

# COLONIZACIÓN Y VIH/SIDA: UNA NARRATIVA DE MALESTAR DE LA AMAZONIA COLOMBIANA

PABLO ANDRÉS MARTÍNEZ SILVA

*Magíster en Antropología Social de la Universidad de los Andes  
Empresa Social del Estado, ESE, Hospital Pablo VI de Bosa, Bogotá  
pmartinezsilva@gmail.com*

**RESUMEN** El presente artículo plantea la pertinencia de darle a la antropología médica, al igual que a la práctica médica en sí, un nuevo marco de acción a partir de la subjetivación de las categorías teóricas utilizadas por ambas. Para ilustrarlo, el autor presenta un ejercicio de análisis utilizando las narrativas que resultan del trabajo de campo sobre el VIH/SIDA en una frontera de colonización del noroeste amazónico. De éstas parte una interpretación que utiliza como telón de fondo los procesos históricos, sociales y económicos que se presentan en lo local, buscando nuevos argumentos para las disputas de los temas de salud-enfermedad en espacios políticos.

**PALABRAS CLAVE:**

Antropología médica, medicina social, colonización, VIH/SIDA.

**ABSTRACT** This text illustrates the difference between medical anthropology and a medical-anthropological practice by analysing a group of narratives collected during fieldwork among HIV/AIDS patients in the northeast region of the Amazon. These narratives are read having as background the historical, social and economic local processes.

**KEY WORDS:**

Medical Anthropology, Social Medicine, Colonization, HIV/AIDS.

# COLONIZACIÓN Y VIH/SIDA: UNA NARRATIVA DE MALESTAR DE LA AMAZONIA COLOMBIANA<sup>1</sup>

PABLO ANDRÉS MARTÍNEZ SILVA<sup>2</sup>

¿Q

UNO

¿UÉ HACE UN MÉDICO ESTUDIANDO ANTROPOLOGÍA? Tal parece ser la pregunta más frecuente en los círculos familiares y sociales que me ro-

180

dean. Dicha cuestión se acompaña de otras derivadas, tales como: ¿en qué trabaja un médico-antropólogo?, ¿quién lo emplea?, y ¿sí hay futuro para dicho trabajo? No pretendo resolver estas preguntas en el texto, eso lo dejo para conversaciones en dichos espacios. De igual manera no quiero comenzar con una apología de autores como Arthur Kleinman, Michael Taussig o Paul Farmer –algunos de ellos aparecerán más adelante–, los tres médicos y antropólogos por caminos diferentes, ya que muchas se han hecho. Sin embargo, me parece necesario, desde la experiencia personal, señalar cuál sería uno de los caminos para el trabajo de una práctica médica-antropológica. Este lo constituye el estudio de la construcción y reconstrucción clínica de la realidad: la salud y la enfermedad como herramientas de análisis de lo cotidiano.

Para ello, me remito a mi propio trayecto de vida. Graduado como médico cirujano en el año 2002, con unos pocos conocimientos en disciplinas sociales, me encontré ante la necesidad/obligatoriedad de refrendar mi título con el denominado Servicio Social Obligatorio<sup>3</sup>. Opté por radicarme en un depar-

1 Agradezco a la Secretaría de Salud Departamental de la Gobernación del Vaupés y al personal asistencial de la ESE, Hospital San Antonio, en cuyos espacios fue posible recoger muchas de las observaciones contenidas en el presente artículo. Es necesario indicar que todos los conceptos en este texto son responsabilidad única y exclusiva del autor.

2 Médico cirujano de la Universidad Nacional de Colombia.

3 El Servicio Social Obligatorio, anteriormente llamado año rural, constituye la práctica posterior a la graduación del programa académico de diferentes profesiones de ciencias de la salud. Con él se busca que dichos profesionales ejerzan de manera “conciente” un servicio a la población vulnerable en diferentes regiones

tamento de la Amazonia colombiana, donde tuve la oportunidad de encontrarme con el sueño del antropólogo, el imaginario del “otro” representado en las monografías clásicas: el indígena.

Su color es café olivo, que corresponde al número 4 de la escala de Broca y parece invariable; esta conclusión se basa en la comparación de la escala en muchos cientos de individuos examinados en las partes de piel menos expuestas al sol y a la decoración pigmentada. Los ojos son oscuros, la físuras palpebral angosta, no oblicua, termina en punta en su ángulo externo, con el párpado superior tan grueso que en ocasiones sugiere la inflamación del edema; pero los ojos por ningún motivo, se conforman invariablemente con el tipo mongólico; de cerca se asemejan a los ojos europeos en muchos aspectos. El pelo es negro, lacio, grueso en el hombre, fino y lustroso en la mujer. Las caras son en forma de escudo de armas y lampiñas; los mentones redondeados, recidentes, las narices desde los tipos recto y arqueado hasta los tipos aguileño y chato chino, la región de los pómulos plana, los labios inferiores grandes y propensos a inclinarse ligeramente hacia abajo. Las orejas no son grandes, lóbulos ausentes o ligeramente desarrollados; cabezas de tipo braquiocefálico, aunque he observado casos de variaciones extremas dolicocefálicas. Los dientes, por lo general, son deficientes (Rice, citado en Goldman, 1969: 15).

Indudablemente, encontré parte de esta descripción. Pero también encontré que estos “nativos” no se encontraban aislados, sino que se incorporaban de formas múltiples a las dinámicas de la región. Indígenas y colonos, “blancos” y “negros”, resultaban constituir poblaciones que ante los fenómenos de salud-enfermedad presentaban, igualmente, expectativas y necesidades individuales y colectivas para la resolución de su malestar o la conservación de su salud, las cuales se circunscribían en un contexto político, económico e histórico, lo que generaba una continuidad entre lo local, lo regional, lo nacional y lo transnacional.

