

DEL MICROSCOPIO A LA MARACA

Jean Chiappino & Catherine Alès

EDITORES



EXLIBRIS



Comisión de la Unión
Europea



L'Institut français
de recherche scientifique
pour le développement en
coopération



SADA-AMAZONAS
M.A.R.N.R.

Alexander MANSUTTI, R.
Betty GÓMEZ
Carlos VIVAS
Catherine ALÈS
Francisco ARMADA
Glida HIDALGO
Guillermo GUEVARA KUKUBI
Henry RIVERA
Jaime TORRES R.
Jean CHIAPPINO
Jesus M. OYALBIS CH.
Leopoldo VILLEGAS
Luis SUAREZ
Magda MAGRIS
María A. TORRES V.
Martín TORO
Matowê BORGES
Paul OLDHAM
Pedro JARO
Romelia RAMÍREZ
Stanford ZENT

Del microscopio a la maraca

Jean CHIAPPINO & Catherine ALES, Editores

DEL MICROSCOPIO A LA MARACA

Jean CHIAPPINO & Catherine ALES. Editores

Dibujos de:

Tafiyapiwë Griego BORGES. Mashipomafewë Pablino BORGES. Matowë Tomás BORGES.
Alfredo CHAMANARE. Raúl Reyes CUYARE. Alouso DIAZ MENDOZA. Jesús DIAZ MENDOZA.
Abel GONZALES. José GONZALES. Natael GONZALES PADAMO. Sheo KOYOWË. Tedi KOYOWË.
Andrés Yapiwë NAIWË. Tito PEREZ. Isaías PEREZ GUEVARA. Juan Bautista RIVAS. Abel RODRIGUEZ.
Jimí RODRIGUEZ. Juan Bautista RODRIGUEZ. Daniel RODRIGUEZ NAPOLEON. Eulalia RODRIGUEZ.
Silvia F. RODRIGUEZ. Maihorowë Eliseo SILVA. Elcazar TORCUATRO. Nina YAVINAPE.

Recopilados por: María Teresa ACOSTA. Catherine ALES. Jean CHIAPPINO.

Diagramación y artes finales: Dominique Aizpurua

Impresión: Ex Libris. Caracas. noviembre 1997

ISBN: 980-6398-14-9

© 1997. Editorial Ex Libris.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a:
la Comisión de la Unión Europea.
el Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM).
el Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables (MARNR).
el Servicio Autónomo para el Desarrollo Sustentable del Amazonas (SADA-Amazonas).
la Escuela de Antropología de la Universidad Central de Venezuela (UCV).
el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela (UCV).
la Dirección Regional Sectorial del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS).
la Organización Regional de los Pueblos Indígenas del Amazonas (ORPIA).
la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (G.T.Z. Caracas).
la Dirección Regional Sectorial de las Endemias Rurales y Saneamiento Ambiental

Agradecemos particularmente a:
Sr. Carlos Gil. Jefe de la Delegación de la Comisión de la Unión Europea en Venezuela.
Sr. Alban de Villepin. Director de la Unidad Medio Ambiente de la Comisión de la Unión Europea.
Sr. Rudiguer Wenk. Consejero de la Delegación de la Comisión de la Unión Europea en Venezuela.
Sr. Georges Rovalis. Consejero de la Delegación de la Comisión de la Unión Europea en Venezuela.
Sr. Philippe Combescot. Encargado de la Cooperación en Malta y Chipre de la Comisión de la Unión Europea.
Sr. Yves Zaragoza. Asesor de Cooperación en la Delegación de la Comisión de la Unión Europea en Venezuela.
Sr. Enrique Casal. Asesor de Cooperación en la Delegación de la Comisión de la Unión Europea en Venezuela.

Nuestro reconocimiento a los investigadores y técnicos que participaron
en el programa PROCOMSIVA:
María Teresa Acosta. Luis Arévalo. César Arismendi. Francisco Armada. María Antonieta Fernández.
Glida Hidalgo. Pedro Jaro. Magda Magris. Alexander Mansutti R.. Mercedes Materán. Guillon de Miranda. Paul Oldham.
Jesús Oyalbis. Leila Palma. América Perdomo. Miguel A. Perera. Pedro Rivas. Marcos Rondón.
Frank Scaramelli. José Silva. Nalva Silva. Luz del Valle Silva. Martín Toro. Jaime Torres. Aimé K. Tillet.
René Yecuana Esteba.

Nuestro reconocimiento especial a todos los representantes, sabios y shamanes de las
comunidades amerindias de Amazonas por su imprescindible aporte en la realización
de los trabajos presentados en esta obra.

Nuestra gratitud a:
Jacqueline Aizpurua. Ramón Tio Bellido. Luisa Berlioz. Marie-Christine Brugaillère.
Nathalia Cardona. Annie Chennevière. Valérie Delplanque. Héctor Escandell. Pilar Fernández.
Stéphane Freychet. Catherine Ghyoot. André Itéanu. Fernando Jáuregui. Yvonne Laffite.
Lileth y Roberto Lizarralde. Alberto Marquez. Franco Martorelli. Guillon de Miranda y su familia. Egildo Palao.
Hélène Ratner. Bianca Rivero. Ernesto Rodríguez. Haydée Seijas. Luz del Valle Silva. Edith Torrel.
Catherine Valton. María Eugenia Villalon.
Danielle Veau.

SUMARIO

Introducción. _____	9
<i>Catherine Alès & Jean Chiappino</i>	

I. Cosmovisión y Concepción indígena de la enfermedad y de la salud

El origen de las enfermedades: canto shamánico wothîha de curación. _____	21
Cosmos y espíritus. Palabras de un shamán yanomami. _____	
29	
El cerro Marawaka. Una enseñanza de Barné Yawari. _____	33
<i>recopilados y comentados por Jean Chiappino</i>	
El Hombre-Mundo, un cuento hiwi. _____	39
<i>traducido y comentado por Guillermo Guevara Kukubi</i>	
La vida, la enfermedad y la muerte. Una iconografía de los pueblos de Amazonas. _____	45
<i>Catherine Alès</i>	
Cosmología, shamanismo y práctica medicinal entre los Wothîha (Piaroa). _____	225
<i>Paul Oldham</i>	

II. Reflexiones para un nuevo sistema de salud

Las piedras celestes. Para una nueva forma de intercambio en el ámbito de la salud. _____	253
<i>Jean Chiappino</i>	
El peregrinar de dos prácticas medicinales. Medicina indígena y medicina occidental. _____	291
<i>Guillermo Guevara Kukubi</i>	
Aproximación a la situación sanitaria del estado Amazonas. _____	293
<i>Francisco Armada</i>	
Economía y salud en el Amazonas venezolano. _____	317
<i>Martín Toro</i>	
El problema de la salud de los pueblos indígenas. _____	337
<i>Pedro Jaro</i>	
Reinventando los sistemas de atención médica para las comunidades indígenas: el papel de las medicinas tradicionales. _____	339
<i>Stanford Zent</i>	

III. Ensayos sobre los efectos del contacto

Lo propio y lo adquirido: complejidades sobre la pobreza y la salud entre los pueblos indígenas de Guayana en Venezuela. _____	353
<i>Alexander Mansutti Rodríguez</i>	
Costumbres nutricionales y cambios de patrón cultural en las comunidades hiwi y wothîha. _____	367
<i>Glida Hidalgo</i>	
Evaluación preliminar del estado nutricional en población infantil de dos grupos del Amazonas venezolano. _____	383
<i>Jesús M. Oyalbis Ch.</i>	
Epidemiología de la infección malárica en poblaciones yanomami de la Cuenca del Alto Orinoco. _____	387
<i>Jaime R. Torres R., Magda Magris, Leopoldo Villegas, María A. Torres I., Betty Gómez, Luis Suarez, Henry Rivera, Romelia Ramirez, Carlos Irias</i>	
Los efectos de la invasión minera. Un relato yanomami. _____	397
<i>Matowë Borges, traducido por Catherine Alès</i>	



Mapa 1

INTRODUCCIÓN

Catherine Alès & Jean Chiappino

Este volumen invita a reflexionar sobre un problema sumamente sensible como es el de la salud entre los Pueblos Indígenas de la Amazonia venezolana¹. En este campo en particular, y más bien de manera general, los autores proponen mirar de forma simétrica el pensamiento y las prácticas autóctonas y occidentales. Mientras se acostumbra considerar la seguridad sanitaria solamente a partir del sistema occidental, nos ofrecen aquí la oportunidad de pensar acerca del dispositivo médico-sanitario tomando en cuenta no sólo la concepción del sistema de salud y la organización social occidentales, sino también la concepción del sistema de salud y la organización social de las culturas indígenas².

Así fue como se decidió intitular el libro *“Del Microscopio a la Maraca”*. Uno tiene que recordar que el microscopio es un instrumento de óptica que permite ver los objetos invisibles a simple vista gracias a un sistema compuesto de varias lentes. La maraca³ es un sonajero hecho a partir de una calabaza redonda, con semillas y piedritas adentro, provisto de un mango para sonarlo con un sistro. Es un instrumento sagrado en el ritual de los piaches amerindios. Lo utilizan tanto para acompañar su canto como para establecer el diagnóstico y la curación. Ellos mismos comentan que les sirve de lente para descubrir la enfermedad antes de extraerla del cuerpo del enfermo. Se puede también comparar con el bisturí pues la consideran, además, como un aparato de cirugía.

Los textos se articulan alrededor de tres grandes problemáticas -la concepción indígena de la enfermedad y de la salud, el estudio de los efectos del contacto y el análisis crítico del sistema de salud existente. Si la repartición entre varias temáticas nos facilita la lectura no implica una división

¹ Para la localización del Estado Amazonas en Venezuela, ver Mapa 1 y para la ubicación de los grupos indígenas, ver Mapa 2.

² Recordamos que el año 1993 fue el año internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. En este marco, la Comisión de la Unión Europea propició varios programas en favor de las comunidades aborígenes. Es así como auspició el Programa de Formación y Participación Comunitaria al Desarrollo y al Control de la Salud en la Amazonia Venezolana (PROCOMSIVA), del cual este libro constituye uno de los aportes. El programa fue dirigido por el Instituto Francés de Investigación para el Desarrollo en Cooperación (ORSTOM) con la participación del Servicio Autónomo para el Desarrollo Sustentable del Amazonas del Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables, la Dirección Regional Sectorial del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la Escuela de Antropología y el Instituto de Medicina Tropical de la UCV-Caracas, la ORPIA, la CTZ, y la Dirección Regional Sectorial de las Endemias Rurales y Saneamiento Ambiental. Además, la presente obra se beneficia de la imprescindible contribución de todos los investigadores y personalidades pertenecientes a organismos nacionales e internacionales reunidos aquí a fin de promover la participación de las comunidades en el control de la salud.

³ La palabra se encuentra en las lenguas carib, *malágali* en calina -carib insular- o *maráka* en kariña -carib continental. Existe también en las lenguas arawak, *maláka* en tamanaco y maraká en ipurucoto y en las lenguas tupi-guarani, *mbaracá* en guarani y *maráka* en tupi. Además, se usa hoy en la música popular para acompañar de ordinario el canto (L. Alvarado, 1953, “Glosario de voces indígenas de Venezuela”, *Obras completas*, vol. I, Ministerio de Educación: 246).

epistemológica. Los artículos son el fruto de una investigación pluridisciplinaria que trata de un problema global y en su conjunto constituyen un *continuum*. Tienen como meta principal definir nuevas alternativas. Esencialmente hacen resaltar que si la intervención del sistema de salud es indispensable tiene también que ser adaptada al universo cultural al cual se dirige, tomando en cuenta los actores sociales incluyendo la participación comunitaria.

El problema mayor en la situación actual es precisamente el de resolver las dificultades que encuentra la biomedicina para practicarse entre las poblaciones indígenas. La experiencia demuestra que la imposición del modo occidental de pensar la enfermedad y la salud provoca la resistencia y, tal vez, el rechazo de las conductas sanitarias recomendadas. En muchos aspectos la medicina occidental presenta incompatibilidades aparentemente radicales con las creencias y los principios profilácticos y terapéuticos autóctonos, incluso en las sociedades muy aculturadas donde están siempre vigentes. Por lo tanto, una forma de enfrentar este problema consiste en preguntarse cómo evitar que a los grupos sociales se les quite su poder y se descalifiquen a sus especialistas tradicionales, lo que inevitablemente implica la implantación de un saber y de una práctica dominada por otra cultura. Debemos preguntarnos ¿cómo se podría lograr una adaptación equilibrada de los diferentes saberes? No es conveniente introducir la inercia donde ya existe una organización sanitaria. Tenemos que tomar conciencia de la capacidad de los grupos indígenas para generar alternativas y escuchar su deseo de participar en el control de su salud.

Ciertamente, una de las grandes realidades de las últimas décadas en América Latina ha sido las peticiones hechas por parte de los Pueblos Indígenas para el reconocimiento de sus derechos culturales. Consisten, por lo general, en la ratificación de sus derechos territoriales, participación en la administración local, regional y nacional, educación en sus propios idiomas. Otro de los temas resaltantes es el del derecho a la medicina tradicional.

Estos requerimientos para la participación en los asuntos que rigen su destino es el fruto de más de quinientos años de resistencia de los Pueblos Indígenas de las Américas, de los cuales los grupos sociales que conocemos hoy en día son remanentes. No hay que olvidar que los grupos contemporáneos no reflejan a los que se hallaron cuando llegó Colón. Las sociedades amerindias fueron profundamente transformadas por las expediciones militares, la anexión de su territorio y soberanía, las campañas para extirpar las idolatrías, los recorridos para capturar a esclavos, y la vida en las reducciones. Más que todo son las nuevas enfermedades las que provocaron la disminución de las poblaciones, mientras que los sobrevivientes fueron rechazados hacia las regiones más difíciles y apartadas donde se vieron obligados a refugiarse.

Actualmente, los indígenas han logrado que en algunos países se realizaran reformas constitucionales que consideran el estado nacional como multiétnico y pluricultural. Se ha desarrollado la educación intercultural bilingüe, establecido títulos de tierras para ciertas poblaciones indígenas, y fomentado la participación en la administración, la educación y la salud⁴.

No obstante, queda todavía mucho camino por recorrer desde el mundo occidental hacia el mundo amerindio.

⁴ En Venezuela, se está estudiando una Ley Orgánica de Pueblos, Comunidades y Culturas Indígenas de Venezuela que debe permitir el reconocimiento de los derechos de las etnias, y se reconoce que el estado Amazonas es multiétnico y pluricultural. Se ha desarrollado la educación intercultural bilingüe, tanto a nivel de reglamentación, con el Decreto de Educación Intercultural Bilingüe n° 283 en 1979, como de la oficialización de los idiomas indígenas en la educación con la Resolución n° 83 del Ministerio de Educación del 15 de marzo de 1982. Además, se ha implantado la participación de auxiliares de salud indígenas en el Programa de Medicina simplificada.

Es preciso tomar en cuenta que las sociedades que llamamos “tradicionales” integraron siempre la novedad, trasladando el nuevo conocimiento a su propio idioma y asimilándolo a su idiosincrasia.

Las sociedades amerindias no han dejado nunca de transformarse y debemos reconocer el perpetuo devenir en el cual han evolucionado y lo siguen haciendo. El desconocimiento de su flexibilidad, es decir, de las transformaciones que han aceptado incorporar, oblitera este fenómeno. Este malentendido aparece reforzado por el aislamiento en el cual muchas de ellas han elegido vivir para protegerse de los impactos negativos de la colonización y del contacto, entre los cuales se encuentra el choque epidemiológico⁵.

Sin embargo, la evolución histórica de las culturas amerindias no justifica la negación de las particularidades de cada una y tampoco el aniquilamiento de sus valores bajo el pretexto de un desarrollo del cual conocemos, por cierto, las ventajas, pero también los peligros a los cuales se expone.

El verdadero arcaísmo consiste en considerar que una sola de las racionalidades médicas tiene derecho al poder, es decir, de verdadera eficacia -inclusive si ésta carece de significación social- y que las prácticas alternativas o el paralelismo de los recorridos terapéuticos son una manifestación de la ignorancia, conductas ilógicas desprovistas de todo valor, y aun prácticas de brujería en el sentido peyorativo de la palabra.

Sin negar sus aportes y sus beneficios -evidentemente esenciales-, se debe considerar la forma de violencia que igualmente puede resaltar en la medicina occidental debido al desprecio y la desconsideración que implica cuando se impone como paradigma solo y único a poblaciones que disponen de otro saber y de otro pensamiento, los cuales incluyen ni más ni menos un sistema etiológico, curativo y profiláctico. Más bien esta situación tiende a generar resistencia en contra del sistema de salud occidental. Por otro lado, nunca se abandona el sistema de creencias⁶.

¿Qué decir, por ejemplo, del caso de un paciente que, después de haber sido operado exitosamente en el hospital según la tradición biomédica, sigue quejándose por padecer de objetos patógenos que lo enfermaron a causa de no haber sido tratado según la tradición terapéutica culturalmente suya? Esto permite pensar que no es oportuno oponer las tradiciones sanitarias privilegiando un solo punto de vista -occidental o indígena-, y tampoco medir la eficacia del uno a partir de los criterios del otro.

Hoy en día muchos de los que integran las nuevas generaciones de médicos defienden esta posición. Ellos no vacilan en pedir los centros más aislados para practicar o efectuar su pasantía de medicina rural y en aprender algo de las culturas y de los idiomas indígenas, a fin de ejercer mejor su arte. Tratan de no imponer más la biomedicina como un sistema propio a desarrollar la “vergüenza étnica” y saben reconocer y aceptar la existencia de un saber y de una práctica terapéutica que les es esotérica.

⁵ La rapidez que se concede, en general, a los cambios provocados en los comportamientos mismos de la sociedad occidental por los avances de la ciencia y, por lo que nos interesa aquí, de la biología, mantiene la ilusión sobre el inmovilismo de las culturas amerindias. Vinculada con el primitivismo fundamental de su modo de actuar y de pensar, este juicio errado es aún más paradójico cuando se admite, en la sociedad occidental, que muchas de las aplicaciones consecutivas a los avances del conocimiento chocan con las propias convicciones de uno y ponen en duda el real progreso que ellas promueven supuestamente para el género humano. Se comprueba, por ejemplo, en las leyes que hay que promulgar para controlar los avances de la genética, de los cuales descubrimos recientemente los efectos nefastos que pueden generar.

⁶ Se sabe, por ejemplo, que decenios de persecución nunca lograron destruir, tampoco desarraigar, el shamanismo en Siberia, región ésta que precisamente dio mundialmente su nombre a dicha práctica.

En efecto, el verdadero sentido de la modernidad reside en la tolerancia, la comprensión mutua de las diferencias, aceptar que los enfermos escojan su modo de curarse, su modo de morir y sus prácticas funerarias. A veces, entendidos por las administraciones de la asistencia médica, estos requisitos culturales sufren más que todo de la fuerte movilidad a la cual está sometido el personal médico, situación que no permite la continuidad indispensable del trabajo de sensibilización a las costumbres de los pueblos indígenas⁷.

La incorporación de auxiliares de salud indígenas y el programa de medicina simplificada son medidas ya implantadas que permiten facilitar el acceso a la salud de las poblaciones. Queda por introducir el mismo reconocimiento realizado por decreto referente al derecho a la educación intercultural bilingüe, y reconocer un derecho a la atención médica intercultural bilingüe. Podría contemplar no sólo la educación sanitaria en dos idiomas -en el idioma de los interesados, además del castellano-, sino también la aceptación en el sistema de salud de una medicina intercultural. De hecho, la participación de las comunidades y la consideración del saber y de las prácticas autóctonas son imprescindibles para encontrar -juntos- las adaptaciones necesarias para un sistema de salud más eficaz y que realmente respete las maneras de sentir y pensar de las poblaciones.

En realidad, considerando la posibilidad de adaptaciones, las dos escuelas -el shamanismo y la biomedicina- son perfectamente compatibles. Una de estas tradiciones médicas está relacionada con la racionalidad biológica; la otra, con la racionalidad "bio-socio-cosmológica". En esta última el sistema etiológico establece relaciones entre los males del cuerpo y el orden social, lo que no se disocia del orden cósmico. Para la ciencia shamánica, lo biológico no se puede afirmar como un campo autónomo, separado del cuerpo social o de la relación cosmológica que el individuo mantiene con el universo y el mundo de los ancestros. La salud individual no es independiente del bienestar colectivo y del equilibrio universal y, en este contexto, la continuidad que se ejerce entre el cuerpo humano, el cuerpo social y el universo es esencial para la definición de la identidad de los individuos y de los grupos sociales.

La escuela del shamanismo abraza entonces un saber tridimensional -el cuerpo del sujeto, el cuerpo social y el cuerpo cósmico- que supera el campo de competencia de la ciencia médica. Medios complementarios el uno del otro, estas dos tradiciones no pueden sino salir ganando de su mutuo reconocimiento. Lejos de estar opuestas, ellas están en posición de aportes recíprocos.

Una de ellas, al especializarse, se ha alejado desde hace mucho tiempo de sus raíces sociales. El individuo enfermo se vuelve un "paciente" separado de su entorno y el diagnóstico está desconectado de todo proceso mórbido ligado con el ambiente social y cósmico. La otra es una "ciencia total" para la cual los elementos constitutivos de una sociedad conforman un todo, una totalidad en la que cada uno de los elementos está en relación con el otro y sólo tiene significación en esta relación. La salud, entonces, se encuentra implicada en una problemática global, de la cual dependen el bienestar individual y colectivo así como el equilibrio de las fuerzas del universo.

En este sentido, es fundamental el conocimiento del universo y la cosmovisión de las sociedades indígenas, pues influyen directamente en su concepción de la vida, de la enfermedad y de la salud. Esta forma de pensar está ilustrada en el libro con la narración de los recorridos de

⁷ Se debería permitir a los médicos que lo solicitan, quedarse por un período de más de uno o dos años en un dispensario rural, a fin de que el servicio en general pueda beneficiarse de la experiencia adquirida.

investigación del primer sabio hiwi, un canto shamánico de curación wothíha que relata cómo surgieron las enfermedades, una exégesis yanomami sobre el origen de los espíritus y una enseñanza ye'kwana sobre las sociedades que pueblan la naturaleza. Constituyen tantas otras demostraciones de la erudición de los shamanes y de su preocupación por pensar el hombre y su relación con el mundo. Como lo descubre el lector, su filosofía se transmite a través de una retórica particular propia de estas sociedades de tradición oral.

La singularidad de la vida social y ritual de las culturas amazónicas nos es contada de manera muy original por autores indígenas gracias a un corpus de dibujos. Se debe notar que no es muy frecuente la figuración de temas tristes referidos a la enfermedad y la muerte. Se nos hace percibir con gran perspicacia y delicado sentido la sutileza de sus prácticas terapéuticas. Como lo subraya Catherine Alès, dichos dibujos dan una visión coherente de la estructura global de las culturas hiwi, ye'kwana, yanomami, kurripako, chase y wothíha. Se pueden leer como *un discurso sobre la sociedad, como la expresión de una memoria. Representan en sí un testimonio de su historia que, por una vez, tiene además el mérito -y es un hecho suficientemente significativo como para no señalarlo- de transmitir directamente a nuestro entendimiento el prisma de su propia mirada.*

El análisis de Paul Oldham sobre la cosmología y de la práctica medicinal entre los Wothíha hace resaltar que su sistema de salud *está basado sobre una visión del mundo que es radicalmente diferente de aquello que enuncia el modelo médico occidental.* Describe las relaciones entre los entes dueños de las especies comestibles y las enfermedades, y precisa la importancia de estas clasificaciones y de los rituales -como lo de la aplicación de hormigas- en la formación de las personas. El aprendizaje del respeto de las prohibiciones del comportamiento, así como de hábitos alimenticios constituye un punto fundamental para la adaptación al medio social de los niños antes de incorporarse al entrenamiento y la práctica shamánica. Enfocando sus distintos niveles de especialización, se aclara el papel esencial de los shamanes wothíha para prevenir y curar las enfermedades.

A fin de entender esta visión del mundo, Jean Chiappino estudia sustancias vitales del ser y de la persona encontradas entre los Yanomami, los Hiwi, los Ye'kwana y los Wothíha. Compara los componentes-claves de la materia viva que anima a los seres del universo y los factores responsables de su potencia. Las luces cósmicas así como las piedras celestes, que el shamán reúne y domestica en su parafernalia -como la maraca- o en su cuerpo, condensan toda la euergía del cosmos necesaria a la vida de cada uno y al equilibrio del mundo. *El desconocimiento de esta concepción explica las dificultades que tenemos para comprender a la vez la constitución del ser y de la persona amerindia, su reproducción, la actividad shamánica en general y las relaciones que ésta puede tener con lo biológico.* Se determinan así principios estructurales que pueden relacionarse con los de la concepción biomédica a fin de encontrar las formas de adaptaciones posibles entre los dos sistemas.

Siendo las principales endemias el paludismo, las parasitosis, las hepatitis, las bronconeumonías y las diarreas infantiles, la situación de salud del estado Amazonas efectivamente no sólo está relacionada con los factores epidemiológicos, sino también con los factores humanos de una población autóctona, poco atendida y de la cual -fuera de sus propios curanderos- una parte importante no dispone de ninguna atención médico-sanitaria. Pedro Jaro señala, además, que *las acciones se caracterizan por ser "inmediatistas", sólo se actúa en caso de emergencia.* No hay continuidad, por ejemplo, en el abastecimiento de los remedios, ni existe un verdadero seguimiento de los proyectos de trabajo razón por la cual los médicos rurales piden que haya mayor coordinación.

Pensamos que el sistema de salud, que está basado sobre un modelo de asistencia hospitalario-curativo y sale del centro para ir a la periferia, debe ser globalmente repensado. La forma de respuesta de tipo "operativos" que se ha fomentado en la zona corresponde a una política asistencial costosa y en la mayoría de los casos efectuada a posteriori, cuando ya ha tomado cuerpo un problema de salud grave. Sería importante construir un sistema que incluya figuras periféricas, dotando de medios de prevención, diagnóstico y tratamiento a comunidades lejanas. Podrían, de tal forma, servir de intermediario con los centros médico-sanitarios a nivel local, así como para las comunidades aún mas distantes, estando éstas absolutamente fuera de alcance de cualquier tipo de asistencia.

En este contexto, *Francisco Armada y Martín Toro* describen el proceso de la institucionalización de la atención médica en Amazonas y presentan un análisis crítico de la estructura del sistema de salud. *F. Armada* nota que *lejos de propiciar un mejoramiento de la situación sanitaria del Estado, los esfuerzos cumplidos, tanto a nivel de la extensión de la cobertura sanitaria como del control de las endemias y de la participación comunitaria propiciada por los auxiliares sanitarios, se encuentran obstaculizados por la debilidad de los organismos locales para la educación sanitaria así como para la elaboración de los planes y programas regionales impuestos por la autoridad central*. El diseño del sistema es *centralista*, sigue un modelo típicamente "urbano" para una población ampliamente analfabeta y rural. *M. Toro* precisa que las líneas de fractura no son tanto la división entre las poblaciones rurales y las poblaciones urbanas, como la división entre indígenas y no indígenas, o sea en una apreciación diferente *del significado o valor cultural de la salud y la enfermedad*. Resulta que un sistema de salud que sólo crea ambulatorios y personal calificado, reproduciendo un sistema vigente en general, sin *un fundamento o una proyección sobre lo social* al que se aplica, carece de sentido. Además, en su evaluación de los costos de la salud resalta que hay que resolver la competencia existente en la asignación de los recursos entre el empleo y la salud y los diversos efectos perversos del financiamiento.

Es así como varios autores insisten en la necesidad de crear programas que correspondan a una visión global de la salud pública, particularmente adaptados a la región y a su población. Enfocan las adaptaciones y el desarrollo de los programas promoviendo la producción de remedios autóctonos, la autogestión de la distribución y la formación de un personal indígena con microscopistas, auxiliares y promotores sanitarios (*J. Chiappino, G. Guerara, F. Armada, M. Toro, P. Jaro, S. Zent*). Concuerdan en recomendar que un sistema de salud adaptado no debe aniquilar los aportes del conocimiento de las plantas medicinales ni del conocimiento sagrado especializado de los cantos curativos y otras actividades shamánicas. *Esta sugerencia no implica la negación de la importancia de la medicina occidental sino más bien la integración de lo tradicional y lo occidental dentro de un sistema comprensivo más integral* (*S. Zent*).

Generalmente, *se ignora la contribución histórica de los pueblos indígenas a la medicina occidental. Se estima que una cuarta parte de las prescripciones de medicinas provienen de especies naturales, la mayoría de las cuales se encuentran en las selvas tropicales y fueron dadas a conocer a la ciencia occidental a través de la explotación del conocimiento indígena* (*P. Oldham*). Como lo subraya *Guillermo Guerara*, la medicina indígena ha sido generalmente descalificada por los practicantes de la medicina occidental. La formación médica no incluye *las enseñanzas necesarias para entender la medicina indígena y descubrir cómo ambos tipos de técnicas pueden ser complementarias*. Resulta un mal entendimiento, la negación de toda la práctica indígena y la imposición de la medicina occidental que desvalorizan las culturas. Insiste en decir que *esta forma de pensar no resuelve el problema de la salud*.

