



CONSTRUYAMOS EQUIDAD
para enfrentar unidos
LOS RETOS EN SALUD



OPS

Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



CONSTRUYAMOS EQUIDAD
para enfrentar unidos
LOS RETOS EN SALUD



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas





**EQUIDAD EN SALUD: SEMBRANDO
ESPERANZA EN LAS POBLACIONES MÁS
VULNERABLES**

Organización Panamericana de la Salud
- Colombia

DOCTORA GINA TAMBINI GÓMEZ

Representante de la OPS/ OMS en
Colombia

DOCTORA IVY LORENA TALAVERA

Asesora internacional de Familia,
Promoción de la salud y Curso de vida

DOCTORA LAURA RAMÍREZ

Asesora internacional de Sistemas y
Servicios de Salud

DOCTOR GUILLERMO GONZALVEZ

Asesor Internacional de Enfermedades
Transmisibles y Determinantes de Salud
Medioambientales

DOCTOR MAURICIO CERPA

Asesor Internacional de Emergencias
en Salud

Victor Salvador Edo García

Administrador

Textos

Karen González Abril

Consultora Nacional de Comunicaciones

Juan Camilo Arboleda Sarmiento

Consultor Nacional de Etnicidad

Edilma Rosa Granados Ramírez

Comunicadora Social- Periodista

Juan Trillos Urra

Comunicador Social- Periodista

Fotografía

Karen González Abril

Consultora Nacional de Comunicaciones

Diseño y Montaje Electrónico

Darío Forero Aldana

Diseñador Gráfico

Impresión

Pictograma

Impreso en Bogotá 2021

La OPS es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas. Trabaja cada día con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población. Brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

La OPS está comprometida a lograr que cada persona tenga acceso a la atención de salud que necesita, de calidad, y sin caer en la pobreza. Por medio de su labor, promueve y apoya el derecho de todos a la salud.



Reducir las inequidades de salud de las poblaciones con mayor vulnerabilidad en aras de lograr la salud universal exige realizar, entre otras acciones, las adecuaciones culturalmente pertinentes a pueblos indígenas, comunidades afro y migrantes, con respecto al acceso oportuno a los servicios de salud.

CONTENIDO

- 10. Presentación. Construyamos equidad para enfrentar unidos los retos en salud.
- 12. Introducción. Equidad en salud: sembrando esperanza en las poblaciones más vulnerables.

Pueblos Indígenas

- 26. Una articulación de saberes que buscan salvar vidas.
- 30. Por un 'aire de vida' en el Amazonas.
- 36. Anaa Akua[^]ipa: salud y bienestar para el pueblo wayúu
- 42. Así impactó la COVID-19 al pueblo indígena Misak.
- 50. Entender para construir puentes que salvan vidas.
- 56. Palabras de vida que mantienen el legado indígena en Puerto Arica.
- 60. Herencia y conservación para mantener su cultura y sus tradiciones.
- 64. Confianza, el secreto de la salud y el bienestar en Inírida.
- 70. Jóvenes Awá: Multiplicadores de mensajes que salvan vidas.
- 74. Encuentro de dos mundos por los pueblos indígenas.
- 80. Nace la era del agua potable para los Piaroa en Cachicamo.
- 68. Con 'palabras dulces' avanza la vacunación en el Amazonas



La interculturalidad en salud se entiende como la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles, sino con la dimensión espiritual, cósmica de la salud.

C O N T E N I D O

Comunidad Afro

- 96. Aproximación a las comunidades Negras de Colombia.
- 102. Parteros que salvan vidas en el Pacífico chocoano
- 110. Destino: Eliminación de la Malaria en Chocó, el epicentro de esta enfermedad por el plasmodium falciparum en la Región de las Américas.

Migración

- 116. Con salud mental, los migrantes pueden construir proyectos de vida en un nuevo país.
- 120. Migración en tiempos de lluvia. ✨
- 132. Juntos somos más fuertes.
- 138. No dejar a nadie atrás

PRESENTACIÓN



La Organización Panamericana de la Salud colabora con los países para reducir inequidades en materia de salud, con el fin de beneficiar a las poblaciones que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad. Esto exige aplicar enfoques multisectoriales, culturalmente pertinentes y poner énfasis tanto al acceso como a la cobertura, que es nuestra aspiración por alcanzar la salud universal.

CONSTRUYAMOS EQUIDAD *para enfrentar unidos* LOS RETOS EN SALUD



DOCTORA GINA TAMBINI GÓMEZ
Representante de la OPS/OMS en Colombia

En casi dos años la pandemia por COVID-19 llegó a 259 millones de casos reportados y 5 millones de muertes en el mundo. Detrás de estas estadísticas se esconden millones de historias de dolor por las vidas perdidas. Y también el sufrimiento de quienes han tenido que enfrentar los impactos en otras esferas de la vida, que van desde pérdidas económicas hasta afectaciones a la salud mental.

La pandemia ha provocado la recesión económica más abrupta de la historia. De acuerdo con las proyecciones de la Cepal, en 2022 América Latina y el Caribe crecerá

2,9% en promedio, lo que implica una desaceleración respecto del rebote de 2021. Nada permite anticipar que la dinámica de bajo crecimiento previo a 2020 vaya a cambiar. Los problemas estructurales que limitaban el crecimiento de la región antes de la pandemia se agudizaron y repercutirán negativamente en la recuperación de la actividad económica y los mercados laborales más allá del repunte del crecimiento de 2021 y 2022. En términos de ingresos per cápita, la región continúa en una trayectoria que conduce a una década perdida.



PRESENTACIÓN

Estamos ante un camino difícil donde la reapertura económica implica tomar decisiones junto al sector de salud para no poner en riesgo la vida de las personas. También exige brindar información veraz para que la población adopte las medidas que correspondan para prevenir la enfermedad. En ese escenario, la confianza en las instituciones y ciudadanos es vital.

Esta es una crisis sin precedentes que está poniendo a prueba los principios, valores y la humanidad compartida. En el caso de Colombia, debemos continuar fortaleciendo la confianza en las instituciones y los ciudadanos, que es fundamental para vivir en armonía y construir un proyecto colectivo de país en estos tiempos de pandemia.

La riqueza cultural y étnica de Colombia, esa pluralidad de las opiniones, junto con el gran acervo

investigativo del país, el compromiso de autoridades nacionales y locales, la inversión empresarial y la responsabilidad ciudadana es lo que nos va a permitir construir un proyecto colectivo, proteger a las comunidades más vulnerables y sortear todos los desafíos que impone una nueva enfermedad como es la COVID-19.

La OMS, por su parte, viene aprendiendo de este nuevo patógeno día a día para ser una fuente de información científica que estimule medidas de prevención y protección que permitan salvar vidas. Difundir informaciones veraces que ayuden a mantener bien informados a los ciudadanos y contener la enfermedad es una manera de salvar vidas. Ahora es más importante que nunca valorar la certeza y la seguridad e infundirla.



Si bien es cierto que la evidencia científica se está actualizando constantemente y las conclusiones de hoy pudieran variar mañana, en la búsqueda de soluciones contra la COVID-19 algo que ha quedado demostrado es la importancia del conocimiento científico, y el respeto y valoración de la medicina tradicional.

Por eso, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) han movilizado organizaciones y asociados multilaterales en todo el mundo para prepararse y responder al COVID-19, a fin de prestar apoyo a los países en el fortalecimiento de los servicios de salud y de la vigilancia epidemiológica, sin dejar de impulsar la investigación, el acceso a las pruebas diagnósticas y a los futuros tratamientos y vacunas.

Si hay una lección por aprender es que la solidaridad internacional y los sistemas multilaterales son ahora más importantes que nunca.

Así mismo ha puesto en marcha una innovadora estrategia de comunicación para la salud con enfoque étnico, para que los pueblos indígenas puedan recibir información, adaptada al territorio y a sus costumbres, creencias y tradiciones que les permita salvar la vida.

Estamos convencidos de que si nuestra respuesta al coronavirus se basa en los principios de confianza, respeto, transparencia y empatía por los más vulnerables, no solo defenderemos los derechos de cada ser humano, utilizaremos y construiremos las herramientas más efectivas para asegurarnos de superar esta crisis y aprender lecciones para el futuro.



INTRODUCCIÓN



EQUIDAD EN SALUD: *sembrando esperanza* EN LAS POBLACIONES MÁS VULNERABLES

A finales de enero de 2020, cuando el nuevo coronavirus comienza a expandirse por Europa, las autoridades de Colombia supieron que la enfermedad llegaría pronto al país y no solo pondría a prueba el sistema de salud, sino que los problemas históricos, sociales y económicos que lo agobian podían detonar y magnificar la tragedia humana.

Y es que la diversidad natural y cultural, sumado al contexto socio-político e histórico que distingue a Colombia, presagiaba que los desafíos para dar respuesta a una pandemia no serían nada fáciles. Había que proteger a los pueblos indígenas que habitan en las selvas amazónicas, el desierto de La Guajira y la zona Andina; había que cuidar a las comunidades afrocolombianas que se asientan en las selvas lluviosas del Chocó y en los bordes de importantes ríos; a los campesinos que habitan entre las tres cordilleras en que se ramifican los Andes antes de remontarse en las llanuras caribes, así como a los millones de colombianos que conviven en las grandes y pequeñas ciudades.

A esto se suma que Colombia, recientemente, finalizó un conflicto interno armado que se extendió por más de medio siglo y que, además de las pérdidas humanas, dejó muchos territorios

destrozados y empobrecidos y más de 8 millones de desplazados. El país, con una deuda social que sigue siendo foco de violencia, aún así, se solidariza con los venezolanos, con quienes se tiene un compromiso histórico de gratitud. Y hoy alberga a más de 1,8 millones de migrantes, a quienes también hay que cuidar.

Bajo este panorama, vencer la pandemia no es fácil. Por eso, desde un inicio, las autoridades de salud comenzaron a prepararse tanto como les fue posible, pero el 6 de marzo el virus llegó al país. En aquel entonces se creía que una epidemia proveniente de un lugar tan lejano, que se expandía rápidamente a través de los aeropuertos y puertos de tierra y mar -como lo plantea el Reglamento Sanitario Internacional (RSI)-, no llegaría a la Colombia profunda, donde el tránsito de personas es mínimo.

Pronto, la realidad demostró que estábamos equivocados. El virus no tiene distinciones de raza ni territorios y dos meses después, cuando la pandemia se agudizó en Brasil, la COVID-19 se propagó por los confines de la Amazonía, atravesando las fronteras de Perú y Colombia. Y, como era de esperarse, en una zona donde el

INTRODUCCIÓN

territorio ancestral de los cinco pueblos indígenas originarios se extiende por toda la ecorregión, el habitual tránsito entre los pobladores hizo que el virus rápidamente se esparciera selva adentro y por las ciudades amazónicas de Iquitos, Manaus y Leticia, de los tres países.

En Leticia, el número de casos -que ya era alto-, crecía a diario y superaba las posibilidades de las instituciones de salud que existían. Entonces el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de aliados, entre ellos la OPS/OMS en Colombia, pusieron en marcha un plan de choque en el hospital para mejorar las condiciones de talento humano e infraestructura. La idea era desarrollar un modelo de una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) en tiempo récord para poder ayudar a todos estos pacientes, pero las condiciones climáticas, geográficas y del propio virus, impusieron otro panorama.

Los profesionales de la salud, como auténticos héroes, no solo tenían limitantes tecnológicos importantes, también tenían que lidiar con la humedad y el calor de la región, sin dejar de usar los elementos de protección personal para sacar pacientes adelante. Fue así como con la ayuda de la Fuerza Aérea Colombiana, la Policía Nacional, el Ministerio de Salud y las EPS, se implementó una estrategia de traslado de pacientes desde Leticia hacía otras ciudades, en las cuales se les pudo

ofrecer los servicios de UCI para que pudieran tener una oportunidad de supervivencia.

Para poder salvarse los indígenas, además, optaron por aislarse de forma preventiva. Restringieron la entrada a los resguardos, pusieron talanqueras en las vías terciarias que llevan a las comunidades indígenas, y encontraron apoyo en las decisiones del Ministerio del Interior, que resolvió que solo podían entrar a los territorios de resguardo las misiones médicas.

ENCUENTROS POR LA SALUD

Mientras científicos de todo el mundo trabajaban a contrarreloj para encontrar tratamientos y vacunas contra la COVID-19, los especialistas curativos de los pueblos indígenas también se reunían para encontrar en su sabiduría tradicional la curación de los síntomas de la enfermedad y salvar vidas. Así lo han hecho desde tiempos inmemoriales. Incluso, es motivo de orgullo el legado de las epidemias de viruela y sarampión traídas por los hombres blancos –conocidos como capunías, bonachis, alijunas– que permitió el desarrollo de una medicina propia que busca el alivio de la enfermedad sin tener que acceder al sistema de salud nacional.

En esos primeros meses de la pandemia por COVID-19, cuando el mundo pareció haber

entrado en pausa, los pueblos indígenas ejecutaron rituales ancestrales, y con pensamientos profundos impregnados de mambe y ambil, crearon mezclas poderosas de plantas para limpiar los pulmones, para fortalecer el sistema inmune y para ahuyentar el espíritu de la enfermedad. Gracias a los beneficios de rezos, pagamentos, bebedizos y vaporizantes, jóvenes aprendices se interesaron por la medicina tradicional dándole un nuevo ‘aire de vida’ a esta sabiduría.

En la Sierra Nevada de Santa Marta, los cuatro pueblos indígenas -Kogui, Arhuaco, Wiwa y Kankuamo-, por ejemplo, le apostaron al aislamiento para hacerle frente a la pandemia. Solo a algunos de sus pobladores se les autorizó tener contacto con la sociedad mayoritaria y, en ocasiones, se organizaron comisiones para aprovisionarse de víveres en municipios cercanos. Con el tapabocas, cuyo uso se impuso por decreto nacional, aprendieron a llevarlo en sus salidas como una nueva prenda de vestir.

Decisiones similares, en las que se funden las recomendaciones de salud de las dos medicinas, se convirtieron en la fórmula para salvar vidas en los pueblos indígenas. Es así como se sigue utilizando el mambe y el ambil, pero ya no se comparten las cucharas para evitar la transmisión de la enfermedad; se utiliza el tapabocas en espacios de reunión, se adquieren hábitos de higiene, especialmente el de

mantener las manos limpias; se evita el contacto físico, pero no se aísla al enfermo, porque en las selvas y en los bosques, quien se queda solo está condenado a morir.

Aunque Colombia implementa las recomendaciones de bioseguridad propuestas por la ciencia, sin consulta previa, bajo la figura del estado de emergencia sanitaria, esto no garantiza la implementación efectiva por parte de la población, especialmente los pueblos indígenas. Además de innovadoras campañas de promoción es fundamental realizar la adaptación territorial y cultural a las medidas. En sitios con problemas de seguridad, por ejemplo, no se puede utilizar el tapabocas; en territorios con problemas de acceso a agua potable se dificulta el lavado de manos, y así.

La invención de las vacunas contra la COVID-19 se convierte en un nuevo desafío. El anuncio mundial anticipa la necesidad de concertar con los pueblos indígenas la inmunización de manera masiva. En marzo de 2021, cuando se da inicio a la vacunación contra la COVID-19 en Colombia, 127 autoridades tradicionales indígenas asociadas al CRIC, así como el Pueblo U’wa de Boyacá y los pueblos Arhuaco, Wiwa y Kogui que habitan en la Sierra Nevada de Santa Marta anunciaron que no se vacunarían. Pidieron respeto a la decisión de no hacerlo en el marco de su autonomía y

INTRODUCCIÓN

autodeterminación y al mismo tiempo solicitaron educación e información clara para que las comunidades pudieran decidir libremente.

Un poco antes de estos pronunciamientos, la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud venía trabajando con socios como la Organización Panamericana de la Salud en estrategias para que el Plan Nacional de Vacunación tuviera un enfoque diferencial para pueblos indígenas. De hecho, el organismo de salud de las Américas, en el marco de su cooperación técnica con el país venía diseñando una estrategia innovadora en salud que, a través de acciones de educación y comunicación, permitiera superar las barreras del lenguaje, de la cultura, de la geografía, para brindarles información científica y aclarar mitos sobre la vacunación.

‘PALABRAS DE LA VIDA’

En línea con lo establecido en varias sentencias de la Corte Constitucional, la propuesta diseñada por la OPS/OMS incorpora procesos de diálogo real e intercultural para los procesos de vacunación, así como el reconocimiento de los saberes ancestrales y la adecuación cultural del sistema de salud a cada uno de los contextos territoriales donde vive esta población, como lo indica la Ley 1751 de 2015 y los

decretos 1088 de 1993 y 1953 de 2014.

Además, siguiendo las directrices de la Declaración de Alma Ata y la carta de Ottawa para la promoción de la salud, y teniendo en cuenta conocimientos de disciplinas como la antropología médica, la sociología, la comunicación y la psicología social, se propone una estrategia de comunicación con enfoque étnico y adaptación cultural, dirigida a 10 pueblos indígenas en los departamentos de Amazonas, Chocó, Nariño y Magdalena.

Previo a la llegada al Amazonas, se abren caminos con las autoridades indígenas con representación nacional, en este caso con la Organización Nacional de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana (OPIAC). Es así como la OPS Colombia logra hacer un primer pilotaje en las zonas no municipalizadas de Leticia, La Chorrera, Tarapacá y Puerto Arica. En esta primera experiencia, los diálogos con las autoridades indígenas locales permite hacer una investigación etnográfica sobre las creencias, valores, motivaciones y perspectivas de los pueblos Ticuna, Uitotos, Bora y Muinane frente a las medidas de prevención de la COVID-19 con énfasis en vacunación, y recopilar datos sobre los factores impulsores comportamentales y sociales de la vacunación y la vacuna contra la COVID-19.

Además, con el concurso de las autoridades indígenas, los médicos tradicionales y líderes juveniles, así como con la participación de funcionarios de la Secretaría de Salud de Leticia, se definen las acciones de educación, comunicación e información en salud a la medida de los pobladores y a las características del territorio. El compromiso es brindarles, con lenguaje sencillo y en lenguas propias, información transparente y veraz basada en la evidencia científica y teniendo en cuenta los conocimientos y saberes ancestrales de los pueblos, de tal manera que se pueda establecer confianza en el proceso de vacunación, protección y prevención de la COVID-19.

Los contenidos y su difusión se desarrollan bajo la modalidad co-creación y se garantiza que sean oportunos, suficientes y con mensajes comprensibles para la comunidad, de tal manera que les permita de manera informada vacunarse, no vacunarse o aplazar su decisión. Así mismo, se refuerzan acciones de prevención de la COVID-19, enfatizando en las medidas de bioseguridad y protección propias e interculturales para el cuidado de la salud.

Precisamente en ese momento, el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la subcomisión de salud indígena de la Mesa Permanente de Concertación de los Pueblos

Indígenas, expidió la circular externa 040 de 2021, en la que dio instrucciones respecto a la implementación del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 en pueblos y comunidades indígenas a gobernaciones, alcaldías, secretarías de salud del orden departamental, distrital y municipal, a Entidades Promotoras de la Salud (EPS), Entidades Promotoras de las Salud Indígena (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígena (IPSI).

Debido al éxito alcanzado en materia de cobertura en vacunación en las áreas priorizadas en el departamento del Amazonas, la OPS/OMS en Colombia en apoyo al Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) realiza diálogos de saberes con las organizaciones Awá, UNIPA y Camawari, y en estos espacios se acordaron acciones de comunicación y educación que incluyeron la consolidación de canales de comunicación de doble vía utilizando aplicaciones de mensajería a través del teléfono, talleres de comunicación del riesgo para funcionarios y autoridades y líderes indígenas, campañas radiales en castellano y awapit a través de emisoras comunitarias, la co-creación de piezas de comunicación audiovisual y gráficas y la formación de jóvenes, provenientes de 32 resguardos, como replicadores de mensajes que

INTRODUCCIÓN

permitan brindar información tanto de la medicina propia como científica sobre la COVID-19 y la vacunación, para que los pobladores puedan tomar decisiones informadas.

