

Dos semanas con los sikuaní

En diciembre de 1997 se alertó sobre una epidemia de infección respiratoria en el resguardo sikuaní en Puerto Gaitán, el pueblo más grande del departamento del Meta, al oriente del país. Existía una pequeña empresa de salud que atendía a la población indígena en sus propias comunidades a nombre de la EPS Salud Total, recibió la notificación. El médico asignado para la zona estaba visitando las comunidades del sur del municipio. Necesitaban a alguien que visitara con urgencia las del norte, las más cercanas al casco urbano: el elegido fui yo.

Una mañana, después de cinco horas entre el amanecer llanero, el sueño interrumpido por

los brincos de la flota en la carretera destapada y una nube de polvo, llegué a Puerto Gaitán. En la agencia me esperaba Miriam o Mimí, como prefería que la llamaran, una auxiliar de enfermería morena, menuda y recia, de unos cuarenta años, quien siendo “blanca” fue criada por indígenas sikuaní y aprendió su lengua. Ella sería mi guía y compañera de trabajo.

Durante las siguientes horas nos dedicamos a conocernos. Charlamos bastante y caminamos por todo el pueblo mientras conseguíamos la “remesa”: agua, utensilios para cocinar, comida enlatada, una hamaca para el doctor, las cuerdas para guindarla y un toldillo. Planeamos salir a

las cuatro y media de la mañana, pero *El Paisa*, el conductor que contratamos, llegó tarde. Partimos finalmente antes de las seis.

La carretera central era un corto trayecto de pavimento destrozado que abandonamos pronto para adentrarnos por una trocha, que realmente eran dos huellas serpenteantes de arena en la sabana, a bordo de un viejo y destartado Nissan azul oscuro. Tal vez para Mimí y *El Paisa* era habitual, pero para mí fue pasmosa la experiencia de ver emerger el sol por el borde del oriente,

Samuel Andrés Arias



como un mango maduro en medio de un telón multicolor de fondo, que se iba tiñendo poco a poco de un azul infinito ante la ausencia absoluta de nubes.

Las primeras horas no paramos de conversar. Realmente quien más hablaba era *El Paisa*, mientras Mimí y yo lo escuchábamos. Él llevaba más de cinco años en Puerto Gaitán, y antes de llegar allí había sido el lugarteniente de un barón de la droga en San José del Guaviare, en la época dura de la bonanza cocalera. Cuando mataron a su patrón y a varios de sus amigos, tuvo que huir. Lo perdió todo, llegó a Puerto Gaitán y con mucho trabajo y esfuerzo logró comprar el carro con el que trabajaba.

Después de un rato de silencio, mientras el carro ronroneaba en las muchas subidas y bajadas de serranías, nos confesó que estábamos perdidos.

—Cómo así, ¿caso usted no se sabe el camino? —le preguntó Mimí.

—Pues sí, pero en verano todo este llano es igual.

—¿Entonces qué vamos a hacer?

—Seguir andando hasta que encontremos una casa y nos orienten.

El llano en verano es inclemente. El sol golpea desde que aparece hasta el final del tarde, las nubes no existen, son recuerdos nostálgicos del invierno y de tiempos más frescos. Las sabanas son eternas, interminables dunas de arena y tierras poco fértiles cubiertas por una delgada capa de pasto, surcadas apenas por dos delgadas líneas paralelas, huellas de los escasos vehículos que transitan, y que se bifurcan con frecuencia. *El Paisa* rompió el silencio y nos contó que en verano era una delicia manejar por la sabana, porque en el invierno todo el llano se convierte en un solo charco sin desagües, experiencia que aprendí meses después.

Después de varias horas de vagar por la sabana, al fin atisbamos en el horizonte algo que parecía una casa. Los tres comenzamos a especular sobre cuál sería la mejor ruta para llegar allá, mientras el carro avanzaba; al poco tiempo estuvimos frente a un rancho.

—¡Buenas tardes!

—¡Buenas! —nos respondió una campesina vieja y descalza.

—Vamos para Vencedor Pirirí. ¿Usted sabe cómo llegamos allá?

—Ahí van bien, sólo sigan el camino y ahí

llegan —nos dijo la mujer señalando algún lugar en la sabana.