En un mismo orden de idea. *Stanford Zent* observa entre los Wothilha una *declinación abrupta de conocimiento tanto de plantas en general como de las plantas medicinales*. Destaca la dependencia progresiva de las comunidades con respecto a la medicina occidental. De hecho, las comunidades perdieron *su capacidad en automedicarse*, cuando *el Estado ha ido perdiendo su capacidad de continuar ofreciendo los servicios sanitarios ya establecidos debido a la depresión económica que enfrenta*.

La complejidad de esta situación se manifiesta en una reflexión que desarrolla *Alexander Mansutti* sobre las nociones de riqueza y de pobreza. *De los contactos e influencias a los que están sometidos los pueblos, surge una diversidad de situaciones entre las etnias y al interior de cada una*. Los conceptos de *pobreza y salud no refieren a realidades sociales homogéneas, sino a una medida de parámetros de calidad de vida cuya definición y jerarquía son culturalmente definidas. Lo que nos impone tener cuidado a nuestras acciones. Igual que podemos convertir en pobres a quienes se consideran ricos, la imprudencia puede enfermar a quienes están sanos. Para ello, es necesario afinar mecanismos que involucren a los sujetos de la intervención a fin de validar que parámetros de la pobreza y la salud que se pretenden atacar son un problema. En el caso de los indígenas, donde la distancia cultural entre el que planifica y/o ejecuta y el beneficiario de la acción genera diferencias substanciales de valoración, esta participación, mas que deseable, es obligada so pena de terminar atacando problema que no son percibidos como tales o causando mucho más daño que bien*.

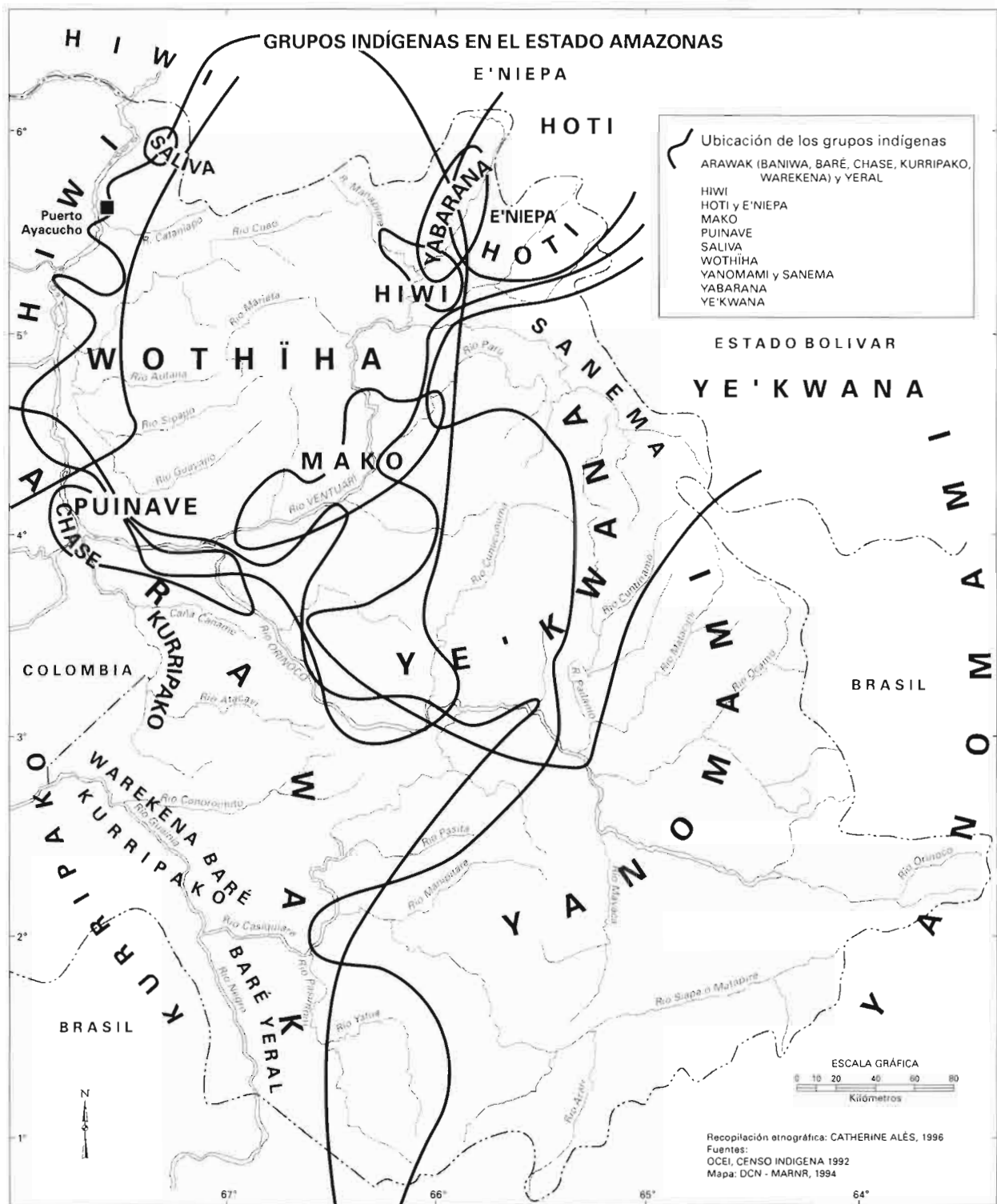
Estas variaciones y los efectos del contacto se confirman a través de los estudios de *Glida Hidalgo* y *Jesús Oyalbis*. La población hiwi más dependiente del mercado occidental perdió sus costumbres alimenticias tradicionales a tal punto que la adecuación de una parte de su dieta se sitúa por debajo de las normas, mientras que la población wothilha, menos afectada por el contacto, mantiene actividades variadas de producción alimentarias tradicionales, lo que les permite guardar una adecuación de su dieta por encima de las normas (*G. Hidalgo*). No obstante *J. Oyalbis* encuentra, mediante indicadores antropométricos básicos, una deficiencia nutricional significativa entre una población de niños hiwi como wothilha que está, además, más marcada entre las hembras que entre los varones.

Así se ilustra cómo las migraciones y las agrupaciones poblacionales hacia los ejes fluviales y viales que conducen a la zona urbana traen transformaciones que no son siempre saludables. Persiguiendo la ilusión de un bienestar material moderno, cuando el modelo indígena se desuelve en favor del modelo urbano se crean problemas no sólo de índole social, sino nutricional y de salud, mientras que los pueblos que desarrollan alternativas más equilibradas entre los dos mundos logran a una mejor calidad de vida.

Por fin, dos textos relativos a los Yanomami recuerdan que los sistemas de salud se enfrentan no sólo con problemas culturales complejos, sino también con problemas patogénicos o epidemiológicos de alta complejidad. *J. Torres, M. Magris, L. Villegas, M.A. Torres, B. Gómez, L. Suárez, H. Rivera, R. Ramírez y C. Vivas* reportan unos rasgos particulares de la malaria, el principal mal del que padecen los Yanomami, y *Matowë Borges* testimonia la contaminación que trae el movimiento minero. En la población yanomami del alto Orinoco, la malaria reviste en efecto *características no observadas en otras poblaciones amerindias del país, ni siquiera en otras comunidades del estado Amazonas pertenecientes a la misma etnia*. Esta forma da pie *al desarrollo de complicaciones de tipo inmunopatológico inusuales que requieren un manejo especial desde el punto de vista terapéutico y preventivo*.

Agregaremos que, en las zonas fronterizas, los garimpeiros ilegales introducen nuevas enfermedades, armas y prostitución en lugares donde las poblaciones como los Yanomami tienen menos contacto. Generalmente estamos acostumbrados a pensar que los problemas más graves de estas zonas se concentran en la polución de los ríos y la devastación del medio ambiente, problemas que en verdad son de extrema peligrosidad, pero no podemos seguir ignorando que el mal se extiende mucho más allá de los lugares de explotación, que rápidamente las enfermedades y las armas traídas por los garimpeiros se propagan, diezmado drásticamente los pueblos yanomami. Es de una forma muy argumentada que, mediante el relato de *Matowë Borges* los Yanomami piden a gritos nuestra atención ante la situación tan desesperada que viven. El libro se cierra sobre una imagen muy sagaz:

*“¿No sólo nosotros, los Yanomami, nos vamos a morir,
sino nosotros todos (los venezolanos)!
Hay un solo río, el Orinoco, con sus afluentes distantes:
¿cuando se reúnen, si uno toma el agua, muere!
No es solamente nosotros, pero todo el mundo quien sufrirá si no se protege el territorio.
Si Uds. protegen el territorio, nosotros todos tendremos buena salud”.*



Mapa 2

***I. COSMOVISIÓN Y CONCEPCIÓN INDÍGENA
DE LA ENFERMEDAD Y DE LA SALUD***

EL ORIGEN DE LAS ENFERMEDADES:

Canto shamánico wothïha de curación¹

Recopilado y comentado por **Jean Chiappino**

Así fue.

Al principio, en el lugar sagrado llamado Chuhuore, a ,
donde vivía el hermano de Chejeru², llamado Huajari,
éste tenía un criado suyo, llamado Pure Chuhuo.

Cuando él lo sacó por primera vez a la vista de su hermana Chejeru,
ella que había escuchado su canto y que le había dicho
que le sacaría de la choza sagrada donde bailaba y cantaba,
al momento en el cual aquel penetró en la casa donde estaba Chejeru
ella dijo a su hermano:

“¡Mira, Huajari, yo quiero ver al criado tuyo Pure Chuhuo!”.

Satisfecho de la pregunta, éste le contesto:

“Aunque aquel cante bien y hable bien. tu no puedes mirar a él”³.

Le habló así a su hermana.

diciéndole que, en el caso de que Pure Chuhuo,
después de haber salido de la casa sagrada *ruhuode*, donde estaba,
y de acercarse del lugar donde ella estaba, él le preguntaba:

“¿Quien será la persona que me va a dar de fumar?.

¿cual será la que me va a dar de beber?”.

si ella no se apuraba en darle algo que agarrar,
ellá moriría pronto. así como todos los suyos.

¹ Este canto enseña el origen de las enfermedades como la diarrea e interviene en la curación shamánica de estas enfermedades. Fue cantado por Pedro Díaz. *meñeruwa* de Paria Grande y grabado por Jean Chiappino en 1995. Sus hijos. Jesús y Alfonso Díaz, hicieron la traducción. Insiste sobre las precauciones alimentarias y la prohibiciones que hay que seguir para evitar estas enfermedades. Son efectivamente muy importantes entre los Wothïha y se explica aquí el origen de los rezos.

² Chejeru es la primera madre de los Wothïha, es el símbolo de la fecundidad. Su hermano se llamaba Huajari, es el ser creador de los Wothïha.

³ Durante el Warime se reactualiza este mito. cuando se recibe, en la casa del *meñeruwa*, las máscaras que salen de la casa sagrada y se les regala la bebida fermentada (cf. J. Chiappino. *Warime 89, Baile de las máscaras en una comunidad Wuotjüja de Alto Carinagua*. documento video. ORSTOM Audiovisual, 1993; ver P. Oldham y el dibujo n°61 comentado por C. Alès en este volumen).

Tenía que contestarle que, antes de fumar, él tenía que esperar un rato,
cantando antes de que le dieran algo que agarrar,
que él acabaría solo de salir del *ruhuode*,
y que él debía cantar un rato afuera, frente a ellos,
antes de pedir que alguien le diera comida y *yarake* (una bebida fermentada a base de yuca).

Pues, para que resulte bien para todos,
así le fue cantando toda la tarde y seguirá cantando
cuando salga de la casa y llegue afuera donde estan ellos,
cada vez que Huajari sacará de la casa a Pure Chuhuo.

Así es como, cuando aquel se encontró por afuera cantando frente a ella,
Chejeru pensó entonces que su hermano Huajari tenía que ser el dueño de Pure Chuhuo,
conforme a lo que le había hablado,
diciéndole que tenía que darle de beber y de fumar,
como lo cantaba de verdad y seguía cantando por afuera,
ella, desde luego, le dio de fumar y de beber *yarake*.

Después de esto, Pure Chuhuo se quedó por afuera, silencioso,
y entró adentro de la casa.

Cuando él entró, Chejeru le dijo a su hermano:
“Hermano Huajari ¿tu no quieres entregarme a Pure Chuhuo?
¡Yo entendí muy bien su canto y quiero tenerle como esposo!”
Se le dijo a Huajari:
“¡Quiero estar a su lado para hacerle la comida y la bebida,
para mirarle de frente y darle de fumar!”

Huajari le contestó entonces, diciéndole:
- “¡A aquel que estás nombrando no se le pueden ver las mujeres
ni tampoco yo puedo entregarte a mi Pure Chuhuo!”

- “¡Mira hermano Huajari, yo no estaré aquí adentro,
yo no quiero estar al lado de él en el adentro de la casa sagrada
sino que me entregues a él para que sea mi esposo!”

- “¡Así tampoco pues al verlo es muy arriesgado para las mujeres,
les puede para ellas presentar peligro de tigre, de culebras!
ahorcarse con una culebra de agua *chuvaca*, caerse encima un árbol,
llevarlas encantos: así se las ocurre, hermana mía!”
le dijo su hermano, saliendo otra vez por atrás de la casa.

Cuando él salió por allá atrás, Pure Chuhuo estaba cantando y bailando.

“Si lo que decía era verdad, como lo dijo mi hermano Huajari,
que es el dueño de Pure Chuhuo,
que él no me puede entregar a aquel
y que yo no puedo tampoco verlo de frente,
voy hacer entonces una trampa para que aquel se matara el mismo”.
Así es como Chejeru preparó todo bien para que sucediera,
diciendose que no le importaba que aquel se muriera
al caer en la trampa, que estaba rezando para que él muriera,
esperando sin embargo el momento del día siguiente
al cual Pure Chuhuo tenía costumbre de salir.

Después de haber actuado como de costumbre
él salió frente a ella que estaba cantando,
diciendole con alegría “¡cúre cúre!” a Pure Chuhuo,
cuyo amo era Huajari y que estaba llegando frente a ella cantando.

“¿Porqué mi hermano Huajari me dijo que a él no le gustaba ver a una mujer con reglas
ni tampoco a una mujer embarazada?,
pues ahora él está cantando y saltando frente a mi”,
pensaba ella, quien estaba desde luego meciéndose en su chinchorro,
cuando, de repente, se cayó en una trampa donde se quebró una pierna.

Ella pensaba:
“¿Como puede ser, yo había preparado una brujería
para que él no supiera nada de esto?”

Y él estaba diciendo:
“¡A mi hermana Chejeru ya se le hizo quebrar una pierna!”

Desde entonces él salió con su sobrino llamado Huaicunī
y se lo llevó al raudal llamado Huähueyă.
antes de hacerle pagar a su sobrino el daño que le había hecho con su brujería.

Cuando llegó con su sobrino Huaicunī al raudal Huähueyă
se fueron río abajo,
hacia donde él tenía ya preparadas todas las enfermedades
para dañar a su sobrino Huaicunī,
a fin de que pagara él lo que su hermana Chejeru
había hecho a Pure Chuhuo.

Pues como había llevado río abajo todas las enfermedades,
como *niyo cunurö*, *niyo juau*, *niyo tiri*, *niyo yähäre*, *niyo moro năhuă*,
así es como los dolores intestinales, los vómitos

y la diarrea con sangre vinieron de allá.
Como él tenía ya todas las enfermedades listas para dañarle,
se le llevó allá. donde él dijo a su sobrino que estaba en el raudal
de donde provienen todas las enfermedades.

Su madre Chejeru estaba esperando a su hijo mayor llamado Ruhuyaĩ⁴.

Ruhuyaĩ le dijo que todo que su tío Huajari estaba haciendo
él lo sabía todo, sobre todo cuando él dañaba a su hermano,
pues, como él, él era también sabio y brujo.

El sabía ya que su tío Huajari había llevado a su hermano Huaïcunĩ hacia allá;
que él le estaba diciendo :
“¡Mira Huaïcunĩ, sobrino mío,
aquí no es el puerto de cualquier otro,
en este río grande todo es mío!”;
que las enfermedades *tiri juau, cu, a reyo, moro kãhuã, yãhuãtre, acãrã* eran de él
y que por eso que no se podía comer así puro pescado asado. embojotado, fresco. uĩ sancochado;
que el pescado embojotado tiene que comerselo con otra cosa;
que había muchas otras enfermedades,
llamadas *niyo uru, niyo cusi* y también *niyo kãrahuã, niyo huãchã y niyo puo, ri*,
que él guardaba de reserva y entregaba.

Pero todo esto él se lo comía mezclado
aunque decía a su sobrino Huaïcunĩ que ésto no se debía hacer.

Así es como, después de haber preparado
todo un plato de *niyo cunörö* como él lo nombraba, de *niyo jua*,
y también de *niyo moro kahua*,
se le dijo a su sobrino Huaïcunĩ de agarrar este plato
y de tirarlo a su hermana.

Todo el suero de éste, la basura de la comida (pues no era rezada),
les daño a ambos, su hermana Chejeru y su sobrino.

De esta misma manera él hizo salir la enfermedad llamada diarrea con sangre y vómitos.

Es con esta misma brujería que él había hecho
que les dañó a ambos y les mató a todos.

⁴ Su hijo mayor se llamaba Ruhuyaĩ, su hijo menor Huaïcunĩ.

Y, para que, cuando los otros que se iban a morir,
tengan un lugar para ellos,
él dejó para los muertos el lugar llamado Yuridä,
que es el sitio mismo donde él dejó reposar a su sobrino Huaïcunï.

Después de haber brujeado a ambos,
él se quedó solo y, por fin, regresó.
Pensaba decir a su hermana Chejeru
que este lugar era tan cercano
que su hijo podría regresar solo,
a fin de que ella no pudiera pensar que lo había perdido
por la culpa suya de haber dañado a Pure Chuhuo;
y decirle también a su hermana Chejeru,
-en el caso de que ella lo pensara y, entonces, que quisiera,
mediante su propia brujería,
hacer regresar a su hijo del raudal llamado Mereyä,
por donde quizás lo veía,-
que poco le importaba si ella quería matarlo
pues ella misma tendría que morir junto con él.

De verdad, ella estaba buscando por todos los raudales
para salvar a su hijo: pero no pudo hacer nada.

Preguntó entonces a su hermano de enseñarla
y Huajari le dijo que su sobrino no había construido su casa
en el lugar donde le había dicho de hacerlo,
que cerca del lugar sagrado donde se encontraba no tenía que gritar;
que además comía todo lo que le había recomendado de no tocar,
tal como los pescados y las frutas silvestres;
pues que él no habría hecho caso de sus avisos
y que le habría sucedido lo que había previsto claramente.

Pero ella entendió que si le había hablado de este lugar,
allá donde se encontraban muchas enfermedades capaces de matar a la gente,
es él mismo que les había preparado para matar a su propio sobrino,
ya que después que le dijo
que le había recomendado a su sobrino de no tocar a la comida,
que, para que éste no hiciera caso de su aviso y se muriera, él seguía comiendo,
ella supo todo lo que había hecho.

Dijo que ella estaba también muy triste
de lo que había sucedido a su hijo Huaïcunï
por no haber escuchado lo que ella también le había dicho,

pues, otra vez, cuando ella se preguntaba como podía salvar a su hijo así escuchó el hermano mayor de éste decirle:

“¡Madre, mira, madre, mi tío Huajari te está engañando, es él que está matando a mi hermano Huaicunĩ!”

“¡Madre, él está vivo todavía!”.

así le dijo el hermano mayor Ruhuyaĩ que estaba escuchando para ella todo lo que se decía debajo de todos los raudales que se encuentran en ese sitio sagrado por donde el joven se había ido.

De ellos allá salieron la enfermedad diarrea con sangre y muchas otras diferentes, pues, desde ese momento, la enfermedad diarrea con sangre y vómitos, así como todas las otras, según lo que me dicen, empezaron, y todos los familiares llamados *diyaruhuä*, como yo y todas las otras personas sabias, lo saben también.

De ellos mismos, para que se muriera la gente, él les manda las enfermedades más fuertes por el aire y también las enfermedades *ähuadä* y muchas otras, como las enfermedades *pu orida*, *cusibu*, que se producen cuando uno come las comidas como pescado y frutas silvestres.

Cada una de estas enfermedades se rezan, las que vienen cuando uno anda en cualquier lugar sagrado y también las que vienen cuando uno come las cosas comestibles a fin de no pegar estas enfermedades que son como la de la diarrea.

Después de decir esto, él dijo que así tendrán que hacer todos los que seguirán.

Desde luego, ella escuchó siempre el que estaba muerto, pero si le oía muy cercano, se le oía solamente su voz transmitida por su hermano mayor Ruhuyaĩ, gracias al aire.

Esto sucedió después de que, como lo contamos, ella había tratado de llamarlo por la parte arriba de los raudales pero sin lograr hallarlo, y que el hermano mayor había enseñado a su mama la vía por donde ella podría escuchar su voz más cercana. diciéndole : “Mama mi hermano Huaicunĩ está todavía vivo. llámalo por aquí, arriba del raudal Ruhuaire,

pues adentro de éste,
por medio de esa brujería,
el hablara con tu espíritu,
después de que, por adentro, Mereyã Ruhuu Ire
y Yühüameã Jue Äkä estaban cantando por adentro”
Era solamente por su espíritu que ella le podía llamar
y sólo por su espíritu que ellos podían contestarle
puesto que ya estaban muertos y se habían ido allá.

Así es como se terminó esta historia de Huajari, Chejeru y de los hijos de ella.

COSMOS Y ESPÍRITUS

Palabras de un shamán yanomami

Traducido y comentado por **Jean Chiappino**

Nosotros,
no existíamos cuando la bóveda celeste se rompió.
No estábamos aquí y este país tampoco puesto que ella lo creó¹.
Si Omawë² no había existido,
no hubiera habido tierra y nadie hubiera recogido las orugas³.

También si no hubiera existido,
si no hubiera encontrado a los espíritus,
si no hubiera enviado los espíritus,
los espíritus no vendrían ahora.
¡Por supuesto! los espíritus no vendrían tampoco.

Yo, desde que tuve un sueño,
donde escuché “¡ahora vamos jugar realmente!” y
encontré el cerro “Shimanowei”⁴.
Desde que descubrí este cerro,
yo también soy un espíritu (un shamán).

Ahora, de noche, cuando uno va (en sueño),
yo entonces me voy en espíritu
y Omawë me envía estas palabras :
“¡pei, pei, pei!, me murmura él,
pei, sé un espíritu (hazte shamán)!”.
“¡Juega con los espíritus!”, te dice Omawë.
Los espíritus me han bastante acompañado,
si no conoceríamos sus palabras
tampoco los espíritus nos hablarían.

En el tiempo en que los Yanomami no existían aún,

¹ Para los Yanomami, el disco terrestre en el cual vivimos se creó a partir del disco celeste que se cayó. En este momento empujó por debajo el viejo disco terrestre (ahora el disco del subsuelo) y se constituyó el suelo de la tierra actual, mientras el disco celeste actual es un nuevo cielo.

² Omawë es el antepasado de los Yanomami. Se cuenta aquí como envió a los Yanomami los espíritus e influencia así la iniciación shamánica. Se evoca también algunos de los episodios de la vida de Omawë antes que se extraviará y se transformará en un ser eterno. Estas palabras son de P., un gran shamán de Niyayopë donde J. Chiappino las gravó en 1980.

³ Las orugas constituyen uno de los alimentos favoritos de los Yanomami.

⁴ Se trata de un cerro donde viven espíritus.

Omaŵë vivía primero.

¿Dónde? no sabría decirlo, puede ser en la selva.
Omaŵë vino por la bóveda celeste por donde se derrite.
Descendió, descendió, lo expliqué, hasta esta tierra
que fue hecha de la bóveda celeste,
mientras Omaŵë seguía viviendo a los confines del cielo.
Ya lo cuente, ya lo cuente.

Es Omaŵë quien hizo surgir el agua en una gigantesca cascada.
Ya dije cómo es Omaŵë quien logró a tomar una mujer en el agua,
y que es Omaŵë quien, desde la ribera, ha logrado hacer eso
mezclando un encanto de “hojas de mujeres” en el agua⁵.

Te dije que es Omaŵë quien engañó a su mujer que tenía hambre,
sacando raíces para que las ralle,
y engañó a su hermano menor, hambriento⁶.

Te dije también que Omaŵë,
después de haber agarrado unas jóvenes anacondas,
las había fuertemente amarrado a un árbol *maikofi*⁷.
Ya dije que avisó claramente a los Yanomami
para que, de la misma manera,
amarren unas anacondas a lo que los permite caminar
(es decir sus piernas⁸),
y dijeran después como él:
“¡Yo, Omaŵë, soy potentísimo!
¡Nosotros los Espíritus, somos sumamente poderosos (como Omaŵë)!
¡Yo, Omaŵë, enardecido te guío por adelante!” (copla cantada).

Así me enseñó.
Aunque haya hablado claramente,
no puedo decir más que estas pocas palabras,
Dos espíritus viven todavía conmigo,
si inhalo *epena*⁹,
me pondría a hablar con brío y por mucho tiempo.

⁵ Omaŵë, según el mito, agarra a su mujer en el agua, la atrae hacia él, echando al agua unos encantos llamados “hojas de mujeres”, y la captura con la ayuda de su hermano menor Yoawë.

⁶ Se hace referencia a la incapacidad, por parte de Omaŵë, de darle buena comida a su esposa y, según otro pasaje de su gesta, a la búsqueda infructuosa de miel a la cual invita a su joven hermano.

⁷ Se evoca aquí el ritual de la iniciación shamánica. El árbol y las anacondas que Omaŵë amarra juntas representan una reserva de espíritus auxiliares que supuestamente el joven iniciado incorpora y la fuerza que lo va llevar al mundo de los espíritus. Las anacondas que decoran el palo dibujan sinusoides y reproducen la belleza de los espíritus que forman “el cerro de los espíritus” del joven iniciado, es decir un importante lote de espíritus auxiliares.

⁸ Este tipo de metáfora, aplicada aquí a las piernas, es común. Evoca la vía que siguen los espíritus y las percepciones coloradas que acompañan su penetración en el cuerpo del iniciado durante su trance shamánico.

⁹ *Epena* es el término genérico yanomami para designar los polvos alucinógenos. Los Yanomami preparan el *epena* a partir de plantas y lo inhalan para entrar en trance shamánico y establecer contacto con sus espíritus auxiliares y el mundo sobrenatural.

Omawë, se creó el mismo en calidad de ser extraño¹⁰.
Así es.

Una vez creado Omawë creó una gran selva donde vivir.
No había selva, tampoco esta tierra.
Una vez que creó la selva, los animales de cacería,
y todas las culebras,
Omawë, se transformó el mismo en un ser extraño.
Su hermano menor aunque era sólo un ser humano
también se transformó en ser extraño
y se fue hasta donde vive otra gente.
Ambos se volvieron seres inmortales,
seres eternos,
como también estos,
los que se balancean aquí cerca en los rayos del sol
(muestra los finos polvos que bailan en la luz).

Sí, como zancudos que revolotean,
ellos dos empezaron a oscilar
de arriba hacia abajo de la misma manera.
Eso es.
Así es como se agitan los espíritus
y así es como aquellos se movilizaron como espíritus,
bajo forma de dos luces.
Cuando Omawë va,
una vez que descendió sobre la tierra,
vive en ella por un tiempo y se devuelve para arriba.

¹⁰ De seres humanos Omawë y su hermano se metamorfosean en seres no humanos, extraños: se volvieron eternos y se huyeron lejos para convivir con los extranjeros (los Blancos).

EL CERRO MARAWAKA

*Una enseñanza de Barne Yawari*¹

Recopilado y comentado por Jean Chiappino

No podemos dejar así el Marawaka.
No se debe entregar así como se dice.
El cerro que se ve por aquí no podemos mezquinarlo.

Porque no conozco el cerro, puedo pensarlo así :
me parece que el diablo esta allí como en esos otros cerros.
Donde esta el cerro Toki que es uno de ese tipo,
no es el dueño de la comida que está en él.
En esos cerros hay otros tipos de animales.
No se oye que el animal bueno está en ellos.

Ese cerro (el cerro Marawaka) es regular.
Este cerro que se llama Dodooimmä no es como los otros.
El no tiene descendiente de diablo sobre el.
El diablo no existe dentro de este cerro Dodooimmä.
Marawaka no tiene diablos.