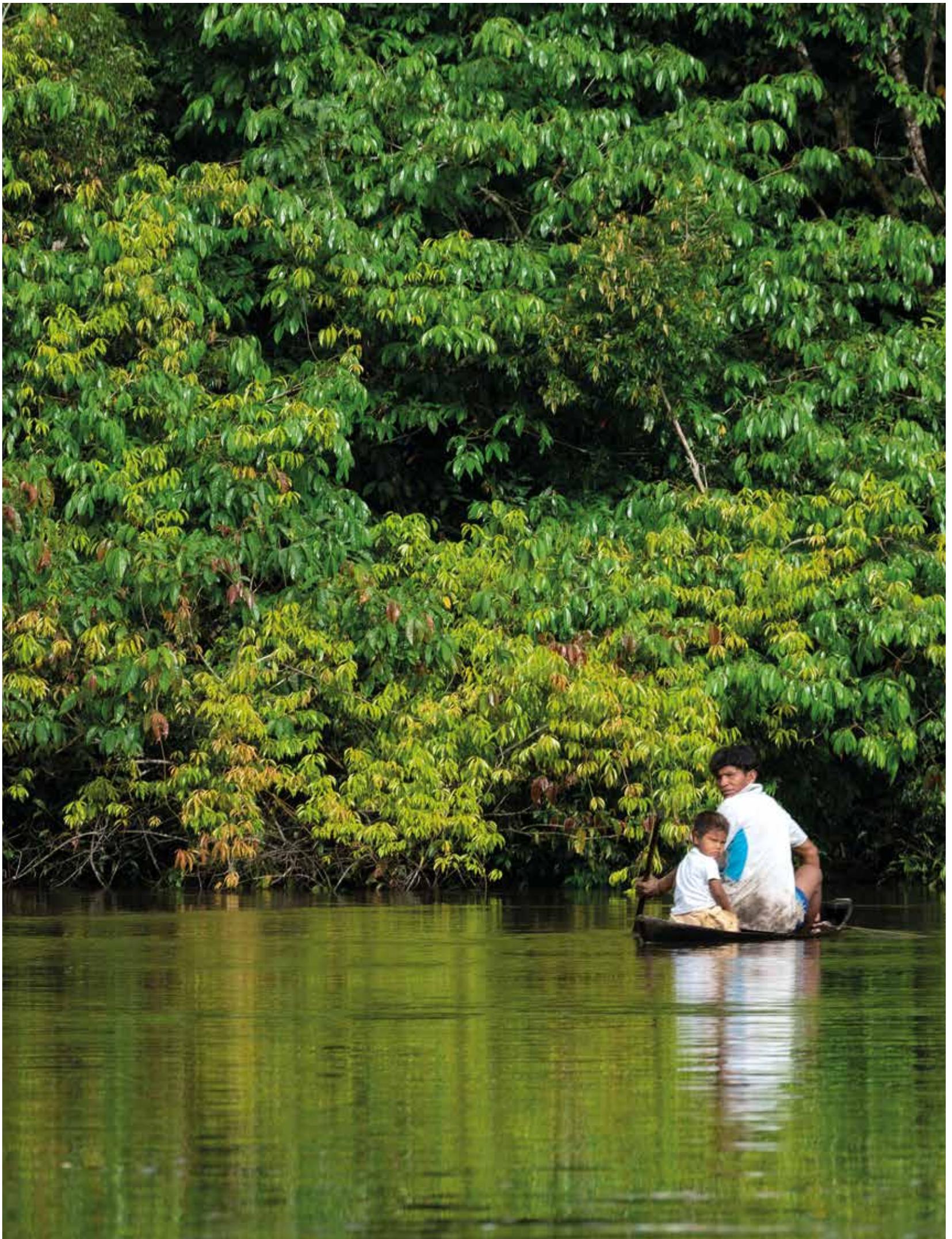
Esta capacitación estuvo a cargo del departamento de Antropología de la Universidad de los Andes, funcionarios del IDNS, médicos tradicionales y salubristas de Unipa, y consultores nacionales de la OPS/OMS en Colombia, quienes además de brindarles conocimientos técnicos sobre salud pública y etnicidad, realizaron un trabajo importante para la prevención de enfermedades en salud mental que se han exacerbado durante la pandemia. Así mismo, hicieron un fortalecimiento en comunicaciones que incluyó la elaboración de cuentos, radionovelas y videos para redes sociales, entre otros.

Una vez en sus comunidades, y durante dos meses, los 80 jóvenes y lideresas Awá desarrollarán en sus resguardos una serie de actividades que incluyen reuniones, visitas casa a casa, sondeos y distribución de materiales pedagógicos e informativos sobre la COVID-19 y la vacunación.

Por su parte, desde el IDSN se explicó que las IPS indígenas podrán contar con los biológicos para garantizarles este derecho a quienes de manera autónoma quieran recibir las vacunas.

Una estrategia similar se implementa en la actualidad en Chocó, con actividades propuestas por los pueblos Embera y Wounaan como talleres de elaboración de jabones medicinales y acciones que involucran a los afros, específicamente a jóvenes raperos quienes, como pregoneros culturales, esparcirán mensajes de prevención de la COVID-19 y promoción de las vacunas a lo largo y ancho del departamento.

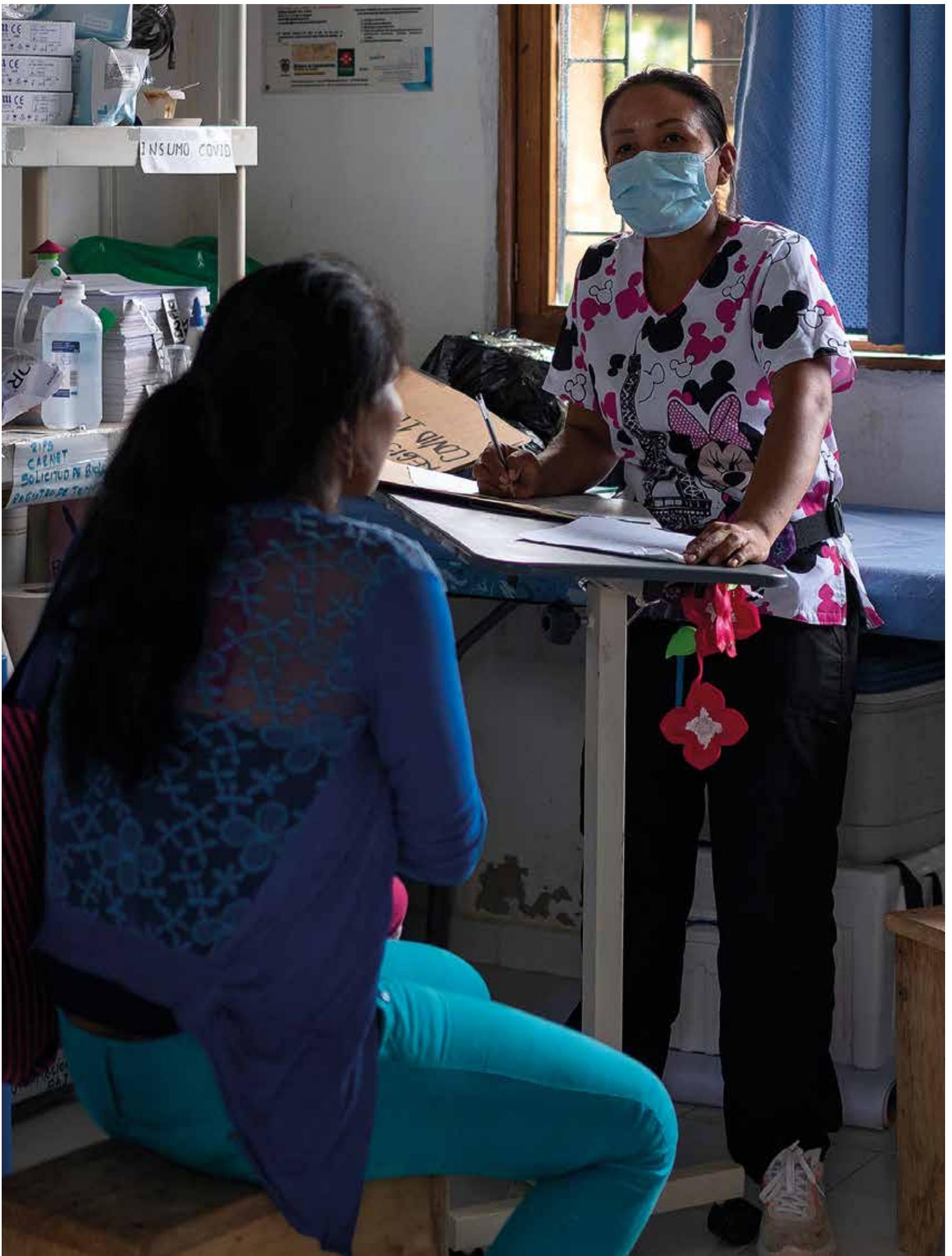
Estamos convencidos que poner en términos de los pueblos indígenas, la lógica de las cosmogonías, la salud pública y encontrar las formas de adecuación cultural e interpretación ancestral de las acciones colectivas generan adherencia y permiten un diálogo franco entre culturas. Esta además es la base para seguir trabajando con otras poblaciones vulnerables de Colombia, para sembrar esperanza y avanzar en la equidad en salud.





Pueblos
INDIGENAS





UNA ARTICULACIÓN DE SABERES QUE BUSCAN SALVAR VIDAS

Para la medicina occidental es difícil pensar en una forma diferente o análoga de comprender la enfermedad. Las instituciones de salud y sus profesionales aún llegan a la relación con las poblaciones mirando la enfermedad y la salud desde una mirada científica que reconoce un agente patógeno que crea o genera la enfermedad.

A través de un virus, de una bacteria, de una proteína, de una enzima o de otra entidad microscópica o sencillamente invisible a nuestros ojos, o mejor aún, a los ojos humanos, exponemos de forma inexplicable como un ente se mete en nuestro cuerpo y nos genera una alteración que termina por afectar nuestra vida cotidiana. A eso solemos llamarlo enfermedad.

Las explicaciones científicas no se dejan esperar: “los coronavirus son una extensa familia de virus que causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19”. La definición nos habla de

una entidad que tiene otros seres similares que causan enfermedad y que conocemos como el resfriado común y otras más complejas, incluido el que tenemos hoy.

La siguiente pregunta en la explicación científica es por qué se llama “COVID” y la respuesta también nos cuenta que es la manera en que los especialistas curativos de nuestro sistema de conocimiento decidieron denominar el nombre abreviado, “CO” corresponde a “corona”, “VI” a “virus” y “D” a “disease” (“enfermedad”). La COVID-19 es una nueva enfermedad descubierta en el año 2019, causada por un nuevo coronavirus que no se había visto antes en seres humanos.

Para la sociedad occidental no hay duda que estas son definiciones concretas, plausibles, explicativas, es más, logramos imaginar al coronavirus como un ser con características concretas: el coronavirus es una entidad redonda, de color verde, con unas ventosas que surgen como cabellos gruesos de su cuerpo, y es capaz de pegarse con ellos a los lugares internos del organismo humano en unas circunstancias específicas y cuando estas se pegan a nuestro cuerpo, nos causan enfermedad.



El problema está en qué hacemos para que estas entidades verdes no se adhieran a nuestro cuerpo. Es aquí cuando emergen los órdenes sociales epidemiológicamente impuestos: distanciamiento social, lavado de manos, tiempos de aislamiento (cuarentena), uso de tapabocas y otras tantas medidas que implican el cambio o el ajuste de nuestras conductas sociales y que se convienen en norma en este nuevo orden social que se ha creado producto de esta nueva enfermedad.

De igual manera funcionan las cosmogonías indígenas para explicar las relaciones salud enfermedad. Lo primero es comprender qué es la cosmogonía y cómo ésta ordena a las personas y sus conductas. La cosmogonía (Portela y Portela, 2018) es una norma de conducta que permite prevenir la enfermedad o, dicho de otro modo, prevenir las alteraciones a la vida cotidiana en general. Dicta qué comer y cuándo comerlo, qué vestir, qué hacer y por qué hacerlo, y qué pasa cuando no se observan estas normas. De estas narraciones también se deriva qué genera la enfermedad, cómo se mantiene la armonía y cómo se genera la desarmonía. Estas suelen incluir a un personaje que ayuda a generar la enfermedad o a castigar las rupturas del orden social, por ejemplo, el duende, un espíritu, el frío, el arco, etc.

Es así como existen enfermedades como walpura, en el pueblo Awá. Dicen Parra y Virsano (1994) que existe un ser antropomorfo que llaman Chutún, que es un niño de cabello rubio, ojos azules y patas de gallo y tiene como función asustar y enfermar a los niños que desobedecen las normas sociales y familiares. El Chutún genera malestar físico como calambres, aumento en la presión arterial y frío en algunas partes del cuerpo. Este duende llega a los niños por hacer cosas prohibidas como comer frutas muy maduras o caídas en la tierra, beber agua de los manantiales en horas de la tarde antes de hervirla o andar cerca de lugares peligrosos como cuevas y abismos. Uno de los generadores de la enfermedad es el gusano de la guayaba.

También, el pueblo Awá ha creado órdenes sociales epidemiológicamente impuestos por ellos mismos. Por ejemplo, ponen mayor atención en la higiene de los alimentos, el manejo prudente de los cultivos o de los árboles frutales y, durante la convalecencia, después de la cura, deben seguir una dieta estricta. Hay cosas que no se pueden comer (Parra y Virsano, 1994).

Es así como funciona la cosmogonía indígena, y es así, también, como la medicina científica explica la enfermedad. Precisamente, en el seguimiento de estas lógicas logramos entender qué pasa, la manera como comprenden la relación salud–enfermedad, cómo explican el problema y cómo llegan a elementos tan específicos como el gusano de la guayaba, en términos propios de los pueblos indígenas. Esta es la sabiduría indígena al servicio de la salud y el bienestar.

La nominación y la construcción de la explicación de una alteración a la salud y la explicación de la enfermedad es propia de la cultura de los grupos humanos. Mientras los científicos hablan de ciencia y los médicos tradicionales siguen hablando de curación, se crea una distancia que parece insalvable entre los dos mundos en donde la realidad depende de cualquier cosa que la masa considere verdadera (Latour, 2001).

El ejemplo anterior sobre la nominación de las enfermedades nos permite continuar pensando en la articulación entre los sistemas curativos o de cuidado para empezar a encontrar de manera concreta un diálogo de saberes entre las culturas indígenas y la cultura blanco-mestiza en la articulación terapéutica / curativa entre sistemas de conocimiento logrando acceso a atención en salud culturalmente pertinente, adecuada y así nadie se quedará atrás.

Bibliografía

Portela Guarín, Hugo y Portela García, Sandra Carolina, 2018, **El arco, el cuerpo y la seña. Cosmovisiones de la salud en la cultura nasa**. Editorial Universidad del Cauca, Popayán. 251 páginas.

Parra Rizo, Jaime y Virsano Bellow, 1994, **Por el camino culebrero: etnobotánica y medicina de los indígenas Awá de Sábalo**.

Latour, Bruno, 2001, **La esperanza de pandora: ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia**, Editorial Gedisa.

Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, **Qué es el COVID-19**, EN: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/preguntas-frecuentes.html#:~:text=El%20COVID%2D19%20es,ha%20descubierto%20m%C3%A1s%20recientemente>.



POR ‘UN AIRE DE VIDA’ PARA EL AMAZONAS COLOMBIANO

Agobiados por la pandemia, las autoridades y sabedores de 22 cabildos de los pueblos indígenas Uitoto, Bora, Okaina y Muinane, que hacen parte de la Asociación Zonal Indígena de Cabildos y Autoridades Tradicionales de la Chorrera (Azicatch), en cada uno de sus pueblos se reunieron en rituales de armonización para encontrar en la medicina tradicional remedios capaces de apaciguar la COVID-19. Para aquel entonces, la enfermedad traída por los vientos del exterior había llegado a los confines de la Amazonía colombiana y en el área no municipalizada de La Chorrera había apagado el ‘aire de vida’ de seis adultos mayores.

En las noches, como hijos del tabaco, de la coca y de la yuca dulce, en el sagrado espacio de la maloca, sabedoras, sabedores y oidores invocaron a los espíritus de la sabiduría y la iluminación, a través de oraciones y bailes a los compases de los sonidos de chaquiras y sonajeros, para encontrar las causas de la enfermedad. Y tuvieron encuentros marcados por el diálogo, en el que intercambiaron conocimientos ancestrales para encontrar en plantas, cortezas y bejucos, bebidas y vaporizantes capaces de dominar la enfermedad, definida como reikt+, candela en lengua Uitoto.

“Para nosotros son siete enfermedades: fiebre, dolor de cabeza, dificultad respiratoria, maleficio en los pulmones, tos, diarrea, dolor de garganta, en un solo COVID-19, es decir, Duiko +rafue, las cosas de la enfermedad. Por eso la

pandemia es muy peligrosa. (...) Para prevenirla hicimos un conjuro con zumos de la yuca dulce y otras plantas y le dimos de beber a toda la comunidad”, recuerda el mayor Manuel Zafiama, médico tradicional del pueblo Uitoto.

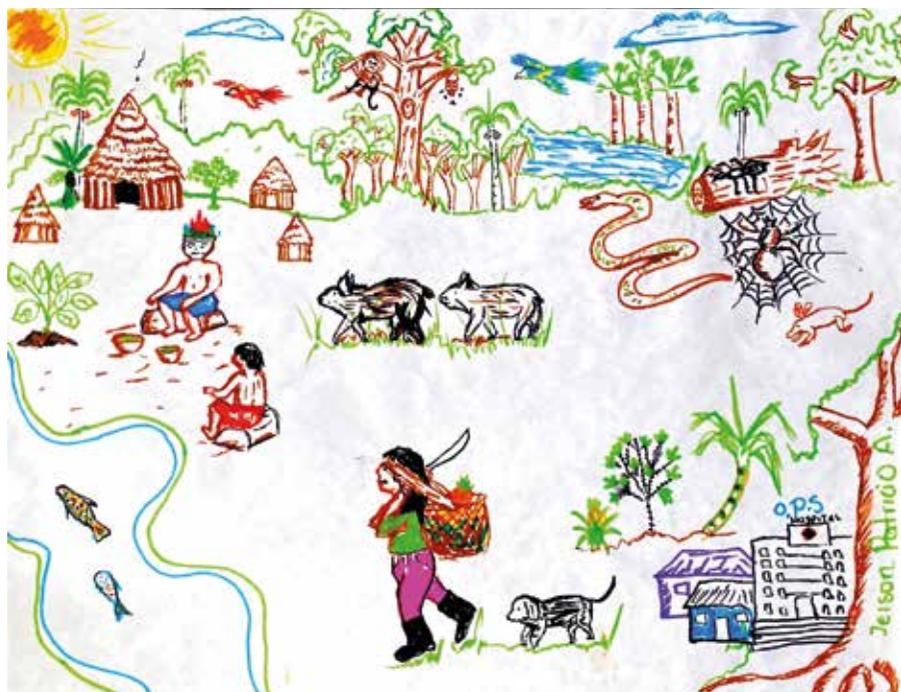
Ocurría lo mismo en otras latitudes. Las mentes más brillantes del mundo se congregaban en centros de investigación, laboratorios y universidades para encontrar en la ciencia y la medicina recomendaciones para evitar la propagación del virus, así como tratamientos y vacunas capaces de salvar vidas.

Y fue así, con medicina tradicional, con la incorporación de algunas medidas como el uso del tapabocas y el lavado de manos, y con la restricción de vuelos nacionales a esta zona del país como lograron desterrar, por un tiempo, la muerte por COVID-19 en este territorio.

LA PRIMERA OLA

Antes, un poco antes, el rigor de la pandemia les dio lecciones profundas. La COVID-19 no distingue fronteras, ni razas, y las selvas amazónicas también fueron testigos de la tragedia. Como a muchos en Colombia, Rosa Inés Herrera y su esposo se contagiaron de la COVID-19 en una fiesta y propagaron el virus a cinco miembros de la familia. El padre de Rosa fue uno de los seis adultos mayores que perdieron el ‘aire de vida’.





Algunos soportaron el rigor de la enfermedad en voz baja, recibiendo cuidados de familiares y amigos, encomendando la vida a las medicinas ancestrales y a la fortaleza espiritual que para algunos les exige el hecho de ser líderes de la comunidad. Otros sintieron los síntomas de la COVID-19 sin la certeza de saber si habían sido contagiados.

Además de la resistencia a hacerse la prueba diagnóstica por miedo a adquirir el virus, no fue posible hacer tamizajes con PCR, ya que el centro de salud de La Chorrera no cuenta con neveras y químicos para poderlas procesar y, desde el primer pico de la pandemia, se hizo cada vez más difícil enviarlas a la capital del departamento. Incluso, algunas pruebas de antígenos se dañaron al no poder conservar las temperaturas adecuadas.

Con el invierno, llegaron las inundaciones y la proliferación de zancudos, malos olores y problemas de salud por enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas y enfermedades dermatológicas, que pusieron más presión al frágil sistema de salud del territorio. Los indígenas con COVID-19 optaron por no ir al centro de salud ni permitieron ser remitidos al Hospital de Leticia, en la capital del departamento, pues se extendió la creencia que eso significaba ir a morir lejos de casa.

Según un Uitoto que prefiere mantenerse en el anonimato, las soluciones encontradas por la ciencia son motivadas por el interés en el dinero y no por la curación de las personas. Además, asegura, no cuentan con el permiso de la naturaleza y sus guardianes para salvar vidas, a pesar de que lo hecho por humanos también está iluminado por lo divino.

COOPERAR PARA PRESERVAR LA VIDA

Pasaron los meses sin que en estas selvas amazónicas ocurrieran más duelos por COVID-19, pero eso no impidió que el miedo siguiera recorriendo el territorio. Desde el principio las sabedoras y sabedores entendieron que el virus iba a quedarse para siempre, debían aprender a vivir con él y no bajar la guardia.

