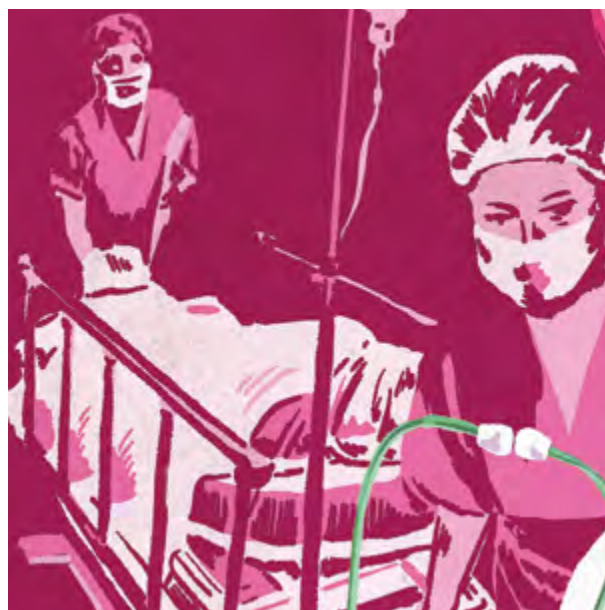
víctima de comentarios relacionados con su aspecto físico: “Algunos profesores me molestaban por cómo me vestía, por vestirme como “machito”, que no iba arreglada, o maquillada. Usaba y sigo usando el pelo corto”. En general, esos prejuicios se disipaban tras los primeros parciales de cada materia, gracias a su excelente nivel académico.

Sin embargo, eso no fue suficiente para una profesora que llegó a cuestionar su madurez emocional: “Me decía que me vestía como un niño y que ya se me iba a pasar, cuando haya crecido”.

Dana descubrió que ser enfermera es mucho más que la ciencia del cuidado y atención de enfermos y heridos: es un constante ejercicio de improvisación y tolerancia, en general, poco valorado.

En la práctica, la realidad de la profesión no es muy diferente. La enfermería como campo profesional no esquivó la desvalorización propia de los trabajos de cuidado que históricamente le fueron asignados a la mujer. El reconocimiento en las ciencias de la curación suele ser patrimonio del médico, mas no de la enfermera que acompaña al paciente en condiciones poco salubres y con materiales e insumos escasos o en malas condiciones, producto de un presupuesto nacional siempre deficitario frente a las necesidades del sistema público de salud². Esta situación requiere de grandes dosis de improvisación y creatividad, como relata Dana, se trata “de atar todo con alambre”. En una práctica profesional, se encontró con una camilla con el freno roto: “Tuve que sacar una caja de Baggio de la basura, pisarla, doblarla y usarla como traba de la rueda para que la señora no se me vaya en la camilla. Una profesora me vio y me dijo “listo, ya estás apta para trabajar en hospitales públicos”. La vocación, el cuidado y la profesionalidad priman donde el Estado y las instituciones se quedan cortas.

La valoración de la profesión por parte de los pacientes también es un tema complejo. La enfermería requiere de procedimientos que muchas veces son molestos o dolorosos para el paciente y que suscitan quejas que, lógicamente, recaen sobre la enfermera que los esté realizando: “Acompañé a un paciente por varios hospitales que erraron el diagnóstico y me moví mucho para encontrar una solución a su problema.



Consultamos con una médica particular que recomendó una limpieza quirúrgica. Luego del procedimiento, le hice curaciones diarias al paciente en su domicilio. Las curaciones eran molestas, pero tras dos meses de compartir diariamente ese momento, es imposible no tomarle cariño a la persona y tratar de hacerlo lo menos traumático posible. La situación es diferente cuando estos procedimientos se realizan en hospitales por enfermeras sobrecargadas de trabajo, que no tienen el tiempo suficiente para poder trabajar con calma. Esto motivaba quejas en el paciente, quien me contaba que en el hospital una enfermera “lo cazó y le refregó la herida como si no sintiese nada”. Curada la úlcera, en la última consulta médica, se deshizo en agradecimientos hacia la médica: a mí no me dijo ni gracias”. La enfermería no sale todavía de las lógicas propias de “los trabajos de cuidado”, generalmente poco apreciados y considerados como una obligación propia del género femenino más que como un trabajo, y a los que se les exige un nivel de sensibilidad, delicadeza y entrega impensados para los trabajos tradicionalmente asociados al género masculino medicina incluida.

A la poca valoración del trabajo de enfermería se le suma una silenciosa realidad: el constante acoso que sufren las enfermeras. “Si te acosan, no podés decirle nada al paciente, nunca hay que reaccionar mal porque te suspenden a vos. Hay que tener un nivel de tolerancia muy alto. En una oportunidad, un paciente psiquiátrico estaba muy exaltado por abuso de drogas, sujeto de pies y manos a la camilla. Pidió hacer pis más de seis veces en menos de tres horas, pero cada vez que lo asistíamos con el papagayo, no hacía: solo buscaba que lo toquemos. Decidimos ignorar sus pedidos por un rato, pero después nos llegaron las quejas de cómo podíamos tener un paciente así. Intentamos explicar la situación, pero no nos escucharon”. Para evitar este tipo de situaciones, en las instituciones de salud se intenta que los profesionales trabajen con pacientes que coincidan con su género.

2- Sin ir más lejos, en 2017 el presupuesto destinado a la salud pública aumentó un 4,9%... frente a una inflación estimada del 17%. Datos extraídos del proyecto de presupuesto de la administración nacional, disponible en: http://www.mecon.gov.ar/onp/html/comunicados/proy_presupuesto2017.pdf

Pero la realidad en ese sentido también es compleja: al déficit de personal a nivel nacional hay que sumarle, además, que los hombres componen un porcentaje ínfimo del total de personal activo³. Asimismo, muchas veces terminan como camilleros, un rol considerado más “masculino”, por lo que termina siendo aún menor el número de enfermeros disponibles para este tipo de labores.

II

Pese a la expuesta falta de valoración y las problemáticas propias del ejercicio en una sociedad machista, en las últimas décadas se ha comenzado a transitar un proceso de profesionalización que comienza a rendir frutos. En el año 1991 la enfermería tuvo su propia Ley de Ejercicio (Ley 24.004), la cual limitó el ejercicio de la enfermería a personas con títulos habilitantes y cuyos resultados pueden apreciarse en la creciente cantidad de técnicos y licenciados por sobre la cantidad de auxiliares en los grupos etarios más jóvenes⁴.

La profesionalización de la enfermería también trajo aparejada una mayor autonomía y reconocimiento al saber y labor de la disciplina: “Antes el médico respondía por la enfermera, pero eso cambió: si el médico te manda a dar un remedio que puede hacerle mal al paciente, puedes negarte a dárselo”.

Los planes de estudios se renuevan, pero no en temáticas de diversidad. Dana comenzó a cursar la carrera después de sancionada la Ley de Identidad de Género, pero aun así en su plan de estudios no hubo ninguna materia que la formara sobre cuestiones básicas relacionadas a salud, género y diversidad sexual. “En algunas materias se escuchan muchos prejuicios en cuanto a temas relacionados a género y diversidad sexual y hay cosas de las que todavía no se animan a hablar”.

El respeto por la diversidad requiere de profesionales atentos a las características propias del paciente, pero, según Dana, “la carrera te enseña a tratar con patologías, no con personas”.

Tampoco se han integrado a los planes de carrera la capacitación en habilidades colaborativas, para fortalecer el trabajo en equipo en las instituciones públicas y su inserción en las comunidades en las cuales las prácticas de la enfermería adquieren sentido. Cuando Dana dice “no existe solidaridad entre enfermeras” es, en parte, porque no recibieron una educación basada que fomente la cooperación y el trabajo en equipo.

3- En Argentina hay 42,4 profesionales de la enfermería cada 10 mil personas, y en el total de matriculados, aproximadamente un 18% son hombres. Datos disponibles en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/RHuS_ARG_2015.pdf

4- Id.

En la práctica, suele suceder lo contrario y prima la desconfianza entre pares, al punto de que Dana aprendió a “nunca inyectar nada que no haya cargado yo, porque nunca sabes que puede haber puesto la persona que cargó la jeringa y la responsabilidad, al final, la tiene quien inyecta”.

III

Para Dana, la enfermería es una relación de amor-odio: “Hago mi profesión de corazón, pero odio las condiciones en las que tenemos que trabajar. Así, como están las cosas, se hace muy difícil”. Pero eso no la desalienta a seguir estudiando y a buscar trabajo en un hospital público, donde siente que va a poder adquirir más experiencia que en una institución privada.

Su vocación de servicio y su permanente búsqueda de soluciones prácticas siguen igual de encendidas que cuando comenzó a curarle las escaras a su abuela.

El reconocimiento en las ciencias de la curación suele ser patrimonio del médico, mas no de la enfermera que acompaña al paciente en condiciones poco salubres y con materiales e insumos escasos.

La enfermería presenta el gran desafío de convertir el “cuidado” en una profesión en un campo laboral en el que, por un lado, los hombres escasean, pero tienen más facilidad para ingresar a las instituciones de salud, y, por el otro, las mujeres predominan numéricamente en el ámbito laboral pero no así en lo académico o en puestos de mando (de veintiocho universidades nacionales investigadas, solo seis cuentan con una mujer encargada de la carrera de enfermería).

En un mundo donde los roles de género están diferenciados entre quienes tienen que “trabajar” y quienes tienen que “cuidar”, es tan prioritaria la valoración positiva y equitativa en ambos tipos de trabajo como el que sean ocupados de forma equitativa por ambos géneros. ■

EL HOSPITAL POSADAS

LA LUCHA DE SUS TRABAJADORES POR LA VERDAD, LA MEMORIA Y LA JUSTICIA

El Hospital Posadas es un símbolo de solidaridad y compromiso comunitario, pero también alberga entre sus paredes dolorosas historias que remiten al criminal accionar represivo de la última dictadura militar.

Emilio Crenzel

Investigador del CONICET y profesor de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Es autor de:

La historia política del Nunca Más: La memoria de las desapariciones en Argentina (Siglo XXI, 2008 y 2014)

traducido al inglés (Routledge, 2011), al francés (L'Harmattan, 2016) y al italiano (ed.it, 2016);

Memorias enfrentadas: el voto a Bussi en Tucumán (Universidad Nacional de Tucumán, 2001) y *El Tucumanazo* (Centro Editor de América Latina, 1991

y Universidad Nacional de Tucumán 1997 y 2014).

Autor de numerosos artículos sobre historia reciente y memoria, preside la Sección Historia Reciente y Memoria de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA).

El 10 de mayo de 2017 una multitud levantó miles de pañuelos blancos entre sus manos. El símbolo de las Madres, por un momento, cubrió el cielo. Ocurrió en la Plaza de Mayo, pero actos similares tuvieron por escenario las plazas de las principales ciudades argentinas.

Estas manifestaciones expresaron el fuerte rechazo al fallo de la Corte Suprema de Justicia que dispuso, días antes, aplicar en el caso Luis Muiña la Ley 24.390, conocida como “Ley del 2x1”. Vigente entre 1994 y 2001, fue sancionada para reducir la población carcelaria, compuesta en buena proporción por personas detenidas con prisión preventiva, pero sin sentencia firme. Dicha ley estableció computar dos días, a partir del segundo año de detención, por cada día sin sentencia firme. Tres de los cinco jueces de la Corte consideraron que a Muiña se le debía aplicar la “Ley del 2x1”.

¿A quién beneficiaba este fallo de la Corte?

Luis Muiña fue condenado por el Tribunal Oral Federal 2 de la Ciudad de Buenos Aires a 13 años de prisión por delitos de lesa humanidad, cometidos durante la última dictadura en el Hospital Posadas. El 28 de marzo de 1976, cuatro días después del golpe de Estado, el hospital fue ocupado mediante un operativo militar conducido por el general Reinaldo Bignone, quien era delegado de la Junta Militar en el Ministerio de Bienestar Social y luego sería presidente de facto entre junio de 1982 y el 10 de diciembre de 1983. Del operativo participaron cien soldados, integrantes de la Policía de la Provincia de Buenos Aires y de la Fuerza Aérea, apoyados por tanques, carros blindados, helicópteros y camiones.



Soldados armados se apostaron en la entrada del hospital portando listas con los nombres de los trabajadores que ingresaban formando fila.

Más de cincuenta de ellos fueron detenidos y llevados a diferentes Centros Clandestinos de Detención o a cárceles

legales donde estuvieron cautivos meses o años, sin causas penales. Con el operativo militar asumió como interventor del Hospital Posadas el coronel médico Di Benedetto quien declaró en comisión a todo el personal y despidió a más de 150 trabajadores.

En paralelo, en la prensa gráfica se calificaba al Posadas como un reducto subversivo donde se atendía a guerrilleros heridos, así como se informaba de la existencia de depósitos de armas y túneles secretos comunicados con los barrios aledaños.

El 14 de abril de 1976, Di Benedetto fue suplantado por el coronel médico (RE) Julio R. Estévez, quien contrató a un grupo de ex policías y policías en actividad, apodados por los empleados del Hospital los “SWAT”, en alusión a una serie televisiva norteamericana, popular en la época, que narraba las intervenciones de un grupo policial de elite. Muiña ingresó el 13 de julio de 1976 al Posadas como integrante de los “SWAT”, grupo que sembró el terror en el hospital e inauguró en sus fondos el Centro Clandestino de Detención “El Chalet”, lugar donde se reunían los grupos de atención psiquiátrica y que fuera residencia del director del hospital.

Como consecuencia de la represión, fueron víctimas de desaparición Gladys Evarista Cuervo, Jacob Chester, Jorge Mario Roitman, Jacqueline Romano y Marta Elena Graiff, médicos, enfermeras y técnicos; Chester, Roitman y otros nueve trabajadores continuaban desaparecidos.

El tribunal que condenó a Muiña utilizó para definir su pena la “Ley del 2x1” pero, tras apelaciones de la fiscalía y la defensa, el caso llegó a la Corte Suprema.

Al considerar que Muiña debía beneficiarse con la “Ley del 2x1”, la Corte pasó por alto que esa Ley no es aplicable a crímenes de lesa humanidad, que los delitos que cometió Muiña fueron anteriores y que, durante la vigencia de esa Ley, Muiña no estaba detenido ya que las leyes de Punto Final, Obediencia Debida y los Indultos impidieron que actuara la justicia penal ante casos de violaciones a los derechos humanos. La decisión de la Corte abría la posibilidad de beneficiar a otros criminales de lesa humanidad detenidos.

Un hospital de “puertas abiertas”

En 1998 se hallaron documentos obrantes en la Dirección de Inteligencia de la Policía de la Provincia de Buenos Aires sobre el Hospital Posadas. Esos informes desmentían la acusación que circulaba durante la dictadura sobre la existencia de armas y atención de guerrilleros en el Hospital.

¿Cuál fue, entonces, la razón de la brutal intervención militar y policial en el Posadas? Afectó, pero trascendió, a los trabajadores del hospital que militaban en organizaciones armadas. Buscó dismantelar un conjunto de relaciones sociales que habían hecho del Posadas una experiencia singular en el campo de la salud pública.

El Hospital Posadas, ubicado en el partido bonaerense de Morón, fue construido en la década de 1950, durante el segundo gobierno de Juan Perón, proyectado y diseñado por el Ministro de Salud Dr. Ramón Carillo, y funcionó en tareas de investigación médica para atender enfermos con afecciones pulmonares crónicas y tuberculosis. En 1973 ingresaron por concurso médicos jóvenes formados en el sistema de residencias, con dedicación exclusiva y un alto compromiso con la medicina pública.

El proceso de radicalización política que recorría el país tuvo su expresión en el Posadas. Durante el breve gobierno del presidente Héctor Cámpora, el 14 de junio de 1973, el hospital fue tomado por médicos, técnicos y empleados, quienes reclamaban un centro de salud de “puertas abiertas” a la comunidad y la designación del doctor Julio Rodríguez Otero como director del Hospital. Esa lucha triunfó, y bajo la dirección de Rodríguez Otero se amplió la actividad hospitalaria, creció el número de camas de internación y se habilitaron nuevos servicios: Cardiología, Terapia Intensiva, Ortopedia y Traumatología. En paralelo, a través de la Asociación de Profesionales del Hospital y el sindicato de la Asociación de Trabajadores del Estado, el personal desarrolló una intensa relación con los vecinos de la zona, habitantes de la villa de emergencia “Carlos Gardel”, de población migrante del interior del país, y del barrio de monoblocks “Villa Sarmiento”, renombrado por la comisión de vecinos “Mariano Pujadas”, en homenaje a un guerrillero fusilado en la llamada “Masacre de Trelew”.

En estos barrios los médicos del hospital instalaron consultorios pediátricos e implementaron campañas de vacunación masiva. Enclavado en un área que entonces tenía mucha actividad fabril, en el Posadas también se realizaron numerosas asambleas de trabajadores de establecimientos de la zona. Es decir, el personal movilizado del Posadas logró configurar un hospital público y gratuito que reconocía el carácter básico y universal del derecho a la salud con un fuerte compromiso social. Esta articulación comenzó a dismantelarse en noviembre de 1974 cuando el ministro de Bienestar Social José López Rega designó como interventor al doctor Arturo Pimentel, quien asumió apoyado por una custodia armada, y terminaría de fracturarse con el golpe de Estado y la intervención militar.

Dos memorias

Vuelvo a la escena de las multitudes reunidas en las plazas del país para repudiar el fallo de la Corte. Sin dudas, fueron la expresión de un sentido común en el cual los derechos humanos han cobrado una singular centralidad.

De hecho, la Argentina se ha convertido desde 1983 en protagonista a escala internacional en la defensa y promoción de los derechos humanos a partir del impacto global de las políticas públicas que desplegó para investigar y castigar las violaciones. El Juicio a las Juntas militares repuso a la justicia penal para procesar este tipo de crímenes; la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (CONADEP) fue la primera exitosa en investigarlos y, junto a su informe Nunca Más, se constituyeron en modelos para las comisiones creadas en decenas de países para investigar violaciones masivas a los derechos humanos. Diversas leyes repararon a los familiares de desaparecidos; se creó el Banco Nacional de Datos Genéticos para identificar a los menores apropiados por las fuerzas represivas y el Equipo Argentino de Antropología Forense, que busca identificar restos de desaparecidos y asesinados, es reconocido internacionalmente. Se inhabilitó a perpetuidad para ejercer cargos públicos a los autores de las violaciones, se impulsó la transmisión del pasado en el currículo escolar, mediante sitios de memoria y archivos.

La memoria y la historia reciente constituyen campos de estudios en expansión, y la dictadura y sus crímenes son abordados por la literatura, el cine, el documental, el teatro y la fotografía.

En todas estas iniciativas, el movimiento de derechos humanos fue y es un actor central. Propongo pensar a este movimiento más allá de sus organizaciones históricas, sus figuras emblemáticas y sus prácticas más reconocidas, incorporando una mirada comprensiva que integre los esfuerzos de las organizaciones que, en universidades, barrios, lugares de trabajo y colegios, han impulsado esta lucha. Algunos de sus miembros integran, a su vez, los organismos de derechos humanos, pero otros sólo la impulsaron desde estos espacios sociales específicos. El Hospital Posadas fue y es uno ellos.

En dictadura, familiares de los desaparecidos del hospital se reunieron para demandar al Estado información sobre sus parientes. Junto a profesionales y técnicos, constituyeron la "Comisión de Derechos Humanos del Hospital Posadas" que, ya en democracia, colaboró activamente con la CONADEP cuando en 1984 recogió testimonios de los sobrevivientes, inspeccionó "El Chalet" y probó su condición de Centro Clandestino de Detención (CONADEP, 1984: 148 y 149).

Desde ese año, organizaron homenajes a los desaparecidos, pero también a las víctimas de cesantías, exilios y torturas.

En 1985, sobrevivientes del cautiverio clandestino, como Gladys Cuervo, o familiares de desaparecidos, como Zulema Chester, testimoniaron en el Juicio a las Juntas militares.