Este mono que existe, yo le dije, ¿verdad?, en los otros cerros
es el padre de los monos que viven en ellos.
En todos estos otros cerros que se ven, vive ese mono²,
así como nosotros vivimos en nuestras casas.
El lo daña el cerro.
El daño que hace no existe en el Marawaka, llamado también Dodooimmä.

El que vive en el cerro que se ve en Toki se llama Äncoodi.
Es descendiente de Äncoodi,

¹ El cerro Marawaka es el cerro sagrado de los Ye'kwana. Barne Yawari era un gran shamán y un gran sabio. Vivía en Yanatunia, una comunidad ye'kwana del Alto Cuntinamo y falleció en 1996, algunos meses después que fue grabado este discurso por J. Chiappino. Está traducido por Florinda Jiménez.

² Lo llama diablo por los desastres que provoca en la selva.

el que está encima de su espalda y que se llama Coomodawaimä.
Parece al que tu veías en Caracas,
aquel que tiene la nariz que se estira así.
Eso es la mano para agarrar la comida
de aquel que Uds llaman elefante.
Coomodawaimä es el compañero del que vive en el cerro³.
Coomodawaimä parece a un mono enorme⁴.

Cuando uno (el que carga) desaparece,
es decir cuando se hunde en la tierra,
sale ese animal⁵.

Äncoodi es compañero de ese animal.
Ellos son compañeros.
Los monos del cerro son las crías de Coomodawaimä,
y las lechuzas son sus crías y compañeros.
El nombre del Elefante es Coonaimä⁶.

Así como conteste a Yaamaji⁷ les dije .

El Marawaka no tiene ese tipo de animal.
El elefante está en otro cerro.
el cual por ser diablo cría elefante.

El mono grande se llama Caanaawaimä.
El está en todo el cerro.
Por eso es que el compañero sale cuando se hunde en la tierra.
Cuando se hunde la tierra nada más sale el animal
que tiene el tamaño de un elefante.
Así es el, no se ve allí,
allí en estas selvas.
Cuando estaban en la selva los criollos los agarraron.
Ellos tienen su dueño que se llama Caanaawaimä y que esta aquí en el cerro.

El que llamamos Ännaca'se,
El jefe de los monos.

³ Es por eso que está dicho estar sobre su espalda.

⁴ Ese mono enorme con la particularidad de tener una trompa le hace comparar con un elefante.

⁵ La desaparición en la tierra es la estrategia de este monstruo -llamado diablo por la traductora- para no ser capturado por los visitantes del cerro. Solo queda afuera el monstruo que carga en su espalda. que le parece y que está el jefe de los monos del cerro.

⁶ El que vive adentro del cerro.

⁷ Ese hombre preguntaba como los Venezolanos lograron tener estos animales que llaman elefante.

yo he oído su voz.
Cuando se oye su sonido es una señal de muy mala suerte.
Yo escuche el sonido de Ännaca⁸ se hace mucho tiempo.
Cuando fuimos al Duida, hace mucho tiempo.

Con unas personas fuimos al Duida.
Estábamos allí en la mitad del cerro
cuando, escuchando un silbido de Yoo'da'dai⁸,
yo estaba pensando que es lo que estoy haciendo allí.
Un rato después empezó el mismo ruido.
Yo me volté hacia donde se oía el ruido.
El sonido era así “¡kooo koo!”.

Yo dije algo así:
“Vamos a morirnos todos,
es aquel que está haciendo ruido,
¡Wäicöicatoojo que está haciendo ruido!”, yo les dije.
“¡Levántense ya!”, yo les dije.
Se levantaron.
“¡Es el Ännacase, el que está dando su señal!”, les dije.

Así me decía mi abuelita, así es el ruido,
me lo decía la mamá de Nina.
Ella lo sabe como es el ruido de ese animal.
Ella contaba como es el sonido.

Después de eso Änacaaca hacia el ruido otra vez.

En aquel cerro es verdad que existe.
Es cierto que hay Anacaaca en el cerro de Duida.
La cueva que se ve guindando es eso.

Nosotros estábamos debajo de eso,
justo en frente, cuando aquel empezó a hacer el ruido.
Pero esta vez yo estaba dormido.
El hombre Chaasanaadu nos despertó.
“¡Änacaaca está sonando, levántense!”, nos dijo.
El sonido era fuerte “¡kakaakakakakaka!”
Entonces mi hijo, mi hijo Fermin, me preguntó que uno
no podía estar a salvo por él.

⁸ Se trata posiblemente de un pájaro.

“¡Así es!”, le contesté.

En cambio aquel Marawaka no tiene ese tipo de animal.
Sólo hay en él aquellas personas que viven en él, nada más.
Son como culebras de agua los dueños de
las flechas que cuidan esa zona.
Mi hermana Tixadimi nos había contado eso
como se lo decía
para que se temía de visitar el cerro.

¿Como sucedió eso?

Preguntando si había peligro, el padre nos contestó
porque no había que temerlas
aunque sean sus armas (del cerro) para matar.

Este lugar⁹ no puede estar solo.
De la misma manera que no puedes dejar a tu hijo solo ¿verdad?
Porque el tigre se lo puede llevar,
así que tu no lo dejas ir solo por el camino,
así es el cerro.
El no puede estar sin armas.
Si no fuera peligroso la gente estaría burlándose de él.

(El shamán revela a las personas presentes, hombres y mujeres,
los nombres sagrados de los seres, guardianes del cerro y enseña sus armas).

Esos dueños son los guardianes del Marawaka
como me parece que se puede decir.
Los que están en el cerro Doodooimmä son como 20, 20 nombres.

(El shamán revela los 20 nombres sagrados de
todos los seres, guardianes del cerro).

Estos son los que cuidan el Marawaka.
Ellos son también humanos.
Cuando apenas cayó el tronco subió el gallo.
También subió la danta.
Con ellos subió la gente.
El gallo subió con su pareja.
En cambio la danta subió sola.
Ashinia se llama la gente.

⁹ El Marawaka es el cerro donde vive el dueño de la yuca, base de la alimentación suya.

El nombre de la danta es Shidiwini, la que está en Marawaka.
Esta gente son los hijos de él.
Tienen su tamaño según lo que dicen.
Son de allá.

Los nombres de los que están en Marawaka es Tocotocoyana`je.
El nombre del gallo es Yaacadaawa.
El nombre de su hembra es Macadaweení.
Otro tiene el nombre como canta : Catawaaju.

El gallo del cielo canta primero.
Es por eso que el gallo de aquí canta.
Como el gallo del cielo llamado Meteniiyu canta primero,
él que está en el Dodooimmä lo contesta.
El que canta primero del cielo para ver cómo canta el Yooconoonää,
entonces éste del Marawaca le contesta.
Dice: “¡Catawajuuu!”
Entonces el gallo de aquí contesta.

Ellos son todos los que subieron en la cabeza del Marawaka.
Ellos son ahora la gente de allá.

En la cima del Dodooimmä hay también gente.

Hasta aquí llegamos¹⁰.

¹⁰ El día siguiente el shamán sigue su enseñanza contando el mito de la creación del cerro y del mundo ye'kwana.

EL HOMBRE-MUNDO, *un cuento hiwi*

Traducido y comentado por Guillermo Guevara Kukubi

La Historia del Hombre-Mundo¹

Desde esta piedra, desde aquí,
comenzó a andar el Hombre-Mundo.
Por el “Camino-dios”² marchó,
transformando todas las cosas.
Transformó las palmeras cucurito,
transformó las palmeras seje.

Caminaba acompañado por todos los monos.
Con él andaban también su esposo y su hijo.
Juntos iban todos por el maravilloso camino de la sabana.
De esta forma (muy grande³) es el “Camino-dios”.

En el lugar llamado Temuinae, árbol de Temui,
se sentó y colgó su mochila.
En ese mismo sitio, allí mismo, fundó ese lugar.

El Hombre-Mundo y su mujer
construyeron allí mismo una casita.

“En este lugar podemos descansar”,
le dijo el Hombre-Mundo a su mujer.

Allí tenía colgada su mochila.
Allí estaban también los monos blancos.

¹ Narrado por Kuvai, en Alcabala de Guahibo en septiembre de 1983 y grabado por Juan Vicente Quilelli.

² “Camino-dios” es un camino grande, largo y limpio por donde el Hombre-Mundo hizo su caminata. Ese camino parte desde la Piedra de Alcabala de Guahibo y termina en las cabeceras del río Vichada.

³ El narrador, con gestos que hace con las manos, expresa lo grande que es el camino.

“Por un momentico voy a caminar por aquí”,
le dijo a su esposa.
La mujer le contestó:
“Está bien”.

El parecía sentir, desde su interior,
algo que le decía lo que tenía que hacer.
Desde su interior sentía algunas indicaciones.

Además de los monos estaban también
todas las variedades de mosquitos:
mosquitos del monte, zancudos, zancudos montañeros, jejenes,
zancudos pata-larga, mosquitos sabaneros y muchos otros más.
Se acostó.
Se calentaba con una sola candela.
Con una sola candela se estaba calentando.

¡Ah! un mono blanco!
El mono loco abrió el bolso que contenía los diferentes mosquitos.
Era una nube de mosquitos que tenían los dientes negros.

El Hombre-Mundo se encontraba durmiendo en lo alto de la casa.
En la cumbrera de la casa estaba durmiendo el Hombre-Mundo.
Allí dormido estaba él,
sin hacer ningún movimiento
ni dar señal de matar ningún zancudo.
Dormía, pues quieto, sin movimiento.
Junto con su esposa él dormía.

Los mosquitos molestaban y picaban mucho a la gente y a los monos.
Le sacaban la sangre a los monos.
De una manera burlona esos mosquitos sacaban la sangre.
No hubo tranquilidad en toda la noche y así amaneció.
Cuando alboreaba otro día,
a los monos no había como reconocerles los ojos por la intensa vigilia de esa noche.

“¡Caramba!,
dijo entonces el Hombre-Mundo,
los han picado mucho los mosquitos!”
“Ustedes lo quisieron así porque abrieron la mochila
donde ellos estaban guardados.
Yo sinceramente no deseaba que eso sucediera”.

Se acabó.

“Bien”, dijo.

Entonces se burló de ellos:

¡üjüjüjü, üjüjüjü. üjüjüjü...!

Así se reía el Hombre-Mundo desde su sitio de dormir.

Luego se quedó callado.

Ya había amanecido.

Comenzó entonces a recoger los mosquitos.

“¡Caramba!, dijo, será un lugar malo”.

Se ha de convertir en un pilón de mosquitos este lugar,
eso dijo el Hombre-Mundo.

Así fue como se quedaron los zancudos en ese lugar.

“¡Papá! allí viene gente, viene mucha gente!”

nos están persiguiendo, dijo el hijo.

“¡Papá, papá!”, seguía diciendo y no dejaba de llamar constantemente a su papá,
no se cansaba de llamarlo.

“Muy bien. dijo el Hombre-Mundo, deje que vengan.

Deje que se nos acerquen.

Deje que vengan.

Deje, pues, que vengan”.

El niño seguía diciendo:

“¡Se están acercando a nosotros,

están caminando hacia nosotros.

se están acercando para matarnos!”

“¡Nos van a matar!”.

eso decía el niño.

“Deje. pues que vengan.

Está bien, dijo el Hombre-Mundo. pues es el sitio de Temuinae.

¡Caramba! Esto es un verdadero morichal”.

Allí mismo aquello se transformó en un verdadero morichal.

Entonces la mujer y él siguieron su camino.

Atrás dejaron el lugar llamado Temuinae.

Lloraba, lloraba y lloraba la mujer del Hombre-Mundo.
Se quejaba de su cansancio.
“Ya estoy cansada”, decía ella.

Sin embargo, él le decía:
“Sigamos derecho, sigamos derecho sin fijarnos en nada.
¡Vámonos!”, le decía.

“¡Quiero sentarme.
Estoy muy cansada.
Ya no puedo más!”,
eso le decía a cada rato la mujer al esposo.

“Está bien, le respondió el Hombre-Mundo, entonces quédese.
Quédese usted en este lugar”, le ordenó él.

La mujer inmediatamente se convirtió en una estatua de piedra.

Siguiendo la misma dirección,
un poco más hacia arriba del río,
dejó colgada su mochila el Hombre-Mundo y dijo:
“Este lugar se llamará *Lugar de la Mochila del Hombre-Mundo*”.
Así pues, el lugar, desde entonces, tiene ese nombre.

El Hombre-Mundo, un sabio hiwi

El Hombre-Mundo es un personaje hiwi que durante su vida vino caminando por todos los sitios que hoy en día los Hiwi conocen. En sus largas andanzas por los caminos de las sabanas, de los bosques y montañas obtuvo una gran experiencia que consiste en el profundo conocimiento de las plantas alimenticias y de las plantas medicinales para su posterior domesticación. Así como de otras plantas cuyos efectos mágicos y asombrosos son hoy todavía muy poco conocidos por la gente común. Pero los sabios, los shamanes, sí conocen esas plantas, las plantas alucinógenas, psicotrópicos, que quitan el hambre o el dolor.

En esta historia se cuenta cómo el Hombre-Mundo estaba acompañado por monos blancos que eran sus amigos y atrapaba los insectos. Pero muy especialmente él utilizaba un bolso para guardar los zancudos o mosquitos anófeles para estudiarlos. Ya que el Hombre-Mundo además de ser un gran caminante y observador, investigaba también ciertos problemas de salud como gripe, fiebre, dolor de cabeza, quería saber de donde vienen esos efectos sobre la salud de las personas y agarraban a los animales. Así es como lo podemos considerar como un investigador, el primer sabio de los Hiwi.

Igualmente se puede decir que el Hombre-Mundo es un personaje que tenía poderes mágicos. El transformaba a las personas. Aquí metamorfoseó a un grupo de gente en Morichale que era un grupo de enemigos. Transformó a la mujer en piedra, y es por eso que se llama la Mujer-Piedra: ella estaba cansada y se quedaba atrás de él, fue así que él la petrificó de manera que se quedara un recuerdo de ella.

No obstante el Hombre-Mundo era un hombre común que tenía una esposa, hijos y muchos amigos. Para los Hiwi es un ser de lo más realizado con las cualidades mayores que poseía. Es un personaje de los más grandes porque ha hecho conocer el espacio físico de todo el territorio que pertenece a los Hiwi y con sus observaciones se desarrolló todo el saber de los Hiwi.

LA VIDA, LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

Una iconografía de los pueblos de Amazonas

*Catherine Alès*¹

Las ilustraciones que proponemos contemplar son en extremo originales por ser expresión auténtica de autores amerindios. Cada uno podrá descubrir las riquezas que en ellas se esconden y apreciar toda la delicadeza contenida en las diversas temáticas expuestas. Si estos dibujos llaman nuestra atención, es porque nos hablan de una forma directa y pertinente del universo social y cultural de las etnias que pueblan el Amazonas venezolano. Nos cuentan la vida cotidiana de las comunidades y, a la vez, nos instruyen sobre prácticas y saberes con los que estamos poco familiarizados y que, muchas veces, nos cuesta entender. En particular, nos muestran los esfuerzos desplegados por los especialistas tradicionales, los shamanes, para controlar la salud de su gente y nos facilitan el acceso a una visión distinta de pensar la enfermedad y la salud.

Antes de recorrer estos episodios de vida o, tal como lo esperamos, antes de volver a recorrerlos, nos pareció importante informar al lector sobre las condiciones en las que se ha efectuado la recopilación aquí presentada.

En primer lugar tenemos que subrayar que los dibujos, al principio, no se recogieron en función de una publicación, tal como sale a la luz en estas páginas. Fueron su riqueza en sí y su inmensa sensibilidad las que nos llevaron a publicar una importante selección, bajo la forma de un documento temático propio de las diferentes culturas, permitiendo que de este modo todos podamos compartirlos y admirarlos.

En su gran mayoría, dichos documentos han sido elaborados a lo largo de talleres organizados en diferentes comunidades del estado Amazonas. Los talleres se dedicaban a los temas médicos –la higiene general, el agua de beber, las diarreas infantiles, la malaria, las afecciones respiratorias agudas, las enfermedades sexualmente transmisibles y el SIDA– tratados paralelamente en los talleres de información y reflexión organizados por J. Chiappino en el marco del programa participativo PROCOMSIVA. La idea que orientó su realización era que cada grupo pudiera ilustrar a su manera los protocolos médicos paralelamente adaptados y traducidos a seis lenguas indígenas sobre los diferentes temas². Esta inmensa labor fue confiada a María Teresa Acosta, quien dirigió varios talleres de dibujo con los poblados hiwi, chase, wothîha, ye'kwana y sanema, y quien, además, realizó la diagramación de dichos folios. Aparte de los talleres organizados directamente en las comu-

¹ Antropólogo, Centro Nacional de Investigación Científica (C.N.R.S), París.

² Se realizó una serie de 49 folletos publicados bajo el título genérico de “Palabras para promover la salud entre los pueblos amerindios de Venezuela” (J. Chiappino & C. Alès, eds., Documentos PROCOMSIVA N° 1 a 7, en 6 volúmenes: Hiwi-, Wothîha-, Chase-, Kurripako-, Ye'kwana-, Yanomami-Castellano, Caracas, 1996).

nidades. ella recogió entre los indígenas un número importante de ilustraciones al viajar ellos a Puerto Ayacucho. Finalmente, aprovechando estadias en el campo, Jean Chiappino y yo pudimos completar este trabajo en dos talleres organizados entre los Ye'kwana y los Yanomami.

Una vez reunidos los temas tratados por cada cultura, se convirtieron en una muestra tan pertinente como para permitir comparaciones y dar una visión coherente y original de la estructura global de cada una de las etnias. Se puede en efecto leer cada esbozo como un fragmento de un discurso sobre la sociedad, como la expresión de una memoria.

En ellos se descubren aspectos de la vida social y ritual tanto en sus rasgos generales -las escenas que ilustran las actividades de producción- como en sus rasgos particulares -las imágenes referidas a la enfermedad, a la muerte, o a la cura terapéutica shamánica. Dichos dibujos representan en sí un testimonio de su historia que, por una vez, tiene además el mérito -y es un hecho suficientemente significativo como para no señalarlo- de transmitir directamente a nuestro entendimiento el prisma de su propia mirada.

Sin duda alguna, existe en estos documentos una voluntad cierta de comunicación. Sólo les fueron sugeridos temas generales -cómo se curan las enfermedades, la alegría, la tristeza, la vida cotidiana... No se les pidió, por ejemplo, que dibujaran tal o cual acción precisa dentro de una práctica. Las escenas que escogieron representar en cuanto a una actividad responden, entonces, a una selección espontánea de los momentos y de las actividades que ellos mismos piensan representativos de su universo. Los diferentes grupos que participaron en esta experiencia nos abren, de este modo, y poco a poco, su cultura, sus alegrías, sus penas. En la proyección gráfica de una representación mental de su mundo cultural, en resumidas cuentas, toda la especificidad de su sistema de pensamiento está presente, tal como se refleja en la recreación de las escenas de la vida que aquí se nos comunica.

Cinco pueblos indígenas participan en la elaboración de este libro: los Hiwi (Guahíbo), los Wothiha (Piaroa), los Arawak -Kurripako y Chase (Piapoco)-, los Ye'kwana (Makiritare) y los Yanomami³. Para cada uno de ellos las láminas se distribuyen en tres partes:

I. El mundo cotidiano

II. La enfermedad y el trabajo de los shamanes

III. La fiesta ceremonial

Cuando hojeamos estas ilustraciones, lo primero que salta a la vista son los diferentes "estilos" que emanan de cada cultura, independientemente del grado de aculturación por otra parte visible. Se diferencia casi sin lugar a equivocación, un "estilo ye'kwana", un "estilo wothiha", "hiwi", "kurripako", "yanomami"... Estas diferencias en la escritura evidencian las disparidades culturales que existen entre dichos grupos, emparentados a familias lingüísticas particulares. Esta singularidad se comprueba, igualmente, en los adornos o las formas de los objetos usuales o rituales cuya especificidad le permite enseguida al conocedor distinguir el origen de un banco o de una cesta.

Sin embargo, cabe insistir en el hecho de que los autores de estos dibujos no acostumbran hacerlos sobre papel. Si todos, por más o menos tiempo, han asistido a la escuela más cercana de su comunidad, donde han podido conocer la representación figurativa y la técnica del dibujo a lápiz, no se puede decir que se trata aquí de un ejercicio con el cual muchos de ellos estén familiarizados.

³ Sobre estas sociedades y las culturas de Amazonas en general, ver la bibliografía.

Fuera del ámbito escolar: las oportunidades de practicar este tipo de actividad en su medio ambiente cultural son rarísimas. En sus culturas, las formas de expresión gráficas son generalmente estilizadas y los motivos decorativos abstractos o estilizados. Se aplican casi siempre a objetos usuales como de cestería o de alfarería, a objetos de madera como los bancos zoomorfos o no, a los ramos y a las armas, o a objetos rituales como las maracas y las máscaras, y finalmente, en lo más cotidiano, a los adornos y a las pinturas corporales. La forma de expresión figurativa con la cual han tenido que responder para expresar momentos de la vida social de su cultura es, pues, excepcional. Los resultados obtenidos son, por lo tanto, aún más espectaculares: cuando uno detiene su mirada en los dibujos, descubre una asombrosa preocupación por el detalle.

En cambio, no nos extrañaremos al comprobar que los autores no utilizan los códigos occidentales en el método de representación. La perspectiva basada en la ilusión de las tres dimensiones está particularmente ausente. No obstante, ciertos dibujos integran una “perspectiva en escala”, con la voluntad de traducir una relación espacial entre los diferentes planos, el más próximo siendo el de abajo en el dibujo y el más lejano ocupando la parte superior de la hoja (ver, por ejemplo, el dibujo 140).

En otros casos se ha utilizado el método de la “proyección plana”, que consiste en sentar los elementos dibujados sobre el mismo plano del folio, como se puede ver en el tratamiento gráfico de los árboles de la selva que rodean la laguna donde pescan los Yanomami (123).

Numerosos dibujos ofrecen también vistas “en picado”, como se observa en aquellos de las reuniones chase (87) que se repiten en las representaciones de los *shapono*, casas colectivas de los Yanomami, representadas como una serie de techos dispuestos en círculo alrededor de una plaza central a cielo abierto (130, 137, 138, 140, 142, 144, 145).

Puede suceder, por fin, que se enseñe el contenido por transparencia dentro de su continente. Este método es el empleado para mostrar a los enfermos en sus clinchorros, a través de las casas, o cuando el shamán cura al enfermo en una churuata wothüha (54-54 bis) o en el *shapono* yanomami (132). Tal método permite, igualmente, detallar el contenido de una canasta de carne ahumada en la fiesta yanomami donde se pueden ver diversos animales o pedazos de presas amontonados en la canasta que será ofrecida a los invitados (145). Esta técnica permite mostrar lo esencial, el contenido y el continente, subrayando su relación de mutua dependencia.

Si nos detenemos ahora en la representación del cuerpo, observamos que ésta se diferencia sobre todo por los atributos. Las personas no tienen identidad, son tipologías con los atributos sexuales -los taparrabos, los pechos para las mujeres-, con las funciones -el shamán, la madre, el anciano... La mayoría de los esbozos representan escenas genéricas: la caza, la colecta, un pueblo... No intentan representar a tal individuo o tal lugar en particular, inclusive en aquellos casos en que los pueblos han sido dibujados por referencia a alguno preciso conocido por el autor como Victorino (65), Paria Grande (63), La Esmeralda (116), Yanatunia (89), siguen respondiendo al criterio tipológico buscado para la ilustración, según sean tradicionales u occidentalizados.

Es el inventario de los objetos representados en una misma escena y la relación que se crea entre ellos lo que produce un efecto de narración. Se puede notar el gran esmero que ponen en precisar todos los utensilios en una ilustración donde vemos arcos, flechas, cestas, o como en la escena de la pesca yanomami en la laguna (123) donde vemos los peces en las wapas... y cómo se arma una narración a partir del inventario de dichos objetos.

En esta voluntad de catalogar y de señalar lo real, compuesto por los elementos que lo constituyen, una expresión muy concreta, aun sin pretender ser exhaustiva, domina la mayoría de los dibujos. Estos acumulan las informaciones sobre un mismo lugar, una misma actividad, con miras didácticas que pueden recordar ciertas láminas enciclopédicas. El bosquejo del conuco yanomami (119) que representa a la vez los trabajos de los seres humanos y los animales familiares del conuco es, en este sentido, ejemplar. Se codean al mismo tiempo dos sociedades, los cultivadores y los animales dañinos o útiles que frecuentan el conuco. Ahora bien, si en la realidad hay unidad de lugar, no hay unidad de tiempo: se encuentran en este lugar en diferentes momentos del día y de la noche. Los parásitos como el conejo, la rata o el venado que adoran aprovechar los cultivos, son todos animales asociados al conuco. Igualmente, el murciélago cuya relación con el conuco es crucial, pues su intensa actividad nocturna es indispensable para la fertilización de los bananos y de las palmeras. Pero estos animales invaden los espacios cultivados de la selva amazónica al amanecer o de noche justo cuando los humanos no están presentes.

Otros dibujos usan un proceso secuencial a fin de explicar una acción. Los diferentes momentos, en diversas situaciones, se evocan de tal manera que intentan traducirlos en su totalidad. En estas ilustraciones, las secuencias expresan la preocupación narrativa y tipológica de un mismo personaje. Como ejemplo (ver 136), podemos observar un esbozo que representa a un enfermo padeciendo de diarrea, a este mismo personaje sufriendo acostado en su chinchorro dentro del shapono, saliendo luego para aliviarse en un zarzal cercano a la casa y finalmente, yendo al dispensario de donde regresa con remedios.

Algunas escenas de shamanismo siguen este mismo procedimiento. La ilustración 133 enseña varias etapas de la actuación del shamán yanomami curando a un enfermo de malaria: baila, extrae el fuego que consume al enfermo en una olla y lo tira a lo lejos, fuera del espacio shamánico. Del mismo modo, la práctica relatada en el dibujo 55 muestra diferentes etapas del trabajo de un shamán wothíha: acostado en su chinchorro, dirige invocaciones cantadas a los espíritus tocando su maraca, luego “sopla” los poderes sobrenaturales que se unieron a él en el agua contenida en botellas para purificarla y, por último, le da de beber esta agua “rezada” como remedio a un niño enfermo. Muchas veces la narración se hace a través de varios dibujos sucesivos que formalizan un conjunto para describir los pasos de una práctica (18, 19, 20).

En el bosquejo 138, aparece una representación más abstracta del espacio-tiempo que revela una voluntad de señalar dos espacios y dos momentos en la acción descrita. El shamán está en su chinchorro y diagnostica el origen de la enfermedad. Cerca de él se pueden ver un tubo para inhalar el yopo, instrumentos para preparar el polvo alucinógeno -el casco de barro que sirve de mortero y una piedra para moler finamente las sustancias. Arriba de él están representados los agentes de las epidemias. Saliendo de su cuerpo se puede seguir un hilo extraño, que indica la trayectoria de un pájaro sobrevolando un *shapono*. El dibujo muestra cómo el shamán, gracias a un espíritu-pájaro que vuela a lo lejos, encima de un *shapono* enemigo, desvía la enfermedad hacia atrás.

El interés de esta forma de representación didáctica es que es anónima, genérica y permite que los autores traten temas que muchas veces son tabúes en su sociedad y de los cuales es a veces difícil obtener información. Entre estos temas sensibles se encuentra el de la muerte y de todo lo que concierne a los difuntos. El hecho de que no se trate de una persona identificada con precisión o que

se pueda identificar, permite figurar la defunción aparentemente sin problemas. Este tema es, sin embargo, evitado cuando se refiere a seres reales: la muerte es, por ejemplo, un tema que se aborda con delicadeza entre los Yanomami por temor a que, en un momento u otro de la entrevista, se hable de un muerto en particular. Tomar fotografías de una cremación o de un difunto en su chinchorro con toda seguridad los irritaría. Por lo tanto, es sorprendente observar cómo, en el marco de una expresión gráfica, no muestran ninguna señal de reticencia o censura para dibujar tales temas. Así es como nos ofrecen una escena en la que se ve un cadáver en su chinchorro, con una venda sobre los ojos como suelen colocarla para ocultar la mirada, rodeado por llorones (129) y otra imagen que representa la cremación del cadáver (130).

De la misma manera, en un bosquejo hecho por los Yanomami (128), percibimos el alma que se escapa del cuerpo después de la muerte. Encontramos dicha representación en otras etnias, entre los Chase por ejemplo, con una ilustración particularmente interesante de la descomposición de la persona en tres formas de almas al momento de su fallecimiento (77,79). Ahora bien, este tema sumamente difícil de captar, se ofrece así a nuestro entendimiento de una forma muy sencilla y eficaz, gracias a la representación gráfica. Este contexto vuelve tales bosquejos, ejecutados por los actores mismos, aún más preciosos.

Es evidente que en este caso la forma traduce estupendamente el sentido y podríamos proseguir el análisis de los aspectos estéticos de los dibujos, pero preferimos continuar ahora con el análisis del propósito etnográfico de las escenas.

La vida en los pueblos de Amazonas

La vida cotidiana de las comunidades y el universo de una cultura se abren generalmente en el libro sobre una vista del poblado o de la casa tradicional. El microcosmo de la vivienda y de la comunidad es, en efecto, el centro de dichas sociedades donde traduce el vínculo al grupo local y desempeña un papel fuertemente identitario.

Así es como descubrimos a los pueblos hiwi, chase o kurripako, con sus casas rectangulares de techos de palmas, la churuata wothîha o *itsode*, tan peculiar con sus paredes y su caballete puntiagudo como un “as de picos”, igualmente cubierto de palmas (33). La casa circular llamada *ätää* de los Ye'kwana termina con un adorno tridentado (90, 113, 116) y su enorme techo dispone de una abertura móvil por la cual pasa la luz del día (89). Finalmente, las viviendas colectivas de los Yanomami los *shapono*, están construidas según un plano circular alrededor de una plaza central a cielo abierto, que sirve de espacio para la vida social y ritual.

Ciertas representaciones de estos pueblos establecen perfectamente el contraste entre las comunidades construidas con criterios autóctonos y los pueblos cuyas casas tienen un plano y una forma dominados por un modelo de la sociedad nacional. Dentro de un mismo pueblo podemos ver la casa tradicional *ätää* ye'kwana con su techo de palma, opuesta a las casas rectangulares con techos de zinc, en fila a lo largo de la calle, construidas por el gobierno. Los Wothîha de Paria Grande han querido ilustrar la diferencia entre un pueblo “antes” (62), simbolizado por el *itsode* y una comunidad “actual típica” wothîha (63), donde uno puede comprobar el alineamiento de casas con techo de doble pendiente, más conformes con los criterios occidentales.

Podemos seguir este paralelismo, comparando el pueblo ye'kwana tradicional de Yanatunia (89), situado en el alto Cuntinamo hacia la frontera brasileña, y el pueblo de La Esmeralda (90 y 116), construido por el gobierno en la orilla del Orinoco. En este caso, se manifiesta el inicio de la sedentarización. Marca la transición con el tipo de vivienda semi-nómada específica de los poblados de la selva amazónica que está en armonía con su modo itinerante de agricultura.

Los fenómenos de transición y los efectos de la aculturación se traducen también a través de las diferencias notables en la realización de los dibujos, entre los autores y más generalmente entre las culturas, cuyas disparidades corresponden globalmente a su respectivo grado de integración a la sociedad nacional. Por razones históricas y geográficas, los Hiwi, los Wothiha, los Kurripako y los Chase están generalmente en contacto con el mundo exterior y con la capital regional desde hace más tiempo que los Ye'kwana o los Yanomami.

Las actividades económicas

Sin embargo, el conuco, forma tradicional de huerto en la selva tropical y todavía esencial en el aspecto económico en cada uno de estos grupos, ha sido perfectamente representado. Cada etapa de la labor hortícola se enseña de esta manera: la tala de los árboles para crear la parcela (36, 37, 122), la siembra y la cosecha de los productos (1, 38, 70, 93, 119), las mujeres quitando las malezas bajo las siembras de yuca (67). Uno puede entretenerse nombrando en estos dibujos (38, 67, 119, 137), el banano, la yuca, el taro, la caña de azúcar, el maíz, la piña, la lechosa, el aguacate, las palmeras...

En los conucos los productos se cosechan en cestas para llevarlos luego al pueblo donde se preparan (39, 94). En varias ilustraciones se detalla el proceso de la yuca con la prensa llamada sebucán, para hacer tortas de casabe que sirven de comida básica a numerosos poblados del Amazonas (3, 4, 5, 45, 64). Notaremos que el espacio cultivado está siempre circunscrito en el paisaje. Más allá de la preocupación estética, esta particularidad resalta en cada dibujo de conuco cuyo perímetro está trazado de manera sistemática. Tal recurrencia de la parcela cultivada, fruto de la labor y fuente alimentaria esencial del hombre, subraya el lugar central acordado por estas sociedades a esta forma de explotación del territorio.

La dieta también comprende los productos de la caza y de la pesca. Tanto los pescadores como los cazadores están representados casi siempre con sus presas y con los diferentes tipos de armas utilizadas. Podemos reconocer flechas, arcos, cerbatanas, picas (34, 40, 41), o la cesta en la cual las mujeres yanomami recogen el producto de la pesca (123).

Así es como lo cotidiano se refleja ante nuestra mirada. Una escena nos enseña la faena del agua entre los Yanomami: una mujer deja la casa comunal, camina hacia el bosque con su canasta para buscar agua en un manantial, llena las totumas y cautelosamente las cierra con tapones hechos de hojas para llevárselas de regreso al pueblo (120). Una mujer ye'kwana lava su ropa (96), una mujer wothiha teje un taparrabos -o guayuco- con algodón hilado en su huso mientras un hombre trenza una cestería (46).

El papel de los ancianos

La actividad de consejo y transmisión de reglas entre los jóvenes recae sobre los ancianos o sobre los sabios -la edad ha sido caracterizada de forma recurrente por una barba- así como sobre los shamanes. En el seno de la comunidad, son ellos los que se dedican a una actividad permanente que podríamos calificar de profiláctica. Sentados en su banco o de pie delante de una audiencia de jóvenes sentados en el suelo, en bancos o acostados en su chinchorro, los ancianos reparten entre los menores un mensaje de suma importancia para su formación (9, 69, 98, 102, 125, 142, 143). En dos ocasiones es una mujer la que se encarga de esta tarea entre los Wothiha (46, 57). Igualmente, un dibujo ye'kwana (111) pone de manifiesto la actividad curativa que puede tener una mujer shamán en esta sociedad donde sucede que mujeres desempeñan el papel de "capitán" en el pueblo.

Para estas sociedades, en efecto, el respeto de las prohibiciones alimenticias y de comportamiento es esencial para la salud individual y el equilibrio de la comunidad entera. Así podemos ver, entre otros, cómo un sabio kurripako explica las diferencias entre las comidas buenas y las que se deben evitar para proteger la salud de los niños (73, 74). Los baños también forman parte integrante para que regrese la salud y para mantenerla, ya sea bañándose en el río, o ya sea con agua tibia que se calienta en grandes ollas cubiertas con hojas y que se saca con totumas (58, 59, 85). En un bosquejo se ve cómo las madres yanomami bañan a su bebé según una técnica original, regándole agua anteriormente almacenada en su boca (134).

La representación de la enfermedad

A pesar de todas estas precauciones, la enfermedad y su corolario, la muerte, no dejan de golpear a las comunidades. Cada grupo tiene una forma particular de concebir la enfermedad que se anuncia de diferentes maneras. Para los Chase, por ejemplo, es el canto del pájaro "waka-wa" que augura la enfermedad (75), mientras que para los Hiwi puede ser una aparición marcada con una cruz o una culebra que el cazador encuentra en su camino (10, 12).

En este pensamiento, la desgracia individual del ser cuestiona a la sociedad en sus relaciones con las otras sociedades, humanas o no, que pueblan el cosmos. Se inscribe como siendo el problema de todos. Muchas veces, la enfermedad y la muerte se entienden como el producto de una acción humana o espiritual, tal como la brujería o el ataque de un ser sobrenatural, por ejemplo. Al contrario de la concepción moderna, la causa de la enfermedad supone una intencionalidad. Cada vez que una muerte es sospechosa, el trabajo de los shamanes consiste en responder a estas agresiones mágicas. Libran entonces guerras shamánicas contra las fuerzas invisibles para el común de los mortales, pero que sus poderes particulares les permiten detectar. Así es como vemos a shamanes Hiwi (21) o Wothiha (53), defender a su pueblo con prácticas rituales de retorsión. Estas representaciones de la venganza de los muertos ilustran perfectamente el shamanismo de agresión, costumbre compartida por numerosos grupos.

La terapia shamánica

Sin embargo, las actuaciones más frecuentes de los shamanes tienen vocación preventiva o curativa. En caso de enfermedad, el curandero interviene para diagnosticar la causa del mal para luego extraerlo. La escena 20 es muy significativa al respecto. Vemos al shamán hiwi botando la enfermedad del cuerpo del doliente hacia fuera. Todos los shamanismos no son iguales, ya que varían las formas de una cultura a otra. Pero se pueden señalar elementos recurrentes en sus prácticas, como el uso por el shamán de sustancias narcóticas, entre ellas el yopo o el consumo de tabaco. En estos dibujos descubrimos los utensilios empleados por el shamán: su maraca, la yopera del shamán wothilha, sus adornos de plumas o sus collares, su banco... y poco a poco se abre para nosotros este otro mundo del shamanismo.

Hay remedios hechos principalmente con plantas salvajes, pero lo más espectacular de las actuaciones shamánicas reside en el “rezo” o el “soplo” que manda sobre la gente, los objetos, la comida o la bebida, acción benéfica con la cual comunica con sus espíritus. Entre los Wothilha, cada enfermo tiene una totuma y hoy en día, con mayor frecuencia, una botella, de agua “rezada” por el shamán para luchar contra enfermedades específicas. En estos dibujos, el “soplo”, los cantos con la maraca, la curación con plantas, los curanderos de cada grupo, todos están muy bien representados. Se ve así actuar el *penajorobinüü* de los Hiwi, el *meñeruwa* de los Wothilha, el *camahiqueri* de los Chase y el *juwai* de los Ye'kwana.

En este sentido, los Yanomami difieren sensiblemente de los demás grupos. Por ejemplo, no tienen maraca: el shamán o *shapori* canta y baila en la plaza central para evocar a los espíritus de la naturaleza y pedir su ayuda. El tiene primero que diagnosticar la causa de la enfermedad y la extrae una vez neutralizada. Un joven shamán se dibujó descubriendo la enfermedad en un espejo mientras está durmiendo en su chinchorro (139). En otra ilustración, como ya lo comentamos, el espíritu del shamán se va bajo la forma de un ave para llevar a lo lejos las enfermedades del que está soñando (138).

El bosquejo 133 da una idea perfecta de la realización de las sesiones shamánicas. Cuando un shamán cura la malaria, por ejemplo, saca el “fuego” del paciente en una olla que lleva afuera para botarlo. En la escena 140, el shamán está asomado sobre un enfermo en un chinchorro, mientras los hombres asisten sentados sobre una madera en la orilla de la plaza central del *shapono*. A la izquierda se percibe a otro enfermo sentado en el suelo y con las piernas estiradas. El primer paciente debe ser un niño, ya que su madre, representada de espaldas, hace un gesto típico y muy afectuoso: sujeta el chinchorro con su mano para marcar su presencia.

Por fin, el dibujo 141 muestra en un tríptico las tres etapas de la enfermedad. A la izquierda se ven agentes dañinos que vienen del cielo, en el centro el sujeto está acostado en su chinchorro, tumbado por la enfermedad, a la derecha está curado por el shamán. En esta imagen está traducido, con un espíritu de síntesis extraordinario, todo el proceso de la contaminación del objeto patógeno que cae del cielo y entra en el pecho del sujeto. Aparece también cómo el shamán, durante su intervención absorbe la enfermedad en su propio cuerpo y la expulsa por su boca hacia el suelo donde queda neutralizada. De esta manera queda revelado con meridiana claridad el desplazamiento que se opera desde el cuerpo del paciente al del shamán, ofreciéndonos con ello, en forma de parábola iconográfica, una posibilidad para entender mejor la conceptualización de la terapia shamánica.

La muerte

Como lo dijimos más arriba, la muerte constituye en sí un hecho especialmente reflejado y se vuelve a encontrar en las diferentes etnias. Vemos a los muertos en sus chinchorros después de la enfermedad, inclusive a pesar de la impotencia del shamán (11), y numerosas escenas que traducen la aflicción de los familiares. Aprendemos cómo los niños *ye'kwana*, que nadie debe tocar una vez fallecidos, se depositan sobre una estera (104, 105), tal como lo hacen también los *Wothüha* (50). En otro precioso bosquejo podemos observar las costumbres funerarias *wothüha*: el cadáver, envuelto en palos amarrados entre ellos, se deposita en una cueva que se encuentra en las paredes rocosas del cerro (52). Un entierro *kurripako*, practicado ya de manera más aculturada, nos es enseñado con gran delicadeza (80), como otro *ye'kwana* (106).

En un dibujo *hiwi* de lo más lindo (32), se ilustra la exhumación de los huesos de un difunto -llamados *jüwisü*-, y cómo son recogidos en una olla de barro. Un año o dos más tarde, los *Hiwi* hacen un entierro secundario: desentierran los huesos, los ponen en una olla de barro y entierran esta olla con los huesos en su casa. Todo este ritual da lugar a una gran fiesta ceremonial en la cual se reza y se canta para los muertos. Se descubre a los hombres bailar, acompañados por las mujeres, y tocar flautas hechas con cráneo de venado adornado con sus cachos.

Según la costumbre *yanomami*, el difunto está en posición fetal en su chinchorro y tiene los ojos ocultos con un pedazo de tela de algodón mientras los parientes lloran a su alrededor (129). Los cadáveres tienen la fama de propagar enfermedades y representan agentes patógenos que salen del cuerpo y contaminan a otro. En la imagen siguiente (130), se puede apreciar la costumbre *yanomami* de quemar el cadáver en el centro del *shapono*. Dos hombres lo traen en su chinchorro para echarlo en las llamas de la hoguera. Más adelante, los huesos que quedan son recogidos y molidos en un polvo muy fino que se guarda celosamente en totumas. Estas urnas están destinadas a la realización de numerosas fiestas que se hacen en honor al difunto, durante las cuales parte de las cenizas funerarias conservadas en estos recipientes será consumida en una bebida de plátanos o bien echada en el fuego.

Las fiestas

En esta ocasión, la fiesta *yanomami*, llamada *reaçu*, empieza con el baile de los invitados en la plaza central de la casa de los anfitriones. Magníficos, están pintados y adornados con plumas. En la orilla, se sigue cocinando en una olla de barro la comida que será ofrecida a los invitados antes de marchar. En uno de los dibujos se ve una cesta llena de plátanos y otra redonda en el suelo donde se colocan los plátanos cocinados. Arriba se adivina la carne de cacería ahumada con un mono, un cachicamo, un paujé, una pata de venado... (145). En el otro (144), son frutos de palmera, pijiguaos, que se cocinan en la olla de barro. En el movimicuto de los bailadores, un hombre sopla yopo en la nariz de otro por medio de una larga caña. Esto se hace en el momento de la sesión shamánica, otra fase de la fiesta. Para la celebración de tal evento, los huéspedes que vienen de lejos pueden quedarse hasta por varios días.

Entre los Wothïha está ilustrada la famosa fiesta *warime* (61). Se muestra a una anfitriona sirviendo una bebida fermentada a los “báquiros” que vienen de visita a su casa. Los “báquiros” simbolizados por las máscaras y los vestidos de palmas representan ancestros. En la mano tienen una sonajera. Son recibidos como invitados aliados. Simbolizando a Cheheru, ser de la fertilidad, la mujer que se mantiene agarrada de un palo de la casa es indispensable en la realización del *warime* del cual es dueña. junto con su esposo, un poderoso shamán *meñeruwa*. Fue ella quien, en una canoa especialmente fabricada y pintada para la ocasión por los hombres, preparó a base de yuca la bebida fermentada llamada *sari* que ocupa un papel fundamental en este rito donde se reactualiza la mitología y se renuevan las alianzas con las sociedades de la naturaleza.

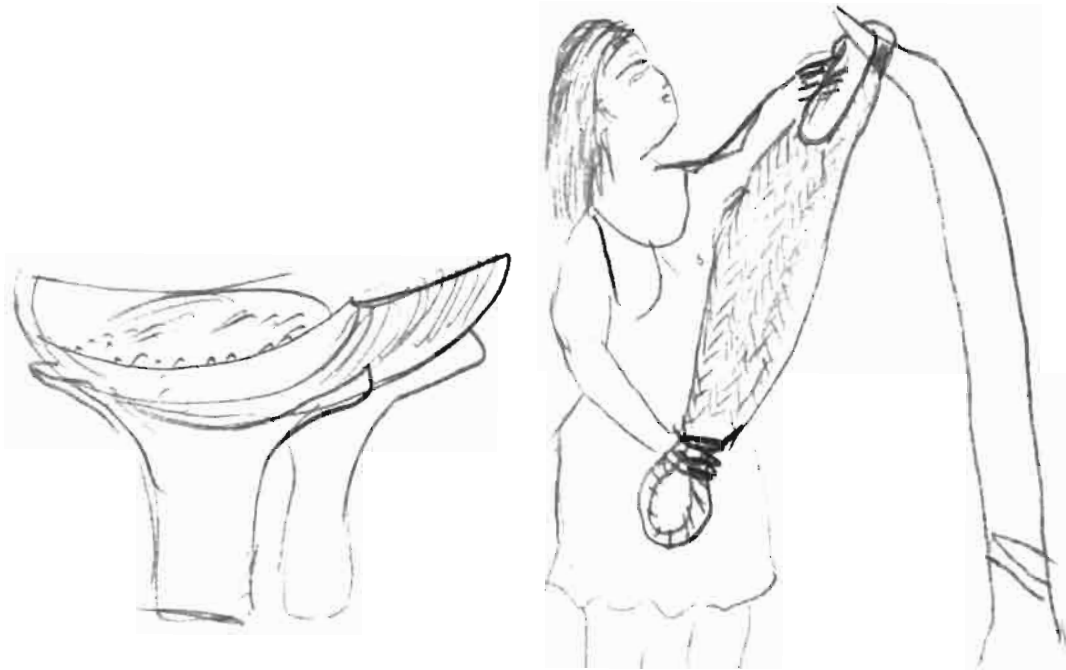
La música está muy presente en estas celebraciones. En la fiesta de alegría y reencuentro *tanükü* de los Ye'kwana, que corresponde a una actualización de la mitología del origen de su cultura, bailan al sonido del tambor y de la flauta de bambú (113). En el primer plano se observa a una *wodi ajichoto jatö*, una mujer joven que carga una olla con yarake, bebida fermentada que se va ofreciendo a los bailadores. Es el momento para cada uno de adornarse y ponerse collares preciosos (114); además las mujeres exhiben su guayuco tejido con mostacillas (115). En la fiesta chase no faltan los detalles: podemos mirar a los enamorados, al chismoso, al borracho y a los bailadores cantando al son de la flauta de cacho de venado (88). Todavía se encuentra este instrumento de viento así como la flauta o pito de madera en la fiesta hiwi, donde se ve muy bien cómo, en su manera de bailar, las mujeres agarran a los hombres por el brazo (31. 32).

Todos estos momentos de alegría son muy importantes en los pueblos indígenas. Frecuentemente están relacionados, como ya lo hemos visto, con el recuerdo de un pariente difunto y se le dedica una fase de aflicción en el transcurso de la fiesta. También son ritos de reactualización de la mitología y de la renovación de las alianzas con los seres de la naturaleza y del cosmos. Al mismo tiempo, es un intenso momento de encuentro y de intercambio con los invitados de las comunidades vecinas, que refuerza los lazos de solidaridad. Culminación de todas las actividades sociales, políticas y religiosas, las fiestas ceremoniales son ritos de reproducción social que demuestran la vitalidad de estos pueblos y afirman su identidad, de lo cual nos convencen, ampliamente, las ilustraciones que descubrimos en estas páginas.

LOS HIWI

Autor de los dibujos:
Raul Reyes Cuyare (1-32)

* dibujo comentado en el texto.



4. Preparación con el sebucán de la masa para el casabe.



3. Pelando y rallando yuca



2. Familia hiwi descansando

1. EL MUNDO HIWI



1. Hiwi sembrando el conuco.



5. Cocinando casabe sobre el budare.



6. Padre hiwi sacando palos con sus hijos.



7. Los cazadores llevan una danta.



8. Cocinando y comiendo.



9. El sabio aconsejando a los niños de la comunidad.*

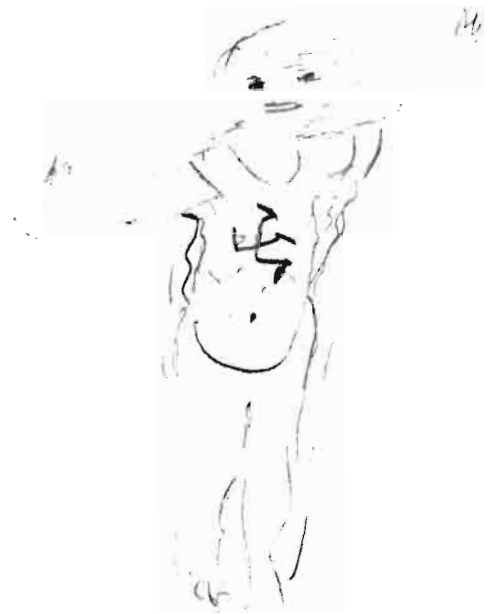
II. LA ENFERMEDAD Y EL TRABAJO DE LOS SHAMANES



10. La culebra, símbolo o presagio hiwi de muerte *



11. El shamán intentó curar: pero ya murió.





13. Tristeza de un padre.



14. Un niño con neumonía.



15. Shamán hiwi curando a un niño enfermo.



16. Un shamán hiwi cura a un enfermo con plantas.



17. Un padre cuidando a su niño enfermo.



18. El shamán averigua el daño. En caso de diarrea, es porque la leche está dañada por manos sucias, por pescado sin rezar.



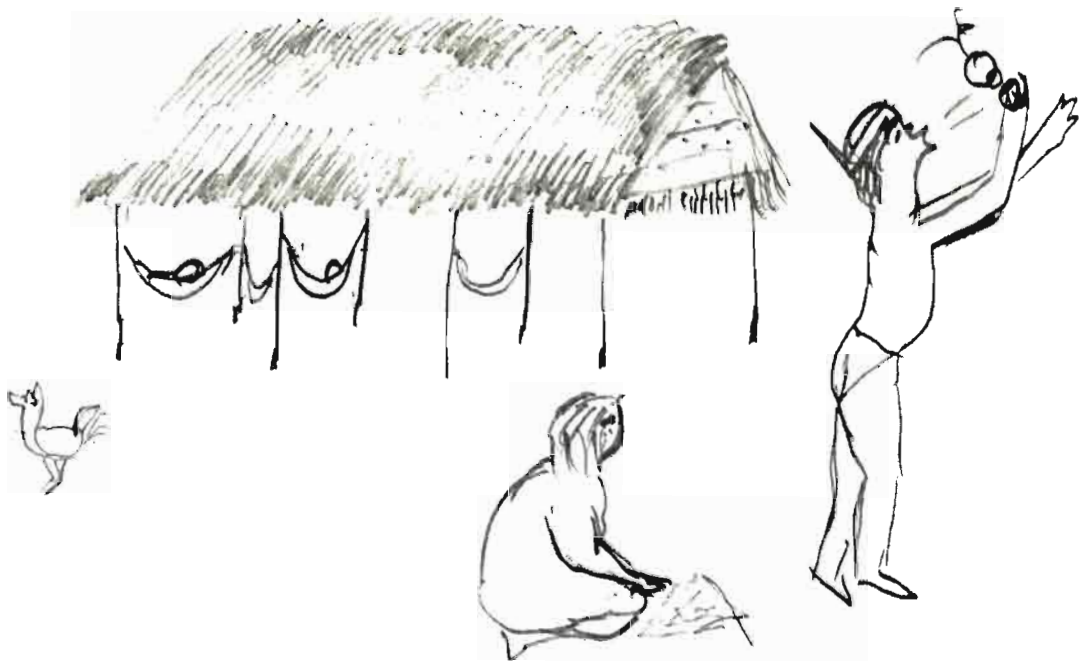
19. Curación de la diarrea: el shamán sopla el pescado y el agua en las ollas, que es lo único que pueden comer madre e hijo.



20. Shamanes expulsando la enfermedad del cuerpo del enfermo. *



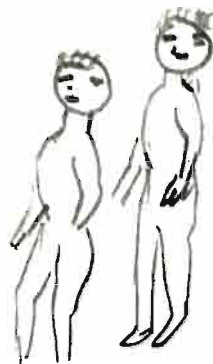
21. Shamanes luchando contra las fuerzas malas.



22-23. Curando a enfermos en el pueblo.



24. El shamán “sopla” para refrescar al enfermo de malaria y lo lleva al caño para refrescarlo con agua.





25-26-27. El shamán sopla el agua “rezada” y la toma por los pacientes.



28-29. El shamán cura a los niños y los lleva al caño.



30. El enfermo está mejor y sale a buscar la comida que le indicó el shamán: un pescado pequeño.

III. LA FIESTA CEREMONIAL ENTRE LOS HIWI



31. "Una fiesta de Jujui". El baile hiwi durante la fiesta de alegría.



32. "La sacada "jiwisii" : cuando se reza y se canta a los muertos", el rito del entierro secundario entre los Hiwi. *

LOS WOTHİHA

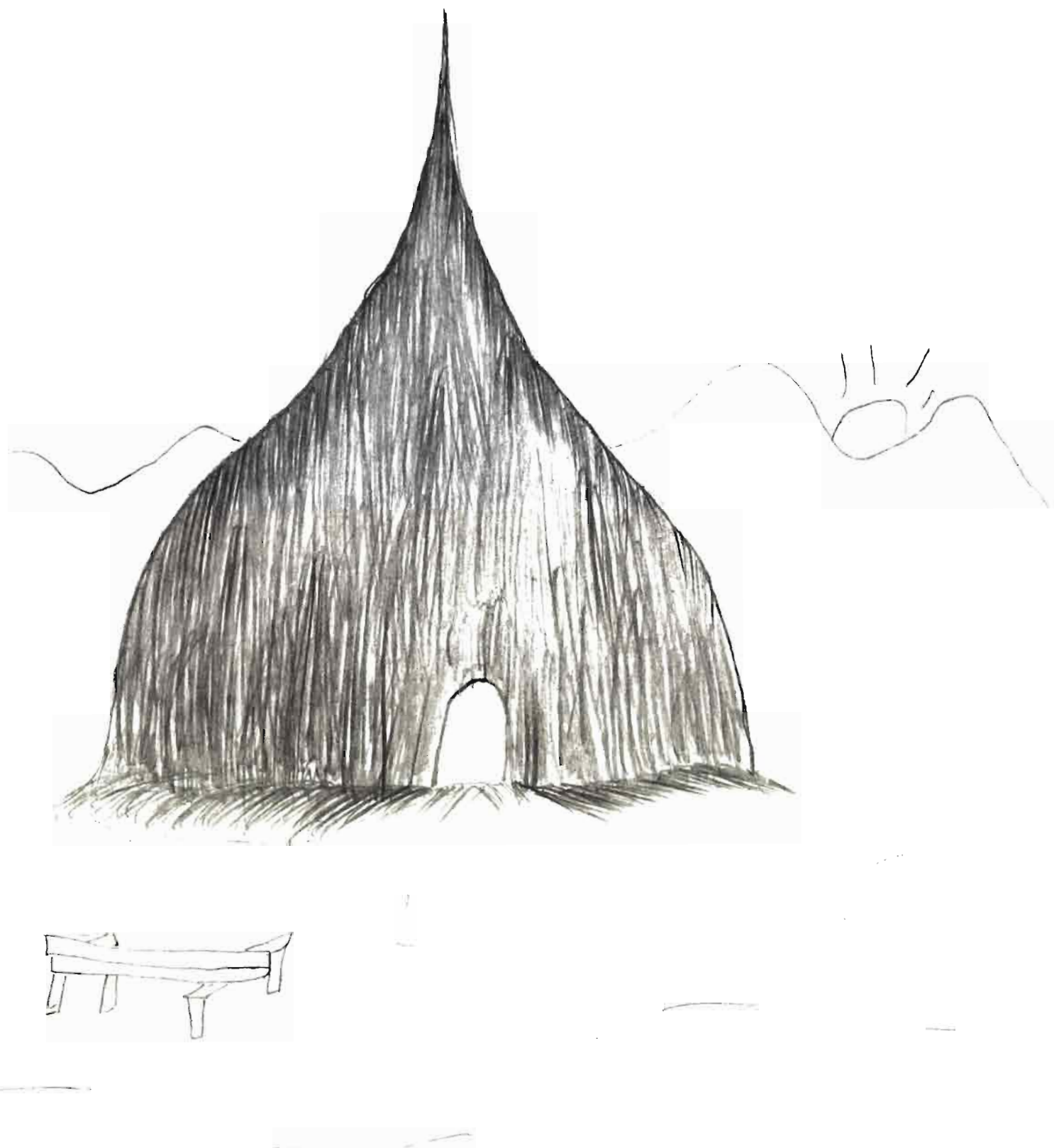
Autores de los dibujos:

José González (33. 36. 37. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 51. 54-54 bis. 58. 59. 60.)

Alonso y Jesús Díaz Mendoza (34. 35. 46. 47. 48. 49. 52. 53. 55. 56. 57. 61. 62. 63.)

Juan Bautista Rivas (38. 50.)

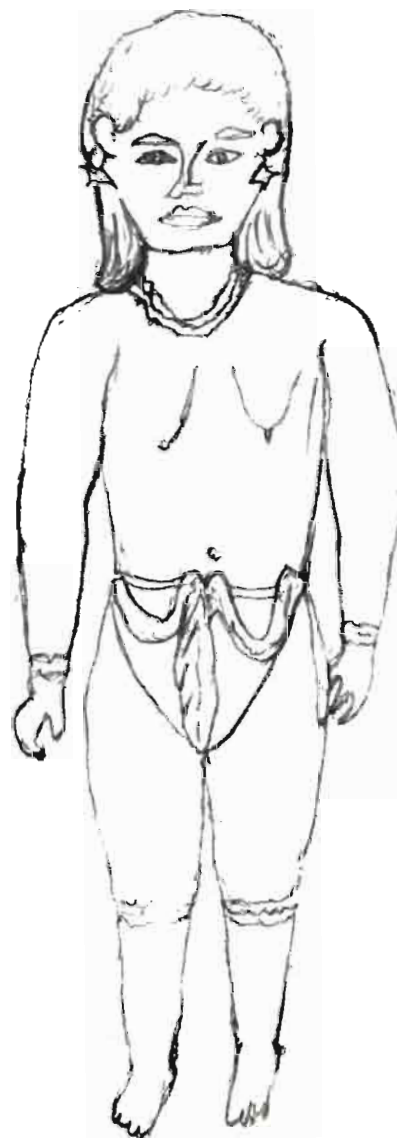
I. EL MUNDO WOTHİHA



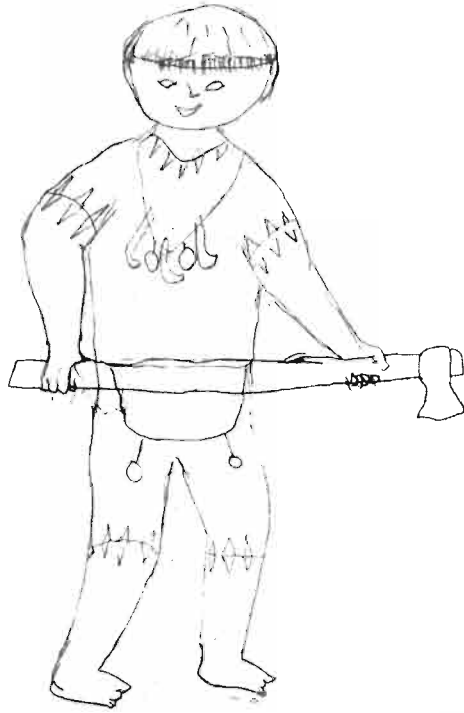
33. "Istode" o churuata tradicional de los pueblos wothİha. *



34. El cazador de aves con su cerbatana y su carjaj.



35. Hombre y mujer wothíha con su ropa y adornos.





36-37. Haciendo el conuco: la tala de los árboles.



38. Familia worhiha trabajando en el conuco.

huāramúaje



39. Los Wothíha transportan en cestas del conuco al pueblo los productos cosechados.

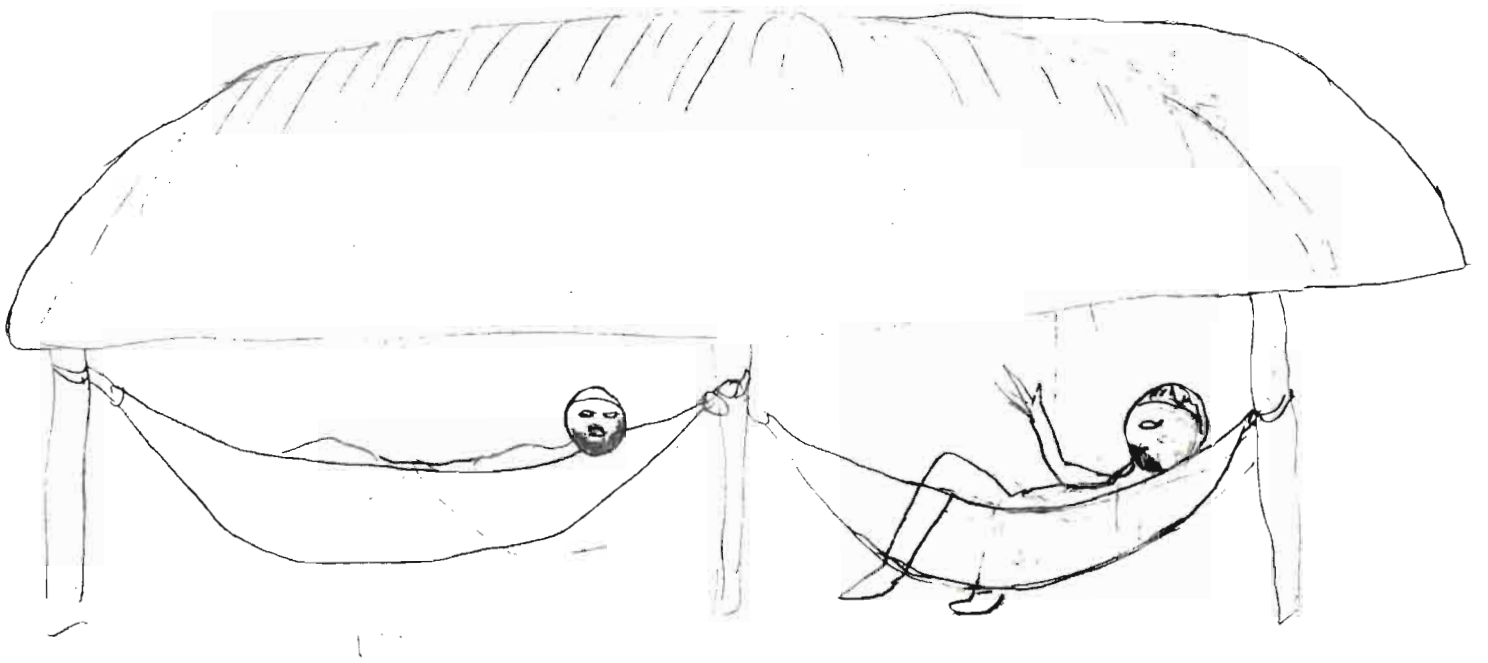


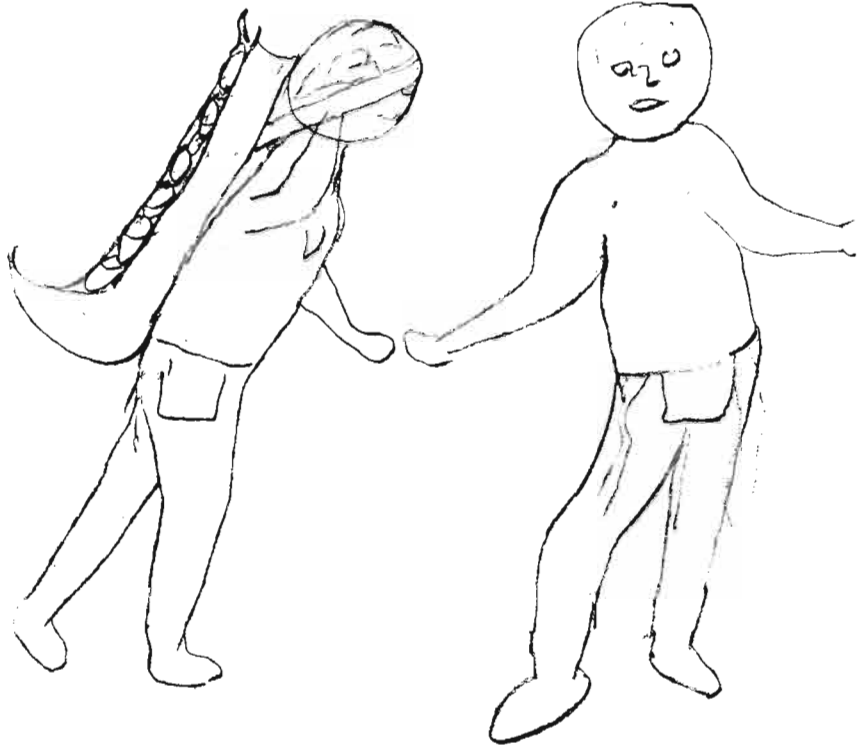


40-41. Las armas de cacería: cazando con punta-arpón, lanza y cerbatana.



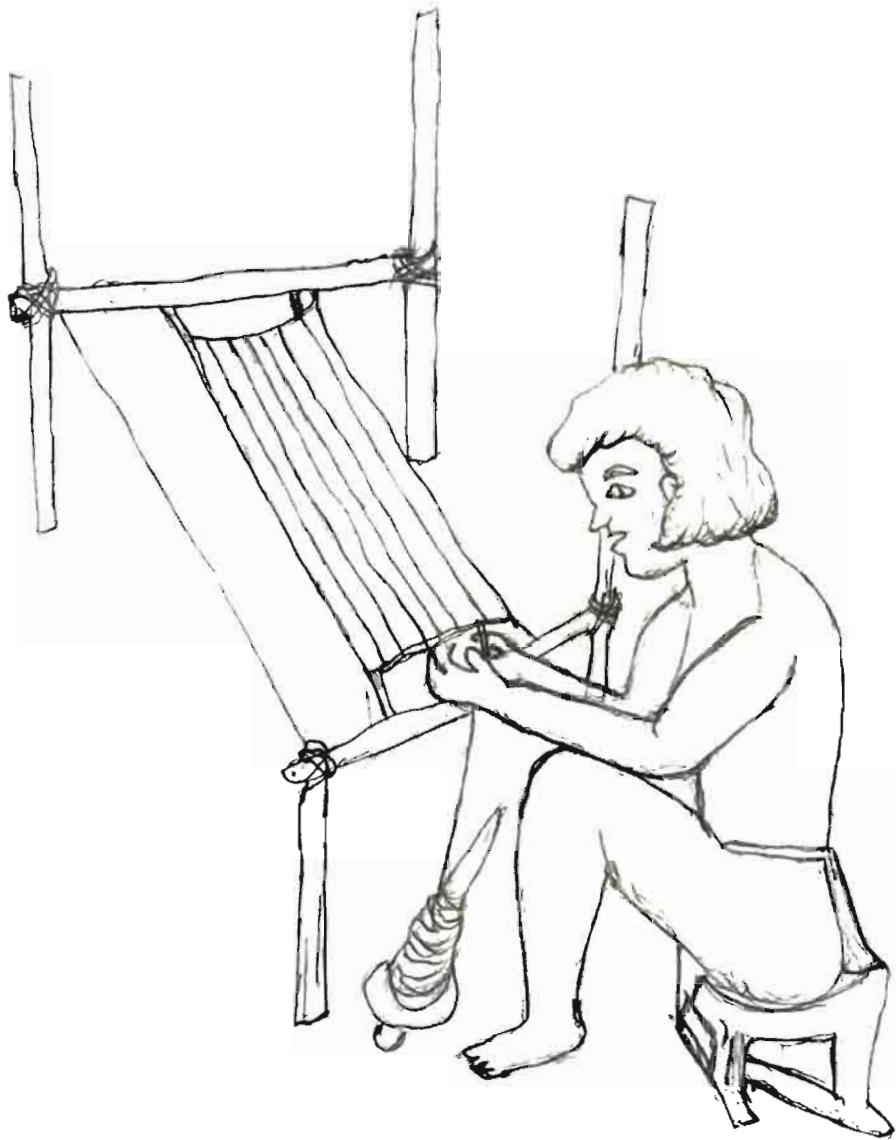
42. La casa con hojas de palmeras.

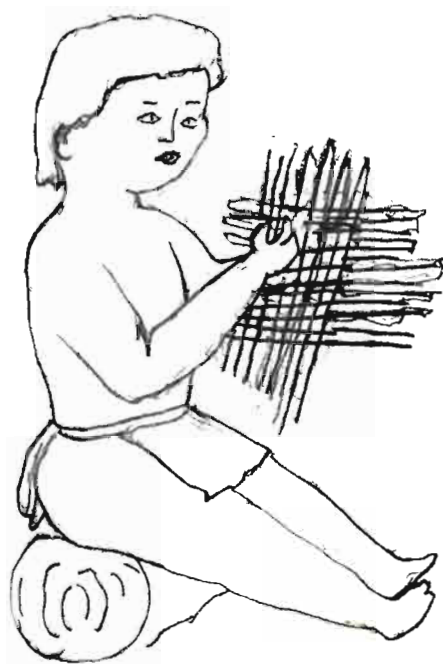






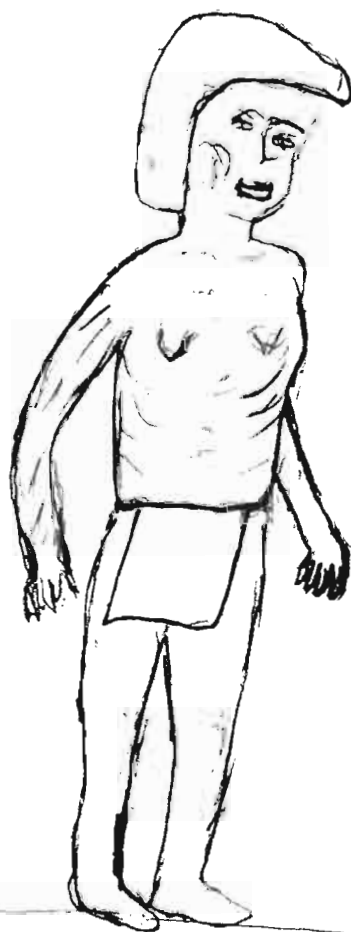
45. El trabajo con el sebucán: preparando el manioco para hacer casabe.

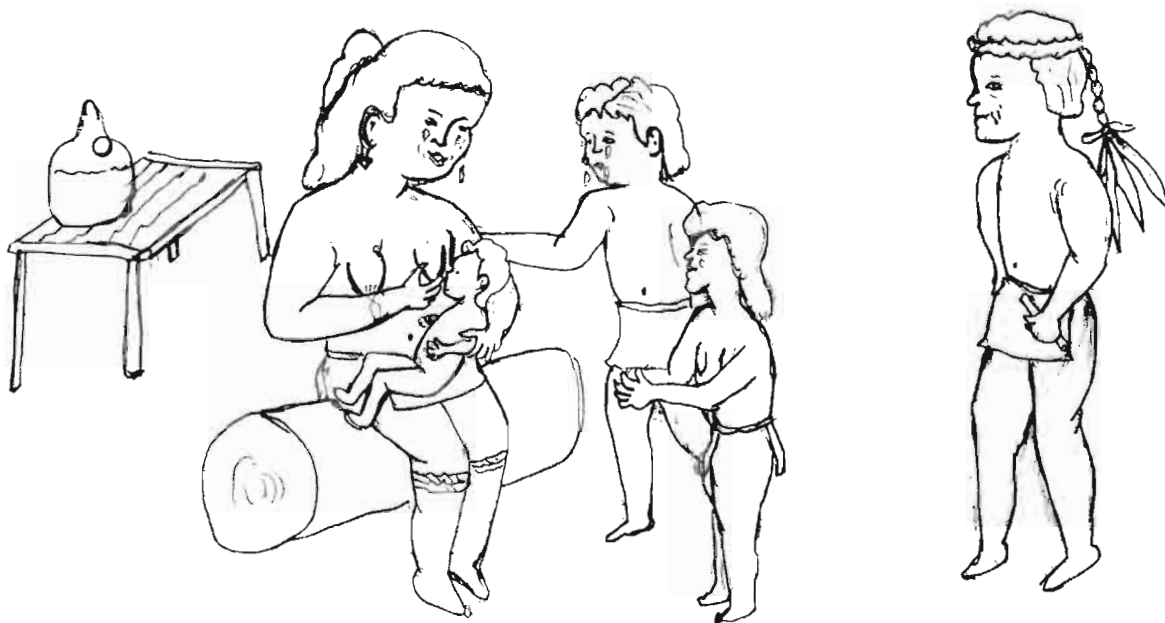


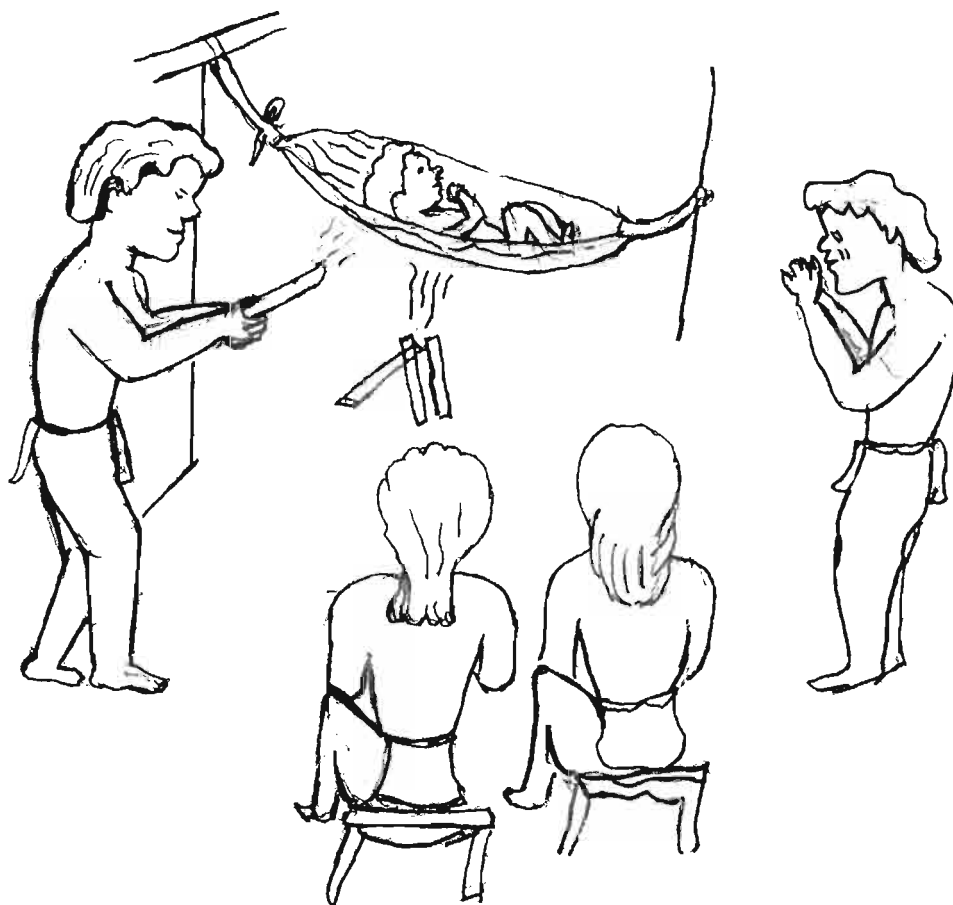


46. "Una mujer wothíha tejiendo guayuco y un hombre haciendo una cesta o manare".

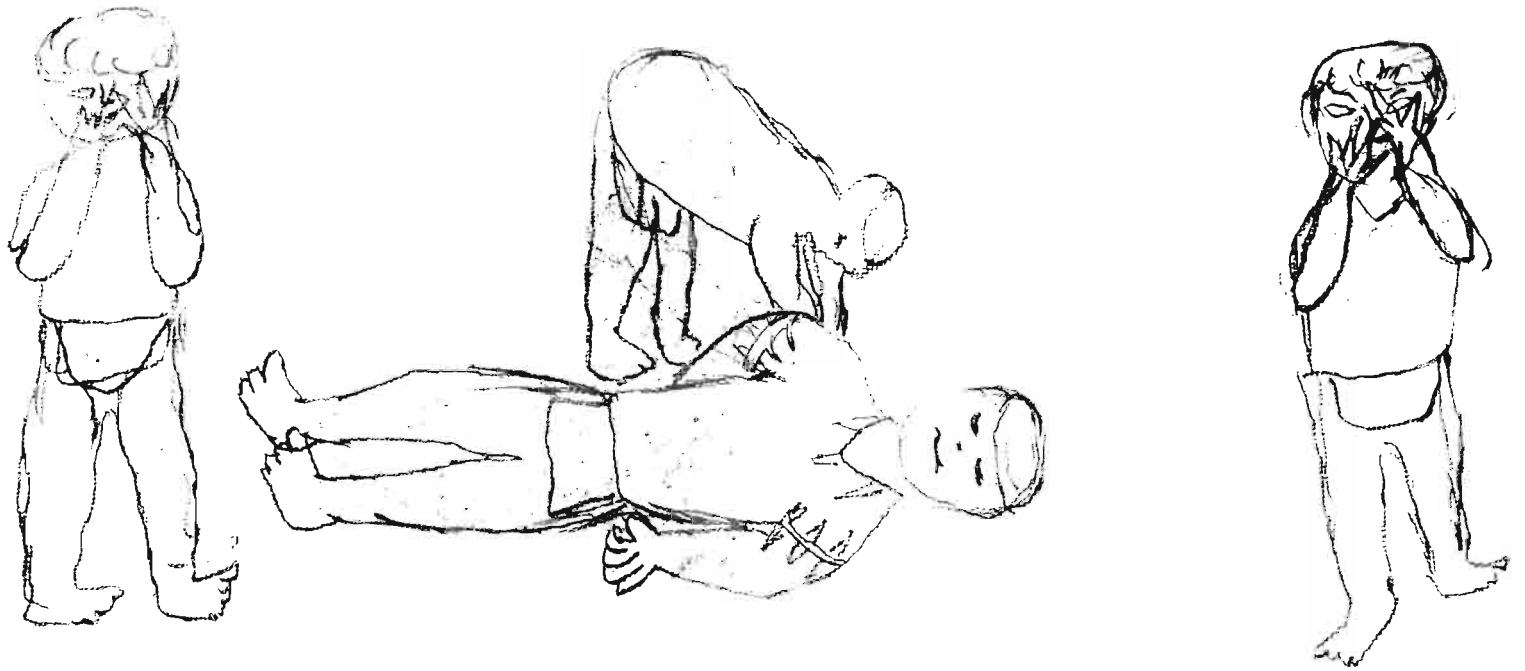
II. LA ENFERMEDAD Y EL TRABAJO DE LOS SHAMANES