Mimí y yo miramos a nuestro guía.

—¡Pues claro, seguimos derecho como dice la señora y llegamos! —exclamó *El Paisa*.

—¿Como cuánto hace falta? —le pregunté a la mujer y tan sólo levantó los hombros.

—Fresco, doctor, que ya falta poquito... lo presiento —respondió *El Paisa*.

No teníamos opción, ya no podíamos cambiar de transporte ni devolvemos. Nos tomamos un vaso de aguadepanela con limón que nos ofreció la mujer y continuamos el camino.

Se estima que el pueblo sikuani está integrado por más de veinte mil personas, que viven en un territorio de bosques y sabanas de más de dos millones de hectáreas al suroriente de Colombia, principalmente en los departamentos de Meta y Vichada. Parece que la llegada de los sikuani a este territorio se produjo hace siglos por una migración de indígenas arawak de las Guyanas. La conquista española y el persistente proceso de colonización han cambiado la dinámica de nomadismo a sedentarismo de casi todos sus grupos.

La organización familiar se fundamenta en la autoridad del suegro. Las comunidades se conforman por clanes familiares que dirige un capitán, perteneciente a una familia destacada. Otros personajes con poder político y social son los médicos tradicionales, aunque cada vez son menos por la dependencia que se ha generado a la medicina del “blanco”.

Alrededor de las dos de la tarde llegamos a Vencedor. Aunque la mayoría no hablaba español, sí tenía muy claro qué quería: que los viera el médico. A los pocos minutos de nuestra llegada, prácticamente todos sus habitantes estaban haciendo fila para que los atendieran. Supongo que a eso se han acostumbrado, dadas las escasas visitas del sector salud.

Antes de comenzar la consulta, hablé con el capitán. Me contó que en las semanas anteriores mucha gente estuvo con gripa y que incluso un niño murió, pero que ya casi todos habían mejorado. Así lo corroboré en la consulta: de las treinta y tres personas que atendí en esos dos días, sólo cinco estaban con infección respiratoria aguda alta. La solución para el problema de la mayoría, sobre todo de los niños, no era la visita casual del médico blanco. Me sentí ridículo repartiendo an-

tiparasitarios y multivitamínicos, a sabiendas de que ésa no era la salida para la desnutrición. Allí no se necesitaba un médico, sino cambiar las condiciones de vida y de pobreza. Mi megalomanía facultativa, tan útil en el ámbito hospitalario, se vino al suelo. Me sentía como un hombre con un montón de conocimientos “científicos” inútiles, que no aportarían nada a la salud de esta gente. Por eso el tiempo mejor invertido fue el rato en la noche cuando charlamos con los líderes de la comunidad, compartiendo mañoco y un par de latas de atún que llevábamos. Ellos percibían que su comunidad se deterioraba día tras día:

—Antes vivíamos mejor. Ahora los jóvenes quieren ser como el blanco, vestir como el blanco, tener la plata del blanco. Ya no cazan, no buscan la comida, no les importa la comunidad. Muchos se han ido.

Esa noche calurosa, después de varias horas de jugar a ser doctor, en medio de risas y guarapo, bajo la luz plata de la luna, me sentí parte del mundo, no sobre el mundo. Confirmé la inutilidad de mis conocimientos al irme a acostar y ser incapaz de anudar mi hamaca. Cuando ya estaba resignado a tirarme en el suelo, *El Paisa*, quien aparentemente ya dormía cerca de mí, soltó una carcajada, salió de su refugio colgante, y me enseñó cómo se guinda una hamaca y se pone un toldillo.

A las ocho de la noche del 11 de diciembre llegamos a San Rafael. Nuestro destino era La Florida, pero nos retrasamos y decidimos, por seguridad, no viajar de noche. Al poco tiempo de nuestra llegada apareció una mujer en la casa del capitán, donde nos íbamos a quedar. Le preguntó en lengua sikuani al capitán quién era el médico. Él me señaló. Le dijo que si me podía pedir que viera a una madre y a su bebé recién nacido. El capitán lo hizo y con Mimí fuimos a su hogar.