Luego, trabajadores del Posadas se movilizaron en contra de las leyes de impunidad y los Indultos.

En 1996, al revitalizarse las luchas por los derechos humanos, constituyeron la "Comisión de Derechos Humanos por la Memoria, Verdad y Justicia del Hospital Posadas". La Comisión resistió en 2002 el intento de demolición de "El Chalet" y en 2005 impulsó, al calor de las políticas de derechos humanos del gobierno de Néstor Kirchner, su designación como "Sitio de Memoria". Declarado lugar histórico en 2015 por el Poder Ejecutivo Nacional, hoy funcionan en "El Chalet" la Escuela de Enfermería y la Comisión de Derechos Humanos, anudándose espacialmente dos memorias: la que remite a la tradición del Posadas como hospital que reconoce el derecho universal a la salud y la que condensa la lucha de una porción de sus trabajadores por la verdad y la justicia.

Enclavado en un área que entonces tenía mucha actividad fabril, en el Posadas también se realizaron numerosas asambleas de trabajadores de establecimientos de la zona.

Ante el fallo de la Corte, nuevamente los sobrevivientes y los familiares de desaparecidos del Hospital Posadas tuvieron un rol activo en la lucha por los derechos humanos. Sus voces se escucharon en los medios masivos de comunicación denunciando las torturas que sufrieron y los crímenes cometidos por Muñia y los militares. Seguramente, estuvieron en Plaza de Mayo y, como decenas de miles, levantaron los pañuelos con sus manos. Horas antes, debido a la presión social de la que formaron parte, el Congreso de la Nación sancionó una norma que estableció que la "Ley del 2x1" no es aplicable a delitos de lesa humanidad, genocidio y crímenes de guerra. ■

Batallón de Inteligencia 601 (1976) "Proceso en el Policlínico Posadas desde el año 1972 hasta la fecha" en Archivo DIPBA, legajo 6092, Mesa "D(S)", Carpeta Varios, Comisión Provincial por la Memoria de la provincia de Buenos Aires.

Comisión de Derechos Humanos del Hospital Posadas
<http://www.hospitalposadas.gov.ar/equipo/ddhh>

Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (CONADEP) 1984 Nunca Más. Informe de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires).

Crenzel, Emilio 2008 La historia política del Nunca Más: La memoria de las desapariciones en Argentina (Buenos Aires: Siglo XXI Editores).

DESTINO DE GIGANTE

El escritor Jorge Consiglio reflexiona sobre la tensión existente entre realidad y representación y cuenta los orígenes de su novela *Hospital Posadas*.

Jorge Consiglio

Nació en Buenos Aires en 1962 es licenciado en Letras por la Universidad de Buenos Aires, donde se desempeñó como profesor de Semiología. Ha escrito artículos, poemas y cuentos cortos para diversos suplementos culturales nacionales y extranjeros. Publicó cuatro novelas: *El bien* (2003, Premio Nuevos Narradores de Editorial Opera Prima de España), *Gramática de la sombra* (2007, Tercer Premio Municipal de Novela), *Pequeñas intenciones* (2011, Segundo Premio Nacional de Novela y Primer Premio Municipal de Novela) y *Hospital Posadas* (2015); los volúmenes de relatos: *Marrakech* (1999), *El otro lado* (2009, Segundo Premio Municipal de Cuento) y *Villa del Parque* (2016) traducido al inglés, y cuatro libros de poesía: *Indicio de lo otro* (1986), *Las frutas y los días* (1992), *La velocidad de la tierra* (2004) e *Intemperie* (2006).

En la historia de la literatura, hay dos posiciones con respecto a los temas sobre los que se articulan los relatos. Hay autores que afirman que cada texto está determinado por un tema diferente y que, incluso, la voz que usan para enunciarlo – esa alquimia compleja en la que participa la sintaxis y un uso personal del lenguaje – es distinta de la que usaron antes y de la que usarán más adelante en sus ficciones; hay otros, en cambio, que dicen que siempre escriben sobre lo mismo, aseguran que no varían el asunto de sus obras sino que, en cada una, encuentran una forma peculiar para reformular la misma idea fuerza que sostiene –y unifica– el conjunto. Estas cuestiones centrales son verdaderos nodos de sentido que impregnan los relatos y ayudan a consolidar el universo simbólico de la totalidad; es decir, no se trata de meras obsesiones, sino que, sin dejar de serlo, se convierten en posibles claves hermenéuticas para vislumbrar el alcance profundo del texto. Si tenemos en cuenta a los autores de este último grupo, se da el caso de que los enlaces de significación de los que venimos hablando se ligan a lugares concretos en el marco de la ficción; me refiero a geografías determinadas que sirven como escenario. Hay varios ejemplos de esto que digo. Recurro a dos. Uno es el condado ficticio de Yoknapatawpha, ubicado al oeste del Misisipi, que abarca 6.200 kilómetros cuadrados y conforma el corazón dramático de la obra de William Faulkner. En este espacio –más de la mitad cubierto por bosques– se desarrolla la trama de gran parte de sus novelas y relatos. El otro caso emblemático es el de Santa María, territorio ficcional de la producción del uruguayo Juan Carlos Onetti.



Si bien estos microcosmos no tienen un referente real concreto, se reconocen en ellos rasgos de los lugares que sirvieron como matriz para fundarlos. Pero lo que quiero destacar es que estos espacios no son solo un marco escénico, sino que resultan funcionales para potenciar y amplificar las ideas centrales de los textos. En otras palabras, tanto Yoknapatawpha como Santa María -extensiones vigorosas, nítidas y simbólicas- resultan ingredientes fundamentales en el esquema connotativo de las obras.

A lo largo de los años, el Hospital Posadas sembró en mi vida vestigios que no podían dejar de interpelarme.

En el prólogo a *El astillero*, la primera novela de Onetti, Hortensia Campanella anota una idea que viene a cuento: “La fabulación necesita un ámbito, pero ese espacio se construye desde la fábula misma: el juego es definitivo”. A partir de este concepto, de esta interacción concluyente entre la acción y el medio, es que se impone la figura del Hospital Posadas como núcleo ficcional. El Posadas, ese titán de cuatro cuerpos que se alza en el oeste, pide ser visto, lo exige. Tiene tanto de templo como de laberinto. Su complejidad, su forma de conjugar opuestos, su mística -toda una metafísica- lo vuelve un lente de aumento. El Posadas funciona como el *aleph* borgiano: “punto donde convergen todos los puntos”. La Historia Nacional se incrusta y, de cierta manera inusual, blindas sus paredes, pero sus ladrillos también amparan un tramado infinito de historias personales. El Posadas es de trazo grueso, de tono brutal, categórico. Supone desmesura o, mejor, la encarna.

Es extraña la manera en la que la vida sugiere rumbos o determina caminos. Por momentos, parece que existiera una lógica subrepticia que dispone señales que orientan la ruta del que está dispuesto a leerlas. Hay una tensión entre esas marcas y sus receptores, una especie de dialéctica: las señales deben ser visibles, pero sólo para los destinatarios cuya atención esté dispuesta. A lo largo de los años, el Hospital Posadas sembró en mi vida vestigios que no podían dejar de interpelarme. El primero tuvo que ver con el trabajo. Durante un par de décadas, fui empleado de un laboratorio oftalmológico y uno de los hospitales que me tocó visitar fue, justamente, el Posadas. De esta etapa tengo dos imágenes poderosas: una

se relaciona con el tráfico incesante de gente en los pasillos, un ir y venir tenaz, un movimiento continuo -como un flujo circulatorio- que involucra la indigencia y, en casi todos los casos, la desesperación; la otra tiene como eje a una mujer que espera, está parada frente a una puerta, fija -con un estatismo casi mineral- durante horas.

Alguien le debe una respuesta impostergable, es evidente hasta en la demora con la respira. Podría recurrir a otros recuerdos más sensoriales; sin embargo, me parece que tanto el frenético discurrir de personas como la inmovilidad de esa mujer, que parecía fuera del tiempo -calzaba zapatos negros llenos de barro y llevaba puesto un pullover tejido a mano-, dan cuenta mejor del ritmo de una institución que, de movida, se planta frente a un mundo implacable: las manos que se levantan pidiendo ayuda son infinitas.

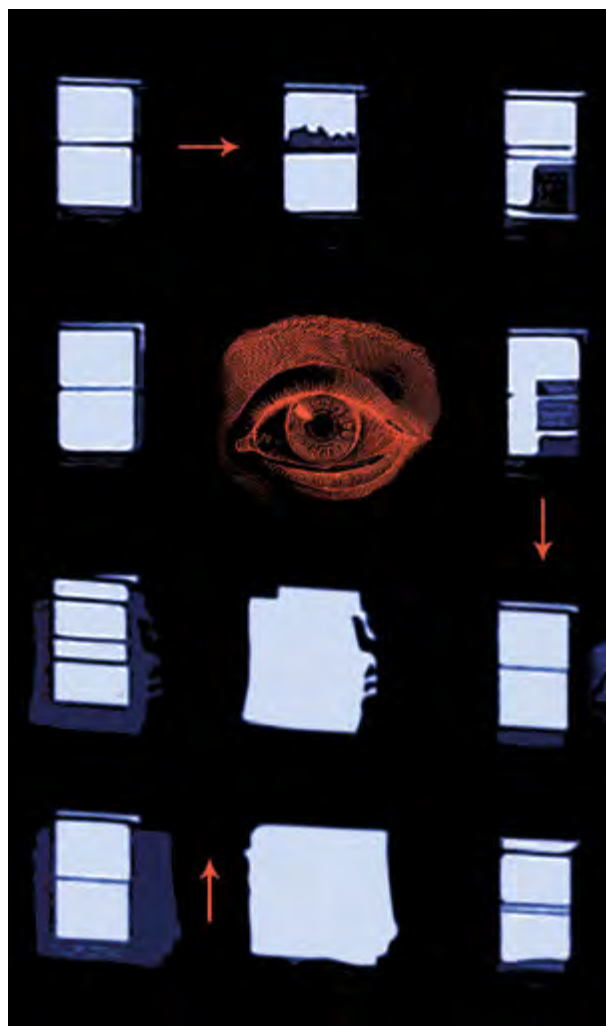
La segunda huella del Posadas me llegó a través de la amistad. En la secundaria, tuve un compañero de estudios que, con los años, se convirtió en mi hermano. Es una de las mejores personas que conozco: íntegro, genuino y -valga en este caso la redundancia- dueño de un sobrio laconismo. Mateos, de apellido. Le decimos El negro. Es un médico excepcional y trabaja como cirujano en el Posadas. Él me dio otro punto de vista del hospital. A través de sus relatos, entreví la complejidad administrativa, la perversión de un sistema de salud diseñado por especuladores y el amplísimo abanico -en el marco de una institución, que es como decir dentro de una habitación cerrada, con poco aire y sin ventanas- de gestos humanos que van desde la solidaridad absoluta hasta el cinismo irredimible. El negro Mateos es un narrador oral formidable.

Cuenta algo y dan ganas de anotarlo en un papel. Y en muchas ocasiones, eso hice. Escribí dos novelas con sus relatos. Una es *Gramática de la sombra*; la otra, *Hospital Posadas*. Recuerdo que una vez me describió el estado del quirófano después de una cirugía: los desechos, el caos de flujos sobre la camilla y en el piso, la temperatura -el calor, sería mejor decir- de la faena. Parecía la reseña de una batalla del siglo XIX. Se detenía en detalles, en apariencias menores, y a partir de ellos levantaba la escena como si fuera la bandera argentina que está frente a la Casa Rosada. Había algo épico en el cuadro, era mucho más -sustancioso, complejo, vital, nutritivo- que una enumeración de desperdicios.

Lo que narraba Mateos en esa secuencia tenía un alto contenido ideológico; se trataba, ni más ni menos, que de su punto de vista sobre la urdimbre nacional. Porque -es absolutamente inevitable- cuando uno roza el Posadas con el lenguaje, habla del hospital pero también del país que lo contiene. No hay forma posible de establecer una dicotomía.

El tercer indicio que hizo que el Posadas se convirtiera en escenario –en atmósfera, en protagonista– de lo que escribo, se relaciona con un episodio personal. A los 20 años, salí con una chica cuyo cuñado había sido represor del Proceso. El tipo era fiel al estereotipo que representaba: un bigote espeso le cruzaba la cara, usaba su tamaño y su peso físico para amedrentar, no hacía nada en todo el día, se movía en el terreno de la ambigüedad con una destreza asombrosa. Nunca se tenía nada claro sobre él. ¿Era policía o militar? ¿Estaba activo o lo habían pasado a retiro? Era escurridizo como una anguila. Además, adiestrado por el despotismo y la autocracia, se movía con la libertad de los impunes.

Se jactaba de sus crímenes y excesos, solía evocarlos en los asados, al calor de las brasas. Pero, justamente, esa seguridad de saberse más allá de la ley hizo que cometiera un ilícito –una estafa grosera– y cayera preso. Nuestro vínculo con la chica no prosperó y yo dejé de tener noticias de aquel asunto. Pasaron las décadas, casi tres. El asunto termina en el Posadas. Por esas vueltas de la vida, me entero de que, empobrecido y enfermo, el cuñado de mi ex novia, el represor que se enorgullecía de haber pateado puertas con Guglielminetti, se fue a atender al hospital. Por las referencias que me dieron, cambió mucho su aspecto físico; sin embargo, hay un rasgo que conserva inalterado: su autoritarismo. Definitivamente, este último episodio terminó de cerrar el círculo y propició la escritura. Entonces tuve un poco más en claro la cronología histórica de la institución. Leí sobre el operativo bestial que comandó el dictador Reynaldo Bignone –que en ese momento era delegado de la Junta Militar en el área de Bienestar Social– el 28 de marzo de 1976 y que tuvo como objetivo desarmar la organización sindical y quebrar todo intento de participación social en el hospital. También supe que en el Chalet –que había sido la vivienda del director–, ubicado dentro del predio del hospital, funcionó un centro clandestino de detención y tortura al que fueron llevados ilegalmente trabajadores del Posadas y vecinos para someterlos a los peores vejámenes, y que muchos de ellos permanecen desaparecidos. Me enteré, además, de la acción de un grupo (autodenominado SWAT por una serie televisiva de la época) integrado por ex policías y militares exonerados de la fuerza que –armados hasta los dientes– merodeaban los pasillos del Posadas, torturaban en el Chalet y practicaban tiro al blanco en los jardines del hospital. En el 83, con la llegada de la democracia, las cosas tomaron otro color. Solo para dar un ejemplo: el Chalet –la CONADEP confirmó con pruebas que allí funcionó un centro clandestino– fue sede de una escuela primaria y, más tarde, de una escuela de enfermería. Y el 19 de agosto de 2015, el Poder Ejecutivo lo declaró lugar histórico nacional.



**Mateos, de apellido.
Le decimos El negro.
Es un médico
excepcional y trabaja
como cirujano en el
Posadas. Él me dio
otro punto de vista
del hospital.**

El Posadas es sincero con su aspecto ciclópeo. Hay algo extraordinario y dramático, shakesperiano, en su naturaleza, que se cifra tanto en su complejidad –casi ministerial– como en su historia. El Posadas que escribo, el de la novela, tiene relación directa con el real, pero –aunque sea una redundancia lo anoto– es otro, distinto, ficcional, pura representación. El Hospital Posadas, el que se yergue en Palomar, se impone como figura. No hay manera de pasar por alto a los gigantes. ■

FICCIÓN

POSADAS

Cuento ganador del Concurso "Leónidas Lamborghini"
(Municipalidad de Hurlingham, 2016).

Rocío Kirik

Nació en 1993 en Villa Tesei,
Hurlingham. Es Profesora en
Lengua y Literatura.

Pienso en ella y en mí con la frente apoyada en la ventana, el peso de la pierna en una cadera, el silencio del pasillo. Afuera es septiembre. Yo/ella nos imaginábamos a estas alturas felices, sin cables, ni sondas. Soñábamos conmigo. Aquella pensaba en mí todo el tiempo y ahora no puedo dejar de pensarla por más que quiera. Estoy parada ante la ventana con la bolsita puesta en la mano porque no me acostumbro a atarla igual que hace algunos años, ella también la tenía puesta, mi perra saltaba a la cama, pero nunca se la arrancaba.

En la otra punta del barrio veo el Hospital de Haedo. Nuestro tío que una vez se escapó de acá y fue a parar allá. Pero yo soy más dócil que él. No tanto como ella que hizo que mamá nos dé un cachetazo cuando tiró de la sonda que tanto le molestaba para olvidarnos por un rato del dolor. También se ve la autopista.

Y sé que por lo menos no tengo que usar ropa ajustada, ni peinarme. Cosas que ella también odiaba a sus siete años cuando mamá me retaba por ponerme/ponernos ropa de todos colores como payasos. Me di un poco de pena las dos o tres veces que me mostraron un espejo. Eso me hace acordar a no sé si una película o una serie que aparecía una actriz haciendo de Evita que hablaba de los tobillos. Tenía los tobillos flacos y decía que ahora sí la iba a querer el General más que a la otra.

La semana pasada vi el sol después de treinta días y lo único que sentí fue la irritación en los ojos como el esclavo de Platón. En cambio, sí me dio alegría volver a comer. Y de esto, ella ya no sé acuerda, porque nunca pasó tanto tiempo adentro. Encontré una rutina para administrar el tiempo gracias a la comida. Me levantan muy temprano. A las seis de la mañana prenden las luces los médicos que traen el parte. Nos hacen curaciones. O sea, aprietan la herida para que supure el hueco que dejan abierto para controlar. La vez que salió verde mi cirujano abrió los ojos grandísimos mirando a mi panza, a mí y a mi madre.



Y yo le devolvía las miradas a él, a mi panza y a mi madre. Por ese líquido verdoso hace tantos días que estoy acá.

A las once me traen té o mate cocido con unos paquetes de tostadas y potes miniatura de mermelada. Me decepciona que no haya sorpresa en eso, porque el almuerzo te puede sorprender, pero el desayuno siempre es el mismo, igual que la merienda. A ella no le gustaba para nada la comida de acá, estaría desilusionada que ahora nos guste. Aunque en terapia me daban de todo para comer. Me lavaban el pelo también. Yo casi que me moría, pero estaba lo más bien. Con el fentanilo viajaba dos o tres veces por día, me daban rescate para el dolor y cambiaban las sábanas todos los días. Ahora que estoy mejor... dejémoslo ahí. Decía que la comida estructura el día. 11 a. m. desayuno, 12 p. m. almuerzo, 3 p. m. merienda, 7 p. m. cena. De las once de la mañana a las siete de la tarde se pasa volando el día. Me acostumbré rápido a comer a las siete.

Entonces tenemos ocho horas (de once a siete) que son intensas, una tostada por acá, un puré de zapallo por allá, y se me fue el día. Pero de las ocho de la noche a las seis de la mañana se entra en otro estado de conciencia. No puedo lloriquear porque me hacen la psicológica. Entonces no me quejo más, porque: uno; hay gente peor; dos, niños de menos de diez años la aguantan mejor que yo; tres, dejó dormir al resto. Por eso algunas noches lloré en silencio para que no escuchara mi mamá, ni el resto de mis compañeros de celda. Lloré salada y moquienta. Pedí no vivir más. Pedí nacer en un cuerpo sin drenajes, sin sondas, sin jeringas, sin alimento por nariz. Pedí cosas imposibles, porque no sería yo/ella. Después vuelvo a saber que a ella la retaban igual cuando tenía siete y creía que no iban a haber más razones para llorar, pero yo le fallé.

Pensar o meditar sobre una cosa es una rutina aparte que me inventé. Pero abandoné la de imaginar coreografías. Me ponía auriculares, escuchaba y planeaba cosas masivas, *happenings*, libertad de cuerpos escandalosos, con los tobillos gordos de Eva y mi cara de lástima. La vida en imágenes la ejercité más en terapia porque veía solo una vez al día gente que no fuera mi compañero baleado, la mujer inconsciente que levantaba la pierna cada tanto o el NN intubado.

A ese lo vi morir una noche. Creo que era un linyera.