En pleno solsticio de verano del 2021, La Chorrera da cuenta de la séptima víctima de la pandemia. Se trata del líder Jesús Teteye, quien contrajo el virus en un viaje a Bogotá. Al regresar al Amazonas, convencido de la sabiduría propia, decidió cargar solo con la enfermedad. No quiso purificarse en su territorio, no aceptó la medicina ancestral y se resistió a recibir atención en el centro de salud.

La apatía a los tratamientos y a las medidas de prevención, incluyendo la vacunación, es común en los pueblos indígenas





de toda la Amazonía, incluyendo también a las comunidades aborígenes en Perú y Ecuador. “Preservar la vida indígena motivó al gobierno de Colombia a donar recursos a la Comunidad Andina de Naciones para promover la inmunización contra la COVID-19 y salvar vidas, a través de acciones de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud”, explica la doctora Gina Tambini Gómez, representante de la OPS/OMS en Colombia.

Como reza la tradición, luego de un complejo proceso de concertación con las autoridades indígenas de los cuatro pueblos, se estableció el ingreso de las misiones humanitarias de la Organización y la realización de una serie de capacitaciones en vigilancia en salud pública con base comunitaria y talleres en primer respondiente, primeros auxilios psicológicos y comunicación del riesgo, para que la población adquiriera habilidades para la atención de emergencias, para la protección de la salud mental y para la pedagogía para la prevención contra la COVID-19 con adecuación cultural. El objetivo es que los 2.500 habitantes que están en el territorio puedan tomar decisiones bien informadas que les permita salvar sus vidas.

Uno de ellos es Damián Funoratofe Dokoe quien después de haber sufrido la COVID-19, y sentir la fragilidad de la existencia, entendió que su gran misión es ser un buen papá, lo que significa cuidarse de la enfermedad y proteger a sus seres queridos. Y una de esas maneras es inmunizarse. Por eso, apenas llegue la vacuna, sin dudarlo dos veces, le pondrá el hombro para tener un ‘aire de vida’ y así poder envejecer junto a sus descendientes. Este es el mismo objetivo de la OPS, organización que trabaja por la salud universal para que nadie se quede atrás.



ANAA AKUA[^]IPA: SALUD Y BIENESTAR PARA EL PUEBLO WAYÚU

A través de un sueño, los indígenas del desierto de la Alta Guajira saben cuando llega la hora de realizar el segundo entierro. Este es uno de los rituales más importantes para la cultura wayúu, ya que es el que le permitirá al alma llegar a su destino final. Durante los tres días que dura la ceremonia, una joven familiar del difunto, en completo silencio y estricto ayuno, es la encargada de sacar y limpiar los restos. Mientras tanto, los invitados toman un licor artesanal llamado chirrinche y sacrifican los chivos y ovejos que acompañarán al muerto en su último recorrido hasta el Cabo de la Vela. Allí se encuentra Je'pira, la Tierra de los Muertos, lugar donde el dios Maleiwa transforma los espíritus en lluvia, cuando alcanzan la purificación o, en wan, alma transportadora de enfermedades y muerte.

Es tal la importancia de este ritual en La Guajira que, para la disposición final de los cadáveres en estos tiempos de pandemia, se permite el entierro bajo tierra o en bóveda, práctica diferente a la que se recomienda en otros lugares del país donde prevalece la cremación. A pesar de esta disposición de las autoridades de salud orientada al respeto a

las creencias y cosmogonía de este y otros pueblos indígenas, en otro departamento del país donde desconocían estas tradiciones se cometió el error de cremar a un indígena wayúu, lo que, en palabras de Dianelys Cambar, médica tradicional de la comunidad de Alamalu, en las estribaciones de la Gran Serranía de la Macuira, dentro del corregimiento de Siapana equivale a “asesinar un muerto”. “Desde entonces, la gente tiene miedo de acudir a los servicios de salud y prefieren dejarse morir en casa”, explica. Este impase evidencia la importancia de conciliar, hoy más que nunca, las costumbres de las comunidades indígenas con la respuesta institucional.

La pandemia por COVID-19 que ya deja 259 millones de contagiados y más de 5 millones de muertos en el mundo, a noviembre de 2021, también ha llegado a estas comunidades rurales de la Alta Guajira. Sus consecuencias son devastadoras para el pueblo wayúu, por las condiciones históricas que los agobian y que los han convertido en una de las poblaciones más vulnerables de Colombia, entre las que se encuentran las barreras de acceso a los servicios de salud.



En este extenso desierto de 8.200 kilómetros cuadrados, un territorio más grande que 75 países del mundo, no es fácil llegar a los 22 mil caseríos dispersos, que albergan en su conjunto a 57 mil indígenas wayúu. Para alcanzar la ranchería de Dianelys Cambar en el extremo norte de Colombia, por ejemplo, hay que atravesar durante 6 horas, los 155 kilómetros de impredecibles trochas de arena que lo separan del centro urbano del municipio de Uribia.

En Puerto López, como en el resto de la península, las condiciones son apremiantes. La sequía que azota el territorio se ha llevado varias fuentes de agua potable. La temporada, además, ha estado presidida de mareas altas, lo que ha disminuido la pesca. Y por si esto fuera poco, el aislamiento preventivo decretado al principio de la pandemia en toda Colombia para evitar la propagación de la COVID-19 afectó el turismo y la comercialización de artesanías, que son sus principales fuentes de ingreso. Hoy, debido a esto, abunda el hambre y la sed, y se ha incrementado la prevalencia de algunas condiciones de salud que históricamente han afectado al pueblo wayúu como la desnutrición, las enfermedades diarreicas agudas, la tuberculosis, las enfermedades respiratorias agudas y, las muertes maternas y neonatales.

A este panorama se suma la fragilidad del sistema de salud, con rezagos importantes producto de la inestabilidad política que ha caracterizado al departamento de La Guajira a lo largo del siglo XXI. Varias de las inversiones para el sector salud, planificadas y aprobados, no fueron ejecutadas.

Diversas circunstancias burocráticas llevaron a la decisión de que, durante los últimos tres años, se ejerciera la administración directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social. “Hace un mes, con las cuentas saneadas y las bases sólidas, pero en plena pandemia, la competencia regresa a la Gobernación”, explica el Dr. Julio Sáenz, quien tuvo a su cargo la administración temporal.

EL RETORNO DE LA ESPERANZA

Para hacer frente a estos desafíos hay que fortalecer la red pública de servicios de salud en la Alta Guajira, conformada por un hospital de primer nivel, 5 centros de salud y 4 puestos de salud que cuentan con el apoyo de 2 ambulancias. Si bien se requieren más y mejores infraestructuras, equipos, medicamentos, personal sanitario entrenado y con conocimientos en wayuunaiki, lengua utilizada de manera exclusiva por el 85 por ciento de la población, las autoridades departamentales y locales coinciden en que es fundamental reposicionar la Atención Primaria en Salud, a través de la implementación de un modelo de salud intercultural, adaptado a las características del territorio y a la coyuntura actual y con la participación efectiva de las comunidades indígenas.

Para orientar, acompañar y contribuir con una inversión de más de 220 mil dólares en la puesta en marcha de este modelo, la OPS/OMS suscribió un acuerdo con la ESE Hospital de Nazareth, que tiene la responsabilidad de prestar servicios de salud integrales y de calidad en la Alta Guajira.



“Con este proyecto fortalecimos las capacidades de los equipos básicos de salud mediante la incorporación de 16 gestores comunitarios del pueblo indígena wayúu, quienes en sus comunidades realizan la vigilancia epidemiológica comunitaria; la promoción de estilos de vida saludables; el seguimiento de enfermedades crónicas, mujeres embarazadas y menores de 5 años, y la gestión de riesgo para prevenir enfermedades transmisibles”, asegura la representante de la OPS/OMS en Colombia, Gina Tambini Gómez.

La llegada de esta iniciativa es un símbolo de esperanza para el pueblo wayúu. Desde que el alcalde de Uribia, Bonifacio Henríquez, se contagió de COVID-19 el miedo circula por todo el desierto. Él dio una dura batalla por la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde estuvo hospitalizado por 15 días. Estuvo tan grave que fue dado por muerto. El episodio asusta, sobre todo porque en la zona rural del municipio es difícil seguir al pie de la letra las recomendaciones de salud para evitar la propagación del virus. Por ello, lo mejor es contar con la colaboración de una persona de la misma comunidad haciendo pedagogía, prevención de enfermedades, promoción de la salud y activación de las rutas de atención.

Debido a las altas temperaturas que en picos de calor alcanzan los 40 grados centígrados, el tapabocas -además de ser escaso- es difícil de mantener. Y lo mismo ocurre con el lavado de manos, para tener agua suficiente para hacerlo habría que aumentar el número de viajes que los wayúu repiten a diario para abastecerse del preciado

líquido, y que les toma cerca de una hora a pie. Por eso la estrategia para combatir a la COVID-19 hasta el momento ha sido la del aislamiento del territorio, pero la pobreza y la falta de recursos, hace que esta medida sea cada vez más insostenible.

Como un mecanismo de prevención, Dianelys elabora infusiones y ungüentos con plantas y cortezas de árboles que crecen en la Serranía de la Macuira, y que sirven para fortalecer las defensas y limpiar las vías respiratorias. Está convencida del poder curativo de la medicina tradicional, y a la vez, como trabajadora social de la Universidad del Zulia, con 11 años de experiencia en el sector público de la salud en Venezuela, sabe de la inmensa contribución de la medicina occidental y de su especial importancia en la lucha contra la COVID-19.

SALUD A LA MEDIDA DEL PUEBLO WAYÚU

Dianelys está convencida que con estos 16 gestores comunitarios indígenas, bien capacitados y dotados con equipamiento que incluye glucómetro, tensiómetro, fonendoscopio, dopler fetal, tecnologías perinatales comunitarias, báscula, oxímetro y termómetro, se puede realizar una efectiva identificación de los riesgos, la búsqueda activa y la notificación oportuna para activar de manera expedita la ruta de atención y salvar vidas.

Claudia Henríquez, Secretaria de Asuntos Étnicos de la Gobernación de La Guajira, y quien es una de las madrinas de este proyecto, considera que estos gestores comunitarios





tienen un rol fundamental como enlace entre los equipos de salud del Hospital de Nazareth y la Secretaría Departamental en Salud, y destaca que esa articulación institucional y comunitaria es la que permite mejorar el acceso a los servicios de salud, la continuidad e integralidad en la atención, así como la gestión intra e intersectorial para la modificación de determinantes de la salud, la vigilancia de eventos de interés en salud pública, la respuesta en emergencias y la prevención y atención al evento de COVID-19 en estas comunidades rurales de la Alta Guajira.

Para ello, los gestores participan activamente en capacitaciones en vigilancia en salud pública, con énfasis en enfermedades transmisibles, crónicas y seguimiento de embarazadas y menores de edad. Además, identifican los determinantes de la salud en las comunidades; caracterizan a las poblaciones más vulnerables sujetas de atención priorizada por parte del hospital; desarrollan acciones de educación para la salud individual, grupal y familiar de acuerdo a los usos y costumbres de la comunidad y supervisan el tratamiento en los casos que sea requerido para condiciones agudas y crónicas.

La intervención incluyó la creación de un sistema de radiocomunicación, para soslayar los problemas de conectividad que se presentan en la península de La Guajira, y establecer así toda una línea de comunicación para la salud. De hecho, Dianelys y otras lideresas comunitarias que han participado en los talleres de comunicación de riesgo realizados por la OPS/OMS, han podido informarse en sus comunidades a través de perifoneos con mensajes de prevención de la COVID-19 en wayúunaiki, campaña desarrollada por las autoridades locales, con el apoyo de la OPS/OMS.

Es por todos estos componentes que el Gobernador de La Guajira, Nemesio Roys, destaca el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud, que ya cuenta con otras experiencias similares en otros territorios con altos indicadores de éxito. Pero sin duda lo más importante es contribuir al logro de la Anaa Akua^ipa, salud y bienestar en lengua wayúu, para no dejar a nadie atrás durante la pandemia y después de ella.

INTRUI

BIENVENIDOS

WEL

JUNTOS FORTALECEMOS NUESTRO





ASÍ IMPACTÓ LA COVID-19 AL PUEBLO INDÍGENA MISAK

El rumor llegó a mediados de abril de 2020. Un rumor que se tornaba realidad. El primer caso positivo de COVID-19 se registraba en el cabildo de Guambía, municipio de Silvia, Cauca, suroccidente de Colombia. La incertidumbre reinaba entre los Misak, uno de los 115 pueblos indígenas que habitan en el territorio colombiano. Había confusión, había miedo. Y aunque las autoridades indígenas Misak realizaron campañas de información en sus emisoras comunitarias, en su lengua, sobre qué era la COVID-19 y qué síntomas se presentaban, para el médico tradicional Misak, el taita Luis Felipe Muelas, había una explicación: el planeta, la madre tierra, estaba en desarmonía. Y eso, cuenta, había sido una razón para entender por qué esta enfermedad había llegado al mundo, a Colombia, y a su territorio.

“Nos sentamos varios médicos para empezar a sentir la energía, el espíritu de la pandemia, y logramos capturarlo. A veces venía en forma de una candelilla, o venía en la nube. Cada enfermedad que llega tiene un espíritu negativo”, dice Muelas desde la huerta —yatul para los Misak, — de la





Casa de las Plantas, lugar que cultiva y procesa cerca de 180 plantas para su medicina tradicional, y se encuentra ubicado en la vereda Sierra Morena del municipio de Silvia.

Es miércoles 14 de abril de 2021. El reloj marca las nueve de la mañana. La temperatura no supera los 10 grados. La brisa golpea y de un cielo grisáceo se desprenden gotas que saludan a las plantas frías, a las plantas calientes, a las plantas ancestrales, a las plantas medicinales, y a los cuerpos de los Misak. Junto a Luis Felipe se encuentra Leidy Ximena Hurtado, también médica Misak.

“Hicimos varios rituales de armonización desde la espiritualidad y la conexión con el territorio, para minimizar ese riesgo que había. Porque para nosotros la salud es un todo: es entender el territorio, es estar conectado con el universo, y por eso se trata de manera integral y no por separado y de forma selectiva, como lo hace la medicina occidental”, dice Leidy.

Sin embargo, cuenta Leidy, aún con la sabiduría ancestral y a pesar de las recomendaciones de bioseguridad que llegaron a su comunidad desde el Ministerio de Salud y la OPS/OMS, había un miedo mayor: desde la medicina occidental no había ningún medicamento para combatir la enfermedad.

LA PANDEMIA Y LA COMUNIDAD

El territorio Misak cuenta con 17.500 hectáreas, según el Taita Luis Felipe. La mayor parte de este está compuesto por el páramo donde, dice, están los ojos del agua, están las lagunas, está el oxígeno y está la medicina. “Vivimos 14.000 Misak en el resguardo de Guambía, pero a nivel del territorio colombiano estamos ubicados en siete departamentos. En total somos 30.000 Misak, repartidos en resguardos, en territorios propios, y colectivos”.

A este extenso territorio la pandemia golpeó sin pudor y generó impactos en la salud de los Misak, pero también a nivel sociocultural, como lo recuerda Leidy. “Muchas cosas que hacemos nosotros son de participación comunitaria. Y una de las prohibiciones a raíz de la pandemia era la reunión o aglomeración. Entonces, ese fue un primer impacto para la autoridad ancestral: cómo hacer estrategias sin llegar a afectar a toda la comunidad”.

Cuenta Leidy que ese primer impacto, esa incertidumbre a lo desconocido, se logró superar con las estrategias desde la autoridad, con el control territorial —prohibiendo la entrada



de personas ajenas a su territorio y la salida de comuneros indígenas durante casi tres meses—, y con las medidas de prevención frente a la COVID-19 que recibieron desde el Ministerio de Salud y la OPS/OMS, sumadas a las propias, a base de plantas ancestrales y medicinales, que es como una complementariedad, dice ella, de occidente.

Basados en su conocimiento natural y en su relación espiritual con las plantas medicinales que cultivan en su territorio, los Misak previnieron y combatieron el COVID-19 en su comunidad. La primera medida, dice el Taita Luis Felipe, fue tomarlas: “Dependiendo de los síntomas y la energía de una persona, utilizamos plantas como el eucalipto, el pino,

la mora de castilla, la hierbabuena, el tomillo, el orégano, la cúrcuma, el palo de la noche, clavos y canela. Todo ese conjunto de plantas las hervimos y las hacemos tomar en jarabe con miel de abejas. La persona las toma cada dos horas durante el día, luego se acuesta y al otro día amanece recuperada su energía vital. Con eso empezamos a controlar a la comunidad”.

También realizaron, como segunda medida, sahumeros colectivos en sus casas, en sus cocinas, en sus yatules. “Usamos alrededor de 25 plantas e hicimos sahumeros. Nuestro territorio estaba lleno de humo de plantas para ahuyentar el espíritu negativo del COVID-19”, dice Luis



Felipe con cinco plantas en su mano derecha. Y agrega: “Los médicos tradicionales de la comunidad también subimos a los cerros a ahuyentar el espíritu negativo de la pandemia”.

La COVID-19, sin embargo, continuaba impactando y generando consecuencias en otros sectores del pueblo Misak como la economía. “A las 24 horas (luego de recibir la noticia del primer contagio de COVID-19 en la comunidad), hicimos el control territorial para que nuestra gente no saliera a las ciudades. Y eso nos causó una crisis económica. El Misak se caracteriza por vender productos agropecuarios, y a raíz de la pandemia muchos se perdieron: la fresa, la leche, la trucha”, recuerda el taita Luis Felipe.

LA COVID-19 EN EL ÚNICO CENTRO HOSPITALARIO DEL PUEBLO MISAK

A 10 minutos de Sierra Morena, en la vereda de Las Delicias, se encuentra el único centro hospitalario del cabildo de Guambía: la IPS Mamá Dominga. “Representa vida, salud y armonía para la comunidad”, dice Asención Velazco, Promotora de Salud y Gerente de Mamá Dominga. “Para nosotros la medicina propiamente se ha venido trabajando y la medicina convencional es solamente complementaria”.

Con la llegada de la COVID-19, sin embargo, Mamá Dominga era visto por los Misak como el principal foco de infección. Así lo recuerda Leidy y señala que en los primeros

meses de confinamiento, el hospital tuvo que cerrar la consulta externa. “La IPS tuvo que hacer otra estrategia y era que los médicos fueran de visita de casa en casa, tanto de las personas mayores como de las madres gestantes, para poderles hacer su control. Lo mismo ocurría con los partos: las maternas buscaban más a las mamás parteras para que las pudieran atender, porque les daba miedo ir al hospital”.

Sumado a esto, cuenta Leidy, desde la medicina complementaria occidental Mamá Dominga se vio limitada debido a las demoras administrativas que hubo para tomar las pruebas PCR, cuyos protocolos de manejo no tenían en cuenta su parte cultural. Por eso, dice, las personas preferían quedarse en casa, sin hacerse la prueba, lo que aumentaba los riesgos de transmisión comunitaria. “A los Misak no les gustan los procedimientos invasivos. Entonces, el hecho de ir a un laboratorio a que les saquen sangre, o que se introduzca algo en la nariz y se haga una prueba, es como una agresión a su cuerpo. Y a pesar de que Mamá Dominga es una IPS Indígena, las EPS solo autorizaban la toma de las pruebas de la manera en que se estableció para la población en general”.

Fue así como Mamá Dominga en 2020 realizó 166 pruebas para detectar la COVID-19, las cuales arrojaron 68 personas contagiadas y tres fallecidas, teniendo en cuenta que los meses de septiembre y octubre de 2020 fueron los de mayor contagio, como lo recuerda la médica Leidy.

No obstante lo anterior, Asunción dice que la llegada de la COVID-19 a Mamá Dominga también fue positiva para los Misak: “Fue positivo para el pensar y para la trayectoria que se viene trabajando desde la comunidad Misak, como comunidad indígena. La pandemia hizo que se retomara el tema de nuestra medicina propia. Y cuando empezamos a decir que teníamos que prevenirla, empezamos a utilizar nuestras plantas”.

De hecho, además de beberlas en jarabes y hacer sahumeros, la comunidad Misak también elaboró geles antibacteriales y jabones a base de plantas medicinales, para prevenir la COVID-19. “Cuando el cabildo decide hacer el control territorial, creamos geles y jabones antibacteriales basados, en un 70%, en destilado de plantas medicinales y 30% en alcohol industrial”, dice el Taita Luis Felipe. “Y también de afuera implementamos los tapabocas. Tocó apropiarnos de estos y empezar a convivir con la pandemia”.

LA PANDEMIA EN LA ESCUELA

Al igual que en sectores como la salud y la economía, la COVID-19 impactó al sector educativo del pueblo Misak y obligó hacer un plan de contingencia para docentes y estudiantes de la Institución Educativa Misak Mamá Manuela, también ubicada en la vereda Las Delicias y serpenteada por el río Piendamó. Así lo recuerda su rector, el taita Luis Felipe Calambas. “No podíamos descuidar a nuestros estudiantes. Por eso, hicimos un plan de contingencia basado en el yatul (en la huerta) y alrededor de la casa. La pandemia cambió totalmente nuestra mentalidad”.