La casa era de una sola habitación, construida de madera, con piso de tierra y techo de zinc. En uno de los chinchorros guindados estaba una mujer acostada, quien en su lengua le indicó a Mimí que se sentía débil pero bien, que quien estaba muy enfermo era su recién nacido. A su lado, su madre permanecía sentada en una butaca de madera, con un paquete de telas entre los brazos. La señora se levantó y al empezar a desenrollar los trapos vimos a un pequeño bebé moribundo, con una faja manchada con una estrella de sangre sobre el ombligo.

—Samuel, ese niño alumbra —me susurró Mimí.

No era una broma. La palidez del bebé era tan severa que su piel parecía reflejar la luz de la linterna.

Mientras lo examinaba, la abuela nos contó que había nacido dos días antes, después de un parto difícil, pero que el verdadero problema se presentó porque el cordón umbilical se rasgó a ras de piel y no lo pudieron ligar. El niño sangró y sangró por el ombligo hasta alcanzar el estado de deshidratación y anemia severa en que lo encontramos.

Con mucha dificultad y tras varios pinchazos, bajo la luz de varias velas y de una linterna, Mimí le canalizó una vena en un piecito y le pudimos pasar líquidos. Poco a poco el niño recobró algo de energía y al fin lo escuchamos llorar. La mamá y la abuela sonreían, suponían que eso era suficiente, pero en realidad el bebé necesitaba urgentemente una transfusión o moriría. Eso les expliqué a las mujeres. Había que llevarlo al pueblo y tal vez trasladarlo a Villavicencio.

Durante más de media hora el silencio reinó. El tiempo pasaba y no decidían, ni siquiera consultaban entre ellas. Salí de la casa y le dije a Mimí que charlara con las dos mujeres para que se decidieran pronto. Mientras tanto, me adelanté y fui a despertar a *El Paisa*.

—No, médico, eso es peligroso.

—Peligroso es que se nos muera esta noche ese niño aquí. Además, supongo que si se dan cuenta de que estamos viajando con un bebé enfermo, no nos molestarán.

—Cómo se nota que usted es de la ciudad y no conoce cómo es esa gente. Pero bueno, échemonos la bendición y hagámosle.

Al regresar a la casa de las mujeres, la abuela ya estaba lista con el niño. La mamá se quedó llorando en su chinchorro.

Hicimos el viaje en silencio. La verdad, yo dormí todo el camino. Por fortuna, la luz plata de la luna le permitió a *El Paisa* orientarse mejor y en ningún momento nos cruzamos con la guerrilla o los paramilitares. Luego de seis horas de camino, a las seis y media de la mañana llegamos al hospital de Puerto Gaitán. El niño fue remitido inmediatamente al Hospital Departamental de Villavicencio para una transfusión urgente. La abuela estaba preocupada porque nunca había salido de la comunidad y además no llevaba nada de dinero.

Nosotros llamamos a la sede de Existir en la ciudad para que estuvieran pendientes de la llegada del pequeño paciente y para que gestionaran lo del albergue para la abuela.

—Menos mal nos vinimos para Gaitán, Mimí —dijo *El Paisa*.

—Sí. Ese niño se va a mejorar.

—Sí, ojalá. Pero no lo decía por eso.

—¿Entonces?

—Desde hace días los frenos andaban como mal y ahora sí sacaron la mano... Al menos nos permitieron llegar al pueblo.

—Vos sí sos muy descarado.

—Tranquila, que ya mismo lo llevo al taller y en la tarde salimos de paseo

otra vez.

La tos fue la que nos confirmó que la casa no estaba deshabitada. Manuel Darapo, un anciano con la piel adherida a los huesos, yacía en su chinchorro abandonado en medio de la oscuridad de la única habitación.

—Comenzó hace como dos meses. Tos, fiebre, sin hambre, desgarró sangre... me voy a morir... ya casi —nos dijo en medio de su ahogo.

Eso mismo pensaba el resto de su comunidad. Ya no tenía familia. Ocasionalmente iba alguien hasta su casa y le dejaba agua y algo de comer. Era muy probable que fuera una tuberculosis. Le aplicamos líquidos endovenosos para rehidratarlo y poderle pasar los antibióticos. Lo subimos al carro para llevarlo con nosotros. Aún faltaba media hora para llegar a La Florida. En el camino nos contó que había escuchado que todos los niños de la comunidad estaban enfermos y que esperaban que algunos murieran.