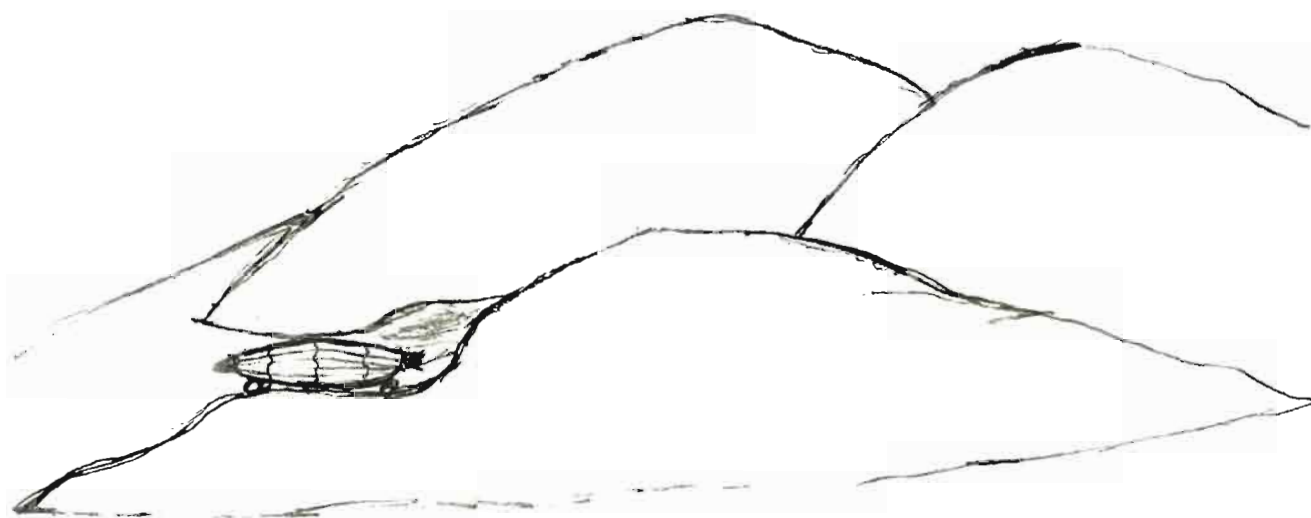










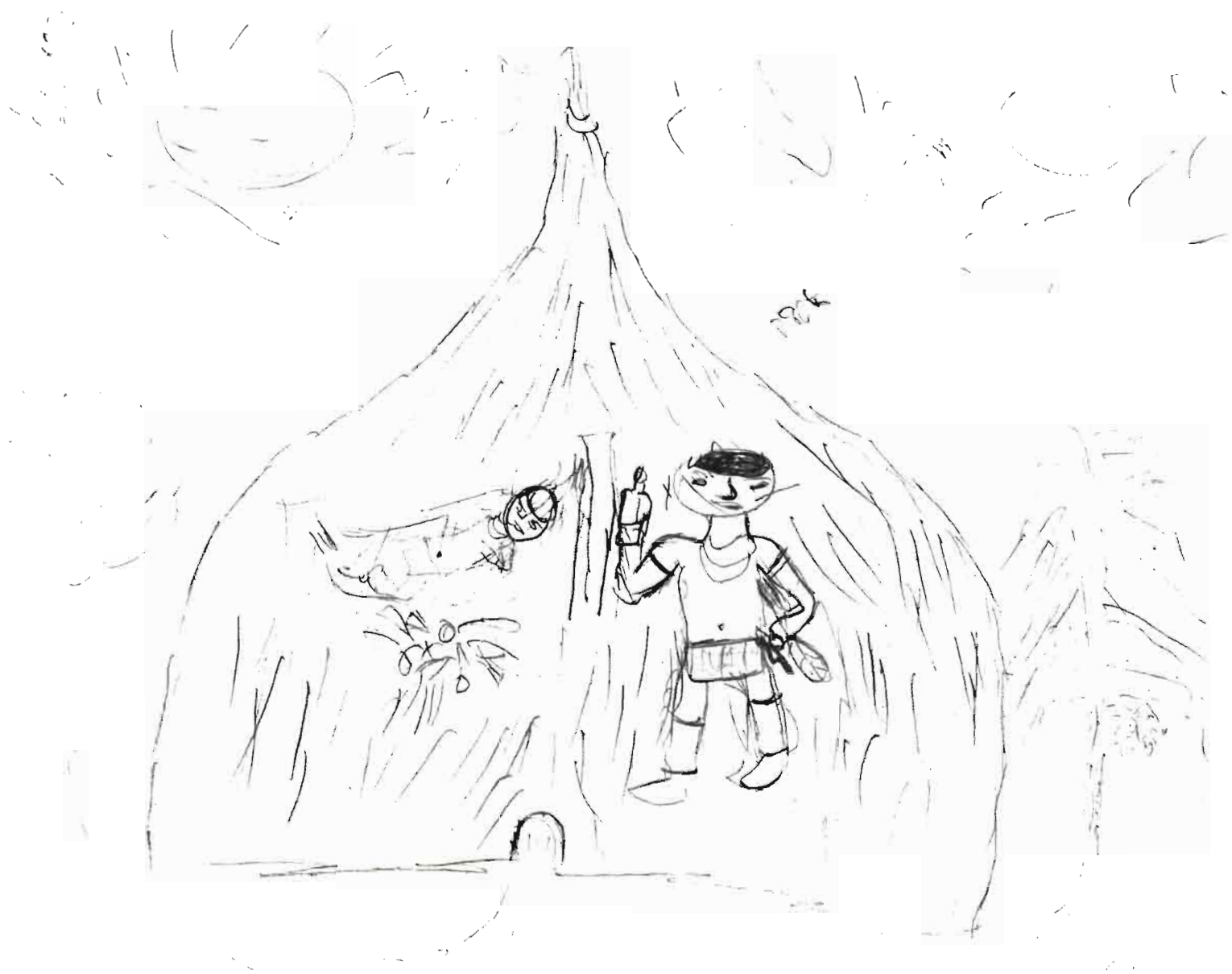


52. El entierro tradicional wothiha. *

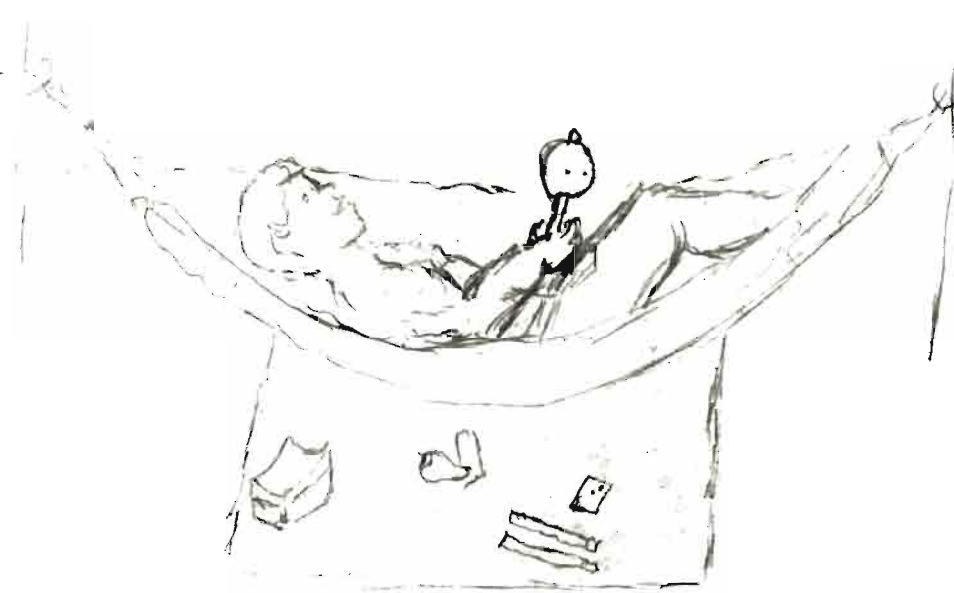


53. Después de la muerte de uno, la lucha del shamán en contra de las fuerzas malas .



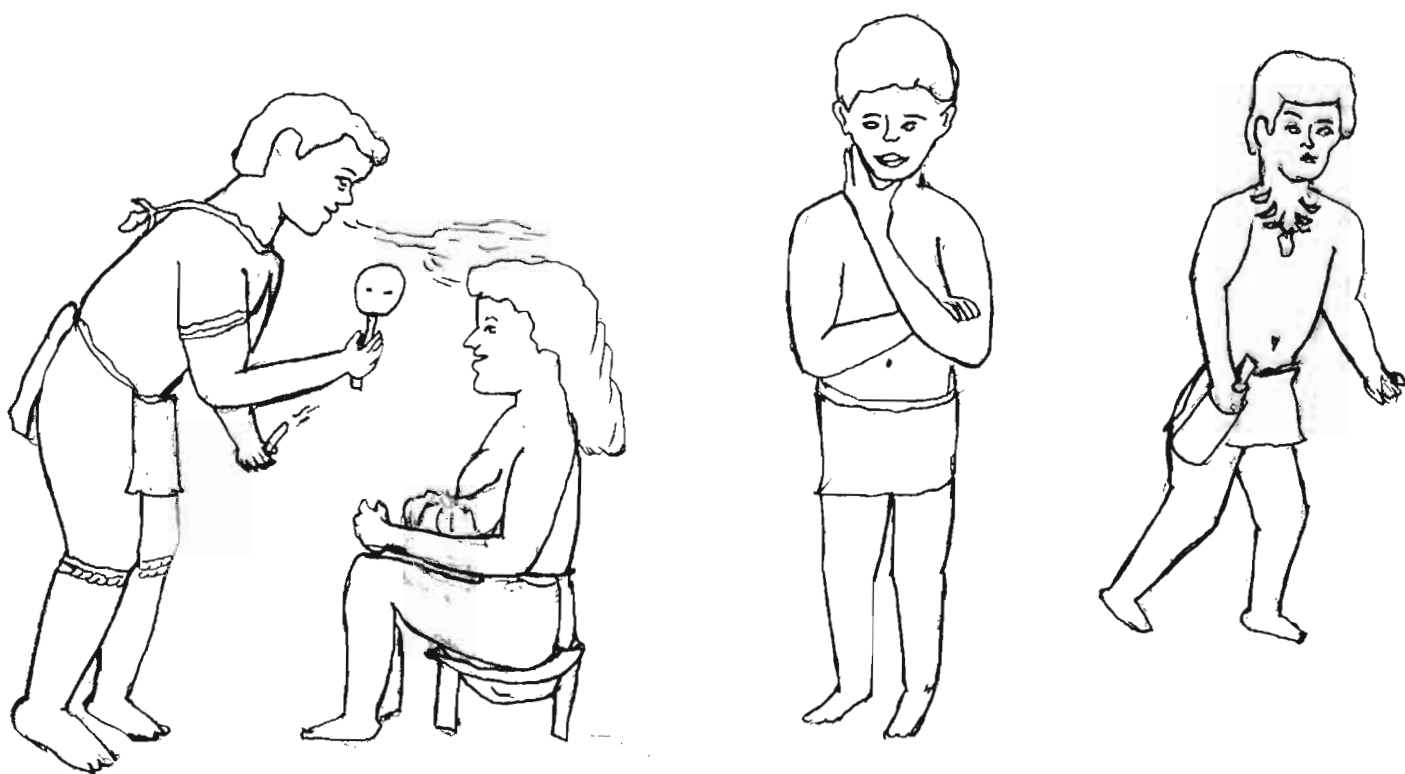


54-54 bis. Un shamán curando con plantas a un enfermo en su chinchoro.

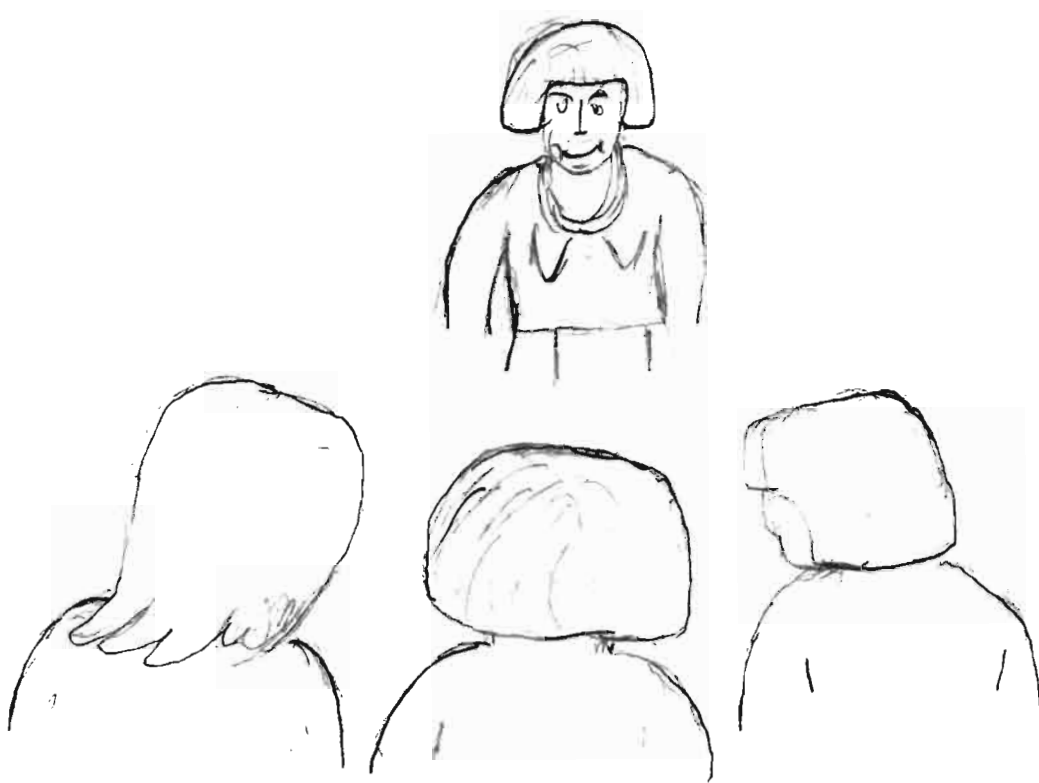




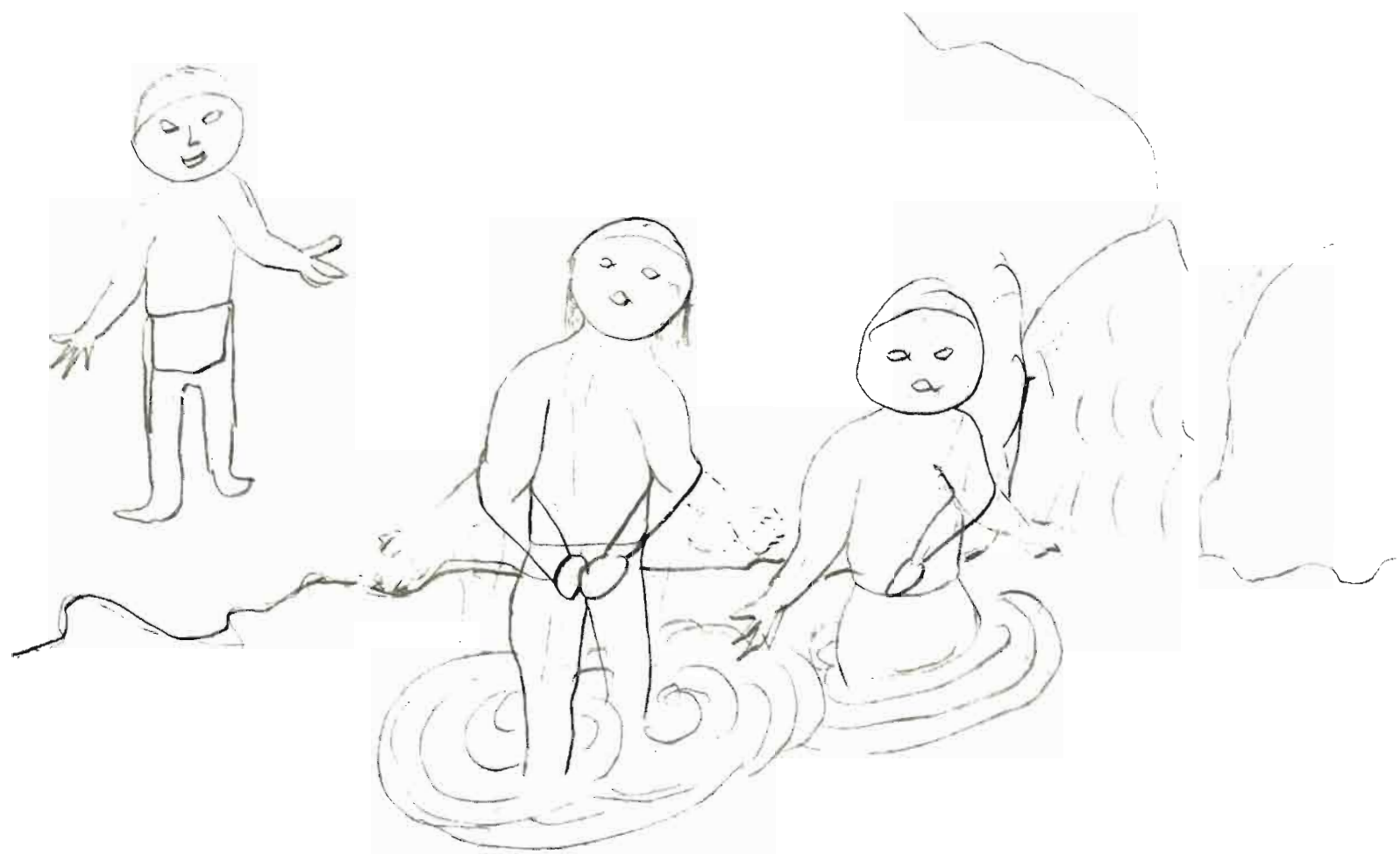
55. *Arriba izq.*: El shamán canta para invocar a los espíritus en su chinchorro con su maraca. En el suelo, una estera, yopera, collar-amuleto y tabacos. *Abajo izq.*: El reza el agua en botellas. *Derecha*: Da al niño enfermo un poco de agua rezada en una totuma.*



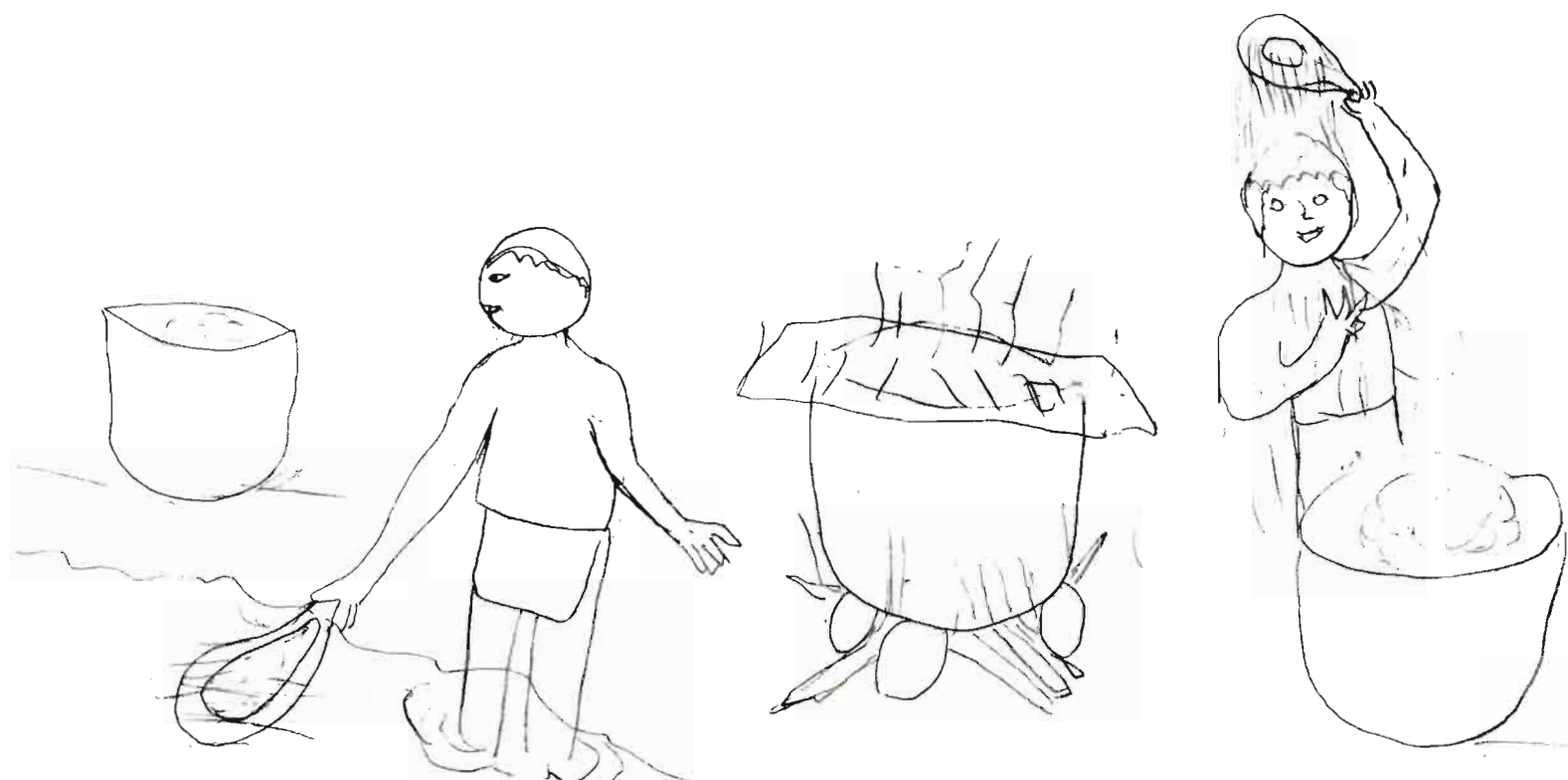
56. El shamán wothiha, con su maraca y tabaco, “sopla” el humo sobre una madre.



57. “Una anciana wothíha aconsejando a jóvenes y niños o niñas”. *

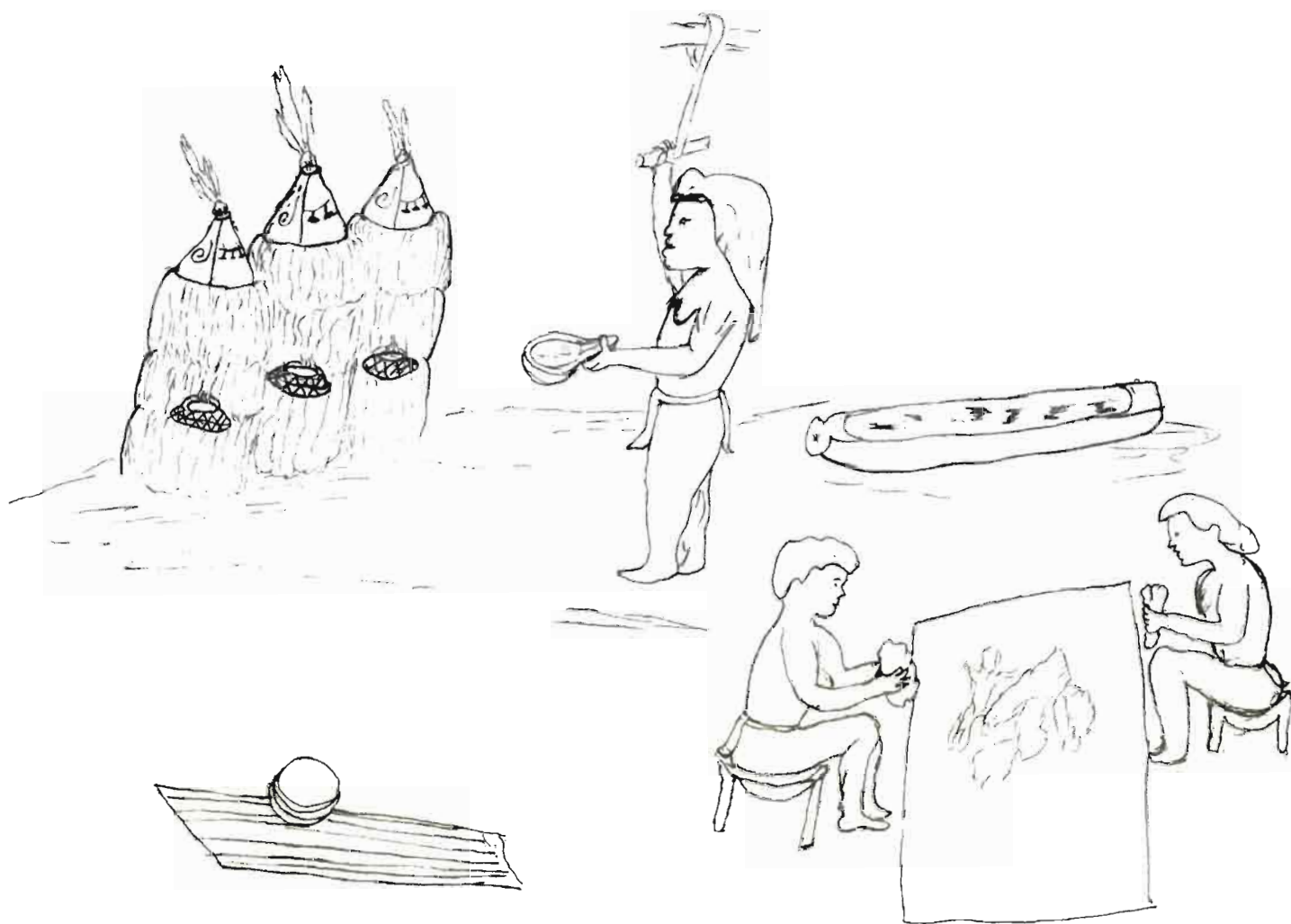


58. Limpieza del cuerpo: lavándose en el río.

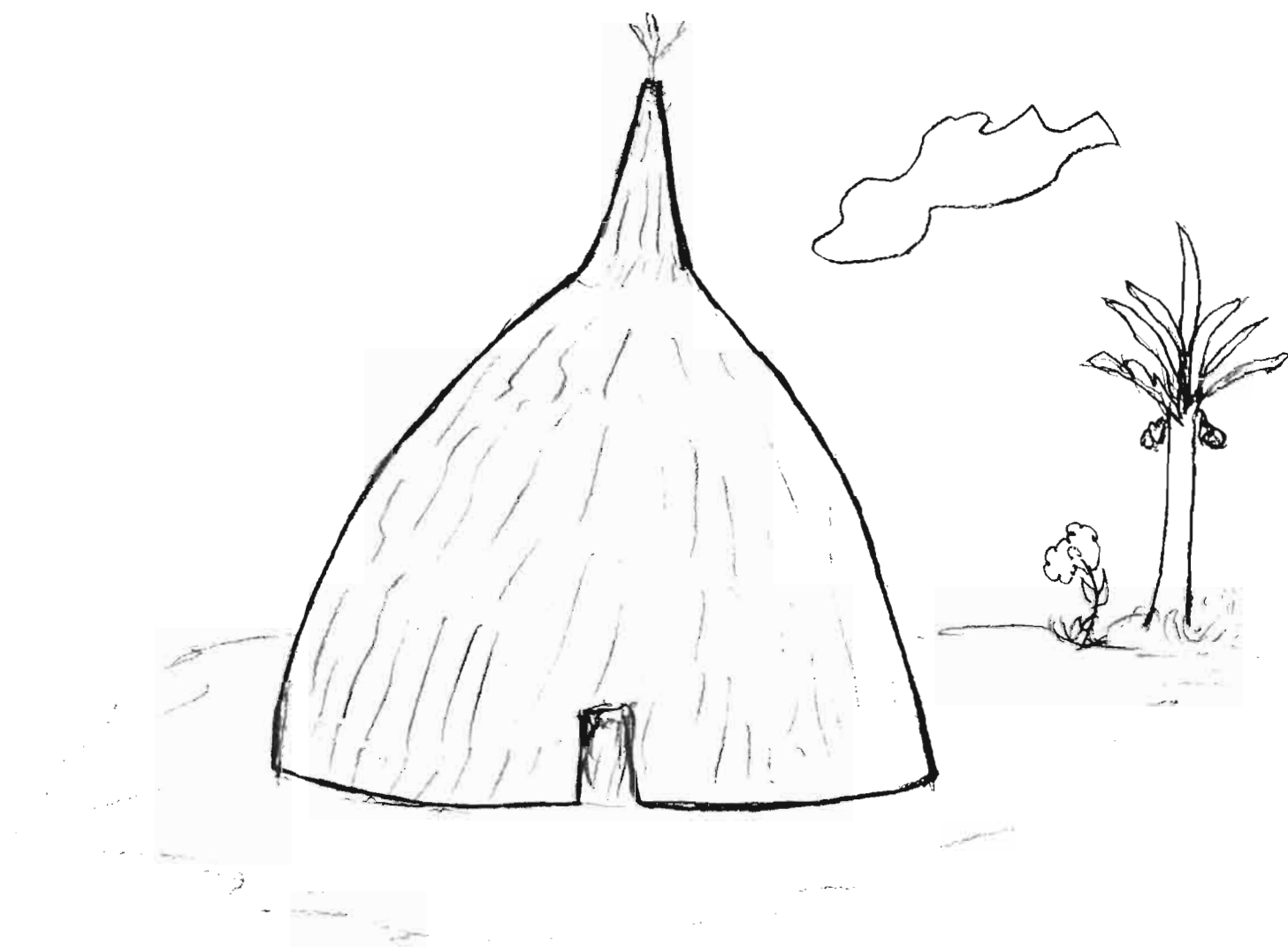


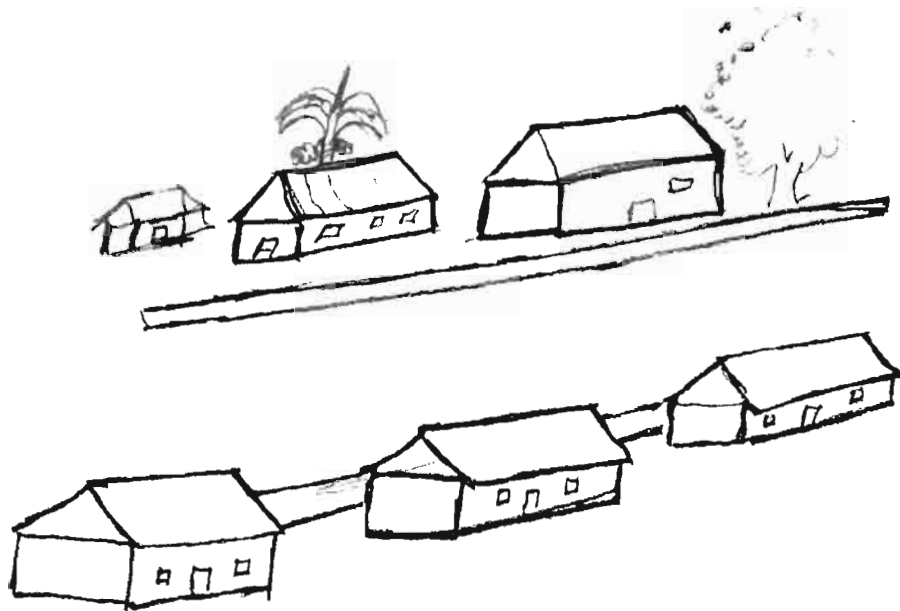
III. LA FIESTA CEREMONIAL ENTRE LOS WOTHİHA





61. Ritual y máscaras de “báquiro” en la fiesta “Warime”.
la canoa de bebida fermentada y la preparación del casabe para la fiesta. *





63. "Comunidad típica actual wothüha" (Paria Grande). *

LOS ARAWAK. LOS KURRIPAKO Y LOS CHASE

Autores de los dibujos chase:

Abel Rodríguez (67. 87. 88.)

Jimy Rodríguez (66. 70. 82. 84.)

Juan Bautista Rodríguez (64. 68. 69. 77. 79. 83.)

Autores de los dibujos kurripako:

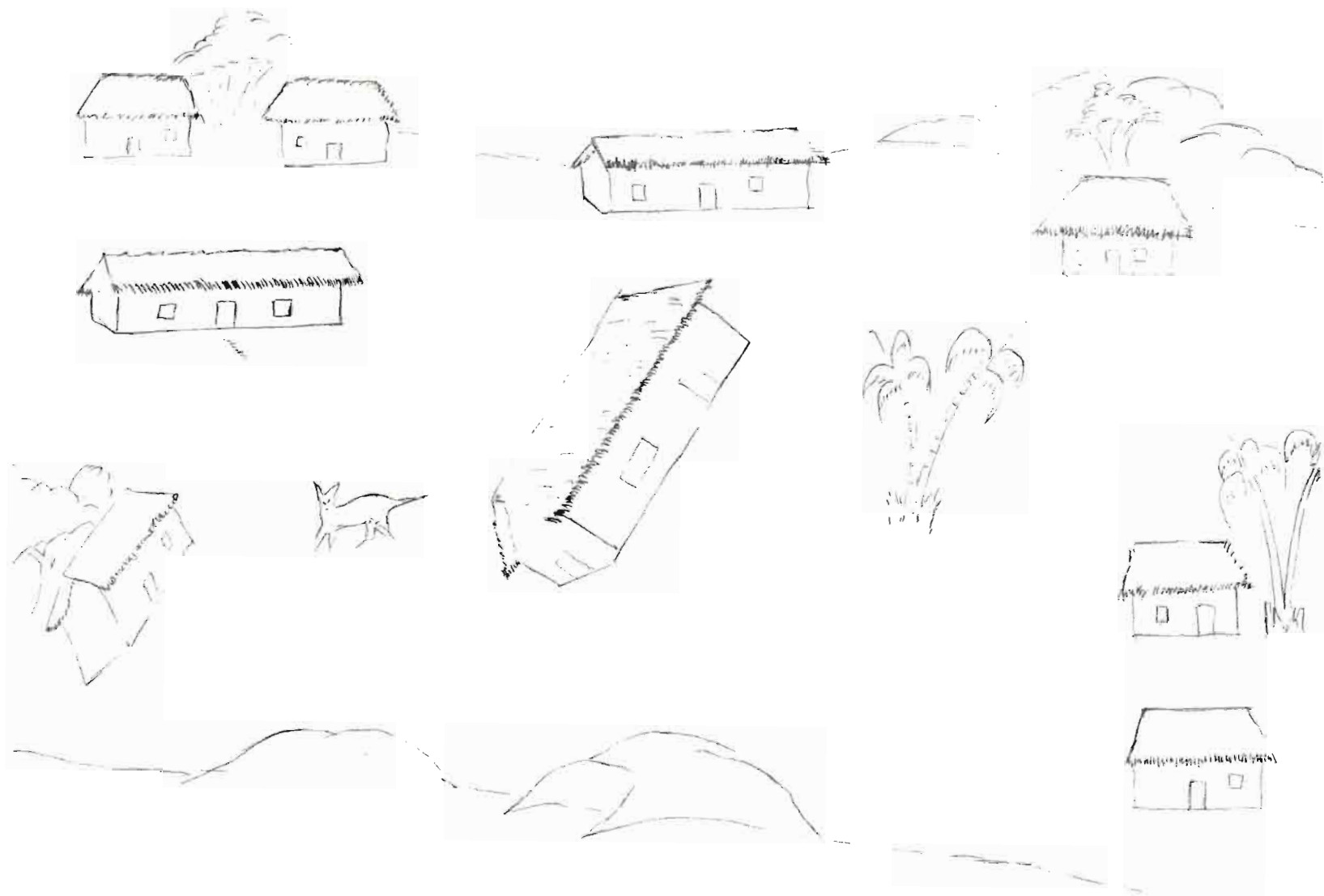
Eleazar Torcuato (65. 75. 76. 80.)