Fue así como su cuerpo docente y directivas de Mamá Manuela comenzaron a elaborar unas guías didácticas de aproximadamente 15 días de duración, y basadas en el quehacer diario de estudiantes, en su casa, en su huerta, con sus padres, sus hermanos, su núcleo familiar: “Afortunadamente cada director de grupo cuenta con el número de celular de sus estudiantes. Entonces, les llamaba para sondear: <<A ver, estudiante de sexto, ¿en qué lugar se encuentra en este momento? <<En casa, trabajando, deshierbando maíz con mi papá>>. Basado en eso, el profesor de matemáticas tiene que adaptarse y preguntar <<¿Cuándo fue sembrado el maíz? ¿A qué distancia lo sembró?>>, y así. Son cosas muy bonitas que se han presentado en medio de este suceso”, dice el rector.

Al respecto, el taita José Salomón Cuchillo, Alcalde Zonal de la Vereda El Pueblito, también en Guambía, señala que “Esto nos ha fortalecido más y queremos seguir fortaleciendo el proceso educativo de querer nuestra cultura, fortalecer nuestro yatul. No se puede separar la educación de la salud. Para nosotros es integral. Y en la educación, la idea es enseñar esto desde muy chiquitos y mantener más que todo nuestro legado milenario”.

Un legado, un conocimiento ancestral que, gracias a la pandemia, le ha permitido al pueblo Misak, al cabildo de Guambía, fortalecer lo suyo: “Nosotros los pueblos originarios, como somos tan espirituales, estábamos olvidando esa conexión con nuestra madre tierra. Y para nosotros esto, la enfermedad de la COVID-19 es una ganancia, porque volvimos a valorar nuestra medicina. Ese es el aprendizaje que nos dejó”, dice el taita Luis Felipe Muelas.



ENTENDER PARA CONSTRUIR PUENTES QUE SALVAN VIDAS

“Que Serankwa me los cuide”. Con esta frase cargada de buenos deseos, en la que nombran a la deidad que les dejó la tarea de cuidar y mantener el equilibrio del mundo a los cuatro pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta –Wiwa, Kogui, Arhuaco y Kankuamo–, termina la misión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS Colombia), en el departamento del Magdalena.

La labor del organismo de salud es apoyar a las autoridades sanitarias del Magdalena y del distrito de Santa Marta a construir puentes con las 54.724 personas, que según el DANE pertenecen a estos cuatro pueblos indígenas, así como con los vacunadores y los prestadores de salud que permita implementar una estrategia de comunicación para la salud étnica, con enfoque en prevención de la COVID-19. Un desafío exigente, en la montaña costera más alta del mundo, con dos picos nevados de 5.775 metros y 5.560 metros y un área de 17 mil kilómetros cuadrados.

A finales de marzo del 2020, cuando el coronavirus llegó a Colombia, los cuatro pueblos indígenas de la

Sierra consultaron la Ley de Origen, buscaron el equilibrio mental–espiritual y material–terrenal para controlar el virus, y definieron acciones de prevención en el ámbito colectivo, individual y para el territorio ancestral, con pagamentos y también con medidas como el aislamiento. Incluso, aún hoy, son contadas las personas que pueden acceder a sus comunidades. Por eso, no es extraño que, para sostener un encuentro con las autoridades indígenas en territorio, haya sido indispensable establecer primero un largo diálogo con líderes indígenas en las instalaciones de la IPS Gonawindúa.

La visión de la OPS/OMS, basada en la equidad y en el respeto al pensamiento indígena, y guiada por el objetivo de ‘no dejar a nadie atrás’ durante la pandemia permite el encuentro con uno de los mamos más reconocidos y respetados de la Sierra. Se trata de Ramón Gil, quien en los años 80 inició la unificación política de los pueblos Kogi, Wiwa y Arhuaco. Lideró la compra masiva de tierras para la ampliación del resguardo y fue protagonista de la reorganización territorial del pueblo Wiwa a partir del llamado de los padres espirituales hacia





Duklindúe, territorio que comprende la zona nororiental de la Sierra entre los ríos Frío y Guachaca.

Es precisamente allí donde sucede el encuentro. Tras un viaje de tres horas desde Santa Marta, que incluye transcurrir una trocha que discurre paralela a la cuenca del río Guachacá, se halla un pequeño poblado con casas de tabla y techos de palma, y grandes establos. En la cumbre de un pequeño cerro se levanta un bohío a dos aguas, donde el mamo Ramón Gil espera apacible, en su chinchorro naranja. Junto a él, en uno de los tres largos bancos de madera que flanquean el espacio, se encuentran sus dos aprendices; y junto a otro banco, un fuego que parece jamás extinguirse.

El mamo es conocido, además, por haber sobrevivido a una poderosa tormenta eléctrica en Kemakumake, que acabó con la vida de 11 miembros de su pueblo, en la madrugada del 5 de octubre del 2014. En aquel momento, y aún con el tizne del fuego en su cuerpo, Ramón afirmó que el suceso fue un castigo de Shipomba, “padre del rayo”, en represalia por las continuas afectaciones a la naturaleza. Advirtió en esa ocasión que vendrían más enfermedades y sucesos trágicos en la humanidad si no hacíamos caso a las advertencias de los padres espirituales.

LOS SABIOS EL CORAZÓN DEL MUNDO

Para empezar el diálogo, el mamo les pide a todos los presentes despejar la mente. Durante varios minutos el único sonido que se escucha es el de tintineo de una campanita que agita de cuando en cuando, hasta que es interrumpida por el suave graznido del pájaro chikua. Entonces Ramón habla. “Deben liberarse de toda esa información y noticias de contagiados y muertos por Kuñdi – el nombre con el que identifican a la COVID-19– ustedes llevan esa pesada carga sobre sus espaldas”. Luego, como un diestro narrador de historias por más de tres horas habla sobre la enfermedad, navegando entre los destiempos, y con la circular lógica del pensamiento indígena.

“La enfermedad primero fue espíritu, hace parte de la vida, de la naturaleza. (...) El coronavirus nace por la contaminación de sangre en la tierra y en las fuentes de agua. A la enfermedad hay que pagarle. Tomamos agua sin pagar, comemos yuca, plátano, malanga, sin pagar. Pagar en espiritual, cancelar la deuda con la naturaleza... Cogemos todo de la naturaleza sin consultar con el dueño, con Serankwa”, dice Ramón, mientras frota una y otra vez su poporo con un madero llamado sokana.

“Cuando el hermanito menor llega a esos ecosistemas, los explota, los saquea, sale nolemaco y salen nuevas enfermedades”, dice mientras introduce el madero en el calabazo seco para cubrirlo con una mezcla de polvo de conchas de mar y hojas de coca que lleva a la boca para poder mambear.

Su pensamiento coincide con el de varios científicos de todo el mundo quienes han evidenciado que la destrucción de los ecosistemas puede elevar el riesgo de la propagación de enfermedades. Según Joachim Spangenberg, ecólogo y vicepresidente del centro Sustainable Europe Research Institute, “todo está relacionado entre sí, la salud de la fauna, el ecosistema y el ser humano. Si se produce un desequilibrio en alguno de estos tres componentes, el resto también se verá afectado”, de ahí la importancia del concepto “One Health”.

La enfermedad que, para estos pueblos indígenas se origina en el incumplimiento de la Ley de Origen, se llevó el 6 de agosto del 2020 a una de sus voces más respetadas: José de los Santos Sauna, cabildo gobernador del pueblo Kogui. Según la mitología indígena, De los Santos inició su viaje hacia la Pachá Mama. Para ellos, dice el antropólogo austríaco Gerardo Reichel-Dolmatoff, “la muerte no es vista como un acontecimiento trágico sino como un logro de la vida. El funeral dura unas dos horas y se celebra sin oraciones ni cantos, lo que puede parecer sencillo, pero en realidad, es un rito de cosmificación”. En otras palabras, es considerada una metáfora del período de gestación, pero en la dirección opuesta, un regreso al vientre de la Madre Tierra.

LA PREVENCIÓN Y LA CURACIÓN REORDENAN EL MUNDO

Según la creencia indígena, los deseos sin control de las personas conllevan al incumplimiento de la Ley de Origen y, por ende, a la enfermedad. Es por esto que, para prevenir la propagación de la COVID-19 y curar, además de las acciones en lo individual, lo colectivo, lo territorial, los Mamos deben ir a los sitios sagrados a confesar y a hacer pagamentos que ayuden a ordenar el pensamiento.

En el ámbito individual, por ejemplo, la enfermedad es tratada como una afección respiratoria tradicional. Se evitan los contactos personales, que no es un problema para estos pueblos indígenas ya que están acostumbrados a no tocarse, no abrazarse, no saludarse de mano y no compartir los maderos del mambe. Incluso, para reforzar el aislamiento se saludan dándose la espalda. Además, han adaptado sus

propias prácticas de higiene a lo sugerido por la Organización Mundial de la Salud. Se lavan las manos con lejía y usan una mezcla de aguardiente artesanal, llamado chirrinche, con plantas medicinales que se aplican en todo el cuerpo.

Con respecto a acciones colectivas, como es la vacunación contra la COVID-19, los Mamos vienen consultando espiritualmente la pertinencia de hacerlo, y consideran que aún no es tiempo, ya que primero deben avanzar en la curación espiritual. Sin embargo, ven pertinente que los vacunadores fortalezcan sus capacidades para que puedan desmitificar algunas creencias que se han extendido no solo en su territorio sino a lo largo y ancho del departamento, por ejemplo, que la vacuna está hecha con la sangre del fallecido mamo De los Santos, o que las vacunas llegan vencidas al territorio o que los hombres pueden perder la virilidad.

Para esta capacitación, las autoridades locales de salud cuentan con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, para la formación a los vacunadores de los municipios del Magdalena. Además se seguirán fortaleciendo estrategias en salud pública y acciones en comunicación para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, y así alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, que le permita a individuos y grupos ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente, como establece la Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

Y mientras llega el tiempo de vacunación los Mamos seguirán haciendo reuniones de saneamiento en favor del territorio y pagamentos de purificación para que la tierra se llene de oxígeno. “Hay sitios donde no se puede pensar mal. Si se piensa mal enferma la tierra, si tienes rabia se enfurece la madre y el padre. Por eso es importante pensar. El pensamiento es equilibrio con la naturaleza y sus mandatos”, asegura el mamo Ramón, al tiempo que se compromete a seguir estudiando la enfermedad para aportar desde su cosmovisión al equilibrio del orden natural del universo, y con esto a la curación de la humanidad entera.







Fotografía: Carlos Felipe Suarez

PALABRAS DE VIDA QUE MANTIENEN EL LEGADO INDÍGENA EN PUERTO ARICA

Pablo Yacob Vargas es profesor en la Institución Educativa Villa Fátima en Puerto Arica. Es de la etnia Bora y de acuerdo con su filosofía de vida, son hijos de la coca, el tabaco y la yuca dulce. Desde su oficio como maestro, Pablo forma a jóvenes estudiantes para mantener el legado de sus ancestros y para articular los conocimientos propios con los de occidente.

Por eso, cuando una misión de representantes de las 14 comunidades indígenas de la Asociación Indígena de la Zona Arica (AIZA) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) llegaron a Puerto Arica, población ubicada a orillas del río Putumayo y fronteriza con la República de Perú, el profesor Pablo quiso participar en los talleres.

La formación buscaba promover estrategias de salud comunitaria para aportar al bienestar de los indígenas en el Amazonas. Para ello, durante 5 días, hombres y mujeres de los pueblos Bora, Muinane, Uitoto y Ocaina, participarían en charlas donde conocerían de primera mano los conocimientos del mundo occidental sobre la pandemia y profundizarían en temáticas en salud del territorio.

Tal vez por eso para el profe Pablo fue valioso acercarse a la maloca que acogió a los aprendices del taller y con esa inquietud que lo caracteriza, preguntar acerca de lo que estaban haciendo los profesionales de la OPS en el territorio. “Nuestros abuelos siempre lo han pronosticado: tenemos que articular con occidente para hacer un intercambio de saberes propios y occidentales. Poder contar nuestros legados y que los indígenas puedan mantenerse en los territorios gracias a esos conocimientos”, aseguró Pablo.

GENTE DE CENTRO

Los sabedores y autoridades del pueblo indígena Bora del Amazonas cuentan que sus ancestros fueron sobrevivientes de la esclavización de los caucheros de la Casa Arana (1915-1931) que ocasionó la desaparición de 40 mil indígenas Uitotos, Mirañas, Boras, Andaquíes, Ocainas, Muinanes, Nonuyas, Murui, Ticuna, Yucuna, Inga y Siona, entre otras. Los que lograron salvarse se escondieron en la selva que cuidó y acogió a sus hijos. Según las cifras de la Organización Nacional Indígena



de Colombia (ONIC), hoy son 1.700 indígenas de la etnia Bora los que viven dispersos en varias comunidades, en su mayoría en las zonas no municipalizadas de Puerto Arica, La Chorrera y Tarapacá.

“Soy nacido y crecido en Puerto Arica. Mis ancestros fueron esclavizados y tengo claro que mis raíces culturales son de la etnia Bora. Desde nuestra parte cultural, somos del clan Gavilán, de jerarquía en nuestro pueblo. Siempre hemos sido jefes para dirigir a una sociedad y mi legado viene desde mi padre que era jefe de clan. Cuando yo muera, a mi hijo primogénito transmitiré la jerarquía, y así de generación en generación. Yo me crié con mi abuela y ella me dejó también un gran conocimiento, y es el lenguaje que hablo, la lengua Bora. Ese fue el tesoro que me dejó y en estos tiempos conocerlo es un gran privilegio. He sido bendecido”, explicó Pablo.

Cada pueblo del Amazonas, a pesar de tener muchas cosas en común, tienen una filosofía propia. Pablo cuenta

que los Boras son conocidos dentro de su cosmogonía como ‘gente de centro’. “Nuestro padre creador, primero tuvo en su pensamiento la creación del hombre. Luego formó a sus hijos con barro del suelo y empezó a moldearlo, a crear un muñequito. Lo hizo bien bonito y le dio el soplo de vida con una mezcla de barro con la hoja del tabaco y eso le dio la vida. Lo hizo arriba, donde él está; no sobre la tierra. Pero luego lo bajo al centro de la tierra y ahí nos dio nuestro lugar. Y sí, el Amazonas queda precisamente ahí, en el centro del planeta y por eso somos gente de centro”.

Así mismo, Pablo nos cuenta la importancia de los legados que han dejado los abuelos y sabedores a su comunidad, y en el tema de salud, son muchas las plantas y los remedios con los que ellos han hecho frente a las enfermedades como la Covid-19. “Sabemos que la enfermedad acá fue diferente por nuestra estrecha relación con la naturaleza, con la forma como hemos tratado a la madre tierra. Nosotros, desde nuestros



mandatos, somos cuidadores de ella, por eso la pandemia no ha sido tan fuerte como en las zonas urbanas y en occidente. La vacuna ha sido una ayuda para enfrentar la enfermedad y ya me vacuné. Lo hice por responsabilidad con mi comunidad. Somos ciudadanos y compartimos nuestro lugar de trabajo con niñas y niños. Debemos dar ejemplo como docentes y formadores de nuevas generaciones respetuosas con su gente y con la naturaleza”, afirmó Pablo.

EL LLAMADO A MANTENER VIVO EL LEGADO

Como profesor de la Institución Educativa Villa Fátima, Pablo es encargado de enseñar a los jóvenes sobre su lengua Bora, su plan de vida, el territorio, su gobierno y su identidad cultural.

“Para nosotros, el conocimiento indígena es siempre uno, nunca va fraccionado. Por ejemplo, cuando estoy hablando de salud, también estoy hablando de medio ambiente. Solo así podemos mantener el equilibrio. Si no hacemos lo

posible para que se mantenga ese equilibrio, pues la misma naturaleza se va a manifestar en enfermedades, desequilibrio social, cultural y espiritual. Eso hay que enseñarlo desde los conceptos, desde la escuela. Después debemos ayudar a los jóvenes para llevarlo a la práctica, y esos son los líderes que necesitamos para nuestra comunidad”.

Mantener el legado tradicional es una misión abanderada no solo por el profesor Pablo Yacob, sino por la Organización Indígena de la Zona Arica (AIZA), que con talleres como el realizado en alianza con la OPS/OMS fortalecen los conocimientos y su identidad como pueblo indígena que los diferencia de otras culturas. “Todo ese conocimiento que nos ha dado el Padre creador nos permite pervivir al pasar las generaciones. Que vivamos de acuerdo con esa ‘palabra de vida’ y que cuidemos a la madre tierra que nos acoge bajo su seno materno, porque ella es única, y cuidarla a ella es cuidarnos como pueblo Bora”, concluyó Pablo





HERENCIA Y CONSERVACIÓN PARA MANTENER SU CULTURA Y SUS TRADICIONES

La comunidad Tikuna que se encuentra a la orilla del caño Pupuña, es una de las más lejanas de la zona no municipalizada de Tarapacá. Está conformada por 4 malocas, en donde viven de 20 a 40 familias indígenas en cada una. Se llaman así: Maloca 1, Maloca 2 (en reconstrucción), Maloca 3 y Maloca 4. Cada una está distanciada de la otra por varios kilómetros.

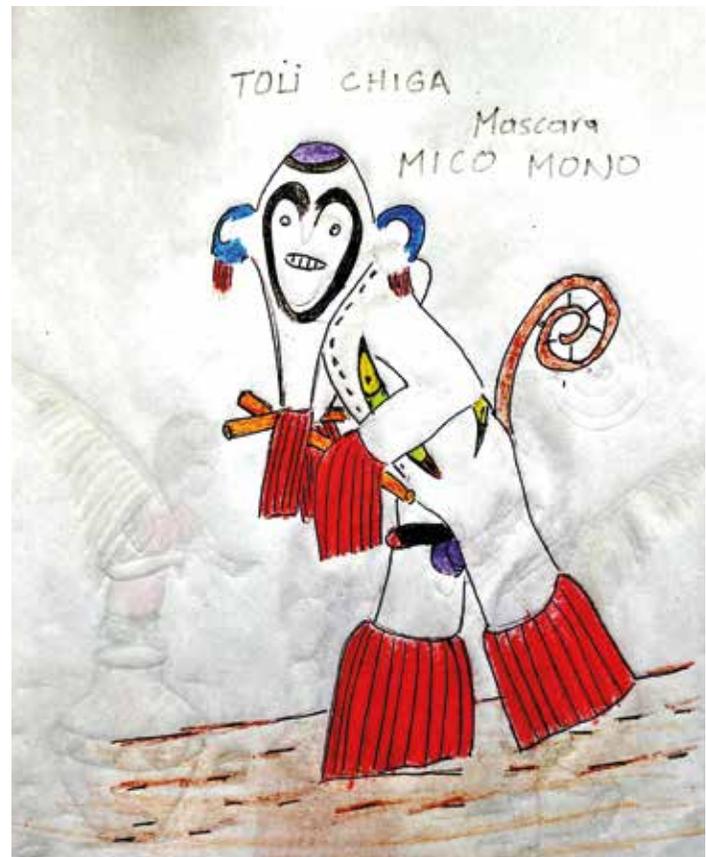
Desde esas comunidades, a casi un día de distancia hasta Tarapacá, navegando sobre el río Cotuhé en una canoa con un pequeño motor fuera de borda, llegaron tres representantes escogidos por las autoridades indígenas para ser parte del taller sobre Primer Respondiente en Salud, Vigilancia de base comunitaria, Primeros Auxilios Psicológicos y Comunicación del Riesgo, facilitado por la OPS/OMS.



Los talleres tenían como objetivo promover la construcción colectiva de una vida saludable y generar comportamientos por la salud y el bienestar de las comunidades del Amazonas, afectadas también por la pandemia de Covid-19. Pueblos indígenas asentados en cercanías a Puerto Arica, La Chorrera y Tarapacá, participaron de las jornadas que como expresaron los asistentes, los actualiza con información para ser replicada en sus territorios.

Pupuña es una de las comunidades más conservadas del trapezio amazónico. Ellos han mantenido sus costumbres y su cultura propia, gracias al aislamiento voluntario que practican, no mantienen contactos sostenidos con personas no indígenas y de esta forma guardan sus tradiciones, su territorio y su vida.

Medardo es uno de ellos. Es un hombre de pocas palabras, aunque siempre está muy atento a lo que digan. En su comunidad tiene el rol de auxiliar comunitario y gestor en salud. Cuando hay enfermedades que son tradicionales para su etnia como el cutipe y el susto (ambas pueden ser ocasionadas por espíritus malignos que se encuentran en animales y plantas, que afectan a nivel espiritual y pueden ocasionar hasta la muerte), el primero que lo debe tratar y cuidar es el médico tradicional. Si los remedios ancestrales no



funcionan, el auxiliar en salud es quien debe avisar y tramitar la atención en el Puesto de Salud de Tarapacá. Allí se define el tratamiento y si es necesario, el traslado para el enfermo.

Gracias a una persona que ayudaba a traducir lo que quería explicar, contó cuánto valora estos talleres como espacios para fortalecer sus conocimientos. “A veces no entiendo algunas palabras, pero las escribo y después pregunto”, expresó. Por medio de dibujos nos contó lo que para él es su comunidad y a manera de cuento ilustrado, cómo nació su etnia Tikuna.