El contador de la respiración, o sea el saturador de oxígeno, funciona como en un juego de preguntas y respuestas. Se te termina la vida cuando llega a cinco, cuatro, tres, dos... uno. ¡Cero! Y los números están remarcados con círculos que cambian del verde al rojo, como los desaprobados del uno al tres, y los del cuatro al seis. Del siete para arriba también están en azul que es el color del aire que nos faltaba. Estábamos solos. Y traté de gritar ¡doctor!, pero en mi abdomen los drenajes me cortaban el respiro. No dejé de mirar un segundo cuando vinieron re panchos. No había nada que hacer. Casi no lo miraron. Se fueron. Y un gordo llamó a la morgue del hospital. “Tenemos un hambre”. Nadie lo lloró. No había gritos, ni parientes echándose culpas, ni agarrando uno a otro porque “me tiro, me tiro”.

Me despego de la ventana y me siento en el banco de madera del pasillo. Al final de él viene caminando uno de los cirujanos entre las paredes revestidas de humedad y la cerámica amarillenta de mal gusto que se parece a los nichos del cementerio de Morón. Se me suben los rojos a la cara porque es el momento de levantarse sin parecer mi abuela. Me cagan a pedos si llego a levantarme como una vieja chota, o si encorvo la espalda.

Así que despego el traste rápido, ágil y trato de enderezarme. Viene a sacarme la última sonda y a enseñarme cómo usar el catéter intermitente.

Mi mamá duerme en la silla toda retorcida con una campera encima, la despierto y ya sé que va a abrir los ojos asustadísima y mirar para todos lados hasta que entienda dónde está. Me siento en la cama y subo las piernas sola, pero si no estuviera el doctor pediría ayuda para hacerlo.

Saca la sonda que ya estaba casi salida de estar cuarenta días ahí, me alivio porque las recientes son un dolor muy fuerte cuando las sacan. El primer intento salió bien. Me queda una hora para volver a hacerlo hasta que se normalicen las cuatro horas.

La semana pasada vi el sol después de treinta días y lo único que sentí fue la irritación en los ojos como el esclavo de Platón. En cambio, sí me dio alegría volver a comer.

Este es mi primer momento de un cuerpo sin agujas, ni suero, ni cables después de tanto tiempo y me retuerce el estómago, acelera el pulso y quiero bajar al pasto para consumir un poco de vitamina D del sol.

Algunas cosas me olvidé ya, pero una vez, la Avenida Vergara estaba espectacular. Podía parar la vista entre la gente y mirar a todos lados. La realidad pasaba finito por los costados. Corría un trescientos-tres, mientras mamá y papá se subían al bondi y me dejaban. Por el medio de Vergara, el medio. La velocidad de los autos no me distraía porque íbamos a la par empujando el cemento, me tiraban una sogá y yo estaba subida a la patineta de Marty Mcfly. Sonreía y dejaba los brazos bien firmes en el hilo que agarraba fácilmente, liviano. Se habían subido a la altura del Carrefour y ya estábamos por el Jumbo. Iba esquivando mejor que en un videojuego, porque la tabla se balanceaba y pasaba con precisión, como si tuviera calculado cada milímetro. El colectivo frenó y yo reboté contra la parte de atrás en un segundo. Sentí cosquillas en la panza, el estómago me bajaba por un tobogán, veía los pies en la cama, otra vez el hospital y un sueño profundo. Eran pocos los momentos que me despertaba del todo, la mayoría de las veces no diferenciaba lo que pasaba de un

día a otro, me acuerdo salteado, difuso, pero los sueños eran bien nítidos, inolvidables.

¿Alguna vez te metiste en un merengue gigante? Yo nadé en una cosa así. Era como gelatinoso y ondulado. Los rosas y blancos de una merengada los veía en una caída que no terminaba más hasta tornarse difusos los colores. En esa tuve miedo, parece una pavada porque en medio de la Vergara no me temblaba nada, pero en el merengue... no sabés. No había límites, no sabía a dónde iba a parar, nada más caía. Pero nítido, bien nítido. Ya te habrá contado alguien alguna vez que tuvo un sueño que le pareció muy real, pero esto es otra cosa. Fue tal cual. Si lo recuerdo estoy ahí. Soy yo la que caigo, no esa cosa medio separada de los sueños. En cada alucinación siento mucha adrenalina que jamás viví en la vida corriente, esa de autopistas, peinados, ropa ajustada y horarios. Jamás había pasado antes por tanto merengue y patineta suspendida como en ese tiempo, tampoco volví a sufrir tantas sondas metidas en mil orificios... si la vena aorta del cuello para el suero puede ser considerado algo así. Cuando volví a la vida cotidiana empecé a preocuparme de vuelta por el pelo suelto o atado, que me entrara el jean de hace algunos años, llegar a horario, pagar el gas o comer.

¿Viste que dicen que cada casa es un mundo? Ahí cada piso es un universo. Primero caí en el tercero, de ahí a terapia, después al cuarto y por último al sexto. Todos conocen el fantasma del séptimo. Allá cayó Alfredo, después te voy a contar de él. Dicen que van los chorros, pero también los infectocontagiosos y las malas lenguas, los que pagan. Tengo una tía que estuvo en el séptimo y decía que había sillones para los que cuidan al enfermo. Sillones. ¿Sabés los dolores de espalda que tuvo mi mamá después de meses cuidándome? Y la comida. Antes les daban a los acompañantes, ahora ya no. Pero ahí dan lo mejor. O eso dicen, cuando me acuerdo que mi tía estuvo, se le va un poco el misterio. Te nombré a Alfredo. Fue compañero en terapia y viste que no dividen hombres y mujeres entre los terminales. Fue una casualidad, porque cuando estuve en el tercero, escuchaba sus gritos de al lado. La misma tarde que me trasladaron, después de la segunda operación, vino conmigo a la terapia. Los primeros días yo casi no estuve consciente, por eso no me acuerdo mucho de cómo empecé a hablarle, pero en un momento me di cuenta de que era el único compañero que no estaba en coma. Tenía veinticuatro, pero parecía de treinta. Hecho pelota el flaco. Alfredo vivía en la Carlos Gardel y tenía una biblia en su cama. Afanaba, pero no dejaba de citar a Dios. Me contó que lo baleó la familia de su novia. No me acuerdo mucho por qué, no le prestaba atención a la historia porque no le creía, aunque me gustaba su respuesta a todo: "que lo juzgue Dios". Gritaba mucho, llamaba a la enfermera cada cinco minutos y ellas le decían que mire que bien me portaba yo con dieciocho años... parecía que era la abandonada del dolor.

Nos dábamos aliento, me escuchaba porque yo no lo comparaba, le decía que lo entendía, que sabía del dolor de las sondas, pero que no pida rescate cada dos minutos porque no iba a disfrutar del efecto. En el tercer piso había sido leyenda, tomó agua cuando no podía, se arrancó una sonda y terminó ahí conmigo. Mi tía abuela me vino a ver un día en el horario de visita y dijo “un chari”, ¿qué?, “un cabecita negra”, me repitió. Me quería esconder abajo de la sábana y que lo deje de mirar. Vomité. Vomitaba mucho en esos días.

Mi mejor compañera fue Paola. Del sexto. Era una treintañera morocha, re flaca, caminaba con el pañal y el palo del suero, a veces fumaba marihuana en el baño, de noche, con la amiga. Se dedicaba a poner paneles solares, había vivido en España desde la crisis del dos mil uno y se volvió sola porque no le gustaba la gente. Me contaba que en los boliches por cualquier cosa te meten preso por disturbio o que los médicos prohíben a los padres darle Coca-Cola a los nenes. En ese tiempo, de casualidad yo tenía un celular con un ringtone de “Ska-p” y ella se reía, me encantaba. Terminó en el hospital porque el novio le pegó una piña haciéndole pelota no me acuerdo si el riñón o la vejiga, pero fue tan grave que tenía para rato adentro. A la mayoría de la gente yo la veía irse. Se hace imposible no sentir aunque sea un poco de enojo, envidia o tristeza cuando se te va el compañero de pieza, que siempre son cuatro, pero nunca te acordás de más de uno. Muchos entran y salen, están de paso, somos pocos los que nos quedamos y nos dan celos.

Cada vez que alguien arma un bolso, querés ser vos y no sos ese. Pero esa vez me tocó a mí y Paola se puso a llorar. Nos pasamos los números y nunca nos llamamos. A veces pienso que la veo en un bondi, era de acá nomás, de Castejar. Me pregunto si estará bien, si habrá sobrevivido, si ya no va a salir con ningún enfermo. Capaz se fue a España, qué se yo.

No sé qué más contarte de él que te pueda servir. “Él”. Adentro los médicos, médicas, enfermeras, enfermeros, limpieza y demás, le dicen “El Hospi”. Voy “al Hospi”, vengo del “Hospi”, andá al “Hospi” que te atiende.

Pero por fuera es “El Hospital”. Cada vez que paso por la autopista desde el cincuenta y siete y lo miro, yo le sonrío. Pero a los dos años, o los tres, cuando el fitito de papá pegaba la vuelta en la Gaona, yo me ponía a llorar antes de que aparezca la mole delante mío. ¿Te imaginás pasar algo así en *Lospitalito*? No pasaba la semana. Pensar que, de Udaondo, pasando por Barrio Roca, a Hurlingham y Tesei, tenemos el mismo colectivo para ir al Posadas, lo reventamos de gente. No hace falta preguntar. Si dicen que fueron al hospital acá, se refieren a él, pero si dicen “*lospitalito*” es el de acá. ¿Vos viviste acá una vez? Fuimos más famosos por ser el hospital con un solo médico que por Luca Prodan.

¿La última vez que fui? La semana pasada. Permiso. Salto un escobillón gigante para atrás.

En la espalda “Floor Clean S.R.L”, uniforme azul y rojo. Vi muchas cosas, nunca me imaginé esta. Miré a la chica con la boca abierta. Miraba para que me miren y me digan “sí, no puede ser”, pero nadie se sumaba a una queja cómplice de vieja. En los noventa, mi vecina que es doctora salía en la tele a hablar. Era nuestro orgullo del barrio. Lili. Nos atendía en pediatría cuando tenía un minuto. Y nunca tenía. Me mal acostumbraron. No saco turno. No es humano después de tantos años. Pero cuando tengo que ir a otro lugar y hacerlo, lo extraño. Ahora lo quiero, antes lo odiaba. Lloraba. Como Garfield yendo al veterinario. Pero con el tiempo se me infló el pecho... pensaba que era natural ir un lugar y que muevan cielo y tierra para curarte cuando no había más que diez casos en el mundo. Era normal. Y yo lloraba por los pinchazos, por el dolor y las sondas. Y lo odiaba. Con el tiempo supe lo que hay que saber. Aprendí a indignarme.

Tenía veinticuatro, pero parecía de treinta. Hecho pelota el flaco. Alfredo vivía en la Carlos Gardel y tenía una biblia en su cama. Afanaba, pero no dejaba de citar a Dios. Me contó que lo baleó la familia de su novia.

Como vieja. Hablo en los pasillos. Defiendo, ataco. No, no fue una casa. Porque en general más que una madre no conoce nadie tanto de vos. Y ahí veía gente todos los días que me miraban los órganos. Yo miro a algunos doctores y pienso “estos me conocen el intestino, qué vergüenza”. Entré en ese entonces en desventaja, me fui olvidando de mí. Yo, nada. En la cama llorando mientras los demás hacen. Eso fue lo más difícil. Después de muchos años me di cuenta de que me costaba decir si blanco o negro por esa estadía. Después de mucho, muchísimo entendí que tenía que hacer yo lo que hicieron por mí. Completar su obra, sin ser Frankenstein hijo, que no tenía nombre, porque adquirió el de su padre. ¿Sabés lo que es mirar a una persona y saber que mi corazón bombea, mi riñón procesa pis, y mis pulmones sacan CO2 gracias a él? Nunca me animé a decirle “gracias”. Le hice una agenda. Le devolví un abrazo. ■

APÓSTOLES DE LA MEDICINA HISTORIAS DEL HOSPITAL MUÑIZ

El compromiso con los pacientes y una abnegada vocación humanitaria es moneda común entre los médicos del Muñiz. La memoria del pionero Francisco Javier Muñiz está bien resguardada por colegas que hoy continúan en la misma senda, entregando buena parte de sus vidas a una tarea que no da treguas.

Natalia Laube

Es licenciada en Crítica de Artes por la Universidad Nacional de las Artes y periodista con foco en temas culturales y crítica de teatro. Actualmente se desempeña como responsable de comunicación en el Goethe-Institut Buenos Aires y colabora en medios como La Nación, Funámbulos y Rolling Stone.

Para llegar al Hospital Francisco Javier Muñiz desde Caseros, una de las principales avenidas de Parque Patricios, hay que atravesar la plaza Florentino Ameghino y pasar justo por delante del “Monumento en homenaje a los caídos de la fiebre amarilla”. Detenerse frente a la escultura de mármol roído y prestar atención a los relieves tallados en cada uno de sus costados, es un antídoto contra el desinterés que suelen generar las historias de enfermedades ya casi extinguidas. ¿Quién es ese bebé que llora sobre el cuerpo de su mamá muerta? ¿Habría tenido papá? ¿Con quién y cómo habrá vivido después de que su mamá muriera? Y sobre todo: ¿Cuántas historias individuales contiene el relato de una gran epidemia? En Internet no abundan los datos sobre el monumento, que las autoridades municipales encargaron al artista uruguayo Juan Manuel Ferrari. Ni dónde fue construido, ni cómo fue emplazado en ese terreno, que todavía no era esta gran plaza sino un cementerio. Sí queda claro el propósito que guió la misión: honrar el trabajo de los médicos fallecidos en el intento de salvar a miles de porteños durante la peste más grande que recuerde la ciudad de Buenos Aires. Sucedió en 1871.

Entre enero y junio de aquel año, 14 mil personas murieron a causa del virus producido por un mosquito que había llegado un par de siglos antes a América del Sur desde África, con el tráfico de esclavos. Uno de los médicos caídos durante ese medio año de enfrentamiento con la fiebre amarilla fue Francisco Javier Muñiz, cuya historia tiene todos los ingredientes para conquistar la admiración del mundo científico y el cariño popular. Médico de renombre establecido durante un tiempo en el Norte del país, donde había prestado servicios militares como cirujano jefe del Ejército Argentino durante la Guerra del Paraguay, Muñiz decidió volver a la ciudad para servir como voluntario cuando se enteró de la crisis sanitaria que estaba sacudiendo a la capital.



El 8 de abril murió como probablemente gran parte de las personas que llegó a atender en su lucha dispar contra una enfermedad que todavía resultaba imbatible.

Desde 1904, la por entonces Casa de Aislamiento, devenida en el hospital de enfermedades infecciosas más famoso del país, lleva su nombre y este monumento emplazado justo enfrente ofrece una pista para empezar a recorrer su historia.

En la biografía del Muñiz, más que en la de cualquier otro hospital de Buenos Aires, se puede rastrear la cronología detallada de las epidemias que marcaron cada época de la ciudad. Si hablaran, sus paredes contarían con lujo de detalles la memoria de las enfermedades infectocontagiosas desde principios del siglo XX hasta la actualidad, volverían a contar las fechas y las causas de las transmisiones más furiosas de tuberculosis, poliomielitis, sarampión, cólera o HIV, y evocarían otras tantas alertas por enfermedades que, gracias a la prevención adecuada o al azar, no llegaron a ser una amenaza real.

Por ejemplo el ébola que, en 2014, no logró avanzar sobre estas costas, pero tuvo en vilo a todos los equipos de guardia del hospital que asistieron a simulacros de emergencia, tuvieron que probarse los trajes de protección y repasaron, paso por paso, cómo actuar en caso de tener que vérselas con la enfermedad.

A más de un siglo de su fundación, el Muñiz sigue siendo el lugar por excelencia para atender las enfermedades infecciosas más propagadas en la Argentina: la tuberculosis, el HIV y, en menor medida, lepra, meningitis, tétanos y botulismo.

A diferencia de la fiebre amarilla, que exterminó a casi el 10 por ciento de la población total de Buenos Aires durante aquel gran brote sucedido en plena presidencia de Sarmiento, el último virus africano que puso en alerta a los porteños no se cobró ni una sola víctima fatal.

En la actualidad

Hoy, el Muñiz está emplazado en una superficie de ocho manzanas en las que conviven varios edificios dedicados a la salud. Algunos de ellos dependen de la Municipalidad de Buenos Aires (el Ministerio de Salud de la Ciudad, las salas hospitalarias y la central de llamados del SAME), otros de la Universidad de Buenos Aires (un instituto de Tisiología y las aulas donde alumnos avanzados de la carrera de Medicina vienen a cursar la materia Infectología) y hay uno que le pertenece al Ministerio de Justicia de la Nación: al fondo funciona una cárcel para reclusos con HIV avanzado. Los pasillos que conectan los pabellones están rodeados de árboles añosos que son refugio de una decena de pájaros que suelen cantar de manera constante.

Por suerte, para los muchos familiares que pasan horas, días o semanas visitando a sus enfermos, los jardines de este lugar también pueden ser un hermoso lugar para caminar y relajarse.

Las aves no son las únicas representantes del reino animal que viven en el Muñiz: por ahí al fondo también corretea Mugre, un perro callejero que es la mascota de todos los trabajadores de la calle Uspallata. Hace un tiempo, Mugre fue papá de cachorritos y el equipo de médicos y trabajadores no médicos, celebró la llegada de los nuevos integrantes con ilusión casi infantil. Pienso en una explicación posible: el Muñiz no tiene sala de obstetricia, por lo que cada nacimiento debe festejarse doble en este hospital.

A más de un siglo de su fundación, el Muñiz sigue siendo el lugar por excelencia para atender las enfermedades infecciosas más propagadas en la Argentina: la tuberculosis, el HIV y, en menor medida, lepra, meningitis, tétanos y botulismo. Y aunque la mayor parte de los hospitales públicos y privados tengan, a esta altura, su servicio de infectología, siempre que algún caso del rubro llega a los grandes medios, la voz que se espera para dictaminar si todo está bajo control o hay que preocuparse, es la de algún jefe de Guardia del Muñiz.

Uno de ellos es Gerardo Laube, mi papá: cada verano, Gerardo vuelve a atender los llamados reglamentarios de productores de televisión y radio que quieren más información sobre el dengue, el zika y la chikungunya. Y a veces, fuera de temporada, también da consejos sobre la prevención de alguna otra enfermedad que, de manera fundada o infundada, los medios se ocupan de poner de moda.

Héroes modernos

Además del médico que le dio nombre, el Muñiz tiene algunos ilustres contemporáneos que dejaron huellas en la manera de ejercer y entender la medicina en el hospital.

Varios de ellos murieron en los últimos dos años: fue una racha que dejó un poco huérfanos a los trabajadores de la calle Uspallata. Aunque ya se habían jubilado, sus visitas esporádicas siempre reconfortaban a la línea sucesoria. Hubo que despedirlos sin demasiado tiempo para reponerse entre una muerte y otra. Palmieri, titular de una de las cátedras más recordadas de Infectología en la UBA; Alfredo Seijo, que había sido por mucho tiempo jefe del Departamento de Zoonosis; Olindo Martino, un gran experto en medicina latinoamericana y tropical, y Francisco “Paco” Maglio, probablemente el nombre más legendario de la historia reciente del Muñiz, por su involuntario rol de intelectual de la medicina. Autor de varios libros (“La dignidad del otro” acaso sea su título más conocido), Maglio dejó a los 55 la medicina asistencial y volvió a ejercer el rol de alumno que por casi tres décadas le había sido ajeno: se anotó en la carrera de Antropología “para buscar otro marco teórico distinto del que ofrecen en la Facultad de Medicina”.

“Me interesó el hombre por lo que sufre. Me interesó el hombre por lo que cree. Me interesa conocer al hombre por lo que es: de ahí a estudiar antropología va de suyo”, explicaba Maglio en una video entrevista para el diario *Clarín* cuando le preguntaron cómo había llegado a anotarse en la Facultad de Filosofía y Letras. Y remataba: “Lo que les falta a muchos médicos es estudiar al hombre”.