Era cierto. La mayoría de los niños estaban con diarrea. Siete de ellos, todos menores de un año, estaban con un grado importante de deshidratación. En la escuela improvisamos una unidad de rehidratación oral. En un rincón aislado, guindamos el chinchorro para Manuel; en una parte del salón de clases ubicamos a los niños que requirieron líquidos

endovenosos con sus mamás, y en otra parte organizamos a todas las madres, les enseñamos a usar el suero de rehidratación oral, y cada una de ellas, junto a sus hijos, emprendió la tarea de rehidratarlos. Mientras tanto charlamos, entre risas y tragos de suero, sobre la importancia de una buena fuente de agua, de hervirla, de lavar los alimentos y las manos para evitar lo que estaba sucediendo. Era increíble que aquellas madres de los niños que estaban peor no perdieran la capacidad de sonreír. Nos contaron que ellas tenían claro que de los hijos que parían pocos se criaban; es decir, sólo algunos sobrevivían más de cinco años. Estaban felices porque con nuestra llegada algunos de los niños que estaban conectados a los líquidos tendrían la oportunidad de librarse de la muerte, al menos por esta vez.

La sensación de Manuel era la misma: un chance más de vivir. Al ver la recuperación del anciano, el promotor de salud, un hombre indígena de veinte años que vestía como blanco, fue a buscar a dos ancianos más que estaban en la misma situación.

—¿Quiénes en la comunidad han tenido tos por más de dos semanas? —le pregunté al promotor.

—No sé —me respondió levantando los hombros.

—¿Qué significa cuando alguien tiene ese síntoma?

—Que está enfermo... que tiene gripa.

—¿Hace cuánto hizo el curso de promotor?

—Hace dos años.

—A las personas que tosen por más de dos semanas se las llama sintomáticas respiratorias y esa condición las hace sospechosas de tener tuberculosis.

—Ah, sí, eso sí lo escuché alguna vez en Villavo cuando estuve estudiando... Entonces hay que tomarles una muestra del gargajo.

—Una no, tres. Eso es lo que va a hacer en estos días. Nosotros le dejamos los tarritos y usted se dedica a recoger las muestras y llevarlas a Gaitán para que las analicen.

—Tocará...

—Y tiene que suministrarles el tratamiento a quienes resulten con tuberculosis. Recuerde que son por lo menos seis meses.

El promotor se acomodó su cachucha de moda e hizo un gesto displicente.

—Lo que está pasando en la comunidad es grave —le dije— muchos niños enfermos de

diarrea y varias personas seguramente con tuberculosis. ¡Usted es el responsable de la salud de su comunidad!

—Usted no sabe cómo son las cosas aquí —me dijo con el ceño fruncido y mirándome a los ojos.

—Pero sé que por algo el gobierno le paga un sueldo a usted. Entonces cumpla con su función.

El comentario no le gustó. Luego me enteré de que la misma comunidad no lo quería. Él fue elegido para el curso de promotor de salud porque un familiar era el capitán (el líder político) de la comunidad, pero no porque quisiera hacerlo. Tan sólo él y el maestro de la escuela tenían un sueldo en la comunidad y eso era lo único que realmente le importaba: recibir su pago cada mes.

Permanecimos dos días en La Florida y mientras tanto visitamos las poblaciones que quedaban cerca. Cuando partimos, me quedó la duda de qué iba a suceder: mi medicina de blanco sirvió por el momento, pero ¿habría cambiado algo en la comunidad?, ¿tendrían más precaución con el agua y los alimentos?, ¿el promotor haría su tarea? Si no la hacía, al menos era segura la muerte de Manuel y de los otros dos ancianos.

Me sorprendió la tranquilidad con que los sikuaní asumen la enfermedad y la muerte. La toman como algo cotidiano, algo que sucede y que es irremediable, aun cuando la solución pudiese ser sencilla. Tan simple, que poco necesitan la medicina del blanco.