En el caso del Vaupés, departamento en el cual me radiqué y al que expreso mi gratitud por acogerme, el sector salud ha tomado como referente los grupos indígenas, población mayoritaria, olvidando en ocasiones a los otros habitantes. De esta manera surgía un enfrentamiento conceptual que partía de interpretaciones de términos como “etnodesarrollo”, “interculturalidad”, “multiculturalidad” y “medicina tradicional” –los cuales se incorporaban al discurso político-burocrático–, con las categorías propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSS, donde expresiones como “subsidiado”, “vin-

---

del país. Sólo con posterioridad a dicha práctica, de corte altruista pero remunerada, el Estado colombiano autoriza el ejercicio de dichos profesionales mediante la expedición de la tarjeta profesional.

culado”, “Plan de Atención Básica” y “Plan Obligatorio de Salud”, constituyen preocupaciones centrales.

Este plano de conflicto, que ocupa los debates posteriores a la Ley 100 de 1993 en el campo de la salud pública, ha llevado a pormenorizar otro tipo de condiciones que afectan la recuperación o el mantenimiento de la salud, tenga ella el significado que tenga. Esas condiciones o determinantes constituyen realidades de salud-enfermedad en la población, y deben ocupar las agendas de investigación. En este punto, donde la realidad se intersecta con la clínica –no la institución sino el modelo de pensamiento–, la unión de modelos de salud-enfermedad con procesos históricos, económicos, sociales y políticos desarrollados en lo local, lo regional, lo nacional y lo transnacional, constituye un espacio para la práctica de una medicina antropológica.

¿Cuál sería el objetivo de este tipo de práctica? Indudablemente, permitir la reconstrucción no sólo de la atención, la recuperación y rehabilitación, sino de la realidad en sí misma. Es decir, darle a la realidad clínica una mirada abarcante en la cual se planteen alternativas para lo social y lo colectivo, una praxis transformadora. Más que conclusiones y conceptos, se espera de esta práctica un proyecto político del cual broten otras categorías, planteando nuevos campos de acción, mundos de otro modo.

Obviamente esta propuesta se decruza con corrientes de pensamiento tanto de la medicina, como es el caso de la medicina social, al igual que antropológica, y la denominada antropología médica crítica. De la primera se retoman ciertas categorías, basadas en su orientación sociológica y marxista, como son producción, reproducción social, poder y determinantes (Waitzkin, *et ál.*, 2001); pero debemos dinamizar dichas categorías a través de las narrativas, respuesta de la segunda, que deben acompañarse de la transformación. De alguna manera, la praxis referida toma la narrativa como instrumento de subjetivación de las categorías para plantear nuevas alternativas, no de análisis sino de acción, que superen las ya desgastadas.

Partiendo de dicho proyecto, presento este texto donde precisamente se busca esa mirada de la construcción clínica de la realidad. Para ello utilizaré la narrativa de un malestar muy estudiado, el VIH/SIDA en la Amazonia colombiana, como eje de análisis. Pero antes de abordar esta narrativa, con miras a clarificar algunos ítems que posteriormente surgirán, debo enfrentar a los lectores con algunas construcciones clínicas de la realidad como son los modos de organización de los servicios de salud en Colombia.

## Dos

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, sgsss, aquel que se impuso a partir de la implementación de la Ley 100 de 1993, es el resultado, más que

de un ejercicio tecnocrático, de un proceso sociopolítico nacional que refleja el contexto internacional, enmarcado en el desarrollo de un modelo cepalino para la planificación de las economías amparadas en el triunfo de las teorías neoclásicas de los bienes en instancias como el Banco Mundial (Hernández, 2000)<sup>4</sup>. De aquí que el sgsss parta de una separación de lo individual y lo colectivo –lo privado y lo público– en los planes de beneficio a los cuales tienen derecho los ciudadanos.

El sgsss está estructurado sobre el aseguramiento, vínculo entre una Entidad Administradora de Planes de Beneficio, EAPB, y un “usuario”, objeto del servicio público esencial de salud. Este vínculo puede establecerse de tres formas, que constituyen los respectivos regímenes: 1. *Contributivo*, constituido por la fuerza laboral, sea esta privada, pública o independiente, que aporta porcentajes acordes con el monto salarial apuntando a ser objeto contractual y asegurar los servicios. 2. *Subsidiado*, constituido por las poblaciones beneficiarias focalizadas por el SISBEN<sup>5</sup>, que son aseguradas con aportes provenientes de los aportes de solidaridad, algunas rentas cedidas y recursos del Sistema General de Participaciones, entre otros; y lo constituye población sin capacidad de pago. 3. No asegurados, conocidos como *vinculados*, quienes se encuentran fuera de los regímenes anteriores, por lo cual su provisión de servicios no se encuentra normatizada.

Los recursos financieros de estos regímenes son administrados por Entidades Promotoras de Salud, EPS, en el caso del contributivo; Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, para el caso de los segundos; y Entidades Territoriales Descentralizadas para el caso de los terceros. Estas realizan la contratación, amparada bajo el modelo de flexibilización laboral, según las condiciones presentes en el territorio, siguiendo la legislación vigente con la red pública o privada de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, entidades encargadas de ejecutar los Planes de Beneficio.

Los Planes de Beneficio constituyen los paquetes a los que se tiene derecho por ser asegurado. Estos están constituidos por uno de carácter colectivo, el Plan de Atención Básica, PAB, heredero de la antigua salud pública, a cargo de las entidades territoriales; y cuatro de carácter individual: el Plan Obligatorio

4 Este autor ha venido realizando un interesante aporte al estudio histórico de las políticas de salud durante el siglo xx en Colombia, superando los enfoques clásicos del tema y avanzando hacia el estudio comparativo. Esta perspectiva “histórica” presenta puntos de encuentro y complementariedad con algunos de los trabajos de la antropología del desarrollo, como en el caso del trabajo de Arturo Escobar (1998).

5 El SISBEN es un conjunto de normas, instrumentos y herramientas orientadas a identificar la población de bajos recursos que serán objeto de los beneficios de la focalización del gasto social. Este sistema utiliza una serie de indicadores de pobreza, como necesidades básicas insatisfechas, índices de desarrollo humano y líneas de pobreza, para identificar la población. De alguna manera, el SISBEN es un “diploma de pobreza”.

de Salud Contributivo, el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado –que obedece aproximadamente al 60-70 por ciento de beneficios del contributivo–, la Atención Inicial de Urgencias, y la Atención en Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito. La población no asegurada está excluida del Plan Obligatorio de Salud; de esta forma, su atención se circunscribe al uso racional de los recursos por parte de las entidades territoriales descentralizadas.