Desde los primeros noventa y hasta su muerte, en mayo de este año, Maglio fue uno de los nombres más destacados de la Argentina en el campo de la antropología médica e inspiró a especialistas de la salud y a científicos sociales por igual: su inclinación por la fusión de lenguajes y universos ayudó a iluminar zonas desconocidas para unos y para otros. Y, además, Maglio tenía un gran sentido de la justicia social. Le gustaba, por ejemplo, recordar una frase de Ramón Carrillo en las entrevistas que daba: “Frente a la miseria, frente a la angustia, la tristeza y el infortunio social de los pueblos, los microbios son una pobre causa para las enfermedades”.

Gerardo Laube, mi papá

Es posible que no haya modo de reemplazar a los grandes hombres cuando ya no están. Pero hay formas de recoger y abonar su legado.

En 1977, hace exactos cuarenta años, mi papá comenzó a trabajar en el Hospital Muñiz. Coincidió con muchos de esos hombres enormes de la medicina y —no hay modo de afirmar lo que sigue sin que el lector me adjudique cierto complejo de Electra— se convirtió en una referencia para las generaciones que siguen.

No lo digo yo sola: me lo constatan casi todos los trabajadores que me cruzo en mi recorrida por los pasillos del hospital, el día que vengo a buscar información para escribir esta nota.

Y también sus ex alumnos de Infectología, que alguna vez me he encontrado de forma casual en alguna consulta médica, o en el chequeo de rutina para renovar el registro o en contextos totalmente azarosos y alejados de la salud pública. Tengo suerte: escuché muchas veces en boca de jóvenes médicos la frase “tu papá es un genio”.

Es viernes y, como hace décadas, Gerardo está de guardia. Exceptuando las veces en que se tomó vacaciones (que tampoco fueron tantas, ni tan largas) me atrevo a decir que jamás faltó al hospital: nunca encontró demasiado placer en viajar a congresos médicos en países exóticos; tampoco lo vi apasionarse por algo tanto o más que por su trabajo.

Su historia de amor con el Muñiz y con la medicina no tiene dobleces, y ese hecho siempre produjo tanta admiración como angustia en mi hermano y en mí. Hasta que en algún momento comprendimos que no sentir esa vocación desenfadada por nuestro trabajo, no nos habilitaba a ejercer alguno.

**Es viernes y, como
hace décadas, Gerardo
está de guardia.
Exceptuando las veces en
que se tomó vacaciones
(que tampoco fueron
tantas, ni tan largas) me
atrevo a decir que jamás
faltó al hospital.**

Mientras repasa de memoria las grandes epidemias que pasaron y se curaron en este hospital, mi papá camina por el jardín, por la capilla, por el bar y por los pabellones distribuidos en las ocho manzanas en las que se escribió una parte importante de su vida. Yo lo escucho y sigo. Después me lleva hacia la entrada, me invita a cruzar hasta el parque y me cuenta la historia de los caídos por la fiebre amarilla.

Creo que le gusta sentirse heredero de esa historia, o al menos eso me animo a leer en sus gestos mientras me cuenta las anécdotas que esconde el monumento de la plaza Florentino Ameghino. ■

CARNE Y MÁRMOL

En las entrañas del Hospital Interzonal Gral. de Agudos Eva Perón (ex Castex), se esconden símbolos que hay que saber descifrar para desandar la historia argentina. El pasado se filtra en el presente inexorablemente y lo inerte se revela inquietante y cuestionador. La fábula se hace carne en la memoria popular.

Las cosas empiezan donde no sabés y terminan donde sabés.

Cuando sabés es cuando preguntás, ¿dónde empezó esto?

Tom Spanbauer,

La ciudad de los cazadores tímidos

1

Juan Pablo Liefeld

Juan Pablo Liefeld nació en 1976. Escritor, fotógrafo, editor y librero, fue editor del fanzine punk *La nueva ley* y de las revistas *Vestite* y *Andate*, *El Interpretador* y *Te voy a atornillar* -ésta dos últimas digitales-.

Durante siete años fue dueño de la librería Libros Kalish.

La historia es una historia de muertos vivos. Que se reinventa. Que resiste al paso del tiempo. Que refleja en el mármol de un bello edificio el óxido de la carne atormentada.

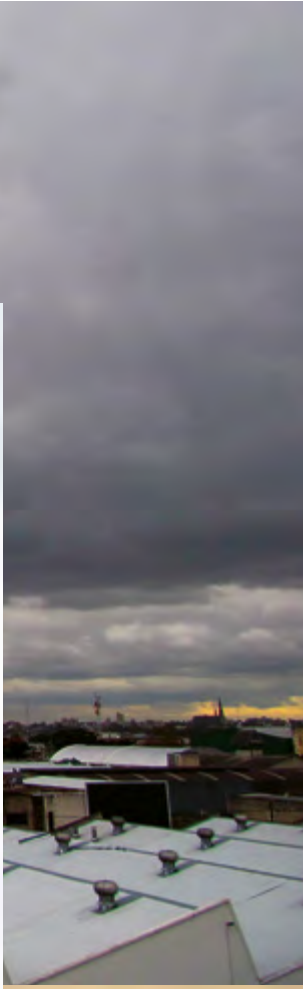
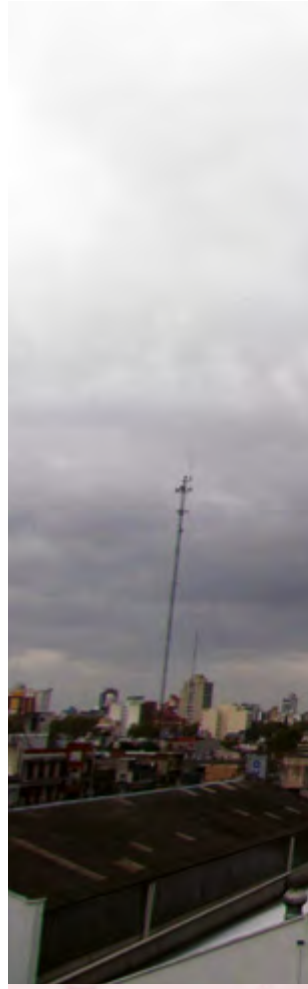
La historia es sencilla y compleja. Elocuente y balbuceante. Precisa y equívoca.

2

El Hospital Interzonal Gral. De Agudos Eva Perón (ex Castex) de San Martín tiene en su entrada una Virgen de Luján, rodeada de flores de plástico en una suerte de casita de paredes de vidrio donde, si uno mira atentamente, puede ver reflejado en el fondo trasparente del vidrio, a la Virgen de Luján, a las flores de plástico y al rostro de Evita.

También tiene en su entrada, más a la derecha y frente al Liceo Militar General San Martín que está cruzando la Ruta 8 Av. 101 Dr. Ricardo Balbín, una pared con nombres de desaparecidos y una grieta en su centro que atraviesa entre otros apellidos el de Collarini.

La pared con la grieta que parte en dos el apellido del desaparecido Collarini está acompañado a su izquierda por un cartel que pregunta “¿Problemas con las drogas?”, y a su derecha por otro que anuncia “Alcohólicos anónimos”.



Y en los fondos del Hospital Eva Perón, que dan a la calle Avellaneda, a un costado de la morgue vive un eucalipto o eucaliptus -del latín *eucalyptus* y éste del griego *εὐκάλυπτος* (efkályptos) que significa “bien cubierto”, refiriéndose a la semilla en su cápsula-, tan viejo como las semillas de ese árbol que importó Sarmiento en el siglo XIX para que crezcan en el desierto; o tan joven como el poema *Martín Fierro*, cuyo autor, José Hernández, nació a pocas cuadras de ese Hospital, mucho antes de que éste fuera proyectado por Eva Perón y Ramón Carrillo.

3

El Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón (ex Castex) es un hermoso edificio en un territorio picante que, como un ají puta parió, si te agarra desprevenido te puede hacer saltar lágrimas.

Alguna vez el partido bonaerense de General San Martín fue un polo industrial lleno de vida y muerte, repleto de fábricas y descampados, y de chicos que jugaban en la vereda, cazaban chicharras, perseguían a la noche bichitos de luz o, durante el demencial calor de enero, agarraban la bicicleta y se iban a pasar el día al río, en Vicente López.

De todo eso no queda casi nada

Salvo el mármol que recubre las paredes de la hermosa edificación del Hospital Eva Perón que ayer (1954, año en que se inauguró) como hoy (2017), sigue en pie recibiendo y albergando a sus “grasitas” y a su carne expuesta a las inclemencias del tiempo y la muerte.

4

Como las ruinas griegas, el Taj Majal o la Pirámide de Keops, el Hospital Eva Perón está hecho con mármol.

Fue hecho para durar, para resistir la corrupción de la carne, para albergar el dolor humano, con dignidad, con belleza, y dentro de un plan sanitario integral que quiso disputarle al lucro cesante la angustia de la muerte para darle un marco de contención e igualdad al sol y la luna. A todos los soles y todas las lunas.

Carne y mármol

Esto no es Grecia, estas ruinas no son griegas, pero Eva es eterna.

5

La entrada de EMERGENCIAS, sobre la ruta 8 y frente al Liceo Militar, tiene un cajero automático del Banco Provincia. Es un BUNKER. La gente hace cola en la vereda de baldosas rotas para retirar dinero del cajero, como en las villas de la zona la gente hace cola en el barro para pegar merca entre los pasillos de la miseria.

6

La historia me la van a ir contando diferentes personas con las que me voy cruzando entre los pasillos del hospital, mientras voy recogiendo información del lugar para escribir esta crónica.

Durante varias semanas voy a caminar como un fantasma merodeando el lugar, jugando con un gato negro y peludo en la cuadra de la cocina, sentado horas en la guardia, viendo pasar personas esposadas que traen policías de civil, leyendo lo que escriben las personas en las paredes del Hospital, charlando con una perra jovencita orejana y con un perro baqueteado y con chaleco, espionando el dolor de una mujer que llora y habla por celular en las escaleras del ala izquierda de algún piso donde le van a cortar las piernas a un ser querido, sentado en el banco de la capilla de la iglesia escuchando el silencio.

Nada

Me deje perder por el hospital sin preguntarle nada, dejando que él solo se me acercara lentamente y me contara lo que quisiera.

7

Las calderas del hospital que le dan calor siguen siendo las mismas que cuando Perón era presidente; Carrillo, Secretario de Salud Pública; y Evita, la jefa espiritual de la Nación.

Así de bien se hicieron las cosas alguna vez.

Un hospital que parece un hotel cinco estrellas en la cima de una montaña y rodeado de un paisaje de ensueños. Así de bien se hicieron las cosas alguna vez, “Mordisquito”.

Tan bien que el hotel, siempre amenazado por el resplandor de lo siniestro, se parece a un hospital público donde Jack Nicholson corre con un hacha a su mujer y su hijo en la película de Kubrick, basada en una novela de Stephen King, sin lograr atraparlos nunca.



Escuela de Enfermeras. Fundación Eva Perón

8

La primera persona que me va a contar la historia es Verónica, una ayudante de enfermera amiga de mi hermana que me pone en contacto con Nora Ibáñez, jefa de enfermeras de trasplantes. La tercera persona que me va a contar la historia es la directora del hospital, Amelia Frenchi, mientras caminamos por los sótanos del Eva Perón donde a la cantante SIA, si lo conociera, le encantaría hacer un nuevo video con su bailarina adolescente fetiche Maddie Ziegler.

La historia es una historia

Chiquita, preciosa, que no cierra, que se abre, como la sala de emergencias de un hospital que atiende las 24 horas del día.

Cuentan que años atrás haciendo una reforma edilicia descubrieron una habitación secreta donde se encontraron pertenencias de Evita. Por orden de la Fundación Eva Perón se habían escondido ahí. Los libertadores de la Libertadora nunca pudieron encontrarla. Cuentan que ella solía ir a dormir algunas noches a esa habitación secreta del hospital.

Stop

¿Cómo que iba a dormir ahí algunas noches?

En todos los relatos que escuché, Evita conoció y caminó por el hospital. Evita muere el 26 de julio de 1952. El hospital fue inaugurado en 1954. Las fechas no coinciden. La historia no cierra.

**Cuentan que
años atrás haciendo
una reforma edilicia
descubrieron una
habitación secreta
donde se encontraron
pertenencias de Evita.
Por orden de la
Fundación Eva Perón
se habían escondido ahí.**

Como el I-Ching, el libro de las mutaciones, el relato de la habitación secreta de Eva en el hospital nunca la da por muerta, siempre está viva o escondida, pero nunca muerta.

La carne dice una cosa y el mármol, otra

El mármol recuerda una historia de amor de una mujer y su pueblo, y sin ella la carne está condenada a ser solo carroña del tiempo.

Carne y mármol

En el mármol sobreviviente que resiste el paso del tiempo, sigue viva la memoria de la carne. ■

ENTREVISTA A EZEQUIEL CONSIGLIO

"HAY ALGO ÉPICO EN LO INAUGURAL"

Daniela Moyano

Nació en Hurlingham en 1990.
Cursa el Profesorado Universitario
de Letras de la UNAHUR
y es trabajadora no docente
de la UNAHUR.

Jorge Huck

Nació en Zárate en 1984.
Cursa el Profesorado Universitario
de Letras de la UNAHUR.

Ezequiel Consiglio es el Director del Instituto de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Hurlingham. Un Doctor en Medicina que comparte su oficina todos los días con los directores y directoras que forman parte del Instituto de Educación. Ezequiel nos cuenta cómo esta convivencia interdisciplinaria ayuda a configurar el conjunto de rasgos identitarios que tendrán los graduados de esta Universidad del oeste del conurbano bonaerense.

En esta oportunidad, también reflexiona sobre la propuesta del Instituto desde la mirada de la Medicina Social y la participación de la comunidad en la salud: “participar en salud no es invitar al vecino a pintar la salita”, aclara Ezequiel.

Nos cuenta, además, cómo se ha ido ampliando el concepto de “salud comunitaria” hasta alcanzar la mirada integral que hoy se convierte en la propuesta académica de una Universidad pública y gratuita.

“Hay algo de épico en lo inaugural”, nos confiesa este médico que además es docente de la Licenciatura en Enfermería, refiriéndose a esta generación de primeros alumnos de la UNAHUR que a su paso van inaugurando nuevas materias, nuevos espacios edilicios, que son testigos de la ampliación de la oferta académica y que participan de los numerosos proyectos culturales que ofrece esta alta casa de estudios.



¿De qué se trata la salud comunitaria?

Es una pregunta interesante. El término “salud comunitaria” como tal parece inscribirse en una tradición que viene desde mediados del siglo pasado, ligado a lo que fue la medicina social, el desarrollo de la salud pública moderna y un componente que hace énfasis en la comunidad.

Es un cambio de paradigma importante: incorpora la mirada de la medicina en el análisis y en la intervención de algunos aspectos sociales que hoy llamamos “determinantes sociales”. Hay un tácito acuerdo en que la salud comunitaria incorpora a la comunidad con un rol más activo en materia del cumplimiento de los objetivos del sistema de salud, que son la promoción de la salud, la prevención y la curación de la enfermedad, la rehabilitación, en definitiva, un mejor logro de calidad de vida relacionado con la salud.

¿Cree que es importante, dentro del marco de la salud comunitaria, el diálogo con los distintos actores sociales?

Sí, definitivamente. No todos son medios electrónicos, no todos son mensajes unidireccionales. No pueden serlo porque la vida misma no es así. Recuerdo una frase: “la ciencia es un diálogo con la naturaleza y como en todo diálogo genuino las respuestas suelen ser inesperadas”, decía Prigogine, Premio Nobel de Química.

No es reemplazable el diálogo o no debiera serlo porque de lo contrario caemos en la automatización que sin dudas es infinitamente peor. Es muy difícil pensar que los mensajes no se basen en el diálogo o que se reemplacen absolutamente por dispositivos electrónicos.

La consejería del médico podés sintetizarla en un mensaje para toda la comunidad, cuando es de carácter amplio, pero después hay particularidades que tienen que ser tratadas con aquellos que determinan esas particularidades.

¿Por qué el Instituto lleva el nombre de Salud Comunitaria?

Se lo llamó Instituto de Salud Comunitaria porque no es un instituto de salud pública.

El énfasis particular en lo comunitario se debe a que la comunidad es la destinataria de las acciones que llevamos adelante.

Más allá de lo comunitario, hay una cosa muy interesante en el término salud, y es que nos amplía la posibilidad de pensar un modelo de intervención: tanto sea para conservarla como para prevenir la enfermedad.

El término “salud comunitaria” como tal parece inscribirse en una tradición que viene desde mediados del siglo pasado, ligado a lo que fue la medicina social, el desarrollo de la salud pública moderna y un componente que hace énfasis en la comunidad.

¿Qué lo llevó a dedicarte a la docencia?

Comencé a hacer docencia compatibilizando con la profesión. Es algo habitual en el marco de la medicina que uno haga asistencia y docencia, que incluso haga asistencia en ámbitos públicos y privados.

Hay una condición de pluriempleo casi naturalizado en el ámbito de la medicina. Comencé a hacer docencia como la consecuencia natural de haber hecho un desarrollo académico a través de una maestría y un doctorado, y me pareció que lo mínimo que podía hacer era ser docente. Esto desde el punto de vista profesional.

En lo personal siempre tuve alguna cuestión resguardada ligada a la docencia y no sé explicarlo bien, creo que hay algo de vocacional, algo del ejercicio de la profesión y también algo de la responsabilidad social de la profesión: creo que es una conjunción de cosas.

Además, me parece un muy buen territorio para enseñar, pero también para aprender. Y bueno, después me fue gustando (ríe).

¿Cómo fue su formación académica?

Yo estoy vinculado a la UBA desde la adolescencia. Fui a un colegio adscrito a la Universidad de Buenos Aires y después estudié medicina allí.

Hice una Maestría en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica ¡qué majestuoso suena! ¿No? en la Universidad Autónoma de Barcelona y me doctoré en la misma Universidad.

Esa fue mi formación académica. Además, fui residente y jefe de residentes de Neumología en el Hospital Cetrángolo (Hospital del Tórax). La residencia es un programa de formación intensiva. Más allá de lo estrictamente asistencial, creo que no hay que perder de vista que es un programa de formación y, por consiguiente, donde media el proceso de enseñanza-aprendizaje

Cuéntenos en qué consiste el proyecto que lanza la Universidad desde su Instituto de Salud Comunitaria.

La mirada de la Universidad es de carácter comunitario, esto implica una vindicación de lo público, sin desmedro de la posibilidad de la práctica privada que puedan tener los profesionales. Nosotros vindicamos el ámbito público porque éste es el garante del acceso universal de toda la población. Proponemos un perfil muy amplio en las carreras que tenemos, con un fuerte componente humanístico. Creemos que en las últimas décadas hubo una suerte de divorcio entre lo científico-tecnológico y lo humanístico. Nuestra propuesta es un poco más amplia que lo estrictamente científico-tecnológico, sin negar su importancia. Al contrario, se intenta ponerlo en valor en un marco social más amplio. Hay una fuerte apuesta por un tipo de profesional comprometido con su comunidad, comprometido con una cierta capacidad de análisis para poder cambiar la situación que haya que cambiar, con una cierta ductilidad y con una inteligencia amplia, importante a la hora de ponerla en juego para el bien de la comunidad. Es un gran desafío que se está dando también en algunas otras universidades y, en ese sentido, es un momento transicional que habrá que transitarlo con la mayor atención posible, tanto sea para profundizar en algunos aspectos como para analizar otros. Por otro lado, nuestra universidad no tiene oferta de disciplinas clásicas vinculadas con la salud como es el caso de medicina o psicología, por ejemplo. Nosotros aspiramos a aumentar la oferta en aquellas disciplinas que conforman el campo de la salud que no son territorio de la medicina, porque creemos que la cuestión en materia de salud es mucho más amplia que lo estrictamente médico. Sin desmedro de la importancia de la medicina, yo mismo no sólo soy médico, sino que soy doctor en Medicina, de tal suerte que valoro mi profesión y valoro mi actitud y los desafíos que nos propone la medicina.