Cuando llegamos a Iwiwí, un grupo de unos doce niños nos atacó con sus risas; rodeaban el carro, querían conocernos y saber qué traíamos. Nos tocaban, nos hablaban sin parar y reían; reían mucho. Al poco tiempo aparecieron sus madres, sonrientes también, y nos contaron que los hombres de la comunidad, excepto dos ancianos, se habían ido a cazar por varios días.

De las que visitamos, ésta era la única comunidad donde todavía practicaban la caza y la pesca, lo que se reflejaba en el buen estado nutricional de los niños y las mujeres. Fue también la única donde no encontramos a nadie con desnutrición. Después de trabajar y charlar un rato con las mujeres, me dejé seducir por los niños y nos fuimos para el charco a bañarnos. El sol de la tarde y la sombra de los árboles se dibujaban sobre la superficie oscura y quieta del caño represado.

Los niños me miraban, reían, hablaban y me hacían señas de que me tirara. Mi cobardía urbana lo impidió, pero en cambio los convencí de que ellos entraran primero. Recordé las historias de güños (boas) gigantes, capaces de devorar un ternero, que se encontraban en las aguas quietas de los Llanos. Los niños, ni cortos ni perezosos, se lanzaron al agua y me insistían en que me tirara. Nunca lo hice. Caminé despacio desde la orilla, sintiendo cómo mis dedos se hundían en la arena y el lodo del fondo y me fui sumergiendo poco a poco en el agua. Una vez adentro, fui atacado por varias de esas pequeñas criaturas humanas, que ese día encontraron en mí un buen juguete.

Al caer la tarde, mientras lavábamos la ropa con Mimí, le pregunté:

—¿Por qué aquí sonríen todo el tiempo?

Mimí sonrió y levantó los hombros:

—Porque la felicidad se amaña mucho con esta gente... Pregúnteles usted a ver qué le responden.

Así lo hice. En la noche, bajo el embrujo de una gran luna roja, comiendo pescado moqueado, es decir, cocinado con el calor que produce estar enterrado debajo del fogón, con las mujeres y los *chiquiribiji*, luego de haber canjeado con uno de ellos uno de mis esferos por una puya, le comenté a Alcira sobre la alegría que todos en esa comunidad irradiaban. Ella se rió y luego, con aire sereno, comentó en sikuaní y Mimí tradujo:

Mire: el blanco trabaja y trabaja para seguir pobre toda la vida, porque su vida es trabajar, mientras que el indio trabaja apenas para no morir; igual vive pobre, pero vive y vive feliz.

El 16 de diciembre, a las seis y media de la tarde, el ruido del viejo motor del Nissan se confundió con el coro de lamentos y llanto de la comunidad de Awariwa. Bajamos pronto del vehículo. Mimí les preguntó a varias mujeres sobre lo que estaba sucediendo, pero ninguna le habló, hasta que finalmente una, sin responder, señaló una choza distante donde se agolpaba un montón de personas. Caminamos hasta allí y en su interior, en medio de las sombras que creaba la escasa luz naranja del atardecer sabanero, vimos una mujer con una bebé de seis meses de edad en los brazos mientras el médico tradicional rezaba una letanía alrededor de las dos. Mimí le

preguntó a uno de los hombres que estaba en la multitud qué estaba pasando y le respondió en medio del llanto que la niña acababa de morir.

Mimí se metió en la choza y se acercó a la madre. Todos la miraban sorprendidos, pues no le importaron los rezos del médico tradicional, que no se detuvo ante su presencia. Le habló al oído a la mamá mientras le acariciaba el cabello y finalmente verificó los signos vitales de la niña.

—¡Samuel, esta niña está viva! —gritó.

Mimí abrazó a la mamá, la levantó de la silla y la sacó. El médico tradicional no se detuvo.

Alguien nos consiguió una pequeña mesa, que ubicamos afuera de la choza. Examiné a la niña y efectivamente estaba viva. Desde hacía una semana tenía fiebre y diarrea con moco y sangre. Esa mañana se había intensificado y tuvo al menos treinta episodios de deposición diarreica; por eso la encontramos deshidratada como una ciruela pasa, sin conciencia y a punto de morir.