Este modelo de organización de servicios, denominado “pluralismo estructurado” (Frenk y Londoño, 1997), separa los componentes de financiamiento –el recurso para garantizar el aseguramiento– y la prestación –la ejecución de las acciones en el ámbito individual–, que son articulados por la Entidad Administradora de Planes de Beneficio, EAPB, que parte del principio de eficiencia<sup>6</sup>. Al Estado corresponde la función de modular estos elementos, y en ese sentido desarrolla instituciones –Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Viceministerio Técnico de Protección Social– y normativas –Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud–; con unas y otras se propone regular el “objeto de consumo” al que tienen derecho sus “consumidores”, “usuarios”, “ciudadanos”.

184

Ante esta estructura del sistema, que obedece funcionalmente a la denominada “atención gestionada”<sup>7</sup>, la salud adquiere la propiedad de ser un objeto de consumo, concepto que ha venido incorporándose al modelo clínico de pensamiento, llevando a la *objetivación* de la relación contractual médico-paciente, y dejando fuera el “algo más” que constituye la experiencia cotidiana de la salud y la enfermedad. Encontramos por esta vía una separación en la supuesta *producción de la salud*, al igual que del *mercado de consumo* en lo individual y colectivo –PAB/POS–, en el aseguramiento y los derechos adquiridos –POS/POS subsidiado/vinculados–, en un marco economicista que construye una nueva gnoseología médica: el alto y el bajo costo<sup>8</sup> –la determinación de costos de atención de ciertas enfermedades–<sup>9</sup>, para mantener el equilibrio del mercado.

Una de estas enfermedades que constituye un reto para estos modelos conceptuales lo constituye el VIH/SIDA.

6 Entiéndase por eficiencia “... la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente” (Ministerio de Salud, 1993).

7 Por “atención gestionada” léase “... los diversos intentos de modificar o restringir las conductas terapéuticas de los profesionales de la atención sanitaria, con objeto de obtener un resultado que sea a la vez clínicamente eficaz y relativamente poco costoso” (Pilnick, Dingwall y Starkey, 2002).

8 Compréndase por gnoseología médica el ejercicio clasificatorio de las patologías o enfermedades presentes en la población humana. Este ejercicio *taxonómico* de la medicina moderna inicia con los trabajos clasificatorios-patográficos de Thomas Sydenham a mitad del siglo xvii. Véase: Lain-Entralgo (1982); Quevedo Vélez (1992).

9 Si partimos de la creencia en un “mercado racional en salud”, podríamos esperar que las EAPB disminuyan sus gastos por la vía de evitar las atenciones de alto costo, ya que serían pérdidas tangibles del recurso.

### TRES

Fue en Mitú, por intermedio de un médico, donde supe por primera vez del “caso”<sup>10</sup>. Me encontraba finalizando la segunda temporada de trabajo de campo con miras a completar la información del trabajo de grado de la maestría en antropología social por una parte; pero por otra, me desempeñaba en la Secretaría de Salud. Este trabajo, centrado en la modulación, inspección, vigilancia y control de los servicios de salud, constituyó el espacio en que tuve el conocimiento del “caso”: por una parte, desde lo médico, y por otra, desde lo administrativo, ya que era un “asunto directamente relacionado” con el área.

Mitú, la capital del departamento de Vaupés, se observa desde el aire como un claro en medio de la espesa vegetación de la selva, dividida por una pista de aterrizaje. Alrededor de ella, y cruzada por calles en su mayoría sin pavimentar, se encuentran dispersas las casas de los barrios donde habitan en su mayoría indígenas, con una minoría de “blancos” llegados allí como resultado de los procesos de colonización en la Amazonia. Su origen data de los albores del siglo xx, cuando en este claro existía un pequeño caserío indígena al que arribaron misioneros y colonos atraídos por la bonanza cauchera. Con la preocupación por hacer presencia estatal en territorio fronterizo, en 1936 este poblado fue elevado a la categoría de capital de la comisaría de Vaupés, reemplazando a Calamar y Miraflores que ya habían vivido un primer auge. Tres años después arribó a Mitú la primera comisión sanitaria que construiría el hospital —reafirmando la incorporación del poblado a la nación—, función que venían ejecutando las misiones religiosas instaladas desde finales del siglo xix en la región<sup>11</sup>.

Parte de las viviendas fiscales en las que habitaban los profesionales que laboraban en el departamento, incluye una edificación en madera conocida como “El establo”, que funcionó en ese período como área de hospitalización. Posteriormente, fue trasladada a las actuales instalaciones, que se encuentran en remodelación y modernización como parte de un programa adelantado por el Ministerio de Protección Social.

El hospital es una construcción de un piso, separado en tres bloques: urgencias, hospitalización, consulta externa y sección administrativa. Estos bloques presentan patrones arquitectónicos que obedecen a diferentes momentos históricos, una construcción sincrética, hecho que impide verlo como una unidad. Sin embargo, suple buena parte de las necesidades del territorio.

10 En la literatura nacional dedicada a la antropología de la salud / antropología médica, se nota la ausencia de un análisis crítico de la transición de conceptos como “paciente”, “caso”, “usuario” y “sujeto”, por parte de profesionales, instituciones, académicos y del Estado.

11 Una excelente referencia histórica al papel de las misiones católicas entre finales del siglo xix y la primera mitad del siglo xx se encuentra en el trabajo de Gabriel Cabrera Becerra (2002).

En el bloque de hospitalización tuve el contacto con John<sup>12</sup>. Varias cosas llamaron mi atención al hablar con él. La primera, un letrero al costado izquierdo de la puerta en letras rojas que decía “Aislamiento”. A un lado se observaba el soporte donde colgaban batas, tapabocas, gorros y polainas, que – según advertía un auxiliar de enfermería – eran para la persona que entrara a dicha habitación. Por último, unas canecas para basura, muy cerca de la puerta, diferenciadas por los colores de las bolsas plásticas que las recubrían, una roja y otra verde, daban la bienvenida al cuarto.