Este año sacamos una línea de investigación en atención primaria de la salud. El Instituto junto a la Secretaría de Investigación abrió un programa de investigación cuyo tema principal es la atención primaria de la salud.

Es un tema que históricamente viene relegado, pero que en los últimos diez o quince años tuvo un espacio para la investigación en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación: primero con las becas “Carrillo-Oñativia” y ahora con las becas “Dr. Abraam Sonis”. Nosotros enfatizamos la necesidad de ese espacio.

Los alumnos de la Licenciatura en Enfermería, por ejemplo, tienen prácticas desde primer año. ¿Verdad?

En el caso de Enfermería, en efecto, a partir del segundo cuatrimestre de primer año tienen dos asignaturas que deben cubrir, por lo menos, la mitad de las horas con prácticas. Esas prácticas son en los centros de atención primaria de la salud. Después, hay una prosecución de las prácticas en el segundo nivel de atención (hospitales) y tenemos previsto que en algunas materias haya prácticas tanto en los hospitales como en los centros de atención primaria; incluso estamos pensando en el tercer nivel atención, que es aquel nivel que determina acciones de recuperación de la salud más prolongadas en el tiempo.

En el contexto de un sistema de salud por demás complejo, donde se entrecruzan cuestiones sociales, biológicas, culturales y psicológicas, que requieren de un abordaje integral de los problemas de la salud, ¿cuáles son los profesionales que se propone formar el Instituto de Salud Comunitaria?

Como les mencionaba antes, el proyecto de la universidad es formar profesionales técnicamente y, de alguna manera, socialmente calificados. Hay una formación humanística que valoramos mucho. Tenemos una fuerte apuesta que incluye en su formación común, a materias como Epistemología, Antropología y Derecho a la Salud. Tenemos previsto un seminario de Historia del Sanitarismo Argentino y Latinoamericano, es decir, confiamos que la formación sea mucho más amplia que las destrezas manuales o que las técnicas eminentemente disciplinares. Creemos que eso también tiene que ver con la apertura de posibilidades para reflexionar sobre la propia posición en la sociedad, para ampliar las posibilidades de intervención desde y para la comunidad. Esta formación se inscribe en un desarrollo histórico interesante. En las ciencias de la salud se ha discutido mucho y creo que hay muchas casas de altas estudios que estamos formulando propuestas en torno de esas discusiones. Estamos poniendo en práctica aquello que fue discutido.

¿Qué se espera de esta propuesta?

En definitiva, el indicador de éxito, por así decirlo, lo podés buscar en el futuro. Esta es la propuesta, es nuestra puesta en juego de una identidad.

Algunas cuestiones habrá que reformularlas, otras intensificarlas.

Creo que la mayor riqueza tiene que ver con una apuesta a quince materias en común dentro del Instituto, sea cual fuere la disciplina que estamos abordando.

Hoy se ofrecen las carreras de Enfermería y Kinesiología y aspiramos a Nutrición y Obstetricia. La idea de que los estudiantes por ser de la universidad puedan contar con 6 materias comunes, no importa la carrera que cursan, como las que tienen que ver con la informática y los idiomas, y que puedan elegir una oferta importante en sus dos materias UNAHUR es poner en juego una cuestión identitaria. Ustedes piensen que, en la Universidad de Buenos Aires, las facultades constituyen edificios propios, acá hay una convivencia permanente con otras disciplinas.

En el caso de la Educación, yo personalmente escucho un nivel de reflexión de una hondura, que me siento profundamente afortunado. Es muy bueno que haya un Instituto de Biotecnología donde se pueden desarrollar otras miradas. El hecho de que haya también un Instituto de Ingeniería y Tecnología con el que estamos comenzando a transitar proyectos vinculados a materiales de estudios es algo formidable.

Creemos que en las últimas décadas hubo una suerte de divorcio entre lo científico-tecnológico y lo humanístico. Nuestra propuesta es un poco más amplia que lo estrictamente científico-tecnológico, sin negar su importancia.

Además, notamos una fuerte demanda de la comunidad. Hay un entusiasmo que da cuenta de los esfuerzos de la universidad y de la amplitud de criterio en términos matriciales, considerando la oferta extracurricular, cultural. Las universidades son polos atractores de actividades culturales diversas, de calidad, y esta situación, donde el oeste del conurbano atrae a gente de la Ciudad de Buenos Aires, sugiere en muchos un cambio de paradigma. ■

ENTREVISTA A MARÍA LUQUE

UNA PINTORA EN EL TÚNEL DEL TIEMPO

Carolina Fernández

Nació en 1996. Vive en Hurlingham. Cursó la carrera de Historia en la Universidad General Sarmiento. Actualmente cursa el Profesorado Universitario de Letras de la UNAHUR

Charlie Di Palma

Nació en 1987. Vive en Hurlingham. Es poeta y activista social. Cursa el Profesorado Universitario de Letras en la UNAHUR. Colabora en diversos medios y publicaciones. Participa en "Las palabras y las cosas", ciclo literario coordinado por Carlos Battilana. Próximamente editará su primer libro de poemas.

La artista rosarina María Luque se retrata en diálogos cotidianos con el pintor Cándido López, con quien la une una historia familiar y una afinidad pictórica.

Charlamos un poco sobre su obra: *La mano del pintor*, editada en forma de novela gráfica. La misma propone una reconexión con la obra del artista visual, en la que se destaca la profunda crudeza con que logró plasmar escenas bélicas dentro de paisajes inmensurables, con una perspectiva singular, durante la controversial guerra contra el Paraguay.

En la batalla del Curupaytí, en 1866, Cándido pierde su mano hábil pero no abandona la pintura, y se encarga de retratar durante toda su vida las imágenes que habían quedado grabadas en su retina cuando participó de aquella dramática contienda desde una posición deponente.

En la tapa del libro, María se ilustra a sí misma tomando mate con Cándido, una imagen que transmite una especie de abrazo atemporal entre artistas de distintas épocas que conversan entre colores.

¿Quién es María Luque?

Me llamo María Luque, soy dibujante, nací en Rosario, Provincia de Santa Fe hace treinta y cuatro años. Soy de Leo, ascendente en Virgo, me encanta la astrología.

Me encanta de verdad.



“

Pienso que a Cándido López lo conocí siendo muy chica, en un libro que había visto en el colegio, y nunca había entendido muy bien el porqué de esa guerra (la Triple Alianza contra el Paraguay).”

Hace dos años que vivo acá en Buenos Aires, estudié pintura en Rosario, en la universidad, pero no terminé la carrera. Desde muy chica tuve interés por el dibujo, siempre dibujé, como todos cuando somos chicos, sólo que yo nunca dejé de hacerlo.

En un momento de mi vida comencé a interesarme más por las publicaciones, quizá por mis amigos en común, aparecieron las historietas y así es como surge el libro *La mano del pintor*.

Todo el tiempo iban apareciendo cosas nuevas, al principio sólo pensaba en las pinturas, es un universo bastante acotado, pero luego se van convirtiendo en otras cosas. ¡Ah! Y las influencias fueron muchas.

Pienso que a Cándido López lo conocí siendo muy chica, en un libro que había visto en el colegio, y nunca había entendido muy bien el porqué de esa guerra (la Triple Alianza contra el Paraguay).

No sabía mucho de la historia, pero sí me acuerdo que quedé muy fascinada con la pintura, con esas miniaturas, y la cantidad de detalles que tenía dentro de obras tan pequeñas. Si bien muchos años después me reencontré con esas obras, las entendí al verlas desde otro lugar, creo que algo de esa influencia me quedó ahí, dando vueltas en el recuerdo, por mucho tiempo.

Hoy en día me gustan otros pintores, me gustan los tejidos y el arte popular de la región andina, me encanta. También lo que hace la gente que tengo más cerca, a mis amigos, por eso trato de mirar muchas cosas, hay mucha gente talentosa allá en Rosario.

¿En qué se basó tu obra “La mano del pintor”?

El libro empezó con una historia que mis papás siempre me contaban sobre mi tatarabuelo, Teodosio Luque, que era médico y había ido a la guerra contra Paraguay. En ese momento, él estaba estudiando Medicina en Buenos Aires; como no había mucha gente profesional en el país, los mandaban.

En mi casa había un retrato de Teodosio que a mí desde muy chica siempre me dio miedo. Fue médico del batallón de San Nicolás que, casualmente, era el mismo en el que se encontraba Cándido. Con el tiempo me di cuenta de que entre ellos hubo mucha cercanía, y allí surgió la idea de hacer esta obra.

Es cierto que fue una guerra que no se conoce en profundidad, y eso es algo que hasta el día de hoy me genera mucha incertidumbre.

Me costó un poco encontrar de qué manera podría abordar este tema.

¿Cómo llega Cándido a tu vida?

Cuando estaba leyendo sobre la guerra y viendo la posibilidad de que Teodosio y Cándido realmente se hubieran conocido, ahí me di cuenta de que tenía que hacer algo con esa historia, y sobre todo porque era un artista que desde chica ya me había impactado mucho.

Yo quería ser amiga de Cándido a toda costa (risas), no me importaba cómo, alguna excusa iba a encontrar para hacer algo con él. Así que cuando me enteré de esto, fue el disparador para ponerme a trabajar, hacer el guión y pensar de qué manera iba a aparecer él en mi libro.

¿Qué sabés de tu tatarabuelo cuando le amputa la mano a Cándido?

No hay verdaderos registros sobre eso. Muchas de las cosas que aparecen en el libro las fui recolectando de donde podía, y tantas otras fui imaginándomelas, como por ejemplo cómo se atendían a los pacientes en ese período histórico.

Algunas cosas le consulté a mi papá, que también es médico. Qué tipo de medicina había, cuáles eran los métodos... En fin, la medicina para ese entonces era muy precaria, no existían los antibióticos. Por ejemplo, si un soldado recibía una herida muy grave, amputaban alguna extremidad (dependiendo dónde sea la herida) o se moría. No había más opciones. Investigué mucho sobre esto, fue una especie de rompecabezas.

Respecto al vínculo entre Teodosio y Cándido, en mi casa había un daguerrotipo donde se lo ve a Teodosio afuera de la carpa de Mitre (que era el presidente y comandó el Ejército en ese momento) y también se observan unos generales jugando al ajedrez.

Por otro lado, Cándido en una de sus cartas cuenta una escena donde Mitre está con unos soldados jugando al ajedrez. Por lo cual deduzco que había mucha aproximación entre ellos. Yo pienso que sí y no necesito más nada. Siempre me preguntan: “¿Pero es verdad o no?”. No hay documentos puntuales sobre eso. Pero en mi imaginación todo está unido.

Cuando investigabas para el libro, ¿leíste cartas de esa época para interiorizarte?

Sí. No hay tanto de Cándido, es bastante acotado respecto a él, pero sí encontré y leí muchas cartas de soldados a sus novias, madres, etc.

Y las cosas que me cuenta Cándido en el libro están vistas con la visión de ese momento, no como lo vemos ahora que podemos tener otra lectura distinta de cómo fue la guerra contra el Paraguay, que quizá ahora, con distancia, sabemos que fue una cosa tremenda, espantosa. Antes se percibía como algo heroico, y es muy difícil juzgarlo.

Por eso traté de basarme en lo que decían esas cartas y no desde la visión que los historiadores tienen hoy. Mi inspiración nace de los testimonios de ese entonces, de sus perspectivas, de los paisajes descriptos por ellos; todo era diferente y tratar de entenderlo con la lógica de hoy es muy complejo, eso fue lo que más me costó.

¿Cómo financiaste tu trabajo?

Para publicar el libro, SIGILO fue la editorial que pensé. Imaginamos que lo mejor era una campaña de financiamiento colectivo a través de IDEAME¹. Elegimos esa manera porque el libro tiene casi doscientas páginas a color y ya casi ninguna editorial publica algo así, porque es muy costoso de producir. Esto nos pareció que era la mejor manera.

¿Cómo entraste en contacto con la editorial?

Había trabajado con ellos haciendo la tapa para un libro de Luis Negrón², y a partir de ahí generamos un vínculo. La editorial sabía que yo estaba trabajando con La mano del pintor, así fue cómo se interesaron en el proyecto y lo quisieron publicar.

¿Quién te ayudó a salir adelante con el proyecto?

En realidad, hay una parte previa. Mientras yo hacía el libro, un amigo llamado José Sainz (un editor de Rosario) se ofreció a leer los capítulos a medida que yo avanzaba, para darme su opinión y se lo agradecí mucho porque nunca había hecho un proyecto tan largo. Fue un año entero de trabajo dedicado a ello. Tener una mirada como la de Luis me ayudó mucho. Él también participó con la campaña de financiamiento.

¿Utilizás programas de diseño digitales o plasmás en papel tus ilustraciones? ¿Qué materiales utilizás?

Todo en papel. Sólo escaneo, nada digital. Respecto a los materiales, uso lápices de colores, témpera, acrílico, acuarela y sobre todo Gouache³.

Previamente, ¿programas en tus dibujos una paleta de colores?

Por lo general, es bastante intuitivo. A veces sí, por ejemplo en esta libreta (nos la muestra) sólo usé tres colores. A veces va surgiendo.

En el libro de Cándido, yo tenía las referencias de los colores de esos paisajes.

1- Es una plataforma de internet para financiar proyectos.

2- Luis Negrón es un escritor puertorriqueño.

3- Es una especie de acuarela opaca o témpera con una adición extra de pigmentos inertes, lo que le da una consistencia más cremosa que permite ilustraciones más brillantes.



¿Planeás tus obras o son inspiraciones que nacen del momento?

Varía mucho. Con Cándido sí fue todo un proceso. Además, requería de investigaciones previas. Pero cuando son dibujos sueltos, los imagino, tengo ganas de verlos y sólo tengo ganas de verlos plasmados en el papel. Por lo general no hago bocetos.

Contanos de tu obra “Catástrofe en el museo”. ¿De qué se trataba y qué vínculo tiene con Cándido?

La obra ya tiene un par de años. Casualmente la realicé mientras estaba haciendo el libro de Cándido. Estaba mirando mucho las pinturas de él, donde hay tantos personajes y todos cargaban escaleritas, todo en miniatura. Me gustan mucho los museos, y empecé a pensar en los montajistas trasladando las obras, las escaleras, y empecé una serie de pinturas sobre ese tema y por lo general en todas pasaba alguna catástrofe: el montajista se enredaba con un cable y se le caía una obra, cosas así, una serie de interrupciones.

¿Estás trabajando actualmente en algún proyecto?

Actualmente estoy trabajando en un libro que también es sobre un artista, y preparando una muestra individual para galería Mar Dulce el año que viene.

¿Cuáles son tus Influencias? ¿Qué artistas te inspiran?

El que más admiro es Matisse, lo miro siempre, es mi pintor favorito. Me agrada mucho el arte medieval, el arte popular de la región andina, los jarrones griegos, un montón de cosas. Sobre todo, me gusta lo que tiene que ver con los períodos donde no se tenía tanta consciencia sobre el espacio, o la perspectiva en el dibujo.

¿Por qué optas por usar un estilo “tan vivo” en tu obra?

No me sale trabajar de otro modo, las veces que por trabajo o por limitación técnica de una publicación, iba a ser en una sola tinta, la pasé mal (ríe).

Muchas de las cosas que aparecen en el libro las fui recolectando de donde podía, y tantas otras fui imaginándomelas, como por ejemplo cómo se atendían a los pacientes en ese período histórico.

No me sale pensar en el dibujo en blanco y negro, mi cerebro no lo acepta. Tiendo a pensar en color y me siento cómoda así.

¿Sentís que se está empezando a gestar en el ambiente de las artes visuales y en las publicaciones más independientes una estética distinta?

Sí, tiene que ver también con que estamos en un momento donde podemos ver lo que todo el mundo está produciendo al instante y se genera como una especie de “contagio” viendo lo que hacen los demás; hay una especie de estética del momento que no estoy muy segura cómo funciona, pero sí noto más interés ahora en las ilustraciones y el dibujo en general, que a lo mejor hace unos años no estaba tanto.

¿Sos la única en tu familia que se dedica al arte?

Desde Teodosio en mi familia se viene de una tradición de médicos, y ni mi hermano ni yo seguimos medicina, nos dedicamos todos a cosas distintas. Soy la única que dibujo. Mi papá está un poco triste, pobre... Le hubiese encantado que alguno de sus hijos fuera médico, pero no hubo caso. ■

GABRIELA LIFFSCHITZ

INTERVENCIONES Y CONTAGIOS

Un cuerpo alterado por la enfermedad puede convertirse en estandarte de afirmación vital, en celebración de la existencia. El gran desafío que se planteó Gabriela Liffschitz cambió de sentido el impulso fatal de la muerte.

Paola Cortés Rocca

Es crítica cultural y se especializa en el cruce entre literatura y visualidad. Publicó ensayos sobre zombies y racialidad, fantasmas y política, imaginación técnica y ciudadanía, en revistas como *October*, *Mosaic*, *Iberoamericana*, entre otras. Ha escrito, además, sobre el trabajo de fotógrafos contemporáneos como Alessandra Sanguinetti, Eduardo Gil, Gabriela Liffschitz, Oscar Muñoz, Santiago Porter y Manel Esclusa, entre otros. Su libro *El tiempo de la máquina* aborda el impacto de la fotografía en el campo cultural latinoamericano de fines del siglo XIX. También es coautora de *Eva Perón: imágenes de vida, relatos de muerte* y co-editora de *Políticas del sentimiento*, una colección de ensayos sobre el peronismo. Obtuvo su doctorado en Princeton University y enseñó en la Universidad de Buenos Aires, Universidad Torcuato Di Tella, University of Southern California y San Francisco State University y en la sede porteña de New York University. Actualmente es investigadora adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y docente de la Universidad Nacional de Hurlingham y la Universidad Nacional de las Artes.

En 1999 Gabriela Liffschitz recibe un diagnóstico médico: cáncer de mama y también indicaciones sobre su tratamiento: mastectomía, rayos, quimioterapia. Hasta el momento era escritora –había publicado dos libros, *Venezia* (1990) y *Elizabetta*, (1995) y circulaba entre los grupos de poesía–, periodista cultural –jurado del premio Clarín, reseñista para el suplemento de ese diario y otros–, productora de la *Rock & Pop* y luego productora independiente. Tiene 36 años y el cáncer la consolida como fotógrafa. Decide hacer de ese anuncio, un motor de proyectos estéticos nuevos y también ocupar la escena médica y convertirla en un escenario estético y personal. O retomando sus propias palabras, armar una historia que la sacara de “la tentación de ser la herida para ser su observación”.

Ya en el hospital, empieza a escribir los textos de lo que luego sería *Recursos Humanos*, un libro –no sólo– de imágenes, publicado en una editorial armada por un amigo, especialmente para la ocasión. Allí, en lugar de cubrirse con el manto médico de la piedad y la vergüenza, se desnuda frente a la cámara. Como lo saben los estrategas de la guerra y lo sabemos las mujeres: no hay mejor defensa que un buen ataque.

Los textos y las fotos en blanco y negro de Liffschitz no construyen la figura de la belleza trágica, ni se regodean en la desgracia; tampoco la niegan. El pecho faltante y la cicatriz, no se exhiben ni se ocultan, se exponen con sensualidad y pudor. Y sobre todo: con desafiante y graciosa calma. Las imágenes y las palabras exhiben un cuerpo cualquiera, como el de cualquiera y a la vez, un cuerpo distinto, el suyo. Así convocan a cualquiera que tenga un cuerpo y lo conciba acechado por la contingencia, la finitud, la enfermedad. Por otra parte, el Yo que allí surge se ubica en un más allá de la identificación: no es cualquiera, es ella, hermosa, delgada y enferma; es ella con el coraje de pavonearse donde otros se lamentan, de jactarse de su inteligencia o de su capacidad para hacer esta jugada.

En lugar de cubrirse con el manto médico de la piedad y la vergüenza, se desnuda frente a la cámara. Como lo saben los estrategas de la guerra y lo sabemos las mujeres: no hay mejor defensa que un buen ataque.