La gente ahora se agolpaba a nuestro alrededor. *El Paisa* corrió y bajó las cajas que le indicamos del carro. En pocos minutos la niña estaba canalizada con líquidos endovenosos y le iniciamos un tratamiento antibiótico. El llanto de la comunidad se convirtió en un profundo silencio de espera bajo la luz mortecina de los faros cansados del viejo Nissan, sólo matizado por el sonido tenue y repetitivo de los rezos del médico tradicional dentro de la choza.

Poco después de media hora, el silencio se rompió con el llanto de la bebé. A ella la siguieron su madre y otras mujeres vecinas. La gente se comenzó a dispersar y no se escuchó más al médico tradicional. *El Paisa* y yo guindamos nuestros chinchorros en la escuela, mientras que Mimí lo hizo en la choza de la familia de la niña para estar pendiente, cambiarle los líquidos y administrar los medicamentos.

Esa noche no dormí mucho. En mi cabeza se confrontaban mis discursos: el respeto por la medicina tradicional; el derecho que tiene la gente de elegir la ayuda necesaria en caso de enfermedad; el respeto a la elección de su estilo de vida, su forma de enfermar y morir; la dependencia que la medicina “occidental” ha generado en los grupos indígenas, haciendo que olviden su conocimiento propio sobre la salud y la enfermedad. Todo contrastado con nuestra abrupta intromisión, lo que significó que la pequeña niña, que hacía pocas horas estaba

muerta para su familia, ahora estuviera viva. Tenía la inquietud de saber qué significaría para esa comunidad lo que había ocurrido en ese atardecer; qué estaría pensando el médico tradicional al que quise buscar esa noche pero no me atreví... Sentía vergüenza por haberme entrometido en su trabajo, sentía que había invalidado no sólo su tratamiento sino su conocimiento, que lo había irrespetado, pero a la vez sentía orgullo por haber salvado la vida de la niña y ver feliz a su familia.

A la mañana siguiente, me levanté decidido a charlar con el médico tradicional; quería compartir con él lo que sentía y disculparme. Virgilio, el promotor de salud, me acompañó a buscarlo en su vivienda y me contó que el médico tradicional había iniciado el tratamiento tarde, el día anterior, hasta que la familia consiguió cómo pagarle los quince mil pesos diarios que cobraba. Cuando llegamos a su choza, no lo encontramos, no había nadie, y durante los dos días que permanecimos en Awariwa no regresó. Virgilio me dijo que desde hacía unos años, varios de los pocos médicos tradicionales sikuaní habían decidido cobrar dinero por su trabajo; sin embargo, lo peor era que en las comunidades evangélicas sus prácticas eran condenadas y ellos mismos habían renunciado a sus conocimientos, pues los evangelizadores los habían convencido de lo pecaminosos que eran.

Ese mismo día, mientras la comunidad cobraba vida al amanecer, la maestra de la escuela y yo fuimos por agua. El lugar quedaba a cinco minutos y era una quebrada casi seca que en el verano se estancaba. Su aspecto turbio indicaba que no era potable.

—Pero está sucia —afirmé.

—Está revuelta porque la gente viene y se baña también aquí, sobre todo los niños —me dijo la maestra sonriente—. Tranquilo, doctor, que sólo hay que dejarla reposar una hora y ya se aclara.

—¿No hay otro lugar de dónde sacar agua?

—Sí, pero queda lejos.

—¿Qué tan lejos?

—Pues si quiere vamos.

A quince minutos encontramos un nacimiento de agua cristalina. Al regreso le pregunté al promotor sobre las instrucciones que les daba a las familias para el manejo del agua de consumo.

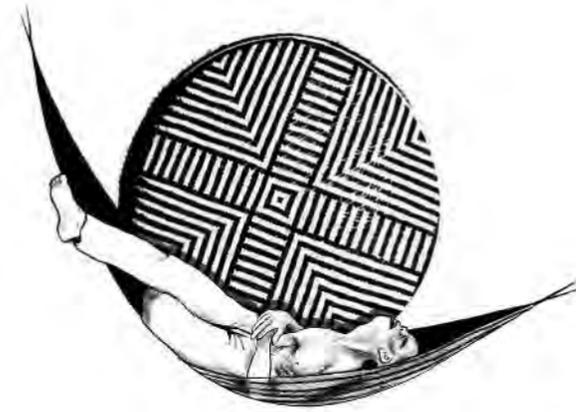
—Yo siempre les digo que la hiervan, pero aquí a la gente le da pereza —me respondió.