Decidí pasar sin ninguna de las vestimentas. Al entrar no se observaba nada extraño. El ambiente era pesado como en cualquier institución hospitalaria. Sobre la cama, un poco inclinado y envuelto en una cobija tiritando de frío, pude observar cómo resaltaban los dientes blanquecinos sobre la tez oscura del rostro de John. Él era el “caso”.

#### CUATRO

Previamente había recibido la información del médico rural encargado del caso, quien lo describió de la siguiente manera:

Joven afrodescendiente de (...) años de edad, consulta al Centro de Salud de Carurú, por presentar un cuadro clínico que inicia con malestar general, astenia, adinamia, fiebre no cuantificada, pérdida progresiva de peso, aumento de deposiciones intestinales, de varios meses de evolución. Había consultado previamente por un dolor abdominal que se había diagnosticado como hernia umbilical, la cual fue intervenida quirúrgicamente, y durante este cuadro se le había practicado una serie de exámenes de laboratorio, uno de ellos una prueba de detección rápida para el Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH, con resultado positivo. Posterior a dicha intervención, la cual se realizó en el municipio de Mitú, fue devuelto al lugar de origen, donde no fue posible iniciar la terapia anti-retroviral, debido a inconvenientes administrativos. Al momento en franco deterioro, taquicárdico, taquipneico, febril, en franco cuadro de síndrome inflamatorio de respuesta sistémica, séptico, sin foco infeccioso definido.

—¿Qué son inconvenientes administrativos? —Pregunto al médico.

—Es un paciente *vinculado*, no tiene ningún carné de afiliación, y sólo recientemente se *sisbenizó*. —Responde el profesional.

—¿Sabemos por qué no estaba *asegurado*?

—No vivía en Carurú, sino más arriba, por un caño, en la frontera con el Guaviare.

—¿Por qué no iniciaron la terapia anti-retroviral?

<sup>12</sup> El nombre ha sido cambiado.



—Por eso. Se fue. No quiso. —Dice el médico.

A esta última respuesta, a su carácter ambiguo, es que debo el recuerdo de alguna de las lecturas críticas que sobre el VIH/SIDA se realizan en la actualidad:

La distribución del VIH/SIDA en el mundo no corresponde al azar sino que destaca los grupos de población más afectados por las estructuras sociales de desigualdad. Por eso no es sorprendente ni circunstancial que Haití, el país más pobre de América, y uno de los más pobres del mundo, sea el país americano más afectado por la pandemia. Pero las corrientes del pensamiento establecido, que suelen estar implicadas en la reproducción de los sistemas de clase, raza y opresión de género, insisten sobre la idea de que las personas afectadas pueden decidir sobre su destino a pesar de tener recursos limitados. Sin embargo, sabemos que el margen de maniobra individual para desarrollar estrategias es estrecho para las personas que sufren distintas formas de violencia estructural. Tratar de aumentar la autonomía individual sólo puede contribuir al cambio social, si reconocemos que los recursos están constreñidos por el peso pesado de la historia y de la injusticia social (Castro y Farmer, 2003: 43).

A este párrafo debo el “estar ahí”, frente a John, observándolo envuelto en su cobija, mostrando su dentadura perfecta, que resaltaba sobre su piel oscura.

## CINCO

*John had AIDS.  
First, he began talking to himself.  
The psychiatrist said:  
If you're going to talk to yourself  
Do it in the form of poetry.  
ALLEN GINSBERG, John.*

Al darnos el saludo, un “buenos días” acompañado de un apretón de mano que salió de manera cómica del envoltorio de cobijas, pude sentir su palma áspera, evidencia de trabajo en el monte, tal vez desyerbando, lo cual por su procedencia hacía pensar en el trabajo como raspachín. Junto a la aspereza, sentí su temperatura elevada, más de lo esperado para la selva húmeda ecuatorial. Tomé asiento muy cerca de la cabecera de la cama y dialogamos sobre su vida.

### LOS PRIMEROS AÑOS

John había nacido en Istmina, Chocó, el departamento más pobre del país. De una familia numerosa, resultó una infancia con enormes necesidades, por lo cual se incorporó al sector productivo informal desde temprano. Istmina, una población en la región selvática del Pacífico, cuya principal vía de comunicación es fluvial, ha sido escenario en la última década de enfrentamientos entre grupos armados que disputan territorio relacionado con los cultivos ilícitos.

### RED DE SOLIDARIDAD ATIENDE A 147 FAMILIAS DESPLAZADAS EN ISTMINA CHOCÓ

Bogotá, 30 de agosto (SNE). La Red de Solidaridad Social, rss, atiende en la actualidad a 147 familias –624 personas– que se encuentran en la cabecera del municipio de Istmina, Chocó, luego de verse desplazadas de sus hogares ubicados en la localidad de San Miguel, zona media del río San Juan. Estas familias chocoanas llegaron a la zona, como consecuencia de la ausencia de alimentos, la cual se presentó por los constantes combates entre grupos armados ilegales desde el mes de julio<sup>13</sup>.

En este ambiente, pronto tuvo conocimiento de la existencia del “oro blanco”, de su producción y su comercio. Escuchó a sus hermanos comentar sobre Miraflores, Guaviare, un puesto de abastecimiento coquero que se encontraba en uno de sus apogeos hacia finales de la década de 1990, gracias al olvido de este territorio en la geografía nacional y al ingreso a él de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia, FARC. Pronto supo que su destino se encontraba en esa otra selva, la amazónica, donde el dinero abundaba. Así, se embarcó en una travesía por los Andes que lo llevaría a esta ciudad incrustada en medio de la selva húmeda ecuatorial.

188

### TRAS EL DORADO

En la Amazonia, la conquista de El Dorado, la extracción de especies nativas, plumas, resinas, drogas de sertao, maderas, la quina, gomas como el pendare, el chicle, balata, caucho, fibras como el chiqui-chiqui, petróleo, pieles de animales, pesca, coca, y nuevamente el oro, ha sido producto de bonanzas cíclicas que, como puntas de lanza, vinculan la historia de la Amazonia al país (Correa, 2000: 13).