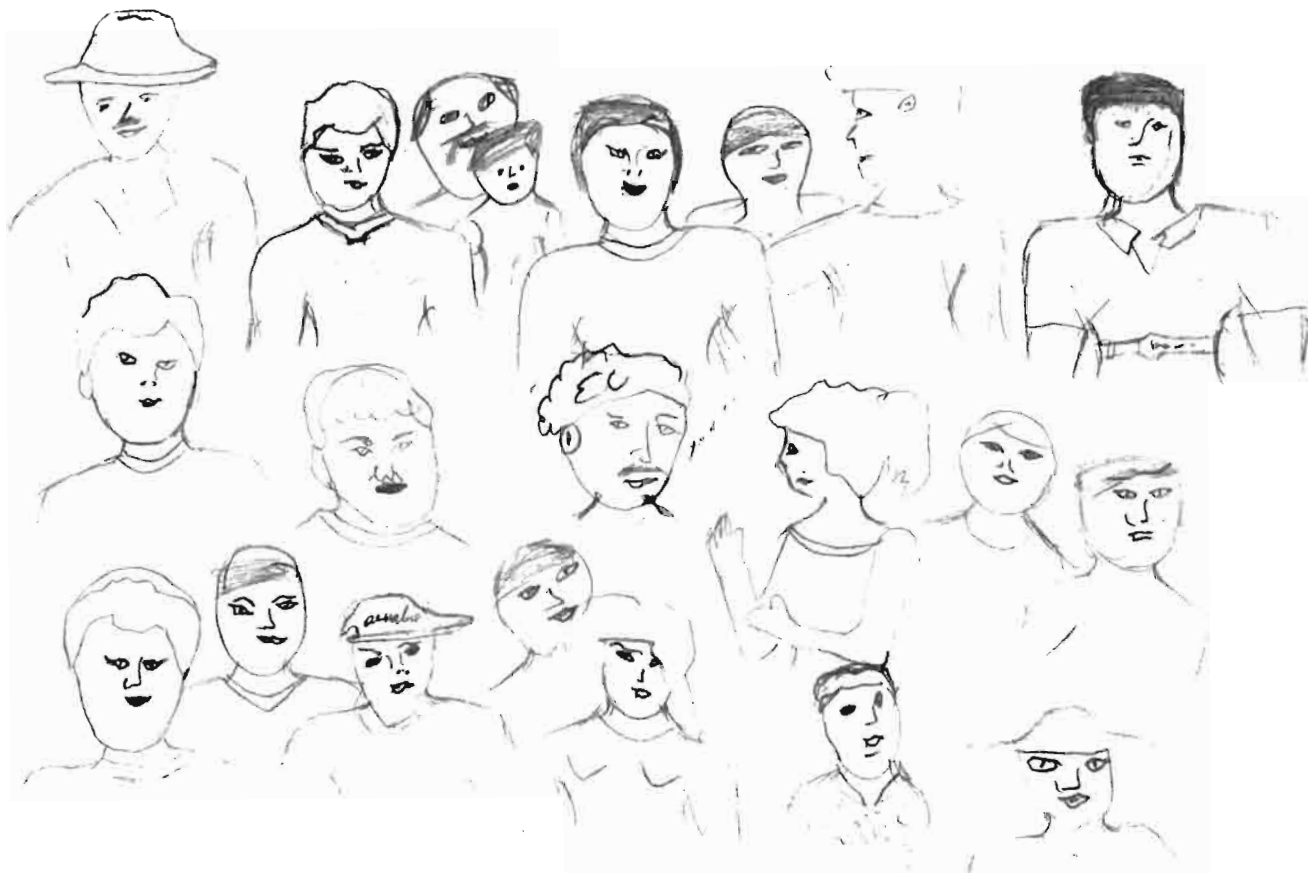
Nina Yavinape (71. 72. 73. 74. 78. 85. 86.)

Eleazar Torcuato y Nina de Menare (81)

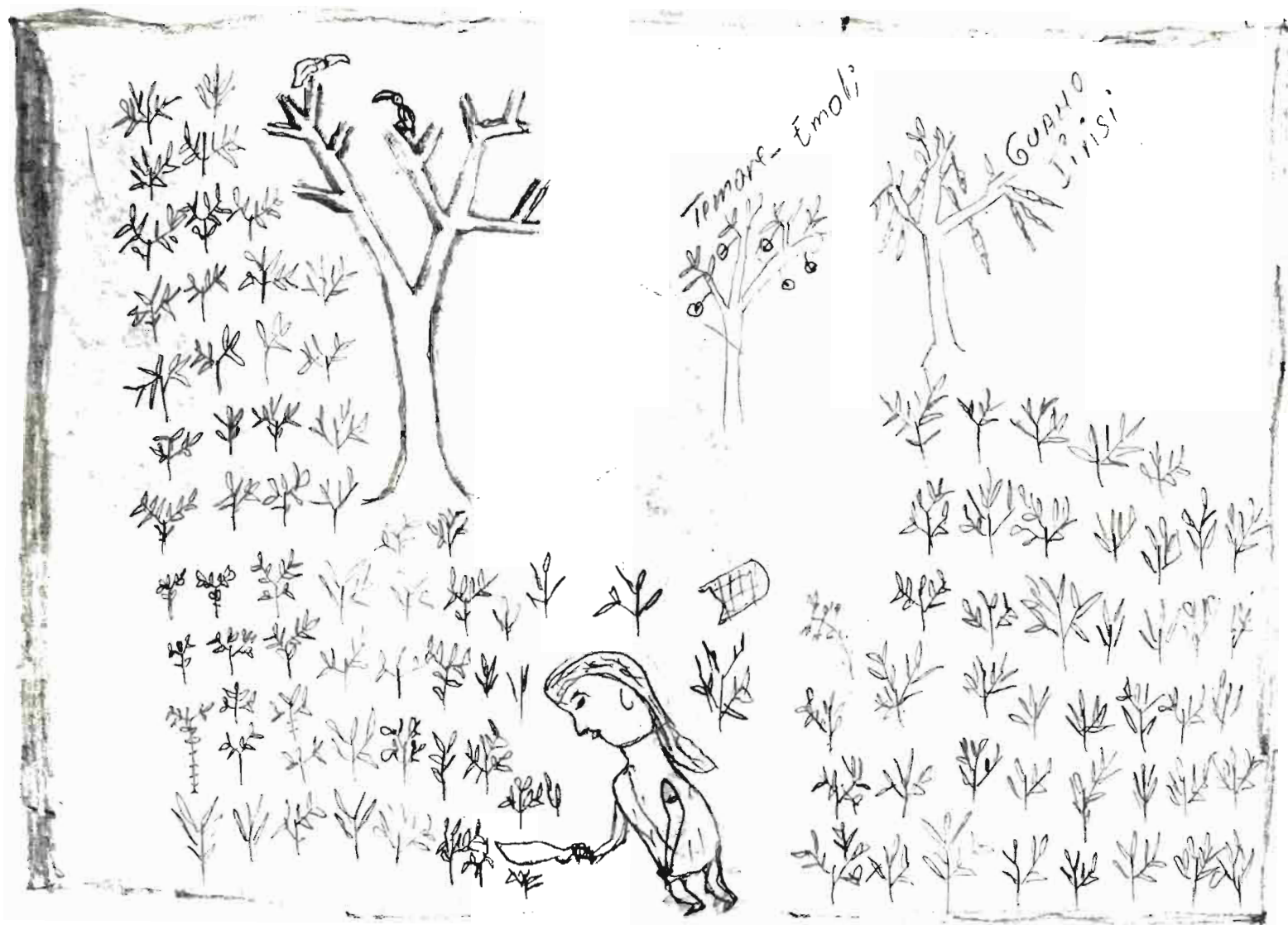
I. EL MUNDO ARAIAK







66. Reunión de una comunidad chase en su pueblo.



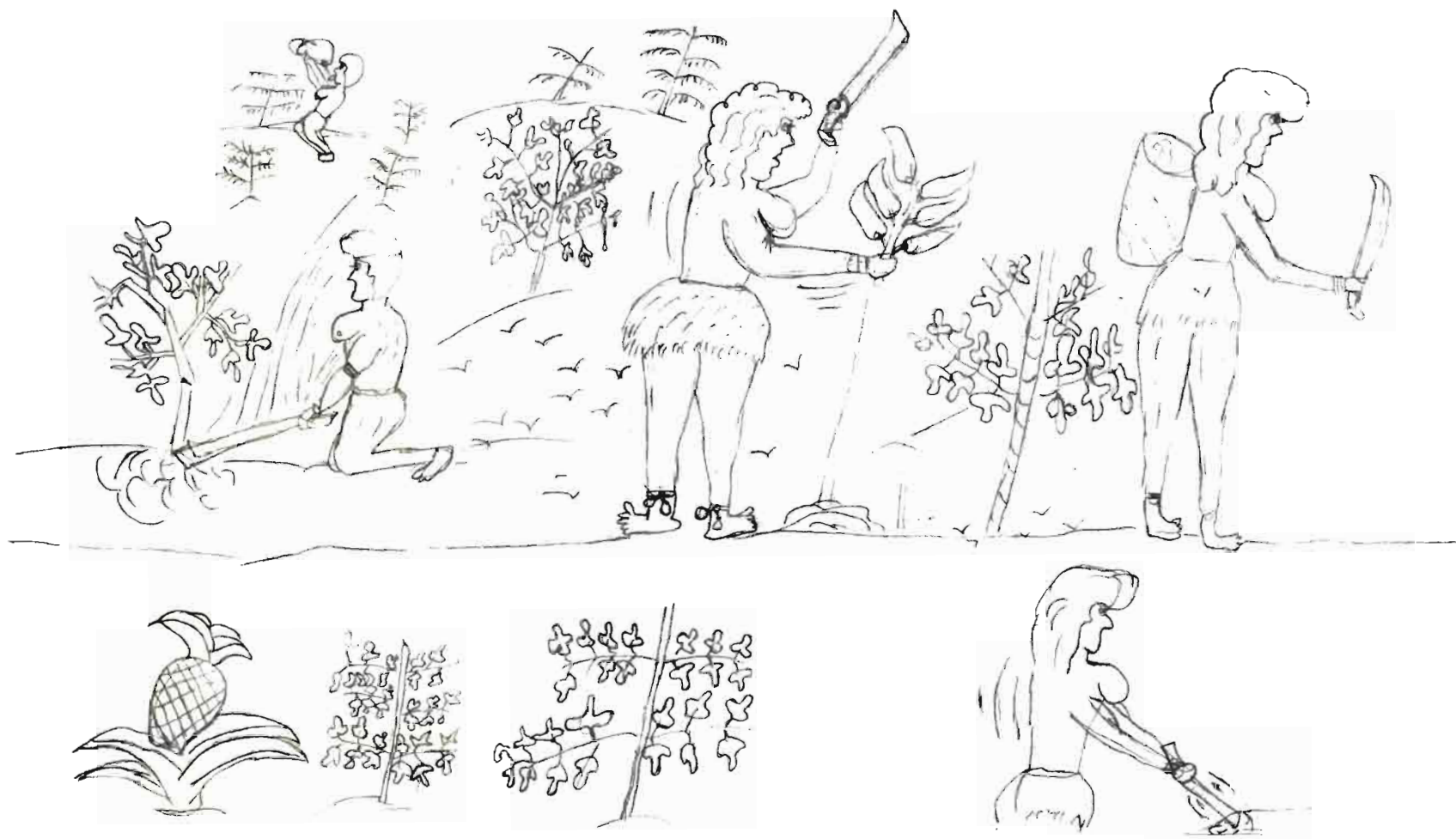
67. Mujer chase trabajando en el conuco.



68. "Ichawideri idewa. una salta de pescado". Hombre cazador con arco y flecha.

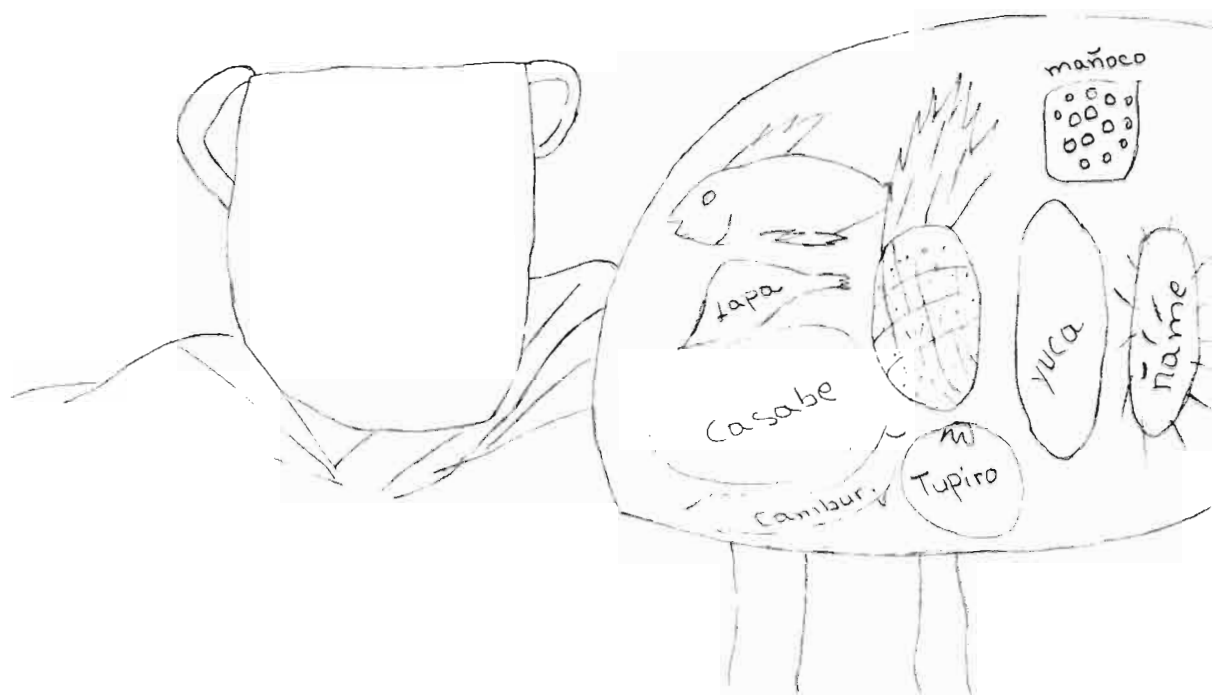


69. Un sabio kurripako aconsejando a un niño.

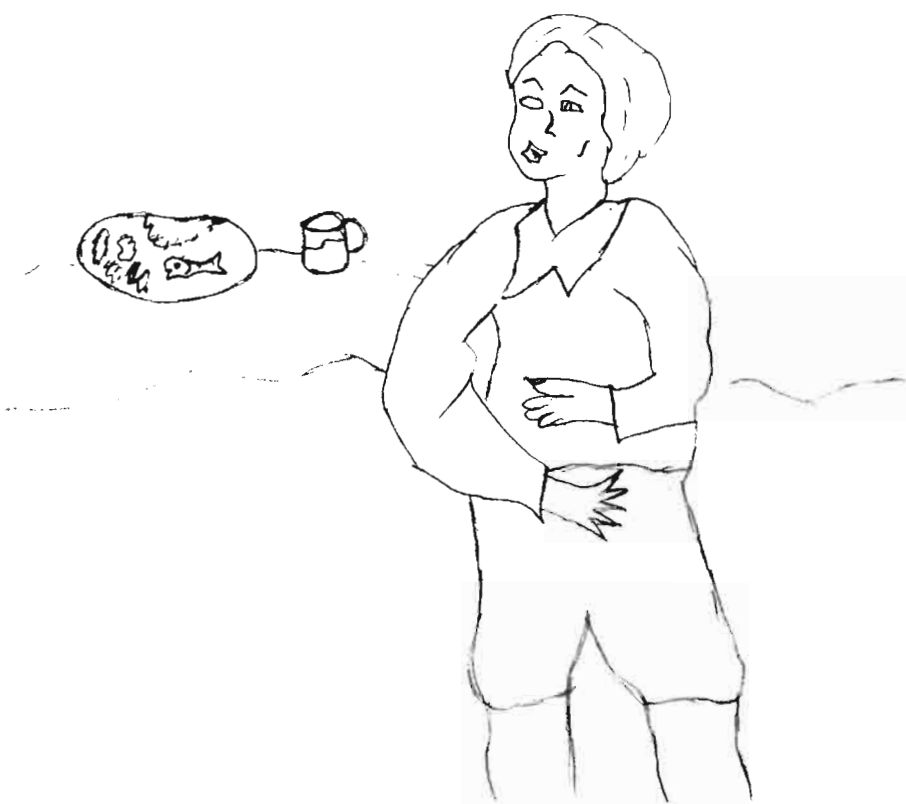


70. Un familia chase trabajando junta en el conuco.





71-72. La comida de los Kurripako.



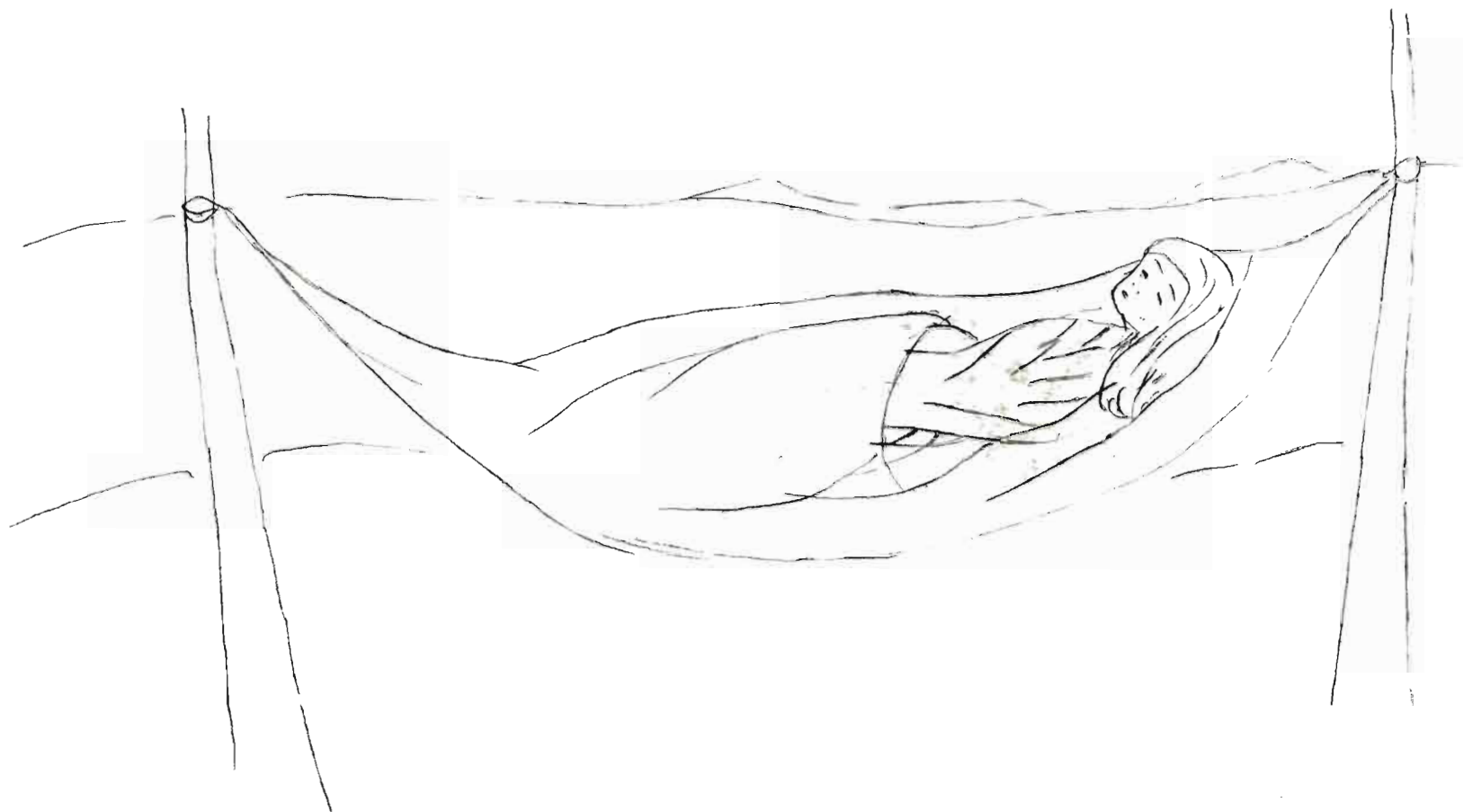


74. Un sabio kurripako enseña a una madre las prohibiciones alimentarias y la comida buena para la salud de su niño. *

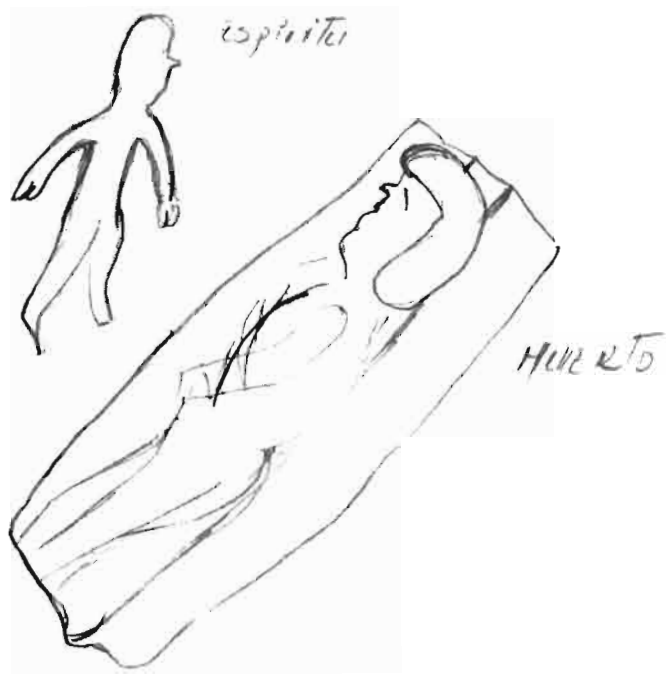
II. LA ENFERMEDAD Y EL TRABAJO DE LOS SHAMANES



75. El canto del pájaro "waka-wa" anuncia la enfermedad y hasta la muerte del mundo kurripako. *



76. "Una hermana indígena muerta por una enfermedad en la sangre".

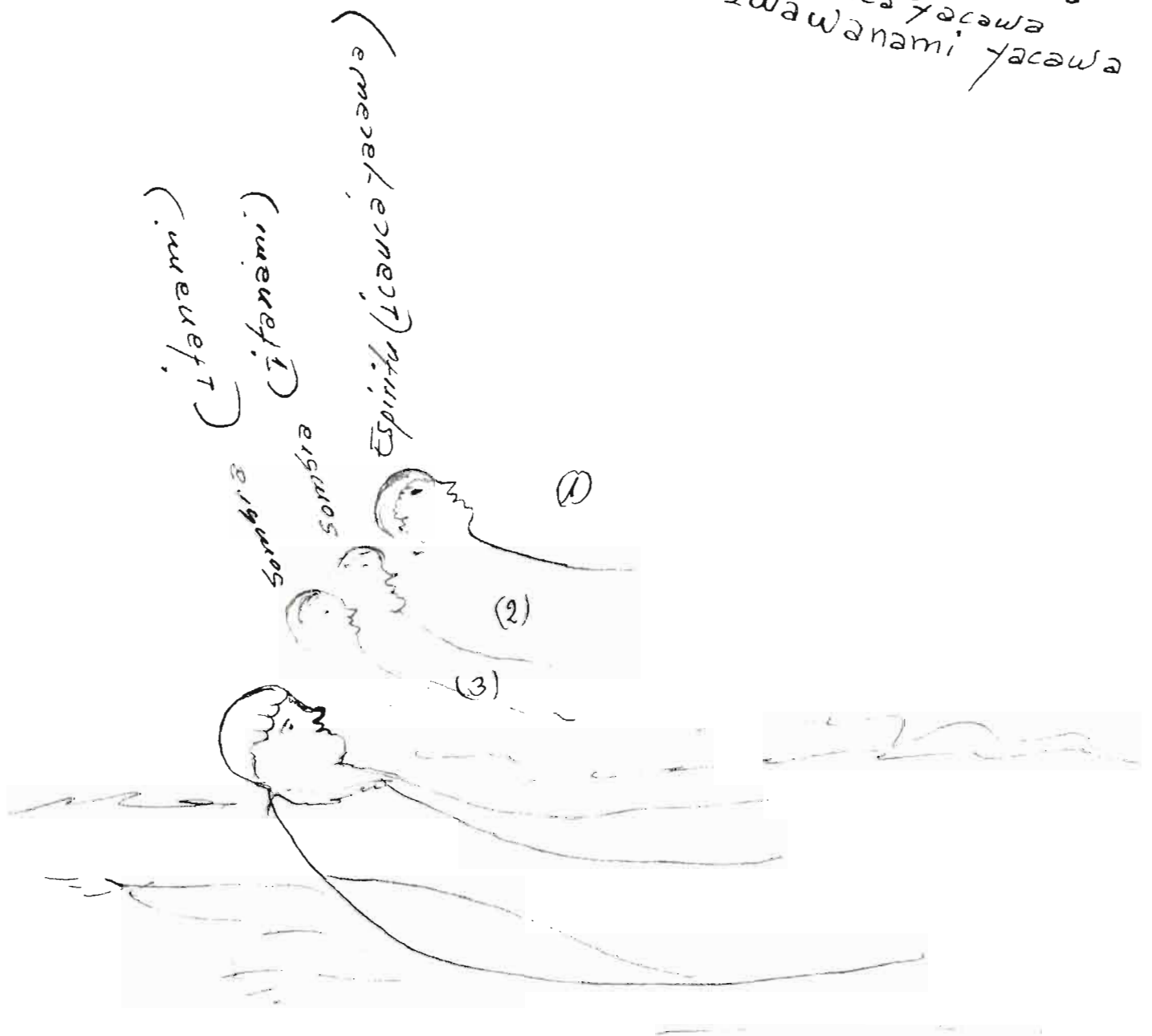


77. La salida del espíritu del muerto. Dibujo chase. *

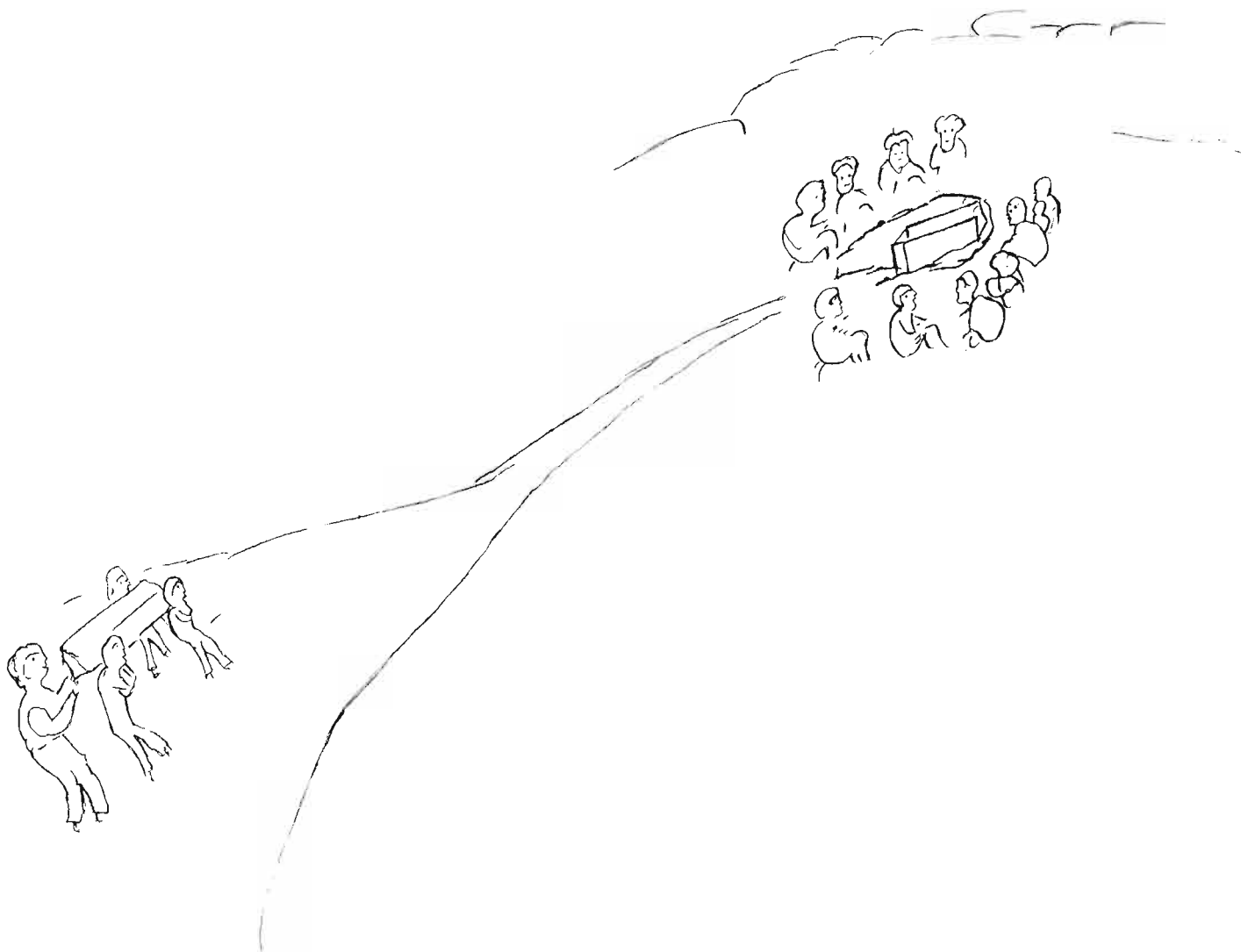


78. Llorando a una difunta.

Weneica Yeteriwa
 icauca yacawa
 iwawanami yacawa



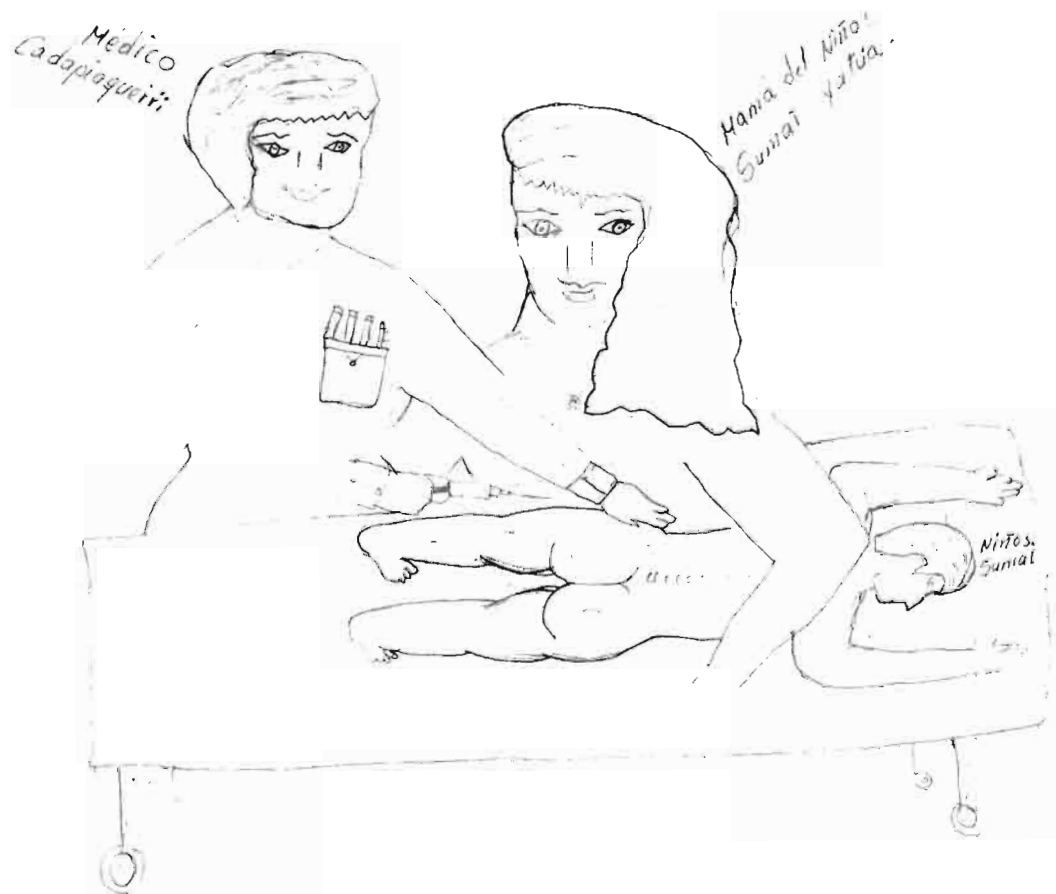
79. "Weneica Yeteriwa icauca yacawa iwawanami yacawa.
 El espíritu y la sombra del muerto se van". Dibujo chase. *



80. Un entierro kurripako. *

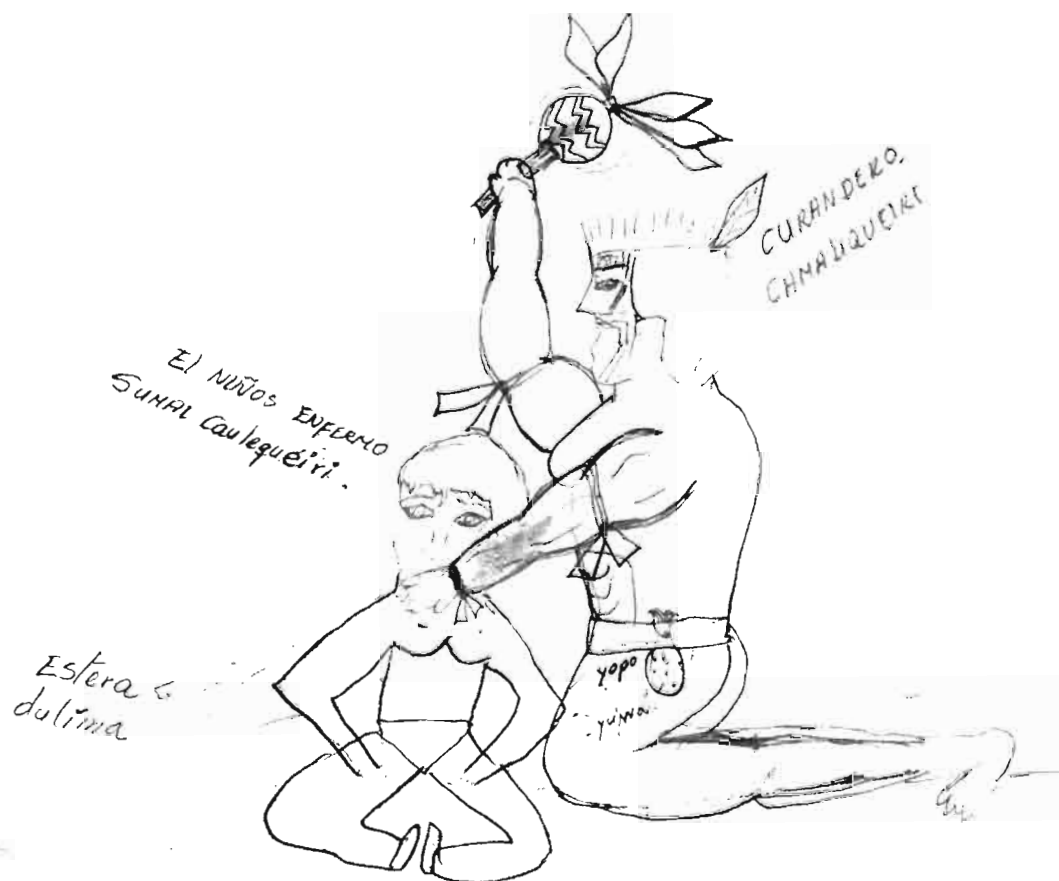


81. Madre kurripaka con un niño enfermo y el shamán.





83. "Caamaliqueri. El curandero chasee". Curando a un niño enfermo con maraca y rezando agua.



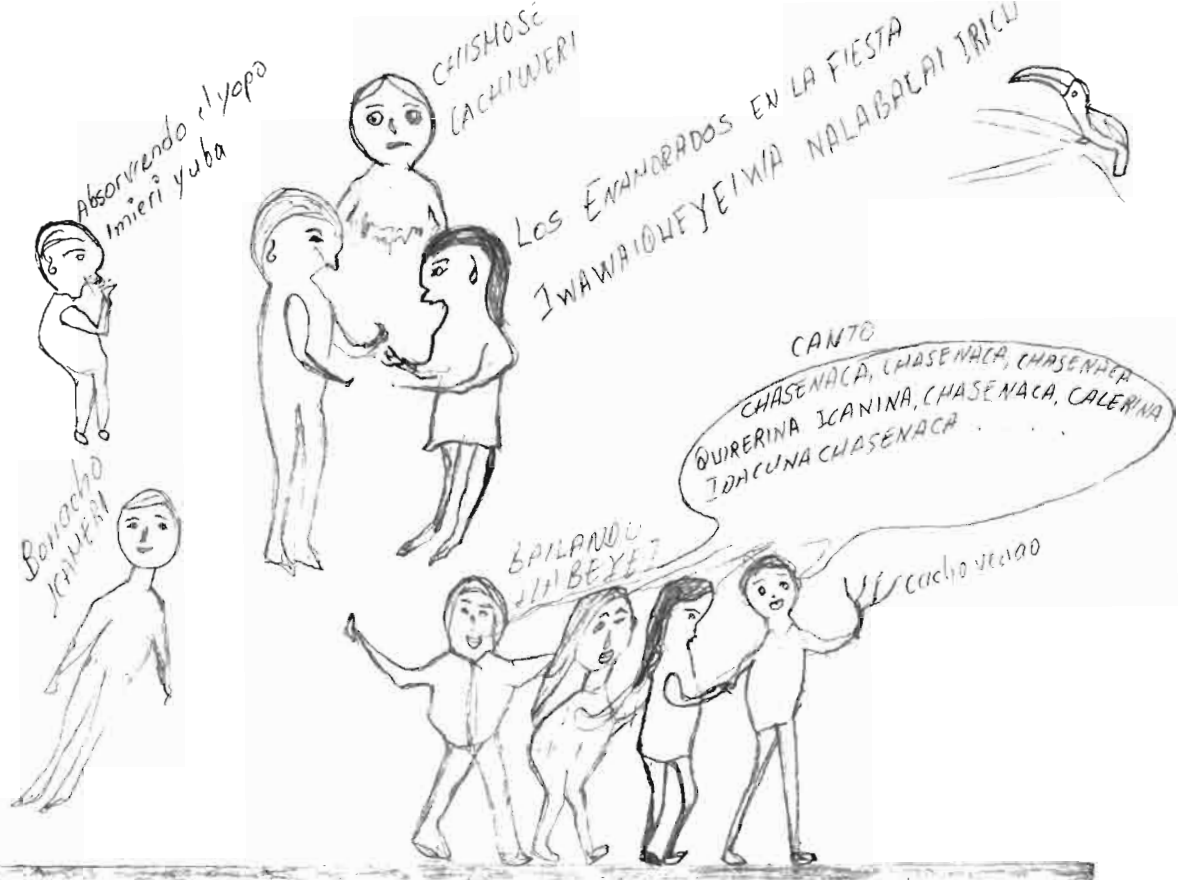


85. Bañando al niño kurripako con agua tibia.

III. LA FIESTA ENTRE LOS ARAIAK







BAILE TIPICO DE LOS CHASE
CHASENAI ICACANAWA ILABACA

DEBUTADO POR
ABEL RODRIGUEZ

LOS YE'KWANA

Autores de los dibujos:

Alfredo Chamanare (89. 108.)

Abel González (90.)

Natanael González Padamo (91.)

Isaias Pérez Guevara (92. 95. 97. 98. 99. 103. 104. 106. 112. 113. 115.)

Silvia F. Rodríguez (93. 94. 96. 105. 107.)

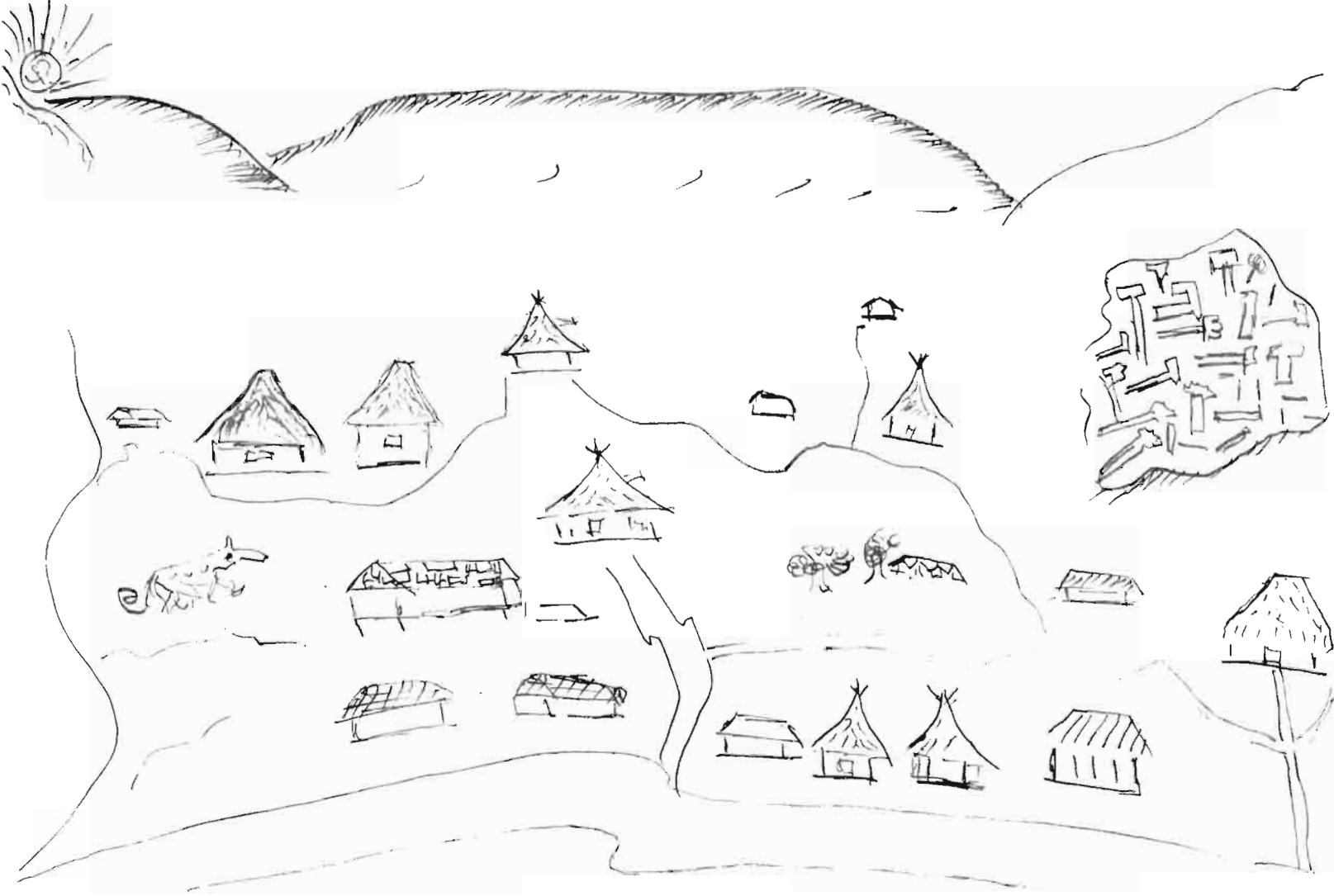
Daniel Rodríguez Napoleón (114.)

Eulalia Rodríguez (110. 111.)

Tito Pérez (100. 101. 102.)

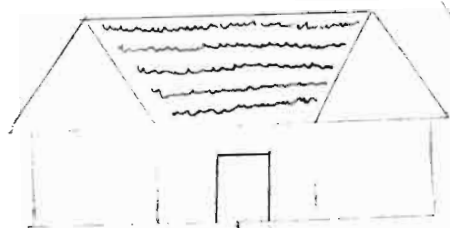
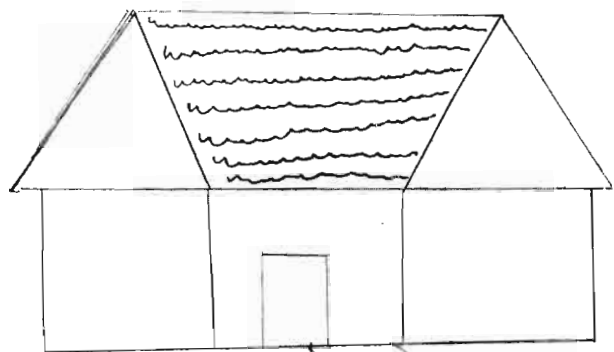
anónimo (109.116.)

I. EL MUNDO YE'KWANA



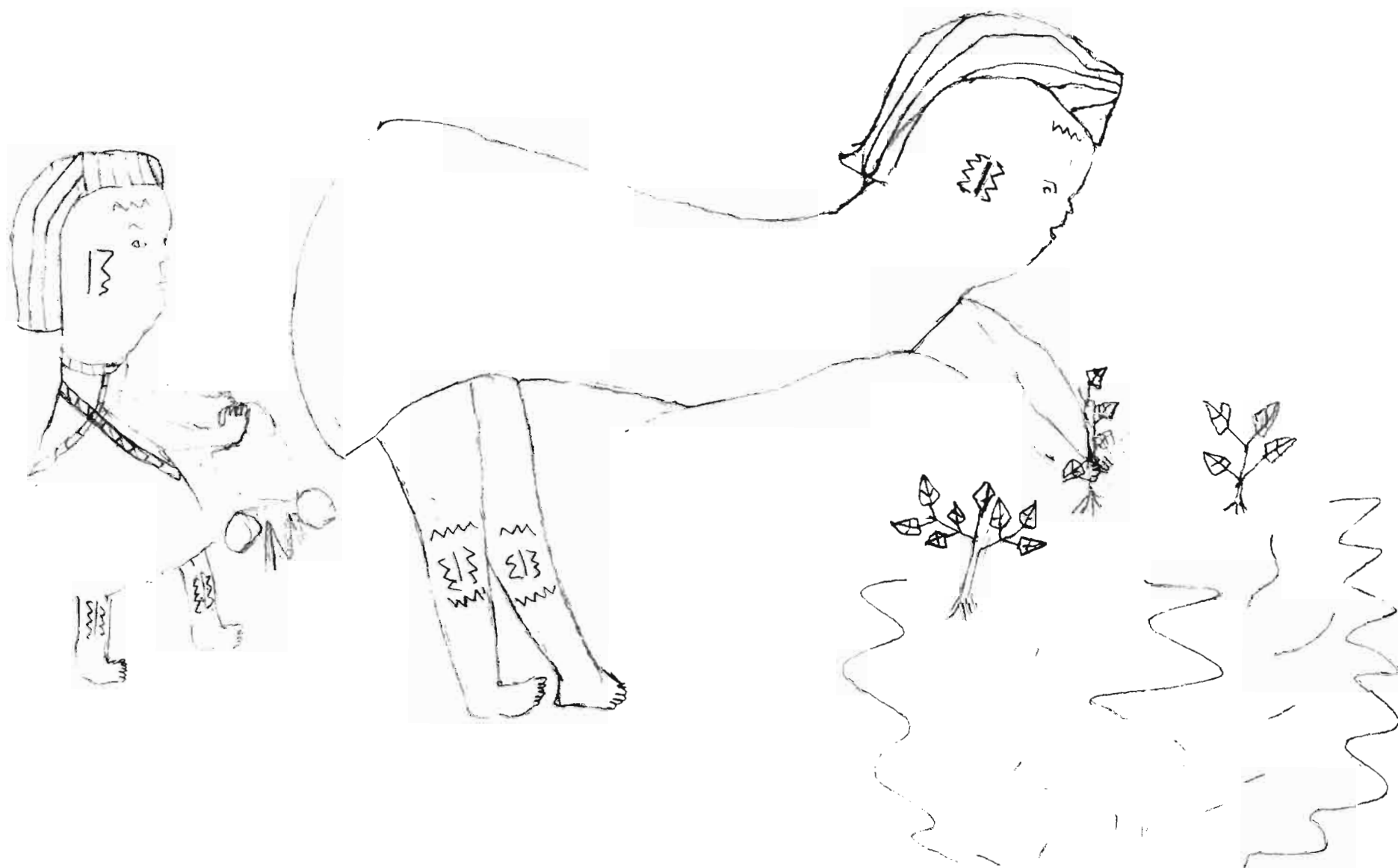


90. Un pueblo ye'kwana con casas modernas y la casa de huéspedes. "ätää". *

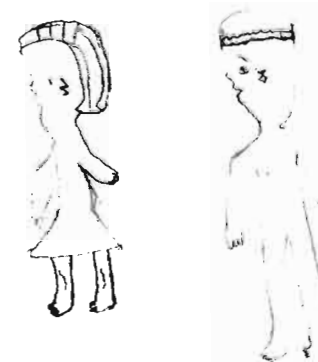
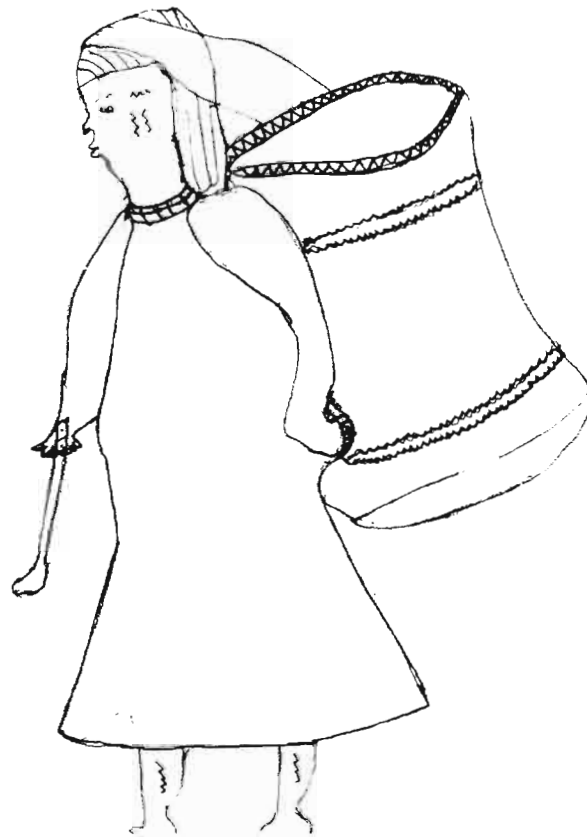
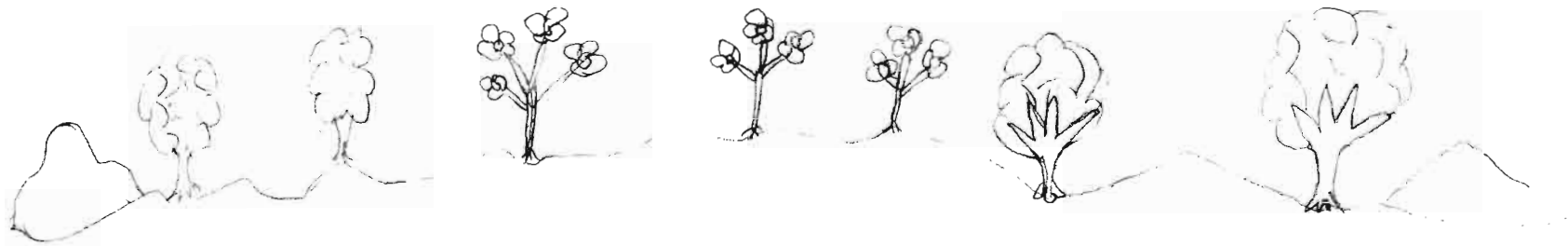




91-92. Parejas ye'kwana con sus adornos.



93. Mujer ye'kwana sembrando yuca el el conuco.



94. Una mujer ye'kwana va al conuco con su cesta y su machete.



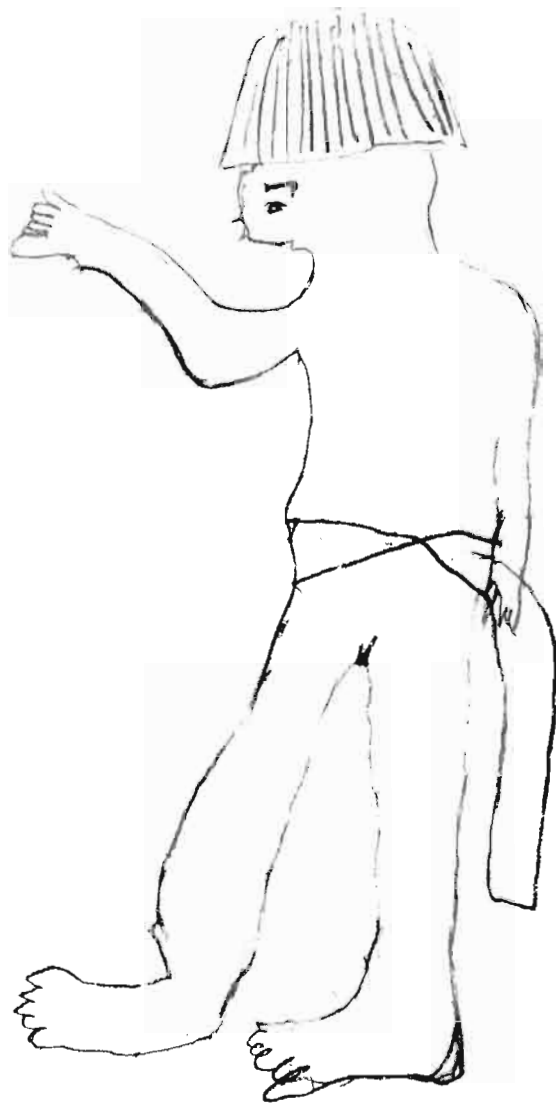
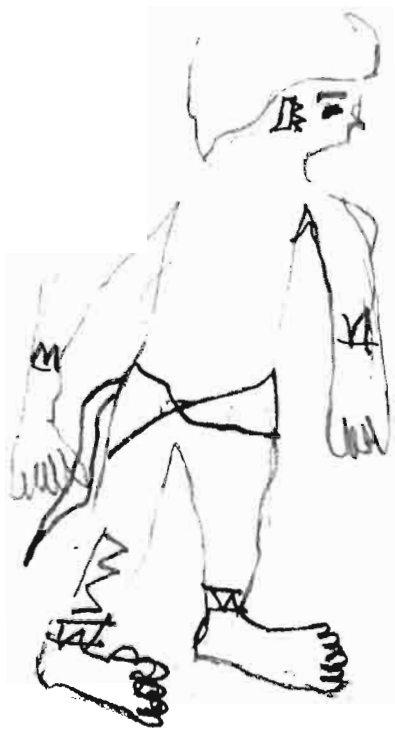
95. "Costumbre ye'kwana cuando uno esta pescando con la barra".



96. Una mujer lavando ropa.



97. "Un Ye'kwana cargando su cacería".

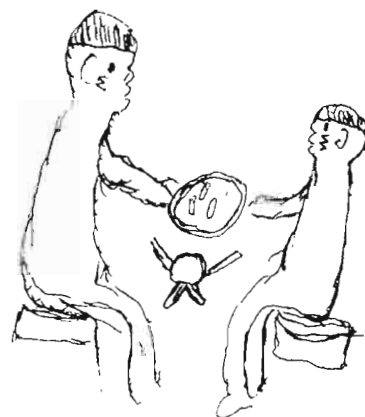




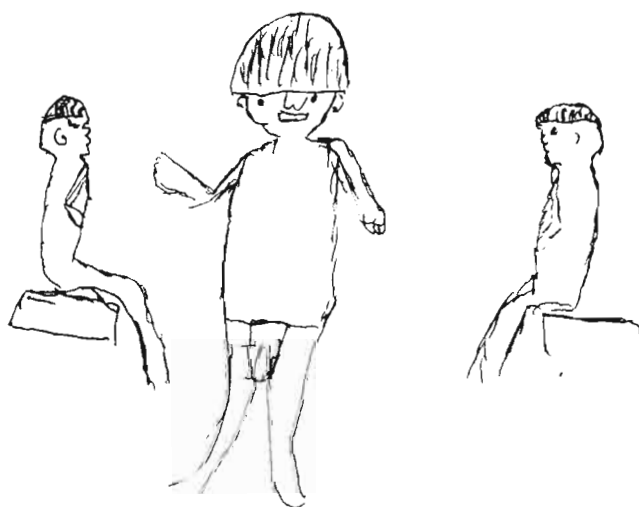
99. No se toma agua en los ríos porque hay animales muertos.



100. Shamán ye'kwana sobre su banco "fumando tabaco".



101. "Curandero enseñando a un joven".