La historia de origen del ser Tikuna parte desde el creador de los dioses inmortales Tikunas (Yünatügü) llamado Mowichina, quien envió al padre Ngütapa a este mundo. Después nacieron los gemelos Yoi e Ipi y existía gente Koukää que eran seres inmortales pertenecientes al clan Tatatao. Yoí e Ipi comenzaron a recorrer el mundo y al ver que nadie cuidaba a la naturaleza se preocuparon para que existieran personas y vivieran en ella.

Para los Tikunas, los seres humanos se originaron del residuo del Huito (Genipa americana), que Yoí roció en la quebrada Eware. Ese residuo, después de un largo tiempo, se convirtió en pescados de toda clase. Yoí pescó a los animales, y los peces que iba sacando del agua se convertían en personas.

Así pescó a toda la población. Pero había un pez que no comía de la carnada. Yoi mandó a pescar a la mujer y ella atrapó al esquivo pez que era su hermano Ipi, que era muy pícaro. Yoí, después de haber pescado reunió a toda la población, atrapó a un camaleón de cabeza colorada y lo cocinó hasta hervir el agua. Luego hizo que todas las personas probaran esa carne y adivinaran de qué era. Cada uno sentía un sabor a un animal diferente, ya sea ardilla, paujil, picón, cascabel y muchos más. De acuerdo a cada sabor de animal que sentía la persona quedaron organizados los clanes, los cuales son:

Clan Tukán: Tauka^{va}

Clan Ardilla: Yáüka^{va}

Clan Paukara: Bárüka^{va}

Clan Garza: Kowaka^{va}

Clan Paujil: Nguⁿüka^v

Clan Vaca: Wokaka^{va}

Clan Cascabel: Aruka^{va}

Clan Guacamayo: Ngnouka^{va}

Clan Loro: Ene Kúa

Clan Grulla: Yawuru kúa

Clan Arriera: Naiyüüka^{va}

Clan Garza Tigre: Ngaua kúa

Clan Tigre: Áika^{va}

Medardo también dibujó una representación del ritual de “La Pelazón”, una fiesta tradicional en la que se prepara a las mujeres para su rol en la comunidad y su nueva vida después de la primera menstruación. En dicha celebración la comunidad se reúne, cantan, bailan y se disfrazan con máscaras. Los mejores son premiados con piezas de carne ahumada, pescado moqueado y la tradicional chicha, bebida típica de los Tikunas.

LA SALUD: ESTAR BIEN Y CONTENTOS

Estar en su territorio, en su selva, con sus familias, es una de las dinámicas que define la salud para los tikunas que viven en las orillas del caño Pupuña. La selva los provee de lo que necesitan, desde sus remedios para curar enfermedades, como de la comida y el agua para vivir. Resguardarse les ha permitido mantenerse en su cultura y su tradición casi intacta.

Para Estanislao, otro de los participantes de la comunidad de Pupuña, la salud es estar contento, fuerte, sin algún tipo de enfermedad, con la familia y que todos estén bien. “Yo aproveché que estoy acá en Tarapacá y me vacuné contra



Fotografías: Carlos Felipe Suarez

la Covid-19, aunque en la comunidad la mayoría no lo ha hecho, apenas están llegando a vacunar. Muchos no creen, pero yo lo hice porque quiero moverme para estudiar en una universidad y prepararme para ser profesor”, aseguró.

Polanía, también participó en las jornadas. Él tiene más experiencia en el trabajo como gestor comunitario en salud y estaba muy emocionado con todo lo que estaban re aprendiendo en el taller. “Hoy hablamos sobre la enfermedad de la diarrea aguda y de la infección respiratoria. Esas dos enfermedades y la malaria es lo que más se ve en Pupuña. Entonces esa información es útil no solo para nosotros sino para nuestra gente, eso a mi me da alegría”.

Después de una semana lejos de casa, los participantes de Pupuña organizan su regreso a territorio. Van no solo con los conocimientos adquiridos, además llevan algunas cosas que no se pueden conseguir en la comunidad y ayudan en sus labores diarias. Resultado de la capacitación, OPS/OMS les entregó unos kits para primeros respondientes, que los distingue como líderes y apoyo comunitario en salud. Porque ese es un propósito claro para ellos y una misión para seguir trabajando por la salud de los Tikunas.





CONFIANZA, EL SECRETO DE LA SALUD Y EL BIENESTAR EN INÍRIDA

Llueve, y las llanuras amazónicas del resguardo Cuayaré El Coco, en inmediaciones de Inírida, comienzan a inundarse. Inicia la temporada de invierno y cada especie se las ingenia para poder sobrevivir. Hormigas, alacranes, arañas y serpientes, como la temible cuatro narices que puede lanzar veneno desde una distancia de 6 pies, o la anaconda, que caza gallinas, perros y niños, buscan refugio en las partes secas, cerca de las malocas de los indígenas curripacos, quienes también hacen lo propio para salvar la vida.

Estos animales no son los únicos que les ofrecen peligro. La proliferación de insectos transmisores de malaria y dengue, y el virus de la COVID-19 que ya circula por el lugar también atemoriza a los pobladores de la comunidad indígena Sabanita. Fredy Yainape Evangelista, como líder en salud, se cuelga el temor a sus espaldas. Sabe que la estación puede traer enfermedades y muerte para la comunidad, y debe estar más vigilante que nunca por la sobrevivencia de los suyos.

Como él, 15 líderes comunitarios formados como primer respondiente y vigilante en salud pública, deben identificar

las enfermedades, brindar a los pacientes una primera asistencia en salud, basada en la medicina tradicional y en lo aprendido en las capacitaciones dadas por la Organización Panamericana de la Salud y, en caso de que los síntomas y signos sean graves y sea necesaria la atención médica profesional, activar la ruta establecida por la Secretaría de Salud Municipal.

Como buen aprendiz y sabedor de la medicina tradicional, Yainape sabe que la prevención salva vidas. Por eso, junto a los suyos, preside una jornada de limpieza del resguardo, para evitar que basuras y materia fecal lleguen al río. “El curso del agua trae todo de regreso –afirma–. Y si contaminamos el caño nuestra gente va a tener enfermedades en la piel o diarreas, que pueden desencadenar desnutrición y muerte”.

Mientras monitorea el nivel de aguas, Yainape afirma que “el caño está lleno de vida y hay que cuidarlo”. Explica, por ejemplo, que la comunidad cuida los pastizales porque estos protegen de depredadores a las sala-cunas de los cardúmenes de peces ornamentales, que luego, cuando alcanzan la edad adulta, se convierten en fuente de ingresos para el pueblo Curripaco, y para las nuevas generaciones. “Todo está interconectado: lo que hacemos acá tiene repercusión en el mundo, y lo que hace el mundo repercute en nuestro resguardo. Lo que hacemos hoy impacta nuestro presente y también el otro futuro. Estamos llamados a cuidar el planeta y a todos los seres que lo habitan”, asegura.

VIGILANCIA POR LA SALUD

La labor de vigilancia, con acciones de prevención basadas en la sabiduría tradicional y en la medicina occidental, con el monitoreo efectivo para la gestión del riesgo, con la detección de signos y síntomas de los pacientes y con canales de información expeditos, le ha permitido a la Secretaría de Salud Municipal brindar atención oportuna a los pacientes y tomar acciones oportunas en las emergencias que se presentan en el territorio.

Para Oscar Orozco Villarreal, referente del área de vigilancia epidemiológica en Inírida, la formación y la responsabilidad de estos primeros respondientes con ellos mismos y con la comunidad, se ha convertido en todo un ejemplo a seguir. “Ellos –dice el funcionario– identifican el problema y de inmediato activan todo el sistema. Hoy no solo tenemos mejor información, sino que podemos dar una respuesta más oportuna. Con su dotación, que incluye







camillas para el traslado del paciente, equipo de primeros auxilios y radios comunicadores, primero ponen a salvo a la persona, y luego con el concurso de todos los primeros respondientes dan aviso a las autoridades de salud para, en caso necesario, hacer el traslado del paciente en ambulancia hasta el hospital”.

Es así como han logrado salvar vidas durante la pandemia. Cuenta Yainape que cuando la enfermedad alcanzó al Guainía, la alarma generada por los medios de comunicación les hizo creer que había llegado el mismísimo demonio. “Gracias a nuestra medicina tradicional entendimos que a la COVID-19 no había que tenerle miedo sino respeto”.

Los curripacos se prepararon para recibirlo. Hicieron preparaciones con plantas, bejucos y raíces; confiaron en su buena salud producto de una alimentación basada en la ingesta de animales de monte, pescados, ajíes y frutos amazónicos, y en su amor a la práctica deportiva. “Yo creo que acá más

de la mitad de la población ha tenido la enfermedad. Les ha dado de forma leve y se han recuperado con aislamiento en casa y con nuestras hierbas”, dice Yainape.

Algunos abuelos, con más de 70 años, y enfermedades como la hipertensión, tuvieron que ser remitidos al hospital. Gracias a la labor de vigilancia de los primeros respondientes, a la confianza que depositan en ellos los pobladores, los enfermos graves de COVID-19 fueron remitidos oportunamente al hospital y pudieron salvar sus vidas.

De ahí que, con la llegada de las vacunas, en este resguardo indígena, y siguiendo el ejemplo de los primeros respondientes el 90 por ciento de las personas haya decidido acceder a la vacuna contra la COVID-19 para disminuir el riesgo de morir. Incluso los jóvenes se han vacunado. Ahora, el reto, según Yainape, es promover la vacunación contra el sarampión y el uso de toldillos para evitar estas enfermedades y preservar la vida del pueblo Curripaco.







JÓVENES AWÁ: MULTIPLICADORES DE MENSAJES QUE SALVAN VIDAS

“Los Awá tenemos nuestra propia forma de concebir el mundo. Para nosotros existen cuatro mundos que están estrechamente relacionados: existe el mundo de abajo que está habitado por los seres más pequeños, donde viven animales como el armadillo y la hormiga, que comen humo y no tienen ano. En segundo lugar, más arriba, se encuentra el mundo nuestro, sobre nosotros está el mundo de los muertos y los espíritus; se cree que cuando un Awá muere va hacia allá. Y, por último, arriba, está el mundo del creador controlando a los tres mundos que están debajo”.

A partir de esta cosmovisión sobre los cuatro mundos Awá (Ampara Su, en idioma awapit), Andrés Jiménez, un joven indígena del resguardo La Brava, hace una reflexión sobre la importante de preservar la vida en sus comunidades, y con estos elementos realiza un video que utilizará para promover las medidas de protección contra la COVID-19 y la promoción de la vacunación en su comunidad.

Andrés es uno de los 80 jóvenes y lideresas sociales provenientes de 32 resguardos indígenas del pueblo Awá, que recibieron una capacitación en salud pública, salud mental y prevención de la COVID-19, para convertirse en multiplicadores de mensajes que





buscan salvar vidas durante la pandemia. Para ello, durante cinco días, en el corregimiento El Diviso, en Barbacoas (Nariño) cursó una formación dirigida por el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), la Universidad de los Andes, la Organización Indígena Unipa y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en Colombia.

COMUNICACIÓN, UNA HERRAMIENTA PARA SALVAR VIDAS

Esta iniciativa de formación hace parte la estrategia de comunicación con enfoque étnico y adaptación cultural que, en apoyo a las autoridades nacionales y locales de cuatro departamentos el país. Para ello, en agosto de 2021, la Organización Panamericana de la Salud realizó una misión en la que realizó encuentros con los pueblos indígenas Inga, Pasto y Quillasingas, que habitan en el altiplano andino; con los Awá, del piedemonte costero; y los Eperara Siapidara del litoral pacífico.

Como resultado de estos encuentros se acordaron acciones de comunicación y educación que incluyeron la consolidación de canales de comunicación de doble vía utilizando aplicaciones de mensajería a través del teléfono, talleres de comunicación del riesgo para funcionarios y autoridades y líderes indígenas, campañas radiales en castellano y awapit a través de emisoras comunitarias, la co-

creación de piezas de comunicación audiovisual, y gráficas, que fueron convertidas en vallas, afiches y cartillas, y la formación de jóvenes como replicadores de mensajes que permitan brindar información tanto de la medicina propia como científica sobre la COVID-19 y la vacunación, para que los pobladores puedan tomar decisiones informadas.

La capacitación estuvo a cargo del departamento de Antropología de la Universidad de los Andes, funcionarios del IDSN, médicos tradicionales y salubristas de Unipa, y consultores nacionales de la OPS/OMS en Colombia, quienes además de brindarles conocimientos técnicos sobre salud pública y etnicidad, realizaron un trabajo importante para la prevención de enfermedades en salud mental que se han exacerbado durante la pandemia. Así mismo, hicieron un fortalecimiento en comunicaciones que incluyó la elaboración de cuentos, radionovelas y videos como el realizado por Andrés.

Una vez en sus comunidades, y durante dos meses, él, al igual que sus 80 compañeros Awá desarrollarán una serie de actividades que incluyen reuniones, visitas casa a casa, sondeos y distribución de materiales pedagógicos e informativos sobre la COVID-19 y la vacunación. Por su parte, desde el IDSN se explicó que las IPS indígenas podrán contar con los biólogos para garantizarles este derecho a quienes de manera autónoma quieran recibir las vacunas.





ENCUENTRO DE DOS MUNDOS POR LA VIDA DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Con una serie de dibujos hechos a lápiz, una indígena Wayúu de la Alta Guajira rememora el día que dio a luz a su primer hijo. En la primera ilustración muestra el inicio del trabajo de parto, y luego con una sucesión de imágenes muestra cómo las contracciones se hacen cada vez más frecuentes, y cómo en un momento del proceso, se hace evidente que requiere atención médica inmediata.

Ella no quiere ir al centro asistencial por la vergüenza que siente de ser atendida por una persona de raza blanca. Permanece en su ranchería poniendo en riesgo su vida y la de su hijo. Es entonces, cuando –casi como un milagro– aparece una de las agentes comunitarias de la Institución Prestadora de Salud Dusakawi.

Hablan, y se empieza a tejer el encuentro entre los dos mundos. El servicio médico, humanitario y respetuoso de las tradiciones, da sus frutos. El dibujo siguiente es el de la llegada de la ambulancia y seguidamente, un autorretrato con su bebé en brazos.





No todas las gestantes indígenas en Colombia han corrido con la misma suerte. En 2020, por cada 100 mil nacidos vivos se presentaron 236,5 casos de mortalidad materna con pertenencia étnica indígena, mientras que en población general las cifras han mostrado una tendencia hacia la disminución, al pasar de 70.14 muertes a 50.73 por cada 100 mil nacidos vivos, entre 2005 y 2019, según el Instituto Nacional de Salud (INS).

Ella es una de las mujeres de los pueblos Wayúu y Arhuaco, en el Norte de Colombia, que ha podido acceder voluntariamente a los servicios de salud durante el parto, gracias a los resultados alcanzados con la implementación de la estrategia interagencial para la reducción de la mortalidad materna y neonatal en pueblos indígenas, desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), autoridades indígenas y gobierno local de estos territorios.

De ahí la decisión de extender esta estrategia a otros territorios. Y ahora en tiempos de la pandemia se empezó a implementar en el departamento de Chocó, donde existe una importante red de parteras y parteros, y ya se empiezan a dar buenos resultados en materia de acceso y reducción de mortalidad.

SALUD MATERNA CON ENFOQUE ÉTNICO

La estrategia interagencial es considerada en el país como una buena práctica en salud materna indígena y un ejemplo a seguir. Se destacan los esfuerzos realizados en una primera fase para identificar las condiciones socio económicas que rodean la gestación y parto en los pueblos Wayúu y Arhuaco, así como las barreras culturales que se convierten en verdaderos obstáculos para que las maternas accedan a los servicios de salud, como el idioma, el temor a que les practiquen una cesárea que deje cicatrices en el cuerpo, o la vergüenza a ser atendidos por alguien externo a la comunidad.

“El análisis de brechas e inequidades en salud, así como las creencias de los indígenas fueron fundamentales para la priorización de las acciones destinadas al fortalecimiento de las capacidades institucionales en la atención de emergencias obstétricas, prácticas que salvan vidas y la





adecuación sociocultural de los servicios de salud”, afirma la doctora Gina Tambini Gómez, representante de la OPS/OMS en Colombia.

Precisamente, este conocimiento le permitió a la empresa social del estado (ESE) Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, en Uribia, hacer adecuaciones culturales que, según la médica coordinadora de la Institución, Sandra Díaz, le ha dado tranquilidad y confianza a las maternas. “Gracias a este proyecto interagencial el personal de salud está capacitado para brindar una atención respetuosa de los usos y costumbres del pueblo Wayúu como es permitirles estar acompañadas, atenderlas con sus atuendos, con algunas medicinas tradicionales y devolverles la placenta después del parto. Incluso contamos con traductores para superar las barreras del idioma”, asegura Díaz.

Por otro lado, UNICEF ha movilizado recursos para que los niños y las niñas desde la gestación sean una prioridad en los planes territoriales en salud. Esta agencia, además, ha brindado aportes a la mejora de las capacidades de agentes de la medicina tradicional y de los equipos de salud en temas de nutrición materna y apoyo a la construcción de las orientaciones para la adecuación de los servicios socioculturales y orientaciones para atención materno perinatal en el contexto de la pandemia.



PMA, por su parte, ha enfocado su trabajo en apoyar las estrategias nacionales para hacer frente a los problemas de seguridad alimentaria y nutricional en el país. En particular, enfoca sus esfuerzos en comunidades lejanas y dispersas de los territorios priorizados por la estrategia, aportando en la caracterización de parteras y mejoramiento de las capacidades comunitarias en seguridad alimentaria y nutricional en los primeros mil días.

También es de destacar los aportes desarrollados por UNFPA para el fortalecimiento de las capacidades técnicas de agentes comunitarios y entrenamiento de las Parteras tradicionales de las comunidades Arhuaca y Wayúu, así como la generación de evidencia para hacer nuevas comprensiones en la salud sexual y reproductiva y de incidencia y abogacía para encuentros y diálogos interculturales.

Debido al éxito de esta estrategia colaborativa, colectiva e innovadora, se busca poder implementarla en otros pueblos indígenas. Para ello, en la actualidad se está construyendo un visor para la socialización de indicadores trazadores en salud y atención materno perinatal, desagregados a nivel nacional, departamental y por los municipios priorizados que hará parte del repositorio y plataforma web liderada por OPS/OMS para promover los determinantes sociales del acelerador de la salud materna en Colombia, hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 5.

NACE LA ERA DEL AGUA POTABLE PARA LOS PIAROA EN CACHICAMO

Con la fiebre del caucho, hace más de un siglo, los indígenas piaroa llegaron obligados a territorio colombiano. La violencia de la época y las epidemias los hicieron refugiarse en las profundidades del Vichada. En Cachicamo levantaron uno de sus resguardos y, para cuidar la vida, desde el comienzo, se encomendaron al espíritu del agua.

Pero en estas tierras caprichosas tener acceso al agua no siempre es fácil. A veces lo inundan todo, trayendo males como la malaria; y luego se secan, dejando en pie algunos caños que alivian la sed, pero, por el deterioro en que se encuentran, han incrementado la enfermedad diarreica aguda, la segunda causa de mortalidad infantil.

Por eso, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el departamento de Asuntos Globales de Canadá (AGC) quisieron incidir en determinantes de la salud y apoyar la construcción de un sistema de abastecimiento de agua que opera con paneles solares, y que incluyó la adecuación de un pozo de agua subterránea, cloración y una red de distribución y almacenamiento, con altos estándares.

Esta iniciativa hace parte del proyecto Sistemas Integrados de Salud en América Latina y el Caribe (Sislac), desarrollado en Colombia desde el año 2016 para proteger la salud y los derechos de mujeres y niños.

La representante de la OPS en Colombia, Gina Tambini Gómez, manifiesta: “Apoyamos la gestión de las autoridades nacionales y locales con respecto a las principales causas de enfermedad en poblaciones que se encuentran en áreas geográficamente remotas, como el resguardo Cachicamo, y, además, aportamos a obtener buenos resultados en términos de salud ambiental y desarrollo sostenible”.

Para recibir la obra, el capitán indígena, escoltado por un puñado de hombres, revisa los tanques, los paneles solares, los motores y las infraestructuras de saneamiento, que incluyen sanihuertos, lavaderos y baños.

Mientras tanto, las mujeres prueban, por primera vez, los beneficios del agua cristalina que brota en sus casas para hacer un sancocho comunitario; y, a medida que avanzan en la preparación, susurran entre ellas las ventajas que el



proyecto traerá. Alistar a los niños para la escuela, bañarlos, prepararles el desayuno, será más fácil, dicen.

La comunidad siempre ha utilizado el agua de los caños y la lluvia para la higiene personal y para el consumo, y gracias a las capacitaciones dadas por el proyecto han entendido las consecuencias del consumo de agua contaminada. “Si uno no prepara bien el agua, puede tener enfermedades, hasta graves. Ahora vamos a poder mantener a los niños saludables”, afirma Marlene Moreno Sánchez, una de las pobladoras.