Incorporándose a estas bonanzas cíclicas, John y sus hermanos llegaron a Miraflores, famosa frontera de la colonización y resultado de la “colonización armada” (Molano, 1987), que se había convertido en una inmensa urbe comercial a orillas del río Vaupés. Allí, como ya conocían el funcionamiento del “negocio”, se incorporaron a trabajar en algunos rastrojos vecinos, recogiendo hojas de coca que se convertían por la “magia de los químicos” en ese polvo blanquecino que metafóricamente a Colombia: la cocaína<sup>14</sup>.

El sistema de trabajo, semejante al “endeude” y el “enganche” de las bonanzas caucheras –un mercado económico ficticio montado en el terror–, reconocía el trabajo de recolección de las hojas de coca, pero el pago se encontraba comprometido antes de llegar a las manos del trabajador. El equilibrio de este

13 <http://www.presidencia.gov.co/sne/2004/agosto/30/07302004.htm>

14 Esta metáfora ha sido recientemente explorada por Michael Taussig (2004).

mercado estaba determinado por las FARC, que vigilaban la producción y el comercio. Lo poco que llegaba a manos del trabajador, resultaría en los bares y prostíbulos, generalmente de los mismos dueños de los “rastros”, conformando así un mercado cerrado donde pocos eran los beneficiados. Cada vez que había dinero John recorría las orillas del río despilfarrando en alcohol y mujeres, donde abundaban tabernas, *grilles* y prostíbulos, pues realmente “no había más que hacer”, como reconocía.

#### VUELVE EL ORDEN, ¿O EL DESORDEN?

Con la llegada de Álvaro Uribe Vélez a la Presidencia se produce una remilitarización del Estado denominada Seguridad Democrática. Esta toma como objetivo recuperar los puntos importantes de la geografía coquera que se encuentran en poder de las FARC. Miraflores en el Guaviare y Carurú en el Vaupés se encuentran en la mira. En el año 2004 se produce la toma al primero. Pocos meses después cae el segundo.

#### FUERZA PÚBLICA REGRESÓ A MIRAFLORES PARA QUEDARSE: MINDEFENSA

El ministro de Defensa, Jorge Alberto Uribe Echavarría y los altos mandos militares y de Policía, asistieron hoy a la instalación del servicio policial en el municipio de Miraflores, Guaviare, después de cinco años de ausencia de la Fuerza Pública, tras un sangriento ataque de las FARC. Uribe Echavarría afirmó que cerca de cuatrocientos policías especializados en lucha contra-guerrilla, y un grupo de soldados de la Brigada Móvil número 7, serán los encargados de velar por la seguridad de esta población del Guaviare, que por cinco años estuvo bajo el yugo de las FARC y la coca. ‘Esto no es una simple operación militar, ni estamos de paso. La Fuerza Pública está acá para reclamar nacionalidad y estar presentes con ustedes y sus hijos y asegurarle paz y tranquilidad de ahora en adelante’, sostuvo el ministro. El titular de la cartera de Defensa aseguró que el grupo de soldados y policías que permanecerán en la población, tienen instrucciones claras y precisas para trabajar de la mano con la población civil, por lo que solicitó a sus habitantes denunciar cualquier posible irregularidad ante sus comandantes. Finalmente, Uribe Echavarría anunció que las fumigaciones de cultivos ilícitos continuarán en esa región del país, por lo que afirmó mediará ante el Gobierno Central para que haga presencia integral del Estado con salud, servicios públicos y educación. (<http://www.mindefensa.gov.co/index.php?page=181&id=348&PHPSESSID=c5235f8bf2b8c16bedb23e55f7b99a3f>).

Una vez el Ejército entra a Miraflores, se produce el desplazamiento masivo de aventureros, drogadictos, prostitutas y comerciantes. Esta llegada del orden fue causa de la separación de John y sus hermanos; es decir, su desorden, pues cada uno tomó sus pocas pertenencias y continuó su camino hacia El

Dorado. Él inició su descenso como Arturo Cova, el personaje de *La vorágine*, donde “ganó la Violencia” de la mano de la Seguridad Democrática: una amenaza a sus sueños de “vivir bien”, de tener calidad de vida.

Esta itinerancia lo llevó a Lagos, El Dorado, Puerto Nuevo, Arara, y finalmente, al Caño..., lugar en el que durante los últimos meses se desempeñó como administrador de una taberna-billar levantada entre los rastros, en la mitad de la nada, y en donde el sonido de las plantas eléctricas se confundía con los chillidos de la música norteña. Allí, los raspachines gastaban cantidades estrambóticas de dinero adquiriendo botellas de aguardiente o whisky, o para estar con las mujeres, algunas indígenas, en las habitaciones quejumbrosas de madera, techos de zinc y pequeñas ventanas acomodadas para estos fines.

Su trabajo consistía en velar por el cumplimiento de un mínimo orden en esas instalaciones, evitando los muertos y pasando los dineros necesarios a los actores armados de la zona, las denominadas “vacunas”. Fue en este punto donde comenzó ese “bochorno” que no lo dejaba trabajar. Observó cómo su cuerpo se “consumía”, por lo cual su preocupación aumentó; ya era “la mitad de lo que era”.

190

#### ITINERARIOS TERAPÉUTICOS, BÚSQUEDA DE AYUDA Y SEGURIDAD DEMOCRÁTICA

Al sentirse mal lo primero que hizo fue automedicarse. Comenzó con acetaminofén para la fiebre, seguido de un tratamiento para malaria; luego se practicó una “purga” para botar las lombrices “que tanto le dolían en la barriga”. Al no sentir mejoría, algunos conocidos le recomendaron múltiples recetas caseras basadas en “aguas medicinales” con hojas de la selva. Otros le recomendaron ir a donde un curandero cercano, alguien que había aprendido de los indígenas “recetas para curar”, pero nunca lo encontró en el sitio que le habían indicado.

Sintiéndose incómodo, descendió por el caño hasta encontrar la Unidad Básica de Promoción, una pequeña construcción donde personal paramédico ejerce algunas de las funciones de Atención Primaria en Salud, entre ellas, dar medicamentos. Allí, una auxiliar de enfermería lo examinó, y ante la imposibilidad de poder ofrecerle una atención adecuada, ya que “ella no tenía nada de droga”, le dijo que lo mejor era “hacerse ver por el médico” que se podía encontrar en el poblado de Carurú, a unas horas por el río Vaupés abajo.