—¿Sólo eso? ¿Usted sabe de dónde se saca el agua?

—Claro, de la quebradita de allí; si quiere lo acompaño.

Charlamos un rato más, revisamos sus apuntes del curso de promotor; recordó la importancia del tratamiento del agua para la salud y organizamos una reunión en la escuela para hablar del agua. Los casos de diarrea que se habían presentado en las últimas semanas y la gravedad de la niña del día anterior facilitaron que Virgilio pudiese explicar la relación entre el agua contaminada y la generación de la enfermedad. Mi percepción fue que la gente lo entendió. Las mujeres decían que si eso fue la causa de la diarrea de sus hijos, preferían caminar hasta el nacimiento y dejar de traer el agua de la quebrada, hervirla y seguir las instrucciones que les dio el promotor. Al menos al día siguiente la mayoría así lo hizo.

Al final, Mimí y yo felicitamos a Virgilio y le insistimos en que ese era su trabajo: “promover la



salud” de su comunidad. Le dijimos que no tenía que afanarse por ser médico y repartir medicamentos a diestra y siniestra, que se preocupara más por buscar estrategias que mejoraran la salud de todos. Virgilio sonrió y nos dijo: “Gracias”.

Durante los ocho meses que trabajé con Existir conocí el área rural de varios pueblos del departamento del Meta: Mesetas, Lejanías, San Juan de Arama, Vista Hermosa y La Macarena, entre otros. La labor que se estaba realizando era valorada por las comunidades indígenas y campesinas del Meta, Guaviare y Vaupés; sin embargo, a mediados del año 1998, serias dificultades finan-

cieras llevaron a la terminación del contrato entre Existir y Salud Total. Existir dejó de “existir” y se llevó a la tumba las propuestas de un modelo de salud diferente para las comunidades rurales e indígenas del sur de Colombia.

Ahora, una década después, las necesidades que percibí entonces continúan siendo las mismas. Según el censo de 2005, una cuarta parte de la población del país habita en el campo y el 16,7% de los colombianos se reconocen como indígenas. Aunque son la minoría, estos grupos humanos tienen condiciones de salud mucho más precarias. Un indicador trazador de la situación de salud de una población es la mortalidad infantil. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005 indica que, para el quinquenio 2000-2004, por cada mil nacidos vivos mueren 19 niños menores de un año, pero con importantes diferencias entre la población urbana y rural: para la primera es de 17 y para la segunda de 24. Lo que significa que los niños campesinos tienen un 41% más de riesgo de morir en su primer año de vida que los niños de las cabeceras municipales. Aunque no existen cálculos para Colombia, organizaciones internacionales como la CEPAL o la OPS indican que la mortalidad infantil en los pueblos indígenas del continente puede llegar a ser hasta cinco veces mayor que el promedio de los países de la región.

El sistema actual, aun corrigiendo sus numerosas deficiencias, es completamente urbano y no se ajusta a las necesidades de las comunidades rurales e indígenas. Un modelo para estas poblaciones debe superar las barreras geográficas, económicas y culturales, de modo que pueda garantizar el acceso oportuno a la atención sanitaria. Por otra parte, debe integrar activamente a la gente, facilitar el diálogo entre el saber popular sobre los cuidados de la salud y los avances tecnológicos y científicos. “Vivir en el monte” no debe ser la excusa para que a estos colombianos se les de una atención sanitaria de segunda.

El 9 de enero de 2007 se aprobó la Ley 1122 que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud del país. Desafortunadamente, no resuelve la atomización de responsabilidades dentro del sistema, lo que imposibilita la viabilidad de una propuesta integral y adecuada para los campesinos e indígenas colombianos. ■

Samuel Andrés Arias Valencia (Colombia)
Médico, cronista y narrador.