A partir de ahora, la vida será distinta para los 148 habitantes del resguardo. Especialmente para Alexander Moreno, gestor comunitario del riesgo en salud, quien hace parte de la comitiva indígena que recibe las obras. Él debe velar por la salud de los miembros de su comunidad y, cuando alguien enferma, notifica a las instituciones públicas para que haya una respuesta rápida que, en ocasiones, evita males mayores.

Dos o tres veces a la semana se adentra en la llanura, para acompañar a los enfermos hasta las instituciones de salud del centro urbano de Puerto Carreño.

Aunque en ocasiones los desplazamientos se complican, en especial en invierno, cuando se inundan los caminos, le gusta su trabajo. Sueña con estudiar enfermería y quizá trabajar en la ESE Departamental Hospital San Juan de Dios, entidad que se esmera en brindar una respuesta con enfoque étnico, y que ahora se dispone a certificarse, con el apoyo de la OPS, como institución amiga de la infancia y la niñez, para bajar la mortalidad materna y neonatal del Vichada.

‘LA VIDA SERÁ MEJOR’

Mientras ve brotar por primera vez el agua pura en las viviendas de Cachicamo, Alexander recuerda: “Antes nos tocaba correr al caño 2 o 3 veces al día. ¡Mucho cansancio! Y el agua ya no es pura, como antes”, afirma.

Además, augura que para él la vida será mucho mejor, porque seguramente disminuirán muchas enfermedades, se reducirán las travesías por la caprichosa sabana del Vichada llevando enfermos y podrá dedicar más tiempo a la formación.

Como parte de la red de vigilancia en salud pública de base comunitaria del departamento, Alexander se capacitó para conocer los signos y síntomas de enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias, dengue, malaria, hepatitis A, accidente ofídico, leptospirosis, y otros temas





de interés para Vichada, como tuberculosis, cuidados en la atención prenatal y del recién nacido, lactancia materna y alimentación complementaria, manejo y vigilancia nutricional, enfermedades prevenibles por vacunación (sarampión, rubéola y difteria).

Además, gracias a esta capacitación, Alexander sabe muy bien que el suministro adecuado de agua para el baño, el lavado de ropas y de utensilios de cocina, la preparación de alimentos y otros propósitos higiénicos va a tener efectos significativos sobre enfermedades de los ojos y la piel, las enfermedades transmitidas por ectoparásitos, las enfermedades contraídas a través de alimentos y otras controlables mediante el lavado de las manos.

Aunque cree poderosamente en la medicina occidental, como nieto del chamán fundador del resguardo Cachicamo respeta la sabiduría ancestral para dar alivio a los suyos y sabe que incluso para el chamán será beneficioso contar con agua potable para la elaboración de los tratamientos ancestrales.

Los piaroa atribuyen gran parte de las causas de enfermedades al mundo espiritual, y a los animales, que serían sus productores, tanto directamente a través de la ingestión como de manera indirecta cuando se rompe la relación ordenada entre el individuo y el cosmos. La sabiduría ancestral también considera que hay algunas de orden natural que deben ser tratadas con plantas y masajes, pero siempre sobrepuestas a terapias espirituales.

Precisamente esa combinación de saberes le permite augurar a Alexander que, con la llegada de este proyecto de agua potable y saneamiento a Cachicamo, su gente gozará de una mejor salud y los nuevos miembros de la comunidad piaroa podrán recibir todas las bendiciones del agua desde el nacimiento para tener una vida sana y con bienestar.









CON ‘PALABRAS DULCES’ AVANZA LA VACUNACIÓN EN EL AMAZONAS

Dieciséis indígenas Yagua de la comunidad Siete de Agosto, una de las más alejadas del territorio amazónico colombiano, reunieron dinero para comprar 10 galones de gasolina que se necesitan para navegar por el río Atacuari hasta su desembocadura en el Amazonas. Su objetivo: llegar al municipio de Puerto Nariño para con el fin de avanzar rápidamente en el proceso de vacunación contra la COVID-19.

Aunque en la selva amazónica circulan toda clase de falsas creencias que van desde que la vacuna los puede convertir en caimán hasta que el objetivo de las farmacéuticas es robar el ADN indígena. Pobladores como Teófilo Tatayeri están decididos a ponerle el hombro a la protección. Según la creencia tradicional Yagua hay demonios que para hacer daño a veces se transforman en seres humanos para engañar a la gente, por eso él decidió no creer en estos mitos.;

En mayo, Teófilo se contagió del virus y, cómo él mismo dice, “casi me lleva al hueco”. Para no repetir esta tragedia que puso en riesgo su vida, una vez supo que en Puerto Nariño estaban vacunando, no quiso esperar a que la brigada de salud llegara





a su comunidad. Sin pensarlo dos veces, junto a familiares y amigos decidió embarcarse en una travesía fluvial de dos horas para recibir esta protección contra la COVID-19.

Sin embargo, no ocurre lo mismo en otras de las 9 áreas no municipalizadas del Amazonas colombiano donde habitan Ticunas, Uitotos, Muinanes, Ocainas, Yaguas, Cocamas y Boras, entre otros pueblos indígenas. Pese a que el Amazonas ha registrado una mejoría en cuanto a los indicadores mortalidad y morbilidad de la COVID-19, durante las últimas semanas, las autoridades continúan en alerta porque la pandemia sigue siendo una amenaza en este departamento, que en su momento fue el más golpeado por el virus en el país.

En la actualidad, la desinformación ha hecho carrera y la población además de no adoptar las recomendaciones de bioseguridad tienen miedo a vacunarse, lo que pone en riesgo su supervivencia.

A este complejo escenario se suma que la Secretaría de Salud de Leticia tiene menos de tres meses para aplicar las 8.550 dosis de vacunas que recibieron en julio, esto por su capacidad para conservar la red de cadena de frío y la seguridad del biológico. Además, tiene que enfrentar grandes desafíos logísticos para abarcar un territorio del tamaño de países como Bulgaria o Cuba, con 110 mil kilómetros cuadrados de bosque húmedo tropical, donde se levantan 136 comunidades habitadas mayoritariamente por pobladores que no hablan castellano y a las que se acceden principalmente a través de extensos recorridos fluviales.

Por otra parte, el ingreso al territorio exige un desafiante proceso de concertación con las autoridades indígenas, en el cual el Gobierno de Colombia y la autoridad local de salud han decidido contar con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, que se materializa a través de la asesoría y acompañamiento de profesionales de la salud, entre médicos, epidemiólogos, antropólogos, psicólogos y comunicador social.

ENDULZAR LA PALABRA PARA SALVAR VIDAS

En pleno solsticio de verano, La Chorrera da cuenta de la séptima víctima de la pandemia. Con la reactivación económica y el retorno de los viajes al Amazonas, el virus volvió a 'enfadarse', y ahora es necesario construir puentes entre los saberes ancestrales y los conocimientos basados en evidencia científica para prevenir la enfermedad y salvar

vidas con recomendaciones que sean pertinentes a las costumbres, creencias y lenguaje de la población.

Así queda establecido en la concertación con las autoridades de los cuatro pueblos indígenas que habitan La Chorrera y en la cual se permite el ingreso de la Organización Panamericana de la Salud con una intervención para incrementar los servicios de salud durante emergencias complejas, fortalecer la vigilancia en salud pública de base comunitaria e implementar acciones pedagógicas con enfoque étnico para lograr la prevención de la COVID-19, con énfasis en mejorar el acceso y aceptación de la vacunación.

Un proceso de concertación similar se lleva a cabo en Tarapacá con el Cabildo indígena Mayor, CIMTAR, y con la Asociación de Autoridades Indígenas de Tarapacá Amazonas, ASOAINAM.

Para el coordinador de la vacunación contra la COVID-19 en Amazonas, Edwin Andrés Velásquez, más que un desafío institucional, este es un reto personal. Durante la primera ola, como enfermero de la Unidad de Cuidado intermedio del Hospital San Rafael de Leticia, vio morir a muchas personas, personas conocidas y queridas, quienes a pesar de los tratamientos y cuidados perdieron la batalla con la vida.

“La vacunación para mi significa volver a vivir”, dice Velásquez al recordar como con la inmunización se apaciguó el virus. “Después de alcanzar la trágica cifra de 251 muertos, desde que se realizó la vacunación masiva en Leticia, solo una persona vacunada, con una patología de base, ha perdido la vida, y pasan los días sin que haya enfermos por COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos. Motivado por esto, hoy soy feliz de poder articular este proceso para las áreas no municipalizadas”, asegura el enfermero.

Con este mismo compromiso de poder tomar las mejores decisiones para salvar vidas, los miembros de las organizaciones indígenas se preparan espiritual y emocionalmente para la concertación. Como hijos del tabaco, de la coca y de la yuca dulce, en sus malocas, preparan el mambe y el ambil que utilizarán durante la negociación y que les permite descubrir, ingresar y reconocer la “palabra verdadera” en momentos de crisis, tanto individuales como colectivos.

En el universo simbólico de los indígenas del Amazonas, las palabras tienen vida, pueden ser forjadoras de vida, traer el bien y el desarrollo; o pueden ser falsas y portadoras de enfermedad, crisis y conflictos. De ahí que









la concertación sea asumida sin prisa y con total rigurosidad para que se puedan llegar a acuerdos en lo fundamental.

LA VACUNACIÓN, UNA REALIDAD EN LAS SELVAS AMAZÓNICAS

La concertación permite el ingreso al territorio para que cada persona, de manera libre e informada, pueda decidir si se pone la vacuna contra la COVID-19. Además, la OPS se compromete a asesorarlos en la construcción de los componentes del SISPI, basados en la más reciente actualización de la guía metodológica, y brindar capacitación en estrategias de salud comunitarias.

De nuevo en Leticia, varios escuadrones de vacunadores de la Secretaría de Salud parten en lanchas hacia distintos destinos del Amazonas, en brigadas que se extenderán durante 22 días. Van acompañados de un traductor indígena que se encargará de explicar qué es la enfermedad, qué es la vacuna y por qué es importante para prevenir la COVID-19 en los pueblos indígenas del Amazonas.

“Esto responde a la metodología planteada por la oficina de la OPS en Colombia, que está basada en los planteamientos del antropólogo Mark Nichter en 2008 quien resaltó la importancia de conocer las percepciones culturales y representaciones sociales de la salud y la enfermedad en las poblaciones indígenas, así como la importancia del diálogo de saberes para la construcción de acciones en salud pública”, asegura la doctora Gina Tambini, Representante de la OPS / OMS en Colombia.

En las primeras tres semanas, los vacunadores llegan a los rincones más alejados de la selva tropical y con la convicción de salvar vidas y llevando la voz de sabedoras y parteras afines a la inmunización logran aplicar 2.825 dosis y alcanzar el 33 por ciento de la meta. Uno de los vacunados es Gabino, el tesorero de UITIBOC, quién gracias al mambe, y su poder para el entendimiento logró discernir las `palabras dulces´ que llegan con la promoción de la vacunación, y que están motivadas para que nadie se quede atrás durante la pandemia y se puedan salvar las vidas de los indígenas de la Amazonía colombiana.



Comunidad
AFRO





APROXIMACIÓN A LAS COMUNIDADES NEGRAS DE COLOMBIA

La historia de Colombia difícilmente puede entenderse sin la comprensión de las comunidades negras, de la historia de cómo llegaron a la “tierra firme” y como ellos se volvieron parte de una nación que continua en construcción y que hace esfuerzos por convocar a todos sus pobladores en una comunidad.

La población afrocolombiana está ubicada en todo el territorio nacional pero en particular en los departamentos de Valle del Cauca, Bolívar, Atlántico, Nariño, Chocó, Magdalena, Bogotá DC, Antioquia y Risaralda (ICANH, 2004). La gran mayoría de las comunidades se caracterizan por la vida ribereña, dado que se ubican en las orillas de los ríos Atrato, Otún, Cauca, San Juan, Mira, río Telembi, y en las ciénagas que en el Caribe colombiano en donde se ubicaron los palenques coloniales.

Zapata Olivella (2014) afirma que las personas negras que llegaron en “armazones” –así denominados los barcos que traían de los puertos portugueses en la costa Occidental del África– eran cazados en redadas en los que caían personas de diferentes naciones africanas que terminaban mezclados en los barcos y por no hablar castellano o entenderlo terminaban siendo denominados como “bozales”. Entre las nacionalidades están Camerún (Cultura Yoruba), Mauritania (Cultura Berberisca), Guinea Ecuatorial (Cultura Yoruba), Nigeria (Cultura carabalí-

bantú), Sierra Leona (Cultura Ewe - Fon), El Congo (Cultura Bantú) y Costa de Marfil (Fanti - Ashanti). Esto plantea de entrada una amplia diversidad cultural.

Las embarcaciones eran lugares malsanos. Durante los largos recorridos que hacían estos barcos antes de arribar a Cartagena de Indias, muchos de los cientos de hombres y mujeres que traían hacinados perdían la vida o enfermaban. A los sobrevivientes, lo mejor que podía pasarles una vez en tierra firme era encontrarse con Pedro Claver, quien se consagró con gran dedicación a los esclavos, o con Alonso de Sandoval, defensor de la dignidad de los negros, quien además tenía traductores para cada una de las lenguas negras que hablaban los recién llegados (Lamet, 1980; Burgos, 2007).

Los negros y las negras, vendidos y asumidos por sus amos, presa de todo tipo de prohibiciones como no poder adquirir vino o textiles o incluso no poder morar de noche (Arrázola, 2019) terminaron escapando a lugares cercanos a las orillas de los ríos y sitios selváticos de difícil acceso, donde no pudieran ser atrapados. A sus poblados los llamaron palenques, por las estructuras empalizadas que se utilizaron para delimitar el territorio.

Muchos de estos lugares, según señala Zapata Olivella (2014), fueron:

Palenques del norte del País: Camarones, Dibulla, Santa Cruz de Masinga, Sierra Nevada de Santa Marta, Tamalameque, Uré, Cereté, San Antero, San Bernardo, Berruga, Moñitos, Puerto Escondido.

Palenques del centro del País: Santa Fe (de Antioquia), Remedios, Guarne, Otún (Pereira), El Socorro, Vélez, Cúcuta, Ocaña, Pamplona, Guayabal, Anolaima, Tocaima.

Palenques del Occidente del País: Patía, Cauca, Cartago, Cali, Puerto Tejada, Timbiquí, Barbacoas, Tumaco, Buenaventura, Guapí, San Juan del Mira.

La carga cultural de los lugares de donde provenían estas personas hace que no tengan una unidad cosmogónica, pero si una unidad de pensamiento africano que hace posible pensarlos en común pero no de forma homogénea. Comparten un muntú y un bantú, unas expresiones culturales particulares y hasta una espiritualidad (Zapata Olivella, 2014).

Capítulo aparte merecen los negros raizales de San Andrés y Providencia, quienes provienen de la trata negrera británica con centro en Jamaica.

Hoy existen más de 278 organizaciones de comunidades negras, espacios normados como la Comisión Consultiva de Alto Nivel y el Espacio Permanente de Concertación de Comunidades Negras.

PARTEROS, 'ASISTENTES DEL MILAGRO DE LA VIDA'

La primera aproximación que hacemos a la cultura negra afrocolombiana se hace en el marco continental, es decir, dentro de la “tierra firme” y la hacemos a través de la partería tradicional en el Departamento del Chocó.

Desde la declaración de Alma Ata se está definiendo la medicina tradicional como “la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales basados exclusivamente en la experiencia y la observación transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra” y se están reconociendo a las parteras tradicionales desde la declaración conjunta de UNICEF, OMS y UNFPA en las que considera a las parteras como un actor importante para la disminución de la mortalidad materna y perinatal en los países en desarrollo o de ingreso medio.

La partera es una persona propia de la comunidad que carga con las costumbres y la cultura de cada lugar, tienen un rol de autoridad, juegan un papel importante porque son ellas quienes atienden a los recién nacidos y los cuidan de acuerdo a las creencias propias de la comunidad de manera práctica y









son ellas quiénes recetan a sus padres. Las parteras son quiénes verdaderamente aplican los cuidados de acuerdo a su bagaje cultural (Ribeiro, 2014, Aziato y Omenyo, 2018).

Las parteras aportan cuidados desde su conocimiento propio, tienen modos de prevenir la enfermedad y de atenderla cuando esta aparece, estos conocimientos son una mezcla de conocimientos que se han aplicado a partir de la experiencia, es decir que estos conocimientos recuperan la memoria práctica de las familias y las comunidades (Duch, 2002) a estos conocimientos podemos nominarlos como cuidados culturales (Rodríguez & Vásquez, 2007).

El diálogo cultural en salud a partir de la partería es el reconocimiento de un sistema de saberes ancestrales que integran el conocimiento etnobotánico heredado de sus ancestros con las habilidades necesarias para ayudar a parir, labor de alta significancia social en el territorio. Se convierten ellas en el único talento humano en salud disponible en las áreas rurales dispersas y las únicas que entran en diálogo franco con la atención médica, en la que poco a poco empiezan a ser reconocidas como un interlocutor válido en salud materna y perinatal.

Ese es un de los retos de la Organización Panamericana de la Salud, ahondar en el diálogo de saberes que desde la partería tradicional afrocolombiana se debe dar con el sistema de salud, como una forma de inclusión de la población negra en el país.

Bibliografía

- Burgos Cantor, Roberto, 2007, *La Ceiba de la Memoria*, Editorial Seix Barral, Bogotá
- Zapata Olivella, Manuel, 2014, *El árbol brujo de la libertad: África en Colombia – orígenes -transculturación-presencia*. Bogotá, Ediciones Desde Abajo.
- Arrázola Caicedo, Roberto, 2019, *Palenque: Primer pueblo libre de América*, Cuéllar Editores.
- Lamet, Pedro Miguel, 1980, *Un cristiano protesta: Pedro Claver (1580-1654)*, Ediciones Bibliograf, Barcelona.
- Duch, Lluís, 2002, *Antropología de la vida cotidiana: Simbolismo y salud*, Editorial Trota, Madrid.
- Muñoz de Rodríguez L, Vázquez ML. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*. 2007; 38(4 supl 2): 98-104.
- Ribeiro Sarmiento D. Traditional Birth Attendance (TBA) in a health system: what are the roles, benefits, and challenges: A case study of incorporated TBA in Timor-Leste. *Asia Pac Fam Med*. 2014 Nov 26;13(1):12.
- Aziato, L., Omenyo, C.N. Initiation of traditional birth attendants and their traditional and spiritual practices during pregnancy and childbirth in Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 64 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1691-7>



PARTEROS QUE SALVAN VIDAS EN EL PACÍFICO CHOCOANO

En la madrugada del miércoles 23 de julio de 2021, Mayra Alejandra Riascos tuvo una primera contracción en forma de punzada. Era un dolor que nunca había sentido. Pensaba que era uno de los signos de alarma que le avizoraban lo que tanto anhelaba: muy pronto estaría dando a luz a su primera hija en el municipio de Istmina, Chocó, en el Pacífico colombiano. Por eso tomó su celular y de inmediato llamó a Francisca Córdoba, su partera de confianza, quien la había estado acompañando durante su proceso de embarazo.

“Ella me dijo que todavía no era hora. Que respirara, me relajara, y que cuando sintiera mi vientre más duro, ahí sí la llamara. Estuvo muy pendiente durante la mañana hasta que me dieron dolores más fuertes y nos vinimos para el hospital”, dice Mayra Alejandra de 26 años.

De camino al Hospital Eduardo Santos, Mayra recuerda que se sentía insegura consigo misma, pero con confianza hacia Francisca. Ya sabía que trabajaba como partera desde hacía mucho tiempo, inclusive desde antes de que ella misma naciera. Conocía su tacto, sabía que muchas personas la recomendaban. Por eso se acercó a ella cuando sabía que estaba embarazada. Ahora ambas estarían presentes en el momento del parto.

“Gracias a ella es que la bebé está bien. Siempre estuvo

pendiente de mí y me ayudó demasiado”, dice Mayra unas horas después de dar a luz con el acompañamiento de Francisca y su esposo.

Con el de Mayra son más de 7.600 los partos que Francisca Córdoba Camacho, más conocida como Pacha Pasmó, ha atendido desde hace 35 años en Istmina y otros municipios del Chocó, un departamento con una población total de 525.412 personas, según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), de Colombia. De estas personas, el 83.5% se autorreconoce como negra, el 15% como indígena y el 1.5% como mestiza.

“Las parteras somos sabedoras y siempre buscamos que las cosas salgan bien. Nosotras nunca dejamos a una mujer gestante sola. Incluso, si una mujer me dice que quiere parir arrodillada, le atiendo su parto arrodillada, si quiere el parto de pie, le atiendo de pie. Ella es quien decide”, dice Pacha, quien nació en Bagadó, Chocó y allí —a 41 kilómetros de Istmina, su municipio de residencia— aprendió sobre la partería gracias a su abuela.

Por su experiencia y conocimiento ancestral, Pacha Pasmó hizo parte de un grupo de 68 parteras afrocolombianas e indígenas de los departamentos de Chocó y Cauca que, el pasado 25 y 26



de junio de 2021, participaron en las capacitaciones brindadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) sobre uso de tecnologías perinatales comunitarias, y con un solo objetivo: salvar vidas en un departamento que, por su condición geográfica, por su falta de infraestructura, por sus niveles de pobreza y por el conflicto armado que ha padecido, tiene el doble de tasas de mortalidad materna y neonatal que la media nacional.