Con la intención de evitar problemas con las autoridades, debido a su procedencia y trabajo, decidió no bajar por el momento, no quería que lo retuvieran o le “preguntaran cosas” que le causaran conflictos al volver a su lugar de trabajo. Sin embargo, el malestar progresó hasta que se hizo imposible esa sensación sin causa clara, y “ya no aguanté más”. Previendo los problemas que se presentarían, tomó la decisión de ir hasta Carurú.

La Seguridad Democrática se basa en un “ritual de sospecha” que establece una dualidad en la población: o se es informante o se es el denunciado. En el Vaupés esta sospecha se potencia como resultado de su historia –cifrada por los ciclos extractivos–, de tal manera que los “rituales” sobre la población significan jornadas para exigir identificación de manera permanente en puertos, aeropuertos, bares y discotecas de los núcleos urbanos donde se concentra la autoridad del Estado. Al llegar a Carurú lo retuvo la Policía Nacional un par de horas para indagar sobre su procedencia, y posteriormente fue interrogado sobre la “gente”, es decir, los grupos armados ilegales. Sólo después de responder a la Policía pudo ir a su consulta en el Centro de Salud, acompañado por dos agentes. Una vez John logra hacerse examinar del médico, pasa a convertirse en el “caso” al que anteriormente se refería el médico.

## SEIS

¿Cuáles son aquellas características del entorno que hacen susceptible a John de enfermar? El concepto de “violencia estructural”, anteriormente citado, nos permite comprender mejor dichos “factores de riesgo”.

Se denominan factores de riesgo para la enfermedad por el VIH/SIDA a aquellas características del individuo o su entorno que hacen que este sea más susceptible a la enfermedad. Los principales factores de riesgo son los asociados con el comportamiento, los perinatales y los biológicos (Ministerio de Salud, 2000).

Violencia estructural hace referencia a la violencia ejercida sistemáticamente –es decir, indirectamente– por cada uno de los que pertenecemos a cierto orden social: de aquí, el malestar que dichas ideas provocan en la moral económica, la cual se adula permanentemente, o culpa a ciertos actores individuales. En resumen, el término ‘violencia estructural’ tiene la intención de informar el estudio de la maquinaria social de opresión. Opresión es el resultado de muchas condiciones, muchas de las cuales son concientes<sup>15</sup>.

La historia de vida de John es el recorrido que resulta de una cotidianidad sistemática de la mencionada violencia estructural, que adquiere diversos nombres según el momento. Chocó, un departamento de inmensos recursos naturales, habitado por población de origen afro, ha sido condenado al olvido

15 “Structural violence is violence exerted systematically –that is, indirectly– by everyone who belongs to a certain social order: hence the discomfort these ideas provoke in a moral economy still geared to pinning praise or blame on individual actors. In short, the concept of structural violence is intended to inform the study of the social machinery of oppression. Oppression is a result of many conditions, not the least of which resides consciousness” (Farmer, 2004: 307, traducción libre).

durante buena parte de la historia nacional –que se preocupó más de los Andes–, llevándolo a un sostenido detrimento que sólo recientemente, y gracias a la geopolítica del narcotráfico y el interés creciente por los recursos naturales de discursos como el “desarrollo sostenible”, ha comenzado a ocupar lugar en los marcos de la política nacional.

Pero no es sólo ese olvido, ese “borrar históricamente” a la región, el único ejercicio de dicha violencia estructural. El mismo mercado del narcotráfico constituye otra expresión de la misma. John se encuentra limitado por un ejercicio transnacional que se expresa en lo local con múltiples caras: los patronazgos que produce la droga, la respuesta de un Estado que impone un orden basado en un ejercicio coercitivo que constriñe a la población, y que conduce a dudar cuando se trata de recurrir o no al servicio de atención en salud, siendo este último, por “inconvenientes administrativos”, la última expresión de dicho ejercicio sistemático del poder.

Su historia recuerda la frase de Walter Benjamin que Taussig (1995) toma como centro de su obra: “La tradición de los oprimidos nos enseña que el Estado de emergencia en el que vivimos no es la excepción sino la regla”; porque la vida de John no es sino otra narración determinada por una violencia estructural que resulta en la existencia de un Estado de emergencia, donde itinerarios y desplazamientos se realizan tras la búsqueda de un Estado diferente, en busca de un orden propio que nunca se encuentra.

La salida de Istmina, el comienzo de la peregrinación de John, es causada por un desorden público y socioeconómico donde la pobreza y marginalización limitan su agencia desde niño. No es una decisión personal la que lo lleva a tomar decisiones; es el contexto, los determinantes sociales, los que lo conducen a la informalidad, colocándolo ante el oro blanco y su mercado, garantizándose su incorporación a ese otro desorden, el orden armado, el orden del terror. Es este último escenario, el de sus comportamientos, al cual se ha de sumar el retorno a un supuesto estado de orden, basado en la sospecha, como producto de la intervención del Estado en este territorio, el que desencadena su descenso.

Para John, la sospecha constituye la causa principal para demorarse en tomar la decisión de buscar ayuda. Es ésta a la que él teme cuando indaga sobre su salud en el poblado de Carurú. Pero luego se produce su transformación en el “caso” del médico, donde es sometido a un ejercicio de violencia estructural mucho más elaborado, el mercado de la salud en condiciones desfavorables, donde surgen nuevos estados de emergencia que pretenden hablar de su malestar, como “inconvenientes administrativos”, “vinculado” o se “sisbenizó”. Esta ruta finaliza con su individualización, su resección de estos estados de emergencia para culpabilizarlo por el no consumo de anti-retrovirales mediante la disculpa: “se fue, no quiso”.

Lo anterior reafirma los conceptos sobre el VIH/SIDA existentes en la normatividad vigente, donde los factores de riesgo<sup>16</sup> preponderantes son los de “comportamiento, perinatales y biológicos”, todos individualizados, volviendo la culpa del malestar/enfermedad al sujeto, en este caso a John. Y esta individualización-culpabilización, esa agencia que se encuentra constreñida por la violencia estructural, desaparece en el modelo clínico de pensamiento. Ésta da paso al discurso administrativo para argumentar la preponderancia de los factores de riesgo y no la pérdida de agencia. Estamos ante una construcción clínica de la realidad convertida en mercancía (Taussig, 1995: 143), que nos coloca en el mercado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### SIETE

Cada país ha desarrollado una manera diferente de afrontar el problema del VIH/SIDA, acorde con los procesos sociopolíticos que llevaron a transformar sus servicios de salud (Abadía-Barrero, 2005). En el caso colombiano, este se ha afrontado con las desarticulaciones propias del SGSSS, de manera parcial, desde los Planes de Beneficio.

Desde el PAB, es decir desde el Estado descentralizado en entidades territoriales, se tiene la meta de “... mantener la tasa de prevalencia general de la infección por VIH por debajo del 0.5 por ciento, y reducir en un 20 por ciento la infección perinatal”, mediante la ejecución de actividades en las que mediante la información, educación y comunicación orientadas a la identificación de factores de riesgo y factores protectores ocupen el eje central (Ministerio de la Protección Social, 2004). Una serie de acciones educativas de bajo costo se creen capaces de generar el impacto deseado, desconociendo los fenómenos sociales –como es el caso de John– que rodean al VIH/SIDA. Es la idea de un comportamiento individual abstracto, el eje de la intervención, el mensaje recibido a través de medios de comunicación, que plantean subsanar el problema de la enfermedad.

Por su parte el POS, tanto contributivo como subsidiado, ha integrado una serie de conductas administrativas para garantizar la atención de los pacientes con VIH/SIDA, patología considerada de alto costo (Ministerio de Salud, 2000). Esas acciones integrales, garantizadas recientemente en la población subsidiada, como parte del mercado de consumo individual, tienen en cuenta aquello que represente costo en el mercado: insumos, paraclínicos, medicamentos según manual tarifario y hospitalizaciones. Aquí la lógica administrativa se junta con la clínica, para señalar aquellas cosas que deben hacerse –el principio de

<sup>16</sup> Una perspectiva antropológica del riesgo en salud se encuentra en el trabajo de María del Pilar Díaz (2002).

la eficiencia—, preparando Guías de Atención donde no quedan posibilidades abiertas para la elección. La agencia tantas veces limitada.

La situación de John es aún más complicada. Él, al ser “vinculado”, no existe para el sistema, y depende de la focalización de los recursos manejados por las entidades territoriales. Cuando el médico comenta el “caso”, haciendo referencia a “inconvenientes administrativos” y “se sisbenizó”, nos encontramos con un Estado descentralizado, vía servicios de salud. El SISBEN tiene un carácter territorial, es decir, cuando John se desplaza a Miraflores, deja de estar en el SISBEN de Istmina, por lo cual queda fuera del sistema: no existe, a pesar de que su realidad sí es clara: en Miraflores, donde no hacía presencia el Estado, no existía SISBEN, y eran sus recursos los que garantizaban la atención en salud. Sólo cuando va a Carurú, John se incorpora, esperando ser beneficiario del subsidio en el marco del aseguramiento.

Así, la narrativa médica nos objetiva una relación contractual, donde los factores de riesgo, el “comportamiento” de John frente a esta relación, son los culpables de que no obtenga los beneficios adecuados. De alguna manera, la construcción clínica nos ayuda a ocultar la realidad, en este caso el SGSSS, su ejercicio excluyente y su organización desarticulada, los que dejan en manos del paciente la culpa de la enfermedad.

## OCHO

Las secciones anteriores señalan dos rutas de análisis de la narrativa. Por un lado, la historia de John nos habla de la realidad que llega a la clínica, una realidad dada por la violencia estructural, y su resultado narrativo, los estados de emergencia, donde la agencia, los comportamientos, se encuentran limitados por el peso de la trama: la marginalización, las condiciones de pobreza, los procesos de colonización, la lucha armada, la búsqueda del orden. Por otro, esta narrativa desaparece mediante la transformación en “caso”, donde los signos y síntomas clínicos no son otra cosa que el resultado de su propio devenir errático, dado que no establece adecuadamente su relación contractual. De haber sido un buen agente del mercado del consumo de la salud, de alguna manera hubiese sido beneficiario de la atención integral normatizada. El “comportamiento” aquí es el culpable del cuadro clínico.

Es esta “colonización” de la narrativa mediante estrategias discursivas, la que ha permitido culpabilizarlo. Gracias a ella se esconden los elementos antes mencionados, al igual que las condiciones transnacionales, donde las geopolíticas del poder, en este caso, la geopolítica del narcotráfico, han constreñido la decisión de John, y de esta manera, limitan sus mal llamados “comportamientos”. Esta “narrativa colonizada” es la intersección a la cual me refería al inicio del texto: “factores de riesgo”, “violencia estructural”, “estados de emergencia”,



“comportamientos”, “inconvenientes administrativos”, que constituyen la realidad de la salud-enfermedad en la actualidad, y es esta intersección el telón de fondo de un nuevo tipo de práctica médica y antropológica.

La praxis transformadora de esta disciplina está en primera fila para aportar un nuevo aire a las disputas sobre el tema de la salud en lo político. Estas luchas se han convertido en debates sobre las categorías existentes –tales como equidad, eficiencia, calidad–, que adquieren infinitos significados, tanto así que no existe actualmente un consenso general más allá del normatizado. Al enfocarnos hacia la construcción clínica de la realidad, resultado inherente del acto médico, estamos identificando elementos para comprender la salud-enfermedad como un hecho social total (Mauss, 1976) que adquiere profundidad en un espacio, en una realidad cartográfica. Las disputas sobre la salud dejan de ser disputas categóricas, convirtiéndose en disputas sociales, verdaderas disputas políticas, donde los sujetos recuperan la voz.

Estas disputas sociales, en segundo lugar, deben resultar en un cambio de lenguaje en la construcción clínica. La enfermedad como hecho social total nos habla de una realidad conformada igualmente por los signos y síntomas sociales. La narrativa de malestar de John, no es únicamente personal. La historia de John, es como el título de este artículo, una narrativa de malestar de la Amazonia colombiana, de todo el territorio y sus pobladores. Ella nos habla de la configuración histórica y social de lo local, como resultado de lo nacional, en donde aquello sirve de fondo para la salud-enfermedad, no sólo de nuevos significados, sino de nuevos itinerarios acordes a las expectativas, nuevas rutas terapéuticas individuales y colectivas.