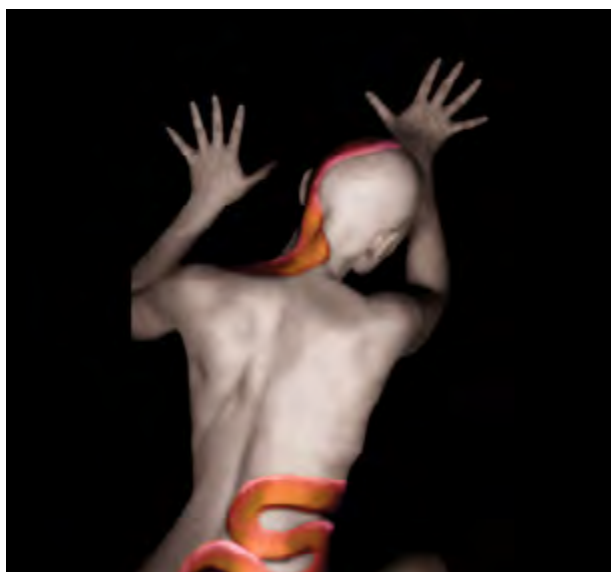
Parte de la fuerza de *Recursos Humanos* se juega en ese vaivén entre lo identificatorio y lo ejemplar, entre la vulnerabilidad y la valentía. Sin embargo, una cuestión clave de todo el mecanismo es justamente la elección de la primera persona y del autorretrato. Liffschitz no se deja narrar ni fotografiar por otro. No es solamente objeto de admiración o piedad. Al elegir la primera persona y el autorretrato, ella se vuelve simultáneamente la herida y su observación. Diseña un ojo que percibe y abre la posibilidad de percibir aquello que se muestra, sin sublimar el cuerpo ni espiritualizar su atractivo sino explorando sus tramas infinitas: el límite poroso entre la enfermedad y la salud, los engranajes de la belleza y la anomalía.

Un poco después, con varias *quimios* encima y diagnósticos nada auspiciosos volvió a la carga con otro libro, *Efectos colaterales* (2003), ahora publicado a color, en mejor calidad y en una editorial ya establecida. Allí agregó dos series nuevas. En una de ellas posa para la cámara completamente desnuda y con dos serpientes tatuadas sobre el cuerpo. El libro no se propone enfrentar a la ciencia médica, denunciar sus protocolos de sumisión de los cuerpos, enfrentar las políticas públicas, la distribución de drogas y administración de la salud. Hay alguna pizca de eso, pero ese no es el blanco más evidente. Más bien se trata de arrebatarle a la medicina sus símbolos y convertirlos en otra cosa: un tatuaje, un adorno para acentuar el erotismo, un vocabulario –jarabe de morfina, metatrexato, ciclofenax– con el que puntuar las series. La consigna parece ser: poner el pecho –que no se tiene– para transformar instrumentos de salvación o

de suplicio en joyas para las chicas. Una apuesta fuerte contra los cuerpos dóciles reducidos a sustrato biológico por la medicina o reglamentados por la normalización de la belleza.

El trabajo de Liffschitz ocupó la escena de comienzos del siglo. Fue materia de lecturas periodísticas y académicas, nacionales y extranjeras. Sus fotos circularon en los suplementos culturales y se exhibieron en el Centro Cultural Islas Malvinas y Recoleta. Eran los años noventa, la época de los cuerpos intervenidos –la época de Orlan, para citar un ejemplo contundente– y también la época de explosión de las políticas identitarias, del descubrimiento de que “lo personal es político”. En ese contexto, la obra de Liffschitz tenía una potencia inusitada. No por decir que las mujeres que carecen de algo –un pecho, tales o cuales atributos– también son bonitas, sino por destartalar la noción misma de belleza. Se trata menos de reclamar el derecho a una lista “paralela” de atributos y representaciones de lo femenino y de la belleza, y más de hacer explotar la lista “central” al incluir en ella elementos que ‘naturalmente’ –es decir, debido a una fuerte regulación ideológica– serían ajenos.

Su trabajo confronta la idea de que la enfermedad es un camino de dirección única: hacia la muerte o hacia la entrega a la medicina, sus instituciones, tecnologías e imaginarios. Pero esa confrontación más que trazar otros caminos y otros imaginarios –otras imágenes posibles de la salud y la enfermedad– hace temblar las condiciones mismas de esa configuración ideológica y visual.



Las imágenes tienen una contundencia perturbadora justamente porque proponen una inquietante imbricación entre lo sano y lo enfermo, entre el presente de lo vivo y su final.

A fines del 2000, Gabriela empezó a participar de los seminarios que organizaba su analista Jorge Chamorro en la EOL. En ese momento, fantaseaba con volverse analista, estaba entusiasmada con participar del dispositivo del pase y dar testimonio de su fin de análisis. Escribió entonces *Un final feliz*, un libro que coquetea con ese dispositivo, aunque explícitamente dice no pertenecer a él. Estrictamente hablando, es un libro de no-ficción, un diario de un análisis que cuenta eso: la experiencia particular de un sujeto en análisis, el modo en que alguien dejó de responder a cierta llamada, dejó de ser interpelada por cuestiones que, por ejemplo, la ubicaban en el lugar de la víctima. Lo que se narra no es un proceso de auto-control, autoconocimiento o aceptación del destino, sino justamente una recolocación. Este libro póstumo sobre el fin –el fin del análisis y el fin de la vida– es, igual que los anteriores, un libro sobre la mirada, sobre los lugares desde donde ver y dar sentido. También es un relato sobre la cura y los fantasmas, un texto que combate, con otras herramientas, las particiones naturalizadas que ordenan cuerpos sanos y enfermos, vivos y muertos. *Un final feliz* constituye una apuesta por lo viviente que, lejos de confirmar su pura positividad, se propone darle sentido a la experiencia desde el final y, también, darle sentido a la experiencia del final.

Pasaron más de dos décadas desde la publicación de los libros y de la muerte de Gabriela. Me pregunto cómo leerla hoy, cómo leer su obra hecha de palabras e imágenes, pero también de intervenciones. Y pienso en su obra en el sentido más amplio y más postautónomo del término, es decir, aquello que excede al artefacto foto, libro, muestra y que desborda también el campo de la ficción

para derramarse alocadamente en los resquicios de la cultura y las formas de vida.

Releo sus primeros libros, me detengo sobre todo en los últimos y no puedo dejar de armar una suerte de historia de las imágenes del cáncer: “The Warrior”, el desnudo frontal de la escritora californiana Deena Metzger tomado por Hella Hammid a fines de los años setenta, con los brazos abiertos y las palmas hacia el cielo que muestra un pecho y un tatuaje que decora la cicatriz de la mastectomía; la belleza álgida de la ex-modelo de lencería Matuschka, que apareció en la tapa de la revista de *New York Times* en 1993, con la cicatriz en primer plano, enmarcada por un vestido de alta costura blanco y un pañuelo de gasa en la cabeza; la androginia sensual de Gabriela Liffschitz en la portada de *Recursos Humanos*, el cuerpo/voz en los tweets corrosivos de @kireinatatemono, la arquitecta María Vázquez.

Me detengo en algo sobre lo que no pensé mucho mientras estaba ocurriendo: el 12 de febrero de 2004. Como los médicos le habían dicho que ya no había más tratamientos que hacer y todo era cuestión de días, decidió “aprovechar lo que le quedaba del verano”. Así que ese día fui con ella y otra amiga a tomar sol a una pileta de Costa Salguero. Éramos tres mujeres en bikini, pasando el tiempo, esperando a Godot. Lo absurdo de la escena repetía un episodio que ella misma había narrado para una nota en *Página 12*: un verano en México después de la mastectomía. Gabriela propuso hacer topless con gran astucia: “es nuestra oportunidad para ser absolutamente originales, dos chicas, tres tetas”. Yo terminé oficiando de traductora simultánea –en tetas– de un grupo de mujeres canadienses que se acercaban a “felicitarla por su valentía” y también a hablar de trajes de baño y mastectomías. Ese día de Costa Salguero terminó en la terraza de un hotel, en una cena con amigos de ella, su hermana y su hija, organizada por el equipo de Enrique Piñeyro. Porque efectivamente, desde hacía algunas semanas Gabriela había juntado a su gente en una serie de reuniones y comidas interminables para que Piñeyro filmara lo que luego sería su película: el documental sobre ella y en cuyo guión había participado, pero también su película, la de ella, porque la dirigía, discutiendo con el director y nos volvía a todos, testigos, participantes, intérpretes de nosotros mismos. El día de Costa Salguero y de la cena fue el último día de su vida (en realidad, el anteúltimo, el siguiente lo pasó en el hospital). Nadie lo sabía exactamente en ese momento, pero la cuestión venía rondándonos a todos, un poco intoxicándonos de irre realidad, otro poco vertiéndole adrenalina a los hechos.

En un artículo publicado en *Potencias de la enfermedad*, el dossier para *Informe Escaleno*, compilado por Gonzalo Aguilar y Soledad Boero, Gabriel Giorgi se refiere a los

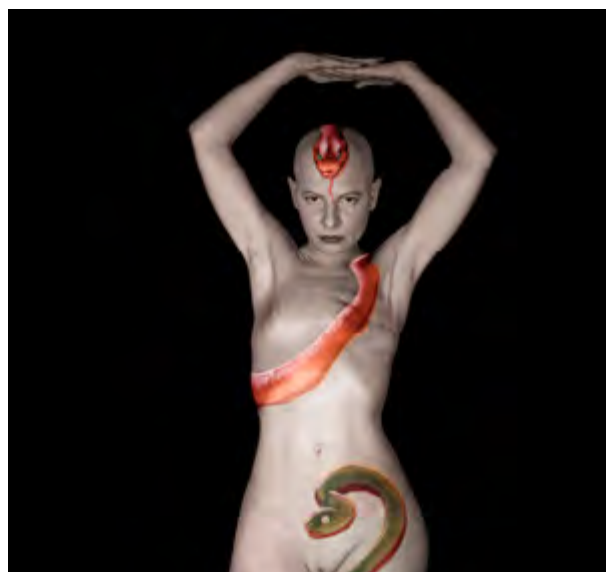
funerales colectivos del *Act Up* y propone pensar, más que en políticas de la memoria, en políticas de la supervivencia. No hay formulación más ajustada que esa para leer a Gabriela desde el presente.

No se trató de dejar una obra, un legado, un monumento, un recordatorio, sino de súper-vivir.

Ocupar ese tiempo finito después de cada diagnóstico, menos como tiempo que queda y más como tiempo que se tiene. Una lección de clásica sabiduría femenina –o de histeria casi maniaca–: lo que hay es genial, es lo mejor. Porque es lo que hay. En ese gesto, Gabriela instalaba un tembladeral: subrayaba que la vida del enfermo lo confronta a una finitud que en verdad nos afecta o nos infecta a todos.

Es que lo de Gabriela era realmente contagioso. Contagiaba ese súper-vivir al borde, esa concepción estallada del tiempo –todo tiempo es tiempo pleno y simultáneamente todo tiempo es tiempo de espera–, contagiaba un cuestionamiento de los modos de ver o de las condiciones del ver, del ver al otro y del verse. Contagiaba literalmente produciendo una suerte de histeria colectiva que se inscribía en los cuerpos y en la inquietud de los que la rodeábamos: el amigo escritor que, en una traducción un poco rudimentaria, estaba aterrizado por tener cáncer de testículos o yo misma que, sin traducción alguna, me hacía mamografías compulsivamente y contra toda indicación médica.

Refiriéndose a los “registros del morir” de ciertos escritores chilenos, Matías Ayala distingue la muerte y el morir. El morir es aquello que le acontece al (y en el) propio cuerpo y, por lo tanto, dice Ayala, el sujeto deviene un puro sustrato biológico que no da lugar a la reflexión. La muerte, en cambio, es siempre ajena, es el acto de dejar de vivir que le sucede a los demás y es en esta tradición, explica, en la que se inscribe la posibilidad de una argumentación conceptual, desde la platónica Apología de Sócrates, la fenomenología sartreana o la negatividad radical de Bataille o Blanchot. En esas últimas semanas, Gabriela enloqueció esa diferencia: imprimió cierta ajenidad en su propia muerte y dotó de carácter colectivo al morir. Más que dejar que el morir aconteciera, lo convirtió en un tema y un material de su práctica estética y vital. También en un evento, una ceremonia –y por momentos, una celebración– que producía ahí mismo, nuevas formas de comunidad, basadas en afectos, pero también en formas del contagio. Alberto Giordano señala que “la confusión de límites entre lo personal y lo colectivo es una causa política que orienta la escritura del testimonio” y así identifica a Gabriela Liffschitz y a Audre Lorde –autora de *Los diarios del cáncer*– como “maestras de vida porque ofrendan a las demás mujeres, la memoria de sus aprendizajes y sus metamorfosis”. Me interesa una inflexión peculiar de esta dimensión pedagógica que Giordano advierte en la obra de Gabriela.



En su caso, más que convertir lo personal en algo colectivo, representar, enseñar o legar algo a un grupo establecido de antemano –las mujeres, los fotógrafos, los enfermos de cáncer–, se trata de una experiencia abocada a la producción de ese grupo. Y allí reside su carácter político: en no recurrir a una colectividad ya prevista sino, justamente, en congregarla. En esa política o esa pedagogía del contagio, el arte del súper-vivir y el arte del morir la muerte, señalan una convergencia entre política, estética y enfermedad. Hay allí una tarea compartida: la de alterar los marcos que configuran la partición entre la experiencia individual y la de una comunidad o la de producir un pasaje a lo universal y transformar lo particular –lo que le ocurre al Yo–, no en algo que le ocurre a muchos como yo, ni en algo que le ocurre a todos, sino en algo que le ocurre a cualquiera que se deje afectar, contagiar por las imágenes y las palabras.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayala Munita, Matías. “Registros del morir: Santa Cruz, Millán, Lihn”. Ponencia leída en LASA 2016. New York, 2016.
- Brodsky, Graciela. “Si esto fuera un pase. Notas de lectura en la biblioteca de la EOL”. Presentación en las Noches de la Biblioteca de la EOL. Buenos Aires, setiembre de 2004.
- Boero, María Soledad y Alicia Vaggione, “Acerca de la mirada. Apuntes sobre El desierto y su semilla, de Jorge Barón Biza y Efectos colaterales, de Gabriela Liffschitz”. Astrolabio, núm. 3, noviembre 2006, www.astrolabio.unc.edu.ar/edicion_03
- Foster, David William. “Defying the masculinist gaze: Gabriela Liffschitz’s Recursos Humanos”, Chasqui 32.1 (mayo 2003), 10-24.
- Giordano, Alberto. “Por una ética de la supervivencia. Un final feliz (Relato sobre un análisis) de Gabriela Liffschitz”. En Vida y obra. Otra vuelta al giro autobiográfico. Rosario: Beatriz Viterbo Editora, 2011, 17-40.
- Liffschitz, Gabriela. Venezia. Buenos Aires: Último Reino, 1990.
- . Elizabetta. Buenos Aires: Bajo la Luna Nueva, 1995.
- . Recursos humanos. Textos y fotografías, Buenos Aires: Filòlibri, 2000.
- . Efectos colaterales. Autorretratos y textos. Buenos Aires: Norma, 2003.
- . Un final feliz. (Relato sobre un análisis). Buenos Aires: Eterna Cadencia, 2009.
- León, Denise. “Autorretratos de Gabriela Liffschitz: las riberas salvajes de la enfermedad”. Ponencia leída en el Seminario de Literatura Comparada de NYU. New York, 2015.
- Moreno, María. “La cifra impar”. Radar, 10 de diciembre de 2000.
- Piñeyro, Enrique. Bye bye life.
- Vallejo, Soledad. “El cuerpo de los 90s: chicas intervenidas”, EF y Deportes núm. 78, noviembre 2004, www.efdeportes.com/efd78/cuerpo
- Vaggione, Alicia. “Enfermedad, cuerpo, discursos: tres relatos sobre la experiencia”. Cuerpo(s), Subjetividad(es) y Conflicto(s), Carlos Figari y Adrián Scribano (comps.) Buenos Aires: Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad, 2009, 119-30. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/coedicion/scribano/>

EL PRESENTISMO EN EL ESTADO AUSENTE

El premio por presentismo termina convirtiéndose en una fruta amarga. Esas presiones generan consecuencias en el cuerpo de los trabajadores. Las imágenes de Tiempos Modernos de Charles Chaplin parecen no haber perdido vigencia.

Horacio Fiebelkorn

Nació en La Plata, Provincia de Buenos Aires, en 1958. Es poeta y periodista. Fue coeditor del tabloide de poesía

La Novia de Tyson en los años noventa. Entre sus libros de poesía se destacan *Elegías* (2008), *Tolosa* (Eloisa Cartonera, Buenos Aires 2010), *Pájaro en el palo. Antología personal* (Civiles Ilustrados, Maldonado, Uruguay, 2012), *El sueño de las antenas* (Ediciones Vox, Bahía Blanca, 2013) y *La patada del chancho* (Zindo & Gafuri). En 2016 editó *Cerrá cuando te vayas* (Club Hem Editores), su primer libro en prosa.

Preguntas al pie de la cama

E Ir o no ir: no hay mucho tiempo para tomar una decisión. Levantarse o seguir en la cama. ¿A partir de cuántos grados es fiebre? ¿Cómo se mide el “sentirse mal”? ¿Qué puntaje en la escala de la náusea indica que es mejor quedarse en casa y no ir a trabajar? Esta tos ya suena a bronquitis, el dolor de garganta se acerca a la faringitis y la fiebre se parece bastante al inicio de una gripe.

Demasiadas preguntas para una sola cabeza en pocos minutos. Aunque a veces, el interrogante decisivo pasa por otro lado: ¿cuánto dinero de menos se cobrará a fin de mes, si se pierde el presentismo por faltar?

En términos colectivos, la pérdida de ese plus es el único motivo que puede llevar a un trabajador a concurrir, enfermo, a su empleo. Lo que se da en llamar “presentismo patológico”.

Adictos y no tanto

La cuestión del “presentismo patológico” cambia de contexto según la orientación económica del gobierno en curso. Hacia el 2008, por ejemplo, se concentraba más en los *workaholics*: gente que no puede parar de trabajar, dondequiera se encuentre. La perspectiva también se modifica desde el sector empresario.



Tiempos Modernos. Charles Chaplin (1936).

Para la consultora Momento Cero, el presentismo en las empresas “es un problema de salud”. En un informe difundido en abril de este año, destaca que “el presentismo laboral es una suerte de presencia en ausencia, el trabajador está en el lugar físicamente, pero su mente está ocupada resolviendo problemas personales, por lo que su desempeño y efectividad decae considerablemente, incluso muchas veces generando trabas en vez de soluciones. Esto provoca una pérdida de productividad para la empresa en cuestión”.

El informe se hace cargo, parcialmente, de que “en la mayor medida los empleados concurren al trabajo por miedo a perder su empleo”, pero pone su mayor énfasis en que “también concurren por otras razones, como para salir de su preocupación por un rato, por cultura o educación, por temor a recibir un llamado de atención”.

Sin entrar en detalles sobre el concepto de “productividad”, que no suele ser nunca explicado por el sector empresario, el informe parece deslizar la idea de que hay gente que trabaja para no aburrirse o no angustiarse, y no para ganarse la vida.

Por otra parte, el miedo a perder el empleo suele ser fogueado por las propias patronales ante cualquier reclamo de mejoras: “si no te gusta este trabajo, pensá que afuera hay una cola larga de personas que querrían tu puesto”. Como sea, la evaluación negativa del “presentismo” en el sector privado se afirma en una ecuación de rentabilidad, ya que, según el informe mencionado, genera a las empresas más costos que beneficios, y cita como ejemplo, a su vez, los datos de otro informe, procedente de USA, según el cual “tener personas trabajando enfermas cuesta a las compañías de Estados Unidos alrededor de 150 billones de dólares”. Así planteado, invita a pensar que, con echar a la calle al personal enfermo, el “problema” se terminaría.

El Estado

Con todo, por donde se lo mire, el presentismo parece no tener buena prensa en el sector privado: no les estaría funcionando como estímulo posible.

Y el premio en metálico para la asistencia perfecta está muy cerca del galpón de las herramientas inservibles. Siempre según el criterio de “productividad”, que a lo sumo se limita a una cuestión de “producir más en igual periodo”

Si no funciona en el sector privado, ¿qué mejor que implementarlo en el Estado? Ese parece ser el razonamiento de la gestión que arribó en diciembre del 2015: si algo se puede hacer mal, hay que hacerlo mal. O incluso peor.

Así fue como en abril el Gobierno nacional estableció un nuevo régimen para controlar las inasistencias en el sector público. La idea, se dijo, es avanzar en un sistema biométrico unificado. Sólo con el pulgar, quedará el registro de ingreso y egreso de los empleados en sus reparticiones.

El miedo a perder el empleo suele ser fogoneado por las propias patronales ante cualquier reclamo de mejoras: “si no te gusta este trabajo, pensá que afuera hay una cola larga de personas que querrían tu puesto”.

“Corresponde estandarizar procedimientos –se afirmó en el Boletín Oficial– para facilitar la correcta administración documental y reforzar el control, tanto para la administración como para los agentes”.

La nueva normativa agrega que “los directores nacionales, generales o sus equivalentes” de cada área serán los responsables del registro de asistencia y del cumplimiento del horario.

Esos funcionarios deberán llevar “información detallada del personal y los horarios de ingreso y egreso de cada agente”, además de remitir esos datos periódicamente al área de recursos humanos de cada ministerio.

El plan tendrá aplicación sobre los más de 300 mil trabajadores de la administración pública nacional y



fue parte del acuerdo paritario que suscribió UPCN. En dicho acuerdo el gremio aceptó un 20% en tres tramos y un adicional por presentismo de 1300 pesos mensuales que se medirá y se pagará por cuatrimestre. Según evaluó la CTA, “en números, una inasistencia en cuatro meses significará 5200 pesos menos en el ingreso del trabajador que, incluso de no faltar jamás, no sumará ese monto en su salario básico”.

El acuerdo paritario no fue suscripto por ATE, ya que el convenio no contempla las licencias por enfermedad.

Volvemos al principio: 5200 pesos menos en el bolsillo de cualquier asalariado, se hacen sentir a la hora de planificar los gastos en el hogar.

Para Flavio Vergara, miembro del consejo directivo de ATE Nacional, “estamos absolutamente de acuerdo con que la gente debe estar presente en su lugar de trabajo, pero queremos un Estado presente. Y un Estado presente no se construye a partir de meterle presión a la gente, para que tenga que ir a trabajar enferma disminuyendo enfermedades, lo que se agrava en el caso de los trabajadores de los hospitales. Ni para que tenga que dejar a los hijos enfermos en la casa porque necesitan el mango”.

La lógica flexibilizadora del sector privado quiere abrirse paso en el Estado, y nadie atina a explicar coherentemente en qué consistiría la “productividad” en la administración pública. “Es muy básico –agrega

Vergara- porque está vinculado solamente a los trabajos administrativos, y el Estado tiene una cantidad y variedad de funciones que no se pueden medir con los indicadores que ellos imaginan. La productividad es que el Estado sea eficiente, y la eficiencia es poder atender a la gente y solucionarle sus problemas, no ponerles marcadores”.

De eso parece tratarse: de lograr un Estado que no sólo deje de resolver los problemas de la población, sino que incluso los agrave. Un informe de la Fundación Soberanía Sanitaria, a partir de datos de la UNICEF, subraya que, sólo en la ciudad de Buenos Aires, durante 2016 murieron 36 bebés menores de un año más que en 2015.

Los principales factores, según dicho informe, son la pérdida de poder adquisitivo de los sectores más vulnerables, la reducción del presupuesto nacional en salud y la desarticulación de programas sanitarios nacionales como el Remediar, el Plan Qunita y la asistencia médica de ACUMAR en los barrios cercanos al Riachuelo.

Los programas cancelados no parecen encajar en una lógica que se limita a ver el Estado como un simple ámbito administrativo, lleno de "vagos".

La peste

Despidos de a miles, caída del salario, desmantelamiento de programas de salud. Un documento de la Universidad Católica Argentina asegura que ha crecido el malestar psicológico en la población sumergida en la pobreza estructural. Depresión, ansiedad y la sensación de que nada puede hacerse para modificar su situación.

Los que aún tienen empleo, mientras tanto, se enferman como cualquiera, pero ya no deciden fácilmente tomar licencia: es menos dinero, en tiempos en que el dinero escasea para la gente de a pie.

Alicia Stolkiner, licenciada en psicología y docente en la UBA y en la Universidad de Lanús, explicó en su muro de Facebook lo que significa, actualmente, “presentismo patológico”: “Es cuando se asiste a trabajar a pesar de que eso pone en riesgo no solo la salud propia sino la de otros. Es lo que sucede cuando un maestro/a, para no perder la bonificación por presentismo, indispensable en época de salarios flacos, toma un antigripal y se va dar clase desparramando los virus o bacterias en un curso de varias decenas de niños”. Stolkiner dio en el último invierno un ejemplo de su propia cosecha: “A pesar de tener ya síntomas, me fui a cumplir una actividad laboral y tomé el subte en hora pico... a alguien debo haber contagiado. Pese a eso, los economistas que nada saben de epidemias y sí de aumentar la productividad, se deleitan con los premios al presentismo

(que se pierden aún cuando se faltó por enfermedad) y los laboratorios nos proponen medicamentos maravillosos que nos permiten ir a trabajar, aunque estemos enfermos, favoreciendo el contagio de los otros. Así hemos llegado en la Ciudad de Buenos Aires a una epidemia de infección respiratoria o “gripe” muy notoria de la que no se habla, ni se hace mención alguna.

¿Quién se siente a salvo de todo esto, además de las personas que toman las decisiones que afectan la vida de millones?

Los que aún tienen empleo, mientras tanto, se enferman como cualquiera, pero ya no deciden fácilmente tomar licencia: es menos dinero, en tiempos en que el dinero escasea para la gente de a pie. Hay que concurrir, enfermo, al empleo. Es lo que se llama “presentismo patológico”.

Si en el campo de la salud mental se abordan los “consumos problemáticos” como las drogas y el alcohol, sería oportuno quizás incluir en ese rubro al consumo de una sustancia tóxica que se difunde a través de casi todos los medios de comunicación. Una adicción que no aparece en las cartillas oficiales y que deriva en un estado de indiferencia alucinada, tal como lo describió en su momento Albert Camus en su novela *La peste*:

“Nuestros conciudadanos no eran más culpables que otros, se olvidaban de ser modestos, eso es todo, y pensaban que todavía todo era posible para ellos, lo cual daba por supuesto que las plagas eran imposibles. Continuaban haciendo negocios, planeando viajes y teniendo opiniones. ¿Cómo hubieran podido pensar en la peste, que suprime el porvenir, los desplazamientos y las discusiones? Se creían libres y nadie será libre mientras haya plaga”. ■

EL TENIS: REFUGIO, ESPERANZA Y FRACASO

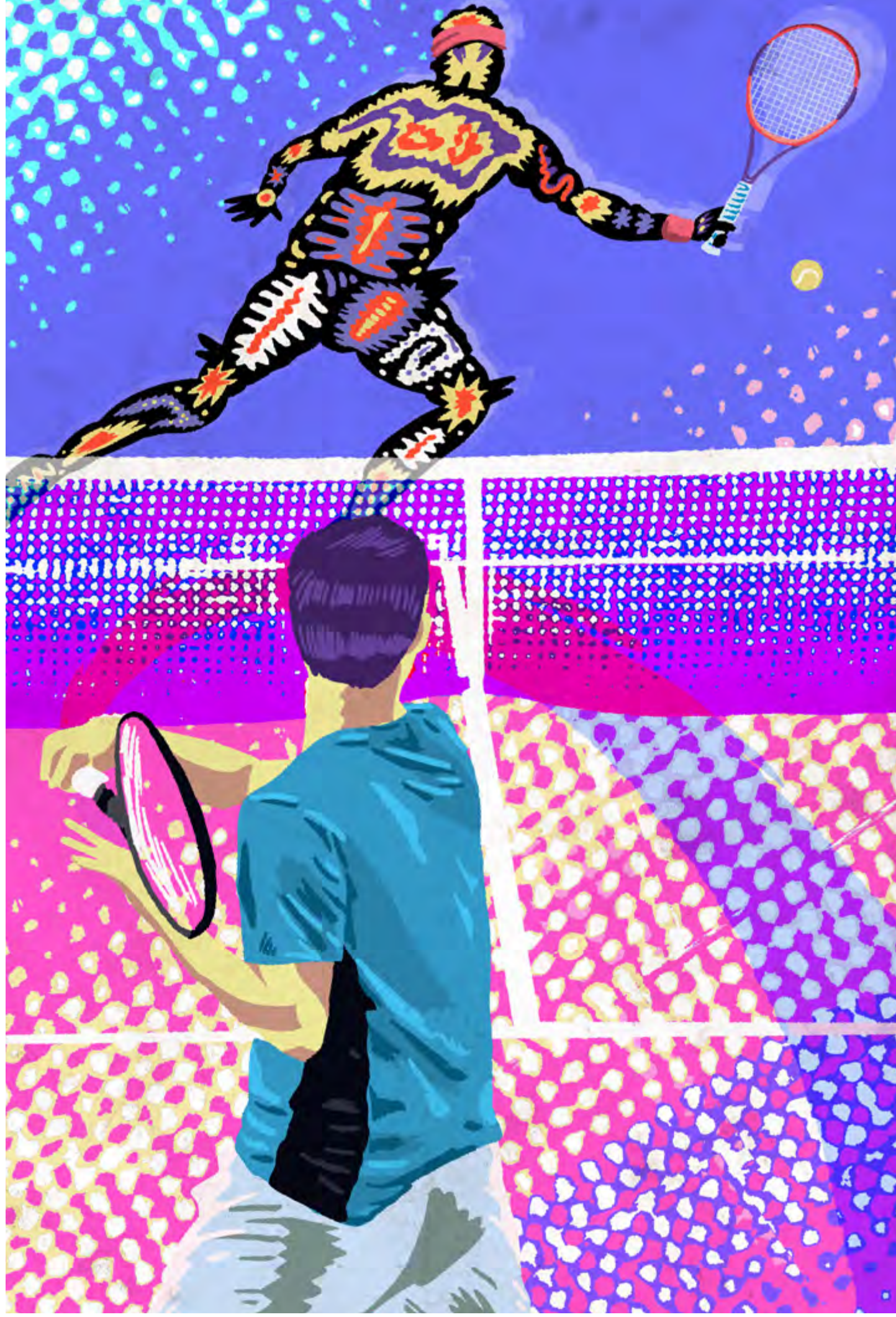
El tenis es tal vez el deporte donde el individualismo se hace más evidente, obligando a una competencia alienante y feroz. De las consecuencias en el organismo de los jugadores, habla esta nota.

Omar Genovese

Escritor, crítico literario y editor.
Publicó la novela *Norep* (2010)
y compiló el libro *Los Archivos
de Nación Apache* (2010),
blog cultural. Desde hace 7 años
colabora con el suplemento
Cultura del diario Perfil.
Ha publicado artículos
y ensayos en revista
Crisis, Replicante (México)
y *Crónica Uno* (Venezuela).

Tengo borrosos recuerdos de cuando pisé una cancha de tenis por primera vez. El que más se impone es el de la inmensidad de sus límites, lo lejos que pasaba la pelota, lo difícil de llegar a ella para impactar con la raqueta. Tenía 7 años. Mi madre me llevó al Country Club de Banfield, a la fuerza, a tomar clases. Quería que no frecuentara la calle, parece que era un pichón rebelde y peligroso. Cosa que sostuvo durante toda mi escolaridad, por pura costumbre. La cuestión es que le tomé el gusto y, poco a poco, llegué a formar parte del primer equipo de interclubes de esa institución, categoría cadetes. Jugaba dobles con “El sueco”, hijo de un diplomático argentino, nacido allá, y más vago que yo. Perdimos como los mejores, pero viajamos a muchos clubes, sufrimos en carne propia la diferencia técnica de un deporte que tenía a Vilas como máximo ídolo y a una gran masa en la ignorancia tribunera. El tenis era caro, muy caro para una familia trabajadora, incluso de clase media. Hoy se repite esa máxima.

A los 18 ingresé a la universidad y dejé de jugar. Con el servicio militar pendiente, en 1980 caí en manos del Ejército Argentino por desistir de la Química, y volví a los courts de una manera profesional: por cada clase de tenis que le daba a un oficial me salvaba de hacer guardia toda la noche. Tenis o no dormir. Eso es poner ganas en el deporte. Pero la vida da revancha, y el salto temporal me devuelve a 2004 (sepan disculpar semejante elipsis, pero mi vida no es una aventura repleta de emociones a nivel cinematográfico).



Vuelto a la vida deportiva por puras ganas, ya con 7 años jugando el circuito de veteranos de la Asociación Argentina de Tenis, con un grupo de amigos (dos adolescentes y un veterano como yo) nos inscribimos en el curso de la magna institución, para egresar como Profesor Nacional de Tenis. Luego de eso y al año siguiente: curso de Entrenador Nacional, un gran peldaño por encima. Durante diez años enseñé tenis. Incluso entrené jugadores con alguna intención para la competencia. Pero mi intención va más allá de transmitir qué es lo importante de este deporte sino tratar de aclarar algunas zonas oscuras, difíciles, que hacen a cierto aspecto salvaje que las marcas que sustentan al profesionalismo tratan de ocultar.

Las escuelitas de tenis dividen a los niños por edad. Luego de los primeros pasos en que los alumnos coordinan movimientos y logran dominar la dirección de sus golpes, ocurre la división por capacidad deportiva. De un lado los buenos, del otro el montón.

La infancia perdida

Las escuelitas de tenis dividen a los niños por edad. Luego de los primeros pasos en que los alumnos coordinan movimientos y logran dominar la dirección de sus golpes, ocurre la división por capacidad deportiva. De un lado los buenos, del otro el montón. Así de simple, aunque profesores, entrenadores, padres, hermanos, tías y referentes del deporte traten de disimular con eufemismos. El grupo selecto debe competir entre sí, competir representando al club donde se forman y, cuando alguno de ellos muestra aptitudes para ganar, el grupo familiar debe tomar una decisión: el tenis o la educación. Claramente es la posibilidad de lo profesional o el saber, vale decir, educarse con menor calidad (rindiendo de manera libre las materias) o abandonar la escuela.

El proyecto de jugador debe viajar para jugar en todos

los torneos posibles. Primero en el país, luego en los países limítrofes, y así calificar en el ranking nacional, sudamericano, y por qué no, internacional. Esto prepara al niño (lo sigue siendo, todo el tiempo) para el rigor del profesionalismo. Lo introduce en el universo donde existe la responsabilidad de jugar contra todo y todos, dentro y fuera de la cancha. Incluso, contra su propio entorno familiar. Hace unos años, la ITF (institución reglamentaria del tenis a nivel mundial) deslizó una estadística cruel: de cada 1000 niños-adolescentes que juegan para ingresar al circuito profesional, solo uno puede llegar a top-ten. Así de cruel es la selección, a partir de factores de riesgo de distinta índole: que el niño no se enferme ni lesione, que su entorno disponga de dinero (o sponsors) para desarrollar su entrenamiento (hoy en día debe disponer de entrenador, preparador físico, médico nutricionista, peloteador, ropa, zapatillas, raquetas, encordados, psicólogo) y financiar sus viajes, que también disponga de la contención social necesaria (se lo separa de sus pares, desarrolla su organismo de manera sexual, lo que produce un conflicto hormonal con la disciplina deportiva). Esto último se expresa en el crecimiento desproporcionado, conflictos de autoestima, ansiedad y falta de concentración. Y es el gran fantasma de los entrenadores: puede que el adolescente salga de ese centro de escena deportiva para dedicarse a ser lo que es y perder el tiempo, como sería el caso de enamorarse...

Y luego el estrés. El estrés de la competencia y el estrés de la soledad. Al alejamiento de la relación social sigue la responsabilidad, la carga, por la cual el jugador sabe que todo está en función de sus resultados. Como en el tenis no existe el empate, el ganador es eso, ganador. La red separa del otro, sin contacto físico, generando pura competencia por aprovechar cada circunstancia en el propio beneficio. Esta disociación extrema trae al escenario un fantasma recurrente, la frustración. Ejemplo de ella, por encima de todo éxito, y como recordatorio de tanto sacrificio, está el grito de Gastón Gaudio: “qué mal que la estoy pasando”. La frustración ante la derrota lleva al jugador a un duro aprendizaje sobre el propio error, el exceso de expectativa en su rendimiento, así como al concepto de límite humano.

Es algo por encima del error, y aquí podemos pensar en cierta lógica pueril en torno a la autoayuda, pero equivocarse es el escenario más recurrente del tenis: no solo es errar un golpe decisivo, también es equivocarse la estrategia, la táctica, el desgaste físico en la competencia. Y este estrés tiene secuelas imprevistas.

Por ejemplo, hoy conocemos que André Agassi, ya de joven, jugaba con extensiones de pelo, pues era calvo. La tensión de la exigencia lo dejó sin pelo, lo marcó por siempre.

Más allá del límite

Por razones climáticas, la pretemporada de los tenistas se hace en verano. Esa preparación lleva al límite la resistencia: si el deportista sufre una descompensación por el exceso de calor, vomita en el fondo de la cancha, se hidrata y vuelve a entrenar.

La resistencia es importante: en un torneo todo puede ocurrir y el que abandona, pierde. Pero hablamos de profesionales, aquellos que dejaron atrás esa infancia exigente, donde hacia su final aparece la medicina deportiva con el acallado cóctel de suplementos para el desarrollo y crecimiento.

Si el proyecto de jugador no tiene el físico necesario para competir, aparece el suplemento químico. Aquél que supo observar a los tenistas argentinos recordará los notables cambios entre los 17 y 18 años.

De lucir alfeñique pasa a la contextura de un boxeador, y eso no ocurre comiendo asado ni corriendo gallinas, menos aún en el gimnasio. Tal situación está generalizada en todo el mundo. Nadal también es un ejemplo de ello, la dimensión muscular escaló tanto que (y ahí las consecuencias indebidas) sus coyunturas articulares sufren semejante carga, vale decir, duelen sus rodillas, tobillos, cadera. Pero el dolor es un accesorio. Y si no duele, dice el refrán, no es tenis.

La técnica y la medicina avanzaron junto con la tecnología. Hace 20 años el tenis dejó de ser un deporte “blanco”, o de elite, porque los nuevos materiales de las raquetas abarataron el costo y aumentaron la velocidad del juego. También revolucionó al juego mismo: el jugador dejó “el estilo pulcro y tradicional” por la necesidad de meter la pelota en la cancha a más velocidad, potencia y desde ángulos insólitos. Nadal puede ser la síntesis y Federer su antítesis, como una lucha entre dos formas de ganar.

Pero como dos casos extremos también confrontan sus variantes. Del Potro con sus casi dos metros, físico de basquetbolista, terrible palanca para pegar de derecha, representa a cierta generación de gigantes que antes era imposible en el single, pero sí en el dobles.

Pero hoy, contradiciendo tal mito instantáneo (el deporte tiene eso de instalar verdades de corta duración), Diego Schwartzman (1,70 m, 64 kg) avanza en el ranking derrotando a jugadores de mayor talla y potencia.

La velocidad y la estrategia también triunfan, esta vez de la mano de un coach: Juan Ignacio Chela, ex jugador que supo representar a esos flacos, altos y de mucha potencia.

Pero a no engañarse. La pirámide del éxito sigue siendo tan empinada, como siempre. El tema es el grand tendal de ex jugadores que quedan en el camino, los

frustrados, o aquellos que pasan a alimentar la máquina de formar jugadores como entrenadores, peloteadores o formadores de niños.

Esa gran nube se retroalimenta todo el tiempo, tal vez comparable con la “picadora de carne” que alguna vez me refirió cierto vicepresidente de Vélez Sarsfield. “Somos una máquina de vender jugadores, la única forma de mantener al club”.

Aparece la medicina deportiva con el acallado cóctel de suplementos para el desarrollo y crecimiento. Si el proyecto de jugador no tiene el físico necesario para competir, aparece el suplemento químico.

Pese a todo, nada mejor que pensar el tenis como la posibilidad de un deporte para toda la vida. No siempre hay que ganar, tampoco desafiar al otro para obtener ventaja, el tenis tiene una ventaja que es su complejidad, variantes, dificultades. Tal vez en un partido no se pueda triunfar pero sí realizar jugadas donde se domina la técnica y la inteligencia.

El tenis es una habilidad, lúdica, reconfortante y llena de frustraciones. La mejor forma de practicarlo es pensando en el propio rendimiento, en el constante aprendizaje, en la superación de los propios límites. Pero digo jugarlo.

Esa elite que sirve de ejemplo, como referencia para la admiración, no es el destino de la mayoría de los jugadores. Tal limbo es falso, genera expectativas en exceso, cuando la práctica de este deporte debe sustentar la mejora continua del estado físico y la propia técnica.

Como medida sanitaria, practicar tenis, que un hijo lo haga, debe estar por fuera de toda presión. Lo importante es preservar al sujeto para que pueda seguir su existencia sin una carga negativa. Ser tenista no es ser lo mejor, sino aquello que uno quiere ser, una mera elección más en la vida. ■

DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD

La salud y la enfermedad negocian sus fronteras en el devenir humano. Los cuerpos son hojas meciéndose en los caprichos del destino, apenas ensueños de tan leves. Los poemas de Carlos Battilana siguen las líneas de un sismógrafo que registra la metafísica del dolor. El quebranto altera el paso, pero templea el espíritu.

Después de la enfermedad de Un western del frío

Fui cruel.
Y todo
lo que pueda
escribir,
toda utopía de religiosidad,
no repara
el instante alto y sostenido
en que la ira
fue mi propósito.

Hoy,
en este día,
devuelto de una enfermedad,
liberado de fiebres e insomnios,
arreglo objetos rotos
acomodo
los papeles
ordeno viejos emprendimientos.

Sin el aire del olvido
afuera hay sol,
y hoy
podré ser bueno
aunque
ya no alcance.
Si cada acto de contricción
es la huella
de una herida abierta,
mi cuerpo,
entonces,
se llenará de afluentes
y de ellos brotará
el quebranto
que ningún círculo
y ningún silencio
podrán callar.

Con una bolsa de piedras
al hombro
cubro mi cuerpo
de cruces y voces
y llevo,
a lo alto de la ciudad,
un poco de aire
algo de fresco rocío
para curar las heridas,
lavarlas,
dejar que los tajos
sigan su curso
espontáneo
y así alejarse
-huir-
como un desposeído
hacia los sitios
inhóspitos
del campo.

Nada podrá borrar el pasado
-todos sabemos
que el pasado
es indestructible-
y, sin embargo,
las palabras nuevas
son también cosas,
pequeñas balsas
adonde estar un rato
adonde tender el cuerpo
y escuchar como Ulises,
amarrado a las velas de un barco,
el canto dulce de la oportunidad.

Carlos Battilana

Poeta, crítico literario y docente. Nació en Corrientes en 1964. Reside en Buenos Aires. Sus poemas han aparecido en antologías argentinas y latinoamericanas. Publicó ensayos sobre poesía en libros y revistas especializadas. Entre sus libros de poesía se destacan *Unos días* (Libros del Sicomoro, 1992), *El fin del verano* (Siesta, 1999), *Materia* (Vox, 2010), *Velocidad crucero* y otros libros (Conejos, 2014) y *Un western del frío* (Viajero Insomne, 2015). Realizó la compilación y el prólogo de *Una experiencia del mundo* (Excursiones, 2016) de César Vallejo. En 2008 se publicó en formato digital *Crítica y poética en las revistas de poesía argentinas (1979-1996)*. Los ensayos de *El empleo del tiempo. Poesía y contingencia* (El Ojo del Mármol, 2017) son su obra más reciente, y en fecha próxima se anuncia *Una mañana boreal* (Club Hem).

Lo abraza (inédito)

Atrapado
hundido en ese punto de dolor
situado en la tercera vértebra
de su espalda
concentra
-a través del vidrio-
su mirada en el hijo vencido
que aplaude y llora en el jardín

ya, muchas veces, quiso salvarlo
abrazar su cuerpo
llagado de marcas
y lastimaduras
autoinfligidas
pero no...

como si la vida, como si su vida
fuera un tonel sin fondo

un torrente interminable
como si ese punto físico de dolor
situado
en la tercera vértebra de su espalda
fuera una transmutación,
un hilo
que une todas las cosas
que llamamos "lo incomprensible",
como si ese punto físico situado en la tercera vértebra
de la espalda
soportara
los males del mundo
mira, otra vez, a su niño grande
lo abraza lo acaricia
recibe ese instante
con el peso de lo que no puede
ya salvar ni sostener.

Al día siguiente (Una conversación con Omar Chauvié) de Un western del frío

Cuando leí por primera vez a Vallejo
-a los 18 años-
fue un relámpago
algo que no podía comprender bien
...dije, esto era lo que había que hacer
recuerdo que lo leí
previamente a una operación

yo estaba feliz en mi cama
en la soledad del hospital,
al día siguiente
me pondrían anestesia general
pero yo ya había leído a Vallejo
por si acaso.

Las mañanas a E. Z. in memoriam (inédito)

Se me aparece Edgardo
en el hall,
transparente

hemos conversado
otra vez,
como si estuviéramos en Rosario
hace algún tiempo

el lento disfrute de los días
es su manera de estar

la ironía benigna
lo acompaña
no la ironía del desposeído
ni la del rencoroso
sino
la que se inflige
a sí mismo
con una sonrisa

no tiene idea
de la muerte,
obviamente,
nadie la tiene nunca

me muestra la cicatriz
en su cabeza
debajo de su pelo raleado
y hace un gesto
como diciendo
"no pasa nada
está todo bien"

habla a su modo
con gestos suaves
dulcísimos

agradece,
según me dijo,
no sólo la presencia
de la luz

también,
y sobre todo,
cada mañana
del mundo.



VIAJE AL LEPROSARIO DEL CHE

En el mes de junio de 1952, Ernesto Guevara de la Serna y su amigo Alberto Granado estuvieron trabajando como médicos residentes en un leprosario, ubicado en el corazón del Perú amazónico. Ariana Santa reconstruye esos días que cambiaron para siempre la vida del revolucionario argentino.

*¡Mal de Hansen!,
le gritó un niño a otro
en esa tarde pegajosa de San Pablo.*

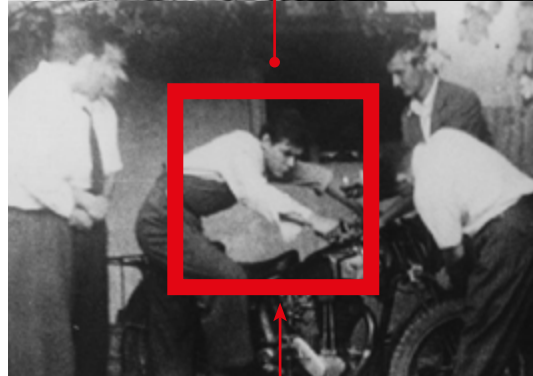
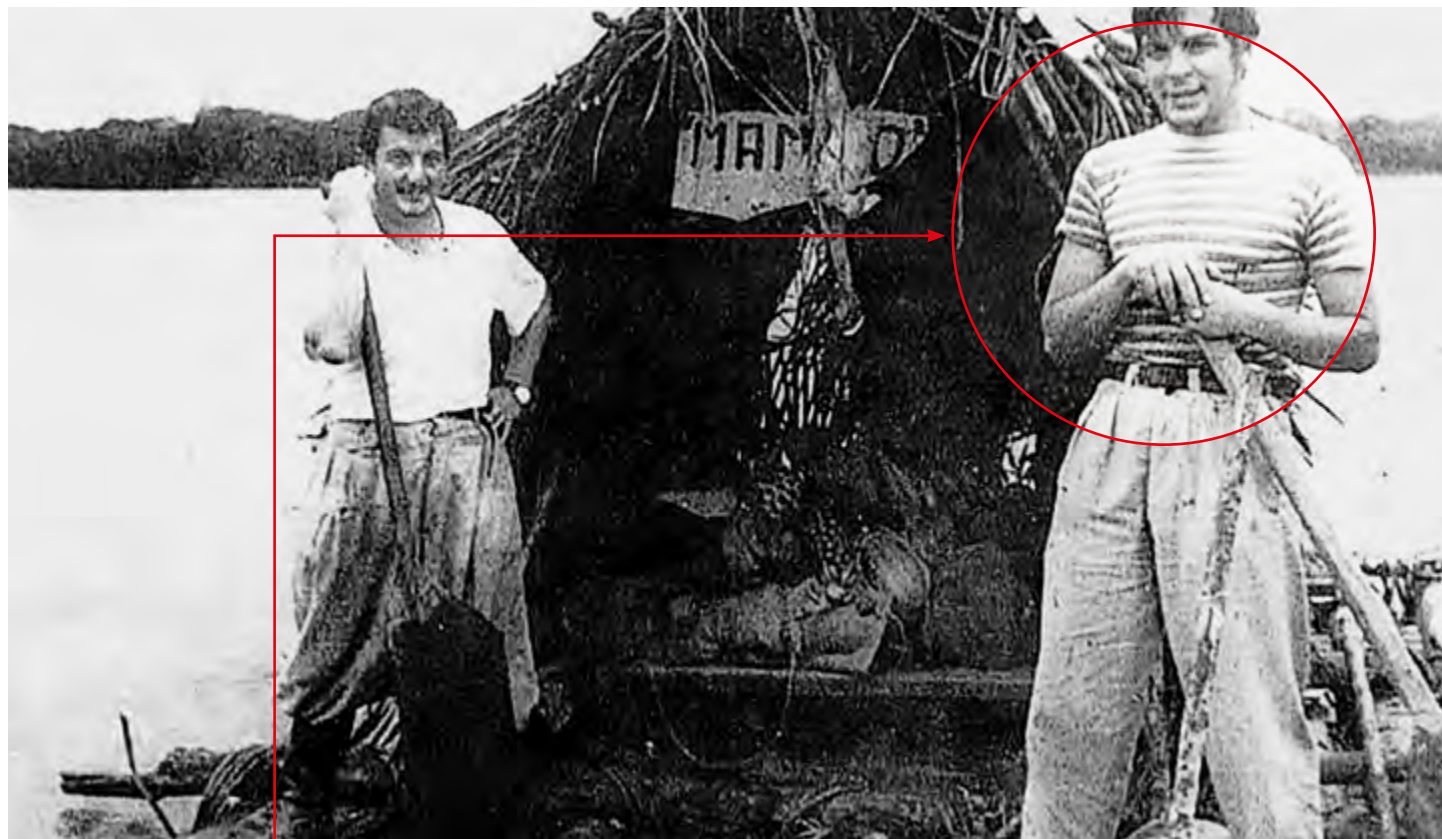
Ariana Santa

Nació en Buenos Aires en 1981. Es profesora de Letras y una apasionada viajera. Trabaja desde 2010 como tallerista de Literatura en Educación Permanente para Adultos (EPA) en UNLA y desde 2013 en la Dirección de Cultura de la Biblioteca del Congreso de la Nación.

Basándome en mi necesidad física de poner pie en los lugares, decidí que mi próximo destino sería el Leprosario de San Pablo de Loreto, a unos 560 kilómetros de la Ciudad de Iquitos, en el Perú Amazónico. No conocía la extensión del poblado, no sabía si había lugar dónde dormir e incluso cuánto quedaría de aquel lugar. No sabía que todavía quedaban enfermos viviendo allí, cuidados por monjas que llegaban de cualquier parte del mundo y que el lugar contenía tantas reminiscencias del año 1952.

El mismo año en el que Evita se moría de cáncer en Buenos Aires, Ernesto Guevara de la Serna y su amigo Alberto Granado trabajarían durante todo el mes de junio como médicos residentes en este remoto resquicio de selva peruana. Ambos recordarían luego esta experiencia como “iniciática”, ya que les permitió involucrarse con la realidad humana y social de *Nuestra América*.

El lugar estaba a más de 1 km. del puerto, escondido entre palmeras, cedros y caobas. Lo primero que vi: una pared rosada, descolorida pero no ruinoso con algunos dibujos que –contaba el guía local Jesús Heredia– eran originales. La llamada “Hacienda” había ocupado el pueblo antes de que se estableciera el Asilo para Leprosos, en 1926. El Asilo también llegó a ocupar todo el pueblo, como la Hacienda. Mediante un alambrado de púas que llegaba hasta el río, se mantenía separados a los enfermos de los sanos (la administración, los enfermeros y los obreros).



Me adelanté, saqué fotos, me sacaron fotos. Recuerdo que me preguntaba cómo sería posible acercarme *sensiblemente* al lugar, cómo podría meterlo en mí para siempre.

Unos veinte metros más hacia delante, se erige la entrada actual al Leprosario que todavía está en funcionamiento; actualmente lo ocupan unos 12 enfermos (en los años cuarenta llegó a tener 2 mil, aproximadamente).

La bacteria de la lepra fue descubierta en 1874 por el médico noruego Hansen, por lo que se la denomina Bacilo de Hansen. Provoca una infección crónica, aparecen heridas y malformaciones en la piel y en el sistema nervioso periférico.

El mismo año en el que Evita se moría de cáncer en Buenos Aires, Ernesto Guevara de la Serna y su amigo Alberto Granado trabajarían durante todo el mes de junio como médicos residentes en este remoto resquicio de selva peruana.

Durante años, en todo el mundo se marginó a los leprosos y se consideraba a esta infección la “enfermedad del Diablo” (nombrada muchas veces en la Biblia). Fue tan fuerte la marginación al leproso que hoy en día una de las acepciones de la palabra “lepra” la describe como “mal moral que se extiende con rapidez y es difícil de controlar y erradicar”.

La eliminación mundial de la lepra como problema de salud pública se alcanzó en el 2000. El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad se vieron facilitados por la integración del tratamiento con los servicios sanitarios básicos de sitios esencialmente pobres.

Hoy en día existen antibióticos que combaten la bacteria casi inmediatamente. Se realiza con los enfermos un tratamiento multimedicamentoso que, si se trata al comienzo de la enfermedad, no trae demasiados problemas. En San Pablo quedaron enfermos que la padecieron desde el nacimiento y que, si bien hoy están bajo medicación, todavía tienen partes del cuerpo comprometidas (generalmente las extremidades y algún daño cerebral). Son los que nunca salieron de aquí, los que no formaron

familias propias y se consideran familia entre ellos y a aquellos que los cuidan.

En la entrada un cartel fileteado con una paloma da la bienvenida:

“Cuando vengas a San Pablo hazlo sin ningún temor, no me mires con los ojos, hazlo con el corazón. Con mis manos mutiladas, pero entero el corazón, puedo darte así una rosa, una dalia o un clavel. ¡Porque en San Pablo se vive el amor!”.

Y unos metros más adelante, hay otro cartel sin fileteado que dice:

“La lepra se contagia de persona a persona”.

La primera vez lo leí mal:

“La letra se contagia de persona a persona”.

Más allá del hall de entrada con piso gris símil mármol, donde estaban los carteles y fotografías de monjas y sacerdotes importantes que allí habían dignificado su labor, estaba el patio central, desierto. Lo rodeaban los dormitorios de los cuales casi tomo una foto, pero respeté su silencio, entrecortado por las vueltas de un ventilador y por el ronquido de un hombre honrando la media tarde.

Para que se produzca el contagio de la lepra se tienen que dar tres situaciones excluyentes: un enfermo con posibilidad de transmitir la enfermedad (porque no todos los que padecen lepra eliminan bacilos fuera de su organismo y mismo esta posibilidad se elimina al administrar la medicación), una persona sana susceptible al contagio (debido a una predisposición genética, porque la mayoría de las personas posee resistencia natural a la bacteria de la lepra) y un período de varios años de roce entre ambos.

Me quedaba la bronca del cartel acompañando el paseo, los pisos partidos, las camas viejas, los pies descalzos y el agua estancada alrededor.

¿Cómo fue cuándo llegaste, Che? ¿Qué fue lo que no contaste en tu diario, cómo te sentías, qué oías, de qué se reían con Alberto? ¿Qué amargura de lepra se les quedó en la boca que, masticada como coca, se les pegó en el alma?

Nos cruzamos con Antonio, enfermo desde los cinco. Haciendo las cuentas, había conocido al médico argentino a los nueve. Mucho no se acordaba, pero sí que *tenía un guardapolvo largo, blanco*, como la madera con la que hoy Antonio talla armadillos, santitos o *lo que se le ocurre*. Antonio, el de dulce mirada, sé que te prometí que te compraría uno, pero luego no pude a causa de los soles peruanos perdidos en un enigma inútil, el del cruce del río.

Luego conocimos a Hildebrando, de 92 años, ciego hace cincuenta. Como habitante más viejo de San Pablo, escribió las memorias del pueblo y habla del argentino con conocimiento, aunque por la lepra que padeció, con alguna dificultad en la pronunciación. Está enfermo desde pequeño y cuenta que fue *operado por Che*.



Así se presenta: *Me operó Che. Me operó así por el brazo desde la muñeca bien hacia arriba. Y él no usaba guantes, se le veían los dedos, sólo se ponía guantes a veces. Venía caminando sonriendo, con el amigo, ¿cómo se llamaba el amigo? Gramado. Granado, sí, Granado.*

En San Pablo quedaron enfermos que la padecieron desde el nacimiento y que, si bien hoy están bajo medicación, todavía tienen partes del cuerpo comprometidas.

¿Fue en este “mar” de abrazos marginados, entre los deformes, donde empezó todo? ¿Tus solturas, tus certezas, tu tenacidad? ¿Fue en San Pablo donde *sentiste* por primera vez el concepto luego tan familiar para vos, el de *Patria es Humanidad*?

Ya habíamos salido del Leprosario y hasta llegar a la casa de Hildebrando habíamos hecho dos kilómetros más,

sudando, bajo un sol extremo de la media tarde en la selva; a través de vegetación exuberante al lado del camino, alguna que otra casa sobre palafitos y con mi memoria haciendo una fuerza extrema por recordar todo lo que pudiese de las anotaciones que había leído en los Diarios del Che o en alguna biografía.

Alberto Granado había contado en alguna entrevista que el Che había cruzado a nado los márgenes del Amazonas. Nos faltaba la experiencia de ver cómo era ese cruce y qué había al otro lado del río. Misterio resuelto en la orilla: una playa con arena blanca, monos, exuberante vegetación. ¿Del cruce a nado? Nadie sabe. Festejó en San Pablo sus aventureros 24 años. ¡Pero es extensísima la anchura amazónica (junos 5 km de orilla a orilla del río!).

Antes de despedirnos, Hildebrando Gómez Hidalgo nos ofreció su *Historia del Leprosario* por otros pocos soles peruanos, el único material bibliográfico con el que cuenta la zona. Él se entretuvo hablando con el guía Jesús. Hay un proyecto de recuperación de este sector del pueblo a través del armado de un “Circuito Museístico sobre el Leprosario y sobre el Che”.

Cuando pasaron los días y tomé distancia de San Pablo de Loreto y de la fluorescencia verde entre la lepra, yo le creí a Alberto y te vi cruzando a nado, Che, entre las piernas de la *matria* amazónica, haciéndole muchos hijos y para siempre.

Le dijo Mal de Hansen. Y el otro chico se rió. ■



*Me gustaban las canciones de amor,
me gustaban esos raros peinados nuevos.*

*De chiquito fui aviador,
pero ahora soy un enfermero.*

Charly García, "Raros peinados nuevos"