TECNOLOGÍAS COMUNITARIAS: UN PUNTO DE ENCUENTRO ENTRE LA MEDICINA OCCIDENTAL Y TRADICIONAL

Durante dos días, este grupo de parteras y parteros

que pertenece a la Asociación de la Red Interétnica de Parteras y Parteros del Chocó (ASOREDIPARCHOCÓ) se reunió con personal de la OPS/OMS en el municipio de Yuto, a 25 kilómetros de Quibdó, la capital del Chocó, para trabajar el uso de las tecnologías CLAP —gestograma, campana de pinard y metro de altura uterina— dado que, en palabras de Jorge Eduardo Caro, Médico Especialista en Ginecología Obstétrica, y consultor de esta organización “son un elemento valiosísimos y los más valorados para las parteras, porque les permite identificar los signos de alarma y actuar rápidamente”.



“Con el gestograma medimos y decimos: si la última menstruación suya fue, por decir algo, el 5 de julio, entonces su fecha posible de parto está para el 15 de mayo. Con la cinta nos damos cuenta cuánto una madre gestante tiene de altura uterina. Se le coloca a la mamá, se le busca bien dónde queda la pelvis y se busca el vacío. Y con la campana de pinard podemos escuchar al bebé”, dice Pacha exhibiendo cada una de las tecnologías que le entregó la OPS/OMS.

Para Manuela Moreno, partera tradicional y lideresa de ASOREDIPARCHOCÓ, las tecnologías perinatales comunitarias, además de generar un punto de encuentro entre la medicina

occidental y la medicina tradicional, son importantes para las parteras porque les entrega herramientas que ellas van a utilizar durante la gestación de una materna, pero también durante y después del parto.

“Las parteras identifican los sonidos que emite el cuerpo, conocen la naturaleza de la mujer, identifican riesgos. Pero con la campana de pinard, la cinta para medir la altura uterina y el gestograma, se les facilita la identificación de signos de alarma en el tiempo justo, en el tiempo correcto”, dice Manuela. Una serie de herramientas que ayudan a salvar vidas, incluso, en municipios que se encuentran en medio de





la selva y en los que, para recibir atención y asistencia en un centro de salud, se debe navegar río arriba, río abajo durante 3-4 días.

Además, las parteras como Pacha trabajaron con el personal de la OPS/OMS en la identificación de alarmas tempranas, emergencias obstétricas, en la correcta toma de signos vitales —recibieron elementos modernos como tensiómetros, pulsoxímetros y termómetros— y capacitación en temas como asepsia y antisepsia, anticoncepción y controles prenatales. Prácticas y conocimientos que las mismas parteras transmitirán en sus comunidades, sobre todo cuando se trata de velar por la importancia de un parto natural, sin complicaciones, como fue el caso de Mayra Alejandra.

PARTERÍA QUE SALVA VIDAS EN EL PACÍFICO COLOMBIANO

Visitación Perea recuerda los que han sido, quizás, los dos momentos más difíciles en sus 45 años como partera tradicional. Y en ambas situaciones, dice, le debe sus reacciones a su abuela, la persona que la inspiró para dedicarse a esta profesión. “La primera situación fue cuando estaba en una comunidad en la que no había transporte. Me tocó un parto con una materna en condición de discapacidad: era sordo muda. Y su bebé venía en posición podálica. No le podía decir que colaborara o que colaboráramos. Pero gracias a Dios me acordé de mi abuela que me decía que cuando se presentara una situación de esas, no debía tocar ni tropezar al bebé, sino que dejara que siguiera su curso de nacimiento. Porque si hacía lo contrario, abriría los brazos y se trancaría. Hoy el niño tiene 17 años y nació bien”, dice Visitación desde la sala de su casa.

Son las nueve de la mañana del 24 de junio de 2021, en Yuto, Chocó. La señora Visi —como le dicen en este municipio del Pacífico colombiano—, hace una pausa antes de proseguir: “La otra situación fue conmigo misma. Yo tuve un parto de 2 hijos, pero no sabía qué era eso. Afortunadamente también me acordé de mi abuela. Ella decía que cuando una estaba sola y se presentaba el parto, una se arrodillaba, metía la mano, y ahí el bebé no se golpeaba. Y así me tocó hacer la maniobra y mis hijos nacieron. Pero duraron tres horas porque no nacieron a tiempo. Yo misma me partié”.



Ambas situaciones, dice Visitación, han sido parte de los 620 partos que ha atendido, en su ejercicio para ayudar a traer nuevas vidas a este mundo. Un ejercicio en el que, según ella, ha venido aprendiendo y desaprendiendo nuevas cosas, y que junta sus conocimientos ancestrales con la medicina occidental.

“Yo sé hasta qué punto puedo ayudar a atender un parto. También sé hasta qué punto me toca buscar otras instancias. Si siento alguna dificultad, tengo la capacidad de buscar ayuda con profesionales de la salud, porque sé reconocer los factores de riesgo, que son muy importantes”.

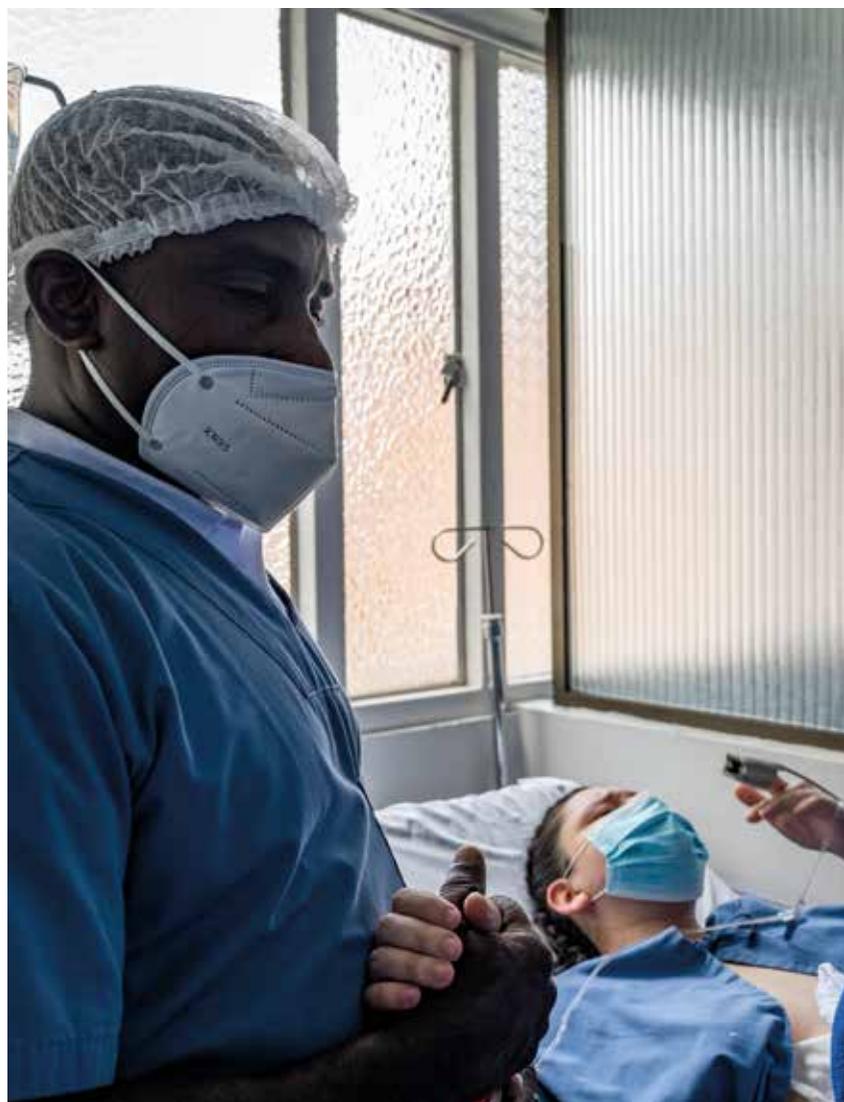
UN NUEVO CONOCIMIENTO: LA IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA CON LAS TECNOLOGÍAS PERINATALES COMUNITARIAS

Junto a 67 parteras y parteros de los departamentos del Chocó y el Cauca, Visitación participó en las capacitaciones sobre el uso de tecnologías perinatales comunitarias, brindadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) el pasado 25 y 26 de junio de 2021 en su municipio de residencia. Y aunque ya conocía que existía la campana de pinard, el gestograma y el metro de altura uterina, lo que la señora Visi no sabía era que estas herramientas le ayudarían a identificar signos de alarma en el tiempo justo, correcto y concreto, incluso en lugares remotos, en medio de la selva, a los que ella frecuenta en su oficio como partera.

Todo esto con el objetivo de salvar vidas, sobre todo maternas, en un departamento de 525.412 habitantes —439.061 autorreconocidas como afrocolombianas, 78.812 como indígenas y 7.570 como mestizas, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia (DANE)— pero con el doble de tasas de mortalidad materna y neonatal que la media colombiana.

“Nosotras (como parteras) somos asistentes del milagro de la vida y estas tecnologías comunitarias afianzan nuestra asistencia. Con la campana de pinard, el gestograma y el metro de altura uterina disminuimos los riesgos y enseñamos la importancia de un parto natural”, dice Manuela Mosquera, partera tradicional y líderesa de ASOREDIPARCHOCÓ, la Asociación de la Red Interétnica de Parteras y Parteros del Chocó, a la cual pertenece Visitación.

Además de aprender sobre el uso de las tecnologías perinatales comunitarias, Visitación y las demás parteras



y parteros aprendieron a identificar alarmas tempranas, emergencias obstétricas, reforzaron sus conocimientos sobre controles prenatales, anticoncepción, asepsia, y aprendieron a tomar signos vitales de manera correcta. Por eso recibieron, a su vez, tensiómetros, pulsoxímetros y termómetros, indispensables para su labor y su comunidad.

“Agradecemos a la OPS/OMS, agradecemos al CLAP, porque estas herramientas son importantes para las parteras durante la gestación, durante el parto y después del parto. Además, son clave para el trabajo que las parteras realizan en sus comunidades”, dice Manuela.

Y es que con estos insumos, Visitación ahora está más cerca de poder hacer realidad su sueño. “Yo quiero hacer un nicho para recoger y traer aquí a mis maternas. Dedicarme a ellas desde mi casa, porque yo siempre he dicho que la partería es la única institución que no mira la edad”, dice.



DESTINO: ELIMINACIÓN DE LA MALARIA EN CHOCÓ, EL EPICENTRO DE ESTA ENFERMEDAD POR EL PLASMODIUM FALCIPARUM EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

“La malaria es un problema para mi pueblo. Aunque es una enfermedad prevenible y tratable, afecta negativamente el desarrollo social y económico de nuestra comunidad. La malaria se puede eliminar, y Colombia tiene un plan para lograrlo en el que estamos participando todos en general. Nuestro reto: malaria cero en el 2025”, dice Virgelina Salas, promotora y microscopista del corregimiento de Tutunendo, en Quibdó.

Desde hace más de 50 mil años, la malaria o paludismo lleva infectando a los humanos. Esta enfermedad es causada por parásitos que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos hembra infectados del género Anopheles. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 2018 hubo 228 millones de casos de malaria en todo el mundo; de los cuales 929 mil se presentaron en la Región de las Américas, especialmente en Venezuela, Brasil y Colombia, países que concentran el 80% del total de casos. El paludismo mata a un niño cada 2 minutos.

El departamento selvático del Chocó, situado en la costa del Pacífico y fronterizo con Panamá es considerado como el epicentro de la malaria por el plasmodium falciparum en la Región de las Américas. Por eso, el interés del Gobierno de Colombia por hacer acciones en esta zona del país, así como en toda la franja del pacífico, la Orinoquía, la Amazonía y la frontera con Venezuela, donde se concentra la mayor carga de la enfermedad.

En lo corrido de 2020, en Quibdó, la capital del Chocó, se han presentado 3.298 casos de malaria, lo que significa una reducción del 14,3 por ciento con respecto al mismo periodo del año anterior. La etnia mas afectada es la afrodescendiente con el 49,6% (2.177) seguido de la población indígena con el 7% (316)

Yirla Marcela Becerra, habitante de Tutunendo es una de la afectadas por esta enfermedad. “Yo he tenido malaria. Ya queda uno con ese malestar. Uno se tira a dormir porque



se siente maluco, entonces uno no puede realizar sus quehaceres como debe, en ocasiones pierde uno el trabajo porque por medio de que esté enfermo no se presenta, en unas partes uno queda por fuera”.

Los avances en materia de reducción de la enfermedad han sido posibles gracias a la implementación de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM), asociación entre el BID, 10 países, la OPS, el Consejo de Ministros de Salud de América Central (COMISCA), la Iniciativa Clinton

de Acceso a la Salud (CHAI) y el Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica, el cual está patrocinado por la Fundación Bill y Melinda Gates, la Fundación Carlos Slim y el Fondo Mundial.

Durante la pandemia por COVID-19, las autoridades locales del municipio de Quibdó, capital de Chocó, siguieron trabajando para lograr la eliminación de la malaria. Para ello, se adaptó el flujo de COVID-19 para la captación de pacientes febriles y hacer diagnóstico diferencial para malaria.



Así mismo, se garantizó la seguridad de las personas que diagnostican la enfermedad dotándolos de los elementos de protección personal necesarios para ejercer su labor.

Además, con el fin de garantizar la continuidad del flujo de la información epidemiológica se estableció el reporte de los casos de malaria de manera semanal para los puntos ubicados en las comunidades rurales cercanas y cada 15 días, para las comunidades más dispersas. Además, se garantiza la disponibilidad de medicamento

e insumos para tres meses, en puestos de diagnóstico ubicados en la zona rural.

Tener áreas libres de malaria no solamente constituye un logro en materia de salud pública, sino que tiene un impacto positivo en los pueblos trayendo bienestar, desarrollo social y económico a través de entornos saludables y libres de enfermedades. La eliminación de la malaria debe ser una tarea de todos. El diagnóstico es sencillo, el tratamiento es seguro, el gobierno nacional está comprometido y la cooperación está brindando apoyo técnico y financiero.



Comunidad
MIGRANTE





CON SALUD MENTAL, LOS MIGRANTES PUEDEN CONSTRUIR PROYECTOS DE VIDA EN UN NUEVO PAÍS

Migrar siempre ocasiona un dolor por aquello que estamos dejando y miedo por la incertidumbre de lo novedoso. ¡Es inevitable! Sin embargo, cuando el desplazamiento surge por circunstancias adversas, como ocurre con un porcentaje alto de la población que ingresa a Colombia, la situación de vulnerabilidad se extiende a todas las esferas de la vida; de manera especial, al bienestar emocional.

La privación económica, los brotes de enfermedades, la inseguridad alimentaria, los peligros ambientales, la persecución política, la separación familiar, las enfermedades previas y la discriminación por sexo, etnia, nacionalidad, entre muchos otros factores, se constituyen en factores de riesgo que afectan la salud de los migrantes. Todo esto, a su vez, puede desencadenar el inicio de trastornos mentales, violencias de género, sexual, abuso de alcohol y uso de sustancias psicoactivas, etc.

Un gran error es clasificar de igual manera a los grupos migratorios, ya que todos están conformados de manera distinta. Es indispensable saber en qué momento de su ciclo

vital se encuentran mujeres, hombres y personas con otras identidades de género, si las familias están conformadas por lazos de consanguinidad, o si son parejas que hace poco se conocieron y traen hijos de relaciones anteriores, o simplemente son amigos y vecinos que decidieron emprender la travesía juntos.

Y es desde allí, desde la diferencia, el punto de partida para pensar en su bienestar, en la protección y cuidado de su salud mental. Se requiere incluir como mínimo los enfoques de género y curso de vida, y a partir de estos, todo lo que proteja sus derechos humanos.

De acuerdo con los reportes de la Organización Panamericana de la Salud en comedores, albergues, puestos de salud y otros lugares de atención a migrantes, los caminantes llegan en muy malas condiciones después de haber cruzado la frontera, “pagando el paso” por las trochas. Durante este trayecto, muchos son víctimas de robos, información falsa y malos tratos, lo que hace que los migrantes manifiesten tener angustia, estrés, ansiedad y desorientación.



Algunos, además, se encuentran en la elaboración de sus duelos, otros no saben cómo están sus seres queridos, sumado a la pérdida de sus bienes, incertidumbre por el futuro, sentimientos de desesperanza, tristeza, estrés y altos niveles de ansiedad.;

Estos acontecimientos negativos de la travesía, sumado a las historias por las cuales salieron de sus países, exacerba la angustia, genera estrés crónico, ansiedad y desorientación, síntomas propios del duelo migratorio o Síndrome de Ulises, ampliamente descrito en la literatura.

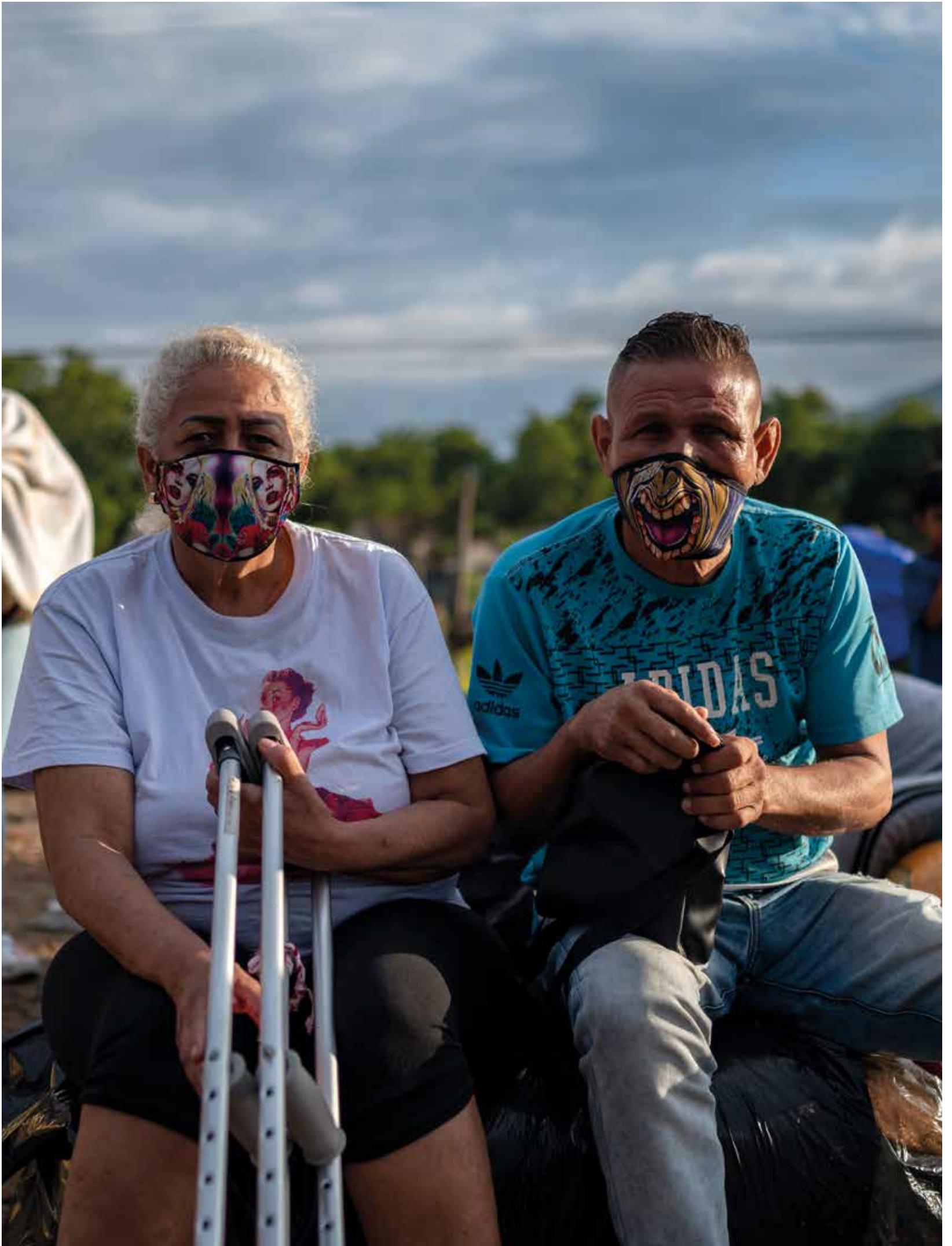
Este conjunto de respuestas y reacciones adaptativas son absolutamente normales frente a las circunstancias. Requieren un acompañamiento responsable y empático de todos aquellos que tienen que ver con la atención a los migrantes. En algunos casos es suficiente con que los profesionales estén entrenados y formados en observar, escuchar y conectar con estas emociones y comportamientos propios del duelo migratorio, para que los migrantes puedan retornar a un balance que les permita orientarse frente a su futuro inmediato.