El malestar en la cultura no es sólo eso; es un malestar de lo social, lo económico, lo histórico. Un último lugar de esta medicina antropológica es la génesis de capacidad reflexiva en las ciencias de la salud para identificar su malestar. Ese lenguaje administrativo que domina la construcción clínica, esa serie de normas por cumplir, esa cantidad de papeles y requisitos para obtener derecho a una consulta, disfrazan las relaciones sociales que deben estar en capacidad de reconocerse. Sólo esa reflexividad permitirá crear un nuevo vocabulario para la salud-enfermedad.

#### A MANERA DE EPÍLOGO

Es el mismo cuarto, en el mismo bloque; al lado de la puerta sigue colgando el letrero: “Aislamiento”. Un auxiliar de enfermería entra a revisar que los líquidos de hidratación sigan goteando en las cantidades suficientes y recomendadas por el médico.

—¿Cómo durmió?, —es mi primera pregunta.

—Muy mal. La verdad tengo mucho frío. —Responde John.

—¿Ya le comentaron que lo vamos a remitir?

—Sí, me dicen que voy para... Pero no sé por qué.

—¿Cómo así? ¿No le han dicho cuál es la razón de la remisión?

—La verdad Pablo, nadie me ha dicho nada. Nadie me ha contestado las preguntas. Sólo dicen que me tengo que ir.

—¿Usted sabe lo que tiene?

—Pues tengo ideas... Sé que me estoy consumiendo por dentro. Por la fiebre pienso que podría ser un paludismo bravo. Por otro lado, por lo flaco y por todo lo que me toca ir al baño, pienso que es algo de las tripas.

—¿Nadie le ha explicado cuál es su enfermedad?

—Me dijeron que un bicho había entrado a mi cuerpo. Me preguntaron si había tenido contacto con mujeres y hombres, y yo contesté que claro. Me dijeron que por ahí me había entrado el bicho.

—¿Pero no le dijeron qué enfermedad era?

—No.

Me quedo pensando. Lleva este tiempo aquí y nadie le ha explicado lo que lo aqueja. Su malestar ni siquiera es propio. Ya su malestar ha quedado en manos de otro "conocimiento experto". El mercado. El consumo. El malestar se ha transformado en algo enteramente negociable.

¿Quién habrá colonizado la palabra de John? —

**REFERENCIAS****Abadía-Barrero, César Ernesto**

2005 "Políticas y sujetos del SIDA en Brasil y Colombia", en *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 40, pp. 123-154.

**Castro, Arachu y Paul Farmer**

2003 "El SIDA y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima", en *Cuadernos de Antropología Social*, No. 17, pp. 31-49.

**Cabrera Becerra, Gabriel**

2002 *La Iglesia en la frontera: misiones católicas en el Vaupés 1850-1950*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Instituto Amazónico de Investigaciones, IMANI.

**Colombia, Ministerio de Salud**

1993 *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*, Bogotá, El Ministerio.

**Colombia, Ministerio de Salud**

2000 *Guía de atención del VIH/SIDA*, Serie Documentos Técnicos No. 18, Bogotá, El Ministerio.

**Colombia, Ministerio de Protección Social**

2004 *Circular Externa 018 de 2004. Anexo Técnico*, Bogotá, El Ministerio.

**Correa, François**

2000 *Geografía humana de Colombia. Amazonia amerindia. Territorio de diversidad cultural*, Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología e Historia.

**Díaz, María del Pilar**

2002 *El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto*, Bogotá, Instituto de Salud Pública, Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

**Escobar, Arturo**

1998 *La invención del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*, Bogotá, Editorial Norma.

**Farmer, Paul**

2004 "An Anthropology of Structural Violence", en *Current Anthropology*, Vol. 45, No. 3, pp. 305-325.

**Frenk, Julio y Juan Luis Londoño**

1997 *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*, Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe, Documento de Trabajo No. 353.

**Ginsberg, Allen**

1994 *Cosmopolitan Greetings. Poems 1986-1992*, New York, Harper Perennial.

**Goldman, Irving**

1969 *Los cubeo. Una tribu indígena del noroeste del Amazonas*, México D.F., Instituto Indigenista Interamericano.

**Hernández Álvarez, Mario**

2000 "El derecho a la salud: obstáculos estructurales para su realización", en *Revista de Salud Pública*, Vol. 2, No. 2, pp. 121-144.

**Laín Entralgo, Pedro**

1982 *El diagnóstico médico. Historia y teoría*, Madrid, Salvat Editores.

**Mauss, Marcel**

1976 "Sobre los dones", *Sociología y antropología*, Madrid, Tecnos.

**Molano, Alfredo**

1987 *Selva adentro. Una historia oral de la colonización del Guaviare*, Bogotá, El Áncora Editores.

**Pilnick, Alison, Robert Dingwall y Ken Starkey**

2002 "Gestión de las enfermedades: definiciones, dificultades y orientaciones futuras", en *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos No. 6, pp. 125-134.

■  
**Quevedo Vélez, Emilio**

1992 "El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista", en Álvaro Cardona (ed.), *Sociedad y salud*, Bogotá, Zeus Editores, pp. 7-85.

**Taussig, Michael**

1995 *Un gigante en convulsiones. El mundo como sistema nervioso en emergencia permanente*, Barcelona, Gedisa.

**Waitzkin, Howard, Celia Iriart, Alfredo Estrada y Silvia Lamadrid**

2001 "Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America", en *American Journal of Public Health*, Vol. 21, No. 10, pp. 1592-1601.

**SITIOS DE INTERNET**

<http://www.mindefensa.gov.co/index.php?page=181&id=348&PHPSESSID=c5235f8bf2b8c16bedb23e55f7b99a3f>, recuperado el 18 de junio de 2006.

<http://www.presidencia.gov.co/sne/2004/agosto/30/07302004.htm>, recuperado el 23 de junio de 2006.