Sin embargo, hay otras personas con trastornos mentales que llegan sin su medicación, ni red de apoyo familiar y que requieren la intervención de una organización que cuente con especialistas en salud que puedan prestar una atención de urgencia y les brinden las recomendaciones, para que mantengan la adherencia a los tratamientos y se minimicen los riesgos de recaída.

Es innegable que se requiere un enfoque integral y multidisciplinario para abordar la salud mental de las

personas en situación migratoria, de ahí la importancia de realizar acciones que incluyan promoción, prevención de riesgos, atención y reducción de daños en salud mental. Solo de esta manera se podrá planear una estrategia verdaderamente incluyente que le permita al migrante la construcción de un proyecto de vida en un nuevo país, esto a su vez redonda en que el país crezca y se desarrolle gracias al aporte valioso de las personas que han buscado un nuevo hogar en Colombia.



MIGRACIÓN EN TIEMPOS DE LLUVIA

Era inevitable: las cajas de cartón, con las pocas cosas conseguidas durante tanto tiempo, le recordaba que por un mal amor estuvo a punto de perder toda esperanza.

Convencida de que la violencia puede transformarse bajo un nuevo cielo, hace dos años Margarita García* salió de Venezuela con sus cuatro hijos, su esposo y sus maletas llenas de ilusiones. Creyó que, en Colombia, en un país con nuevas oportunidades, su pareja dejaría de lastimarla. Estaba muy equivocada. La situación fue empeorando al punto que sus paisanos, muy preocupados por su salud mental y por su vida, no dudaron en pedir ayuda a los psicólogos de la Organización Panamericana de la Salud, que por aquel entonces desarrollaban con población migrante el programa ‘Familias Fuertes, Amor y Límites’, donde participa toda la familia y los adolescentes aprenden a prevenir conductas de riesgo a través del fortalecimiento de la comunicación, las normas, los límites y la convivencia familiar.

La intervención psicológica dio sus frutos. El 9 de noviembre Margarita toma una decisión radical y como ella lo dice, es el día que su vida se transformó para siempre. Por eso, aunque no para de llover en la ciudad de Cúcuta, por primera vez en muchos años su horizonte está totalmente

despejado. No solo denunció a su esposo, sino que se mudará a otro sector de Cúcuta donde empezará una nueva vida con el apoyo de su amiga Yulis Maluengas, una de las tantas migrantes venezolanas que acaba de perder su casa a causa de los deslizamientos en el asentamiento Alfonso Gómez, un suburbio que se levanta en las faldas del cerro El Nazareno y donde viven más de 1.500 familias venezolanas y víctimas de la violencia en Colombia.

Mientras Margarita hace la mudanza, en otro lugar del área metropolitana de Cúcuta, familias enteras de venezolanos, cargadas con enormes costales, se preparan para internarse en uno de los 250 pasos irregulares, más conocidos como trochas, que tiene el municipio de Villa del Rosario. Tristemente, como la frontera está cerrada, los migrantes utilizan estos caminos controlados por bandas delincuenciales para llegar a Colombia o para volver a Venezuela. La decisión no es nada fácil, sobre todo en invierno, por lo que implica atravesar las aguas del río Táchira, ahora enfurecidas por las lluvias.

Precisamente por el riesgo de lesionarse o ser abandonados en medio de estos caminos, un centenar de migrantes que se encuentra en La Parada, a pocos kilómetros del puente internacional Simón Bolívar, prefieren acampar



al borde de la Autopista Internacional en pleno aguacero, y hacer todos los trámites para regresar a Venezuela por el conducto regular. Actualmente el gobierno de Nicolás Maduro permite el ingreso diario de 200 personas.

“El retorno de venezolanos comenzó a finales de marzo, cuando Colombia atravesaba un periodo de cuarentena estricta, que se extendió durante cinco semanas y que buscaba reducir la velocidad de la propagación del nuevo

coronavirus para darle tiempo a las autoridades nacionales de incrementar la capacidad del sistema de salud, ampliar la red de laboratorios, fortalecer los planes de respuesta y la vigilancia epidemiológica”, afirma la representante de la OPS/OMS en Colombia, Gina Tambini.

Durante el confinamiento y luego con el aislamiento selectivo obligatorio muchos migrantes que hace unos meses eran pobres, pero podían sobrevivir, ahora encuentran



que sus medios de vida han sido destruidos. Perdieron el empleo, y aquellos que sobreviven del rebusque no alcanzan a reunir menos de un dólar para pagar el alojamiento en los denominados 'paga diario'. Fueron desalojados. Según reporte del GIFMM Nacional a septiembre 1.207 personas se habían visto afectadas, acentuándose la vulnerabilidad en niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes/lactantes, personas con enfermedades crónicas,

con condiciones médicas que requieren tratamiento urgente, con discapacidad y VIH.

Con hambre, en la calle y agobiados por la xenofobia y por el temor a que sean propagadores de la COVID-19, muchos optaron por regresar a su país. Como muchos viven en condiciones de hacinamiento y han tenido que salir a las calles a conseguir el sustento diario, se ha extendido el rumor de que son una fuente de contagio del coronavirus.

Pero las estadísticas dicen todo lo contrario. “A 9 de noviembre el departamento de Norte de Santander –el lugar donde residen mayoritariamente los migrantes venezolanos, después de Bogotá– presenta 23.556 casos de COVID-19, de los cuáles solo el 2 por ciento corresponde a población migrante”, puntualiza Magaly Pedraza, responsable de la respuesta en salud ante el fenómeno migratorio en la Agencia de la ONU para los Refugiados, ACNUR, y el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander (IDS).

Con la esperanza de poder vivir sin pagar arriendo, sin tener que depender de las ayudas del gobierno y para dejar atrás los efectos de la pandemia, algunos prefirieron dejar el país que los había adoptado y empezaron la travesía de regreso desde el altiplano nariñense, las sabanas del Caquetá, las densas selvas del Guainía o en la capital de Colombia; incluso desde territorios más lejanos como Quito, Lima o Santiago de Chile, pues la situación fue la misma en otros países de Suramérica.

Infelizmente como varias familias quedaron sin dinero a mitad de camino, tuvieron que emprender parte del recorrido a pie. Desde entonces, en las carreteras colombianas se han visto pasar incontables caravanas de personas desnutridas, quemadas por el sol y por el frío y con los pies entumecidos, en la que no faltan las mujeres embarazadas, las madres con hijos en brazos, niños y niñas que corretean por las vías esquivando camiones, hombres jóvenes y adultos llevando la casa al hombro y ancianos que se tambalean a cada paso.

En junio la situación empeoró. Sorpresivamente llegaron a Cúcuta más de mil migrantes en condiciones de bioseguridad no aptas para el manejo del COVID-19. Fue entonces cuando rápidamente el Gobierno Nacional, a través de Migración Colombia y los delegados en el departamento de Presidencia y Cancillería; la Gobernación de Norte de Santander, a través de la Secretaría de Fronteras y el Instituto Departamental de Salud; las Alcaldías del Área Metropolitana de Cúcuta y más de 26 organismos internacionales y cooperantes, trabajaron de manera articulada, y siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, de la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana para la Salud (OPS/OMS) y las Agencias de Cooperación Internacional especializadas, en tres días pusieron en funcionamiento el Centro de Atención Sanitario Tienditas (CAST).





La iniciativa que buscaba superar el embudo migratorio fue tan exitosa que se convirtió en un referente en la Región de las Américas. En los primeros 4 meses de funcionamiento, el CAST logró atender 23 mil personas y dar 170 mil servicios, incluyendo salud. Como explica Diego García, coordinador del Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM) en Norte de Santander, Tienditas como buena práctica impuso una respuesta humanitaria, con un enfoque de salud y protección, sin precedentes. “Nunca lo vimos como un lugar donde la gente duerme y pasa a Venezuela. Es un centro sanitario donde las personas reciben un trato digno, con condiciones humanas y de salud básicas, para poder controlar los temas de salud pública, y por supuesto, los temas de la semana epidemiológica”, puntualiza.

Por eso, ante el torrencial aguacero que acompaña la noche, no sorprende que el Centro Sanitario despliegue a contrarreloj sus ya acostumbrados operativos para trasladar desde muy temprano, en buses y camiones, a los migrantes que se encuentran en La Parada. Una vez en Tienditas, a las personas se les realiza un proceso de tamizaje y desinfección riguroso y exhaustivo. En caso de presentar síntomas de COVID-19 son aislados y se les hacen pruebas diagnósticas.

Los migrantes con resultado positivo a la COVID-19 son atendidos principalmente en el Hospital Universitario Erasmo Meoz. Según el epidemiólogo Rafael Olarte, “esta es la institución que atiende más población venezolana en todo el país. Y aquí al paciente no se le pregunta su nacionalidad, ni el estatus migratorio. Todos son seres humanos y en urgencia vital a todos se le da el soporte que necesiten”, afirma.

Según el coordinador de CAST, el coronel (r) Bernardo Pantoja Medina, “quienes se encuentran en buen estado de salud, son acomodados en carpas o camarotes, con capacidad para atender a 650 personas, no sin antes pasar por una requisita, en el que se quitan todos los elementos cortopunzantes y las sustancias psicoactivas que están prohibidas en este centro. En Tienditas prima la seguridad y la dignidad”, afirma.

“Durante la estadía, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) hace prevención de las violencias basadas en género, se identifican las personas en riesgo y se brinda atención a los sobrevivientes, que incluye soporte psicosocial y gestión breve de casos con remisiones seguras, y en coordinación con PROFAMILIA, atención en salud sexual y reproductiva, consejería en anticoncepción y entrega de









anticonceptivos de larga duración”, explica la representante de este organismo en Colombia Verónica Simán.

Y a todo esto se suman las acciones en atención psicosocial que desarrolla la OPS/OMS en el centro de escucha. Convencidos que no hay salud, sin salud mental, se han abierto estos espacios para que las personas hablen de sus miedos y sus esperanzas y, últimamente, en estas conversaciones no faltan las historias de compatriotas que al llegar a Venezuela encontraron que sus vidas pasadas ya no existían y después de una corta temporada volvieron a migrar. Muchos temen que después de semejante viaje, con menos recursos económicos y más desilusionados, retornen

al país que ya los había adoptado. Incluso las autoridades de Colombia prevén para el 2021 la llegada masiva de migrantes, que reingresan o que ingresan por primera vez al país.

TODOS SOMOS HUMANOS

Para nadie es fácil migrar en condiciones de extrema pobreza, pues la impresión de un mal futuro puede llegar a ser perturbador, doloroso e incluso paralizante. Precisamente por eso durante mucho tiempo Margarita creyó que estaba destinada a la violencia. Fue con ayuda de Yulis y luego con la intervención de Yudy Maldonado, la psicóloga de OPS/OMS en Norte de Santander, como pudo atravesar





ese caudal de sentimientos que la tenía presa de la ira y la desesperanza, recuperar la autoestima y convencerse a sí misma que si alcanzaba la paz podría sacar adelante a su familia.

Con esa humanidad que caracteriza a los venezolanos, y que los colombianos sintieron en el pasado cuando miles de compatriotas huyeron del país para escapar del conflicto interno armado que se extendió durante más de medio siglo, Yulis consiguió una vivienda para que ambas familias tuvieran un lugar digno para vivir. Ella es una de las lideresas más respetadas del barrio Alfonso Gómez, pues ha logrado gestionar para sus coterráneos ayuda humanitaria y varios programas para la estabilización social y económica que ofrece el gobierno nacional, las autoridades locales y organizaciones internacionales. Por eso, ahora que acaba de perder su vivienda por las

recientes lluvias, un vecino no dudó en darle posada a ella, a Margarita y a sus cuatro hijos.

A pesar de lo apremiante de su situación, Yulis sabe que Margarita necesita su ayuda de manera inmediata, y además de ofrecerle posada está dispuesta a darle cabida en su emprendimiento de comidas rápidas, en el que cuentan con hornos de panadería, así como con los tanques y filtros de agua donados por OPS/OMS y con el apoyo de cooperantes internacionales, que esperan aprovechar para la preparación de pizzas, panes, lasañas y platos típicos de su país.

Ya en su nueva residencia Margarita poco a poco empieza a sacar de las cajas de cartón las pocas cosas que ha conseguido en los dos años que lleva viviendo en Colombia, y mientras lo hace afirma: “en este momento ya no le tengo más miedo a la vida, yo puedo salir adelante”, y sonríe con esa paz con la que construirá su nuevo futuro.



JUNTOS SOMOS MÁS FUERTES

Betsiré Angulo sabía que esa decisión cambiaría su vida por completo. Para una madre soltera, de 27 años, con formación como abogada y policía, quedar sin empleo en Venezuela significaba tener que optar por medidas drásticas como la migración. Aún así, no lo pensó dos veces. El 21 de marzo de 2018 renunció a su trabajo y una semana después, sola, sin conocer a nadie y con 360 mil pesos en el bolsillo (unos 94 dólares estadounidenses), emprendió el ‘camino de las trochas’ (rutas no oficiales) con rumbo a la capital de Colombia.

Bogotá la recibió con un día lluvioso y gris, un frío para el que no estaba preparada y que jamás olvidará. Lloró 4 horas seguidas. Finalmente, entre sollozos tomó un taxi sin rumbo alguno. Durante el trayecto el conductor se conmovió con su historia y terminó ayudándola a encontrar una habitación decente donde vivir. Sin papeles, sin empleo y sin amigos conseguir un techo digno para vivir era toda una proeza.

A los pocos días, con otros migrantes consiguió periódicos venezolanos regalados que cambiaba por monedas, harina

o lentejas. Así pudo comer y juntar dinero para el arriendo. Además, como creyente de la fe cristiana rápidamente se acercó a la iglesia de su barrio. Allí, un miembro de la comunidad le ayudó a conseguir empleo en la cafetería de una escuela pública.

Betsiré estaba más que preparada para ese trabajo. Desde los 12 años, en su Maracaibo natal, había vendido café y arepas en su colegio para ayudar a la supervivencia de su hogar. Ahora, volvía a empezar después de haber transitado un camino de éxitos como abogada e investigadora criminal que la habían convertido en la esperanza de la familia.

Gracias a su trabajo en la cafetería pudo conseguir un mejor lugar para vivir y, lo más importante, traer a Stevens, su hijo, quien para aquel entonces tenía 6 años. Había días que Betsiré lo llevaba al trabajo. Aunque el niño permanecía quieto, debajo del mostrador, durante la jornada entera, el riesgo de quemarlo cuando utilizaba agua caliente para la preparación de los alimentos pudo más que el miedo a dejarlo solo. Y fue así como el pequeño Stevens empezó

a pasar días enteros en esa pieza vacía donde vivían, sin hacer absolutamente nada.

La persistencia de Betsiré pronto fue recompensada. A los pocos meses, el mismo colegio que le dio sustento para vivir, le concedió un cupo educativo a su hijo. Incluso pudo traer a su hermana Estefanía, de 15 años, y darle estudio.

NUEVOS DESAFÍOS EN TIEMPOS DE COVID-19

El 6 de marzo de 2020 llegó la pandemia por COVID-19 a Colombia y con ella una nueva tragedia. Cerraron los colegios y quedó sin empleo. Con dos bocas para alimentar, las soluciones no daban espera. Buscó ayuda por todas partes y en Internet encontró la página web de la Red de Cuidado Ciudadano, una plataforma creada por el IDPAC, entidad adscrita a la Alcaldía Mayor de Bogotá, que impulsa la participación y el cuidado de y hacia las poblaciones más vulnerables. Para ello, la persona que necesita ayuda escribe su caso, y los ciudadanos eligen a quien ayudar. Fue así como Betsiré recibió de una persona anónima un bono alimenticio con el que sobrevivió varias semanas.

También obtuvo un subsidio monetario en el marco del programa Bogotá Cuidadora, iniciativa que la Alcaldía dispuso para atender la emergencia humanitaria causada por la COVID-19, con varias modalidades de apoyos, desde subsidios en especie, alimentación escolar, atención a personas mayores, hasta arriendos solidarios, pagos de servicios públicos, aplazamiento en el pago de impuestos y créditos.

“Programas de apoyo sociales y el fortalecimiento de la cohesión social en las comunidades son esenciales para atender las necesidades de las personas en situaciones de vulnerabilidad”, señala la doctora Gina Tambini, representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Colombia.

“Cuando consideramos la salud de una persona, hay que pensar no solo en la salud física y mental de esta persona, sino también en las condiciones sociales, económicas y culturales en las que viven y cómo estas condiciones impactan su salud”. Así, el apoyo comunitario contribuye a la salud y bienestar de los miembros de una comunidad.

Betsiré seguía buscando opciones laborales. Con ayuda de un vigilante de su comunidad religiosa pudo conseguir empleo como trabajadora doméstica, en un momento en el que según la Organización Internacional para el Trabajo







(OIT) casi las tres cuartas partes de los trabajadores y las trabajadoras domésticas del mundo, más de 55 millones de personas, corren un riesgo importante de perder su trabajo y sus ingresos debido al confinamiento provocado por la pandemia de COVID-19 y a la falta de cobertura efectiva de seguridad social en el sector.

En Colombia, el panorama es similar. De acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), en el país hay cerca de 700 mil empleadas del hogar, de ellas solo el 17% tiene acceso a seguridad social (salud y pensión). El 80% trabaja en la informalidad, es decir sin contratos o por días. Y 6 de cada 10 mujeres ganan un salario mínimo o menos. Según la Escuela Nacional Sindical, como resultado de la pandemia cerca del 90% de las mujeres se encuentran en sus casas confinadas y de ellas alrededor del 50% no reciben salario.

La persona que la emplea, quien conoce de cerca el desarraigo pero en circunstancias distintas, sabe muy

bien lo vulnerables que son los migrantes, especialmente los niños, niñas y jóvenes, quienes deben enfrentarse a situaciones de riesgo como el consumo de drogas, el trabajo sexual, el embarazo adolescente, las enfermedades de transmisión sexual y el suicidio; pero también sabe de las vulnerabilidades que enfrentan los y las trabajadores/as informales como las trabajadoras domésticas y las jefas de familia, que cargan solas con el cuidado de los hijos, como Betsiré.

Betsiré es una luchadora incansable y su historia es una demostración de que los programas sociales del Estado y la solidaridad de los colombianos pueden ayudar a los más vulnerables de los vulnerables a construir un proyecto de vida también en tiempos de pandemia. Además, reafirma que las personas juntas son más fuertes, un llamado que hace la OPS en el marco de su Semana del Bienestar 2020, que impulsa a las comunidades a apoyarse mutuamente para enfrentar el coronavirus y su impacto en la salud mental, sin dejar a nadie atrás.





NO DEJAR A NADIE ATRÁS

La estrategia de comunicación con enfoque étnico es un esfuerzo de la OPS/OMS Colombia por contribuir a la salud intercultural. Consideramos que el encuentro de saberes es una forma de resolver grandes problema como lo es la pandemia o como lo son los diferentes eventos en salud pública que aquejan a las poblaciones s del país.

En este sentido, es pertinente consolidar la interculturalidad en salud en Colombia y por ello se debe continuar propiciando espacios de co- construcción de acciones en salud pública con las poblaciones étnicas, no solo en virtud de la normatividad vigente en el país, sino como forma de reconocimiento efectivo de la diversidad cultural del país.

No cabe duda que la salud es un ámbito de la vida que es decisivo para las personas y, en el marco de una perspectiva de determinantes sociales de la salud, la cultura es uno de ellos y resulta ser crucial por que es el marco de significado en el que las personas realizan la vida cotidiana y que agrupan las costumbres de vestido, tradiciones, creencias y lengua, por nombrar algunos diacríticos culturales.

La pandemia ha hecho visibles las brechas sociales en el país y en general en el mundo y el deber de la cooperación internacional debe ser el de apoyar a los Estados en el trabajo

en salud pública con las poblaciones más vulnerables en los lugares más alejados y difíciles del territorio nacional. Como parte de esta cooperación están las acciones de comunicación y educación para la salud.

La educación y la comunicación para la salud para las poblaciones incluyen procesos formativos, acciones informativas, el diálogo de saberes y la adecuación cultural de los lenguajes y de las acciones a fin de tener resultados en salud. La comunicación en salud es un componente importante que aporta a la adherencia a las acciones en salud, que permite el conocimiento de las poblaciones de los temas técnicos en un lenguaje digerible y en consecuencia el entendimiento de los problemas de salud, que suelen estar en la jerga médica que no es comprensible para el grueso poblacional.

Entre este grueso poblacional están las poblaciones étnicas que tienen una doble dificultad porque muchos de estas personas no hablan castellano o /y tienen bajo o ninguna formación escolar, lo que agudiza la no comprensión del lenguaje de los salubristas.

Superar las barreras de comunicación en salud es una forma de contribuir a no dejar a nadie atrás.



El país avanza en el camino sostenible para lograr la salud universal como derecho de todas y todos para construir sociedades justas y equitativas.

*Construyamos equidad para enfrentar
unidos los retos en salud*
fue impreso en el mes de Diciembre de 2021,
en los talleres gráficos de
Pictograma Creativos S.A.S.,
ubicados en la Carrera 60 # 5a-36,
en Bogotá, D.C., Colombia.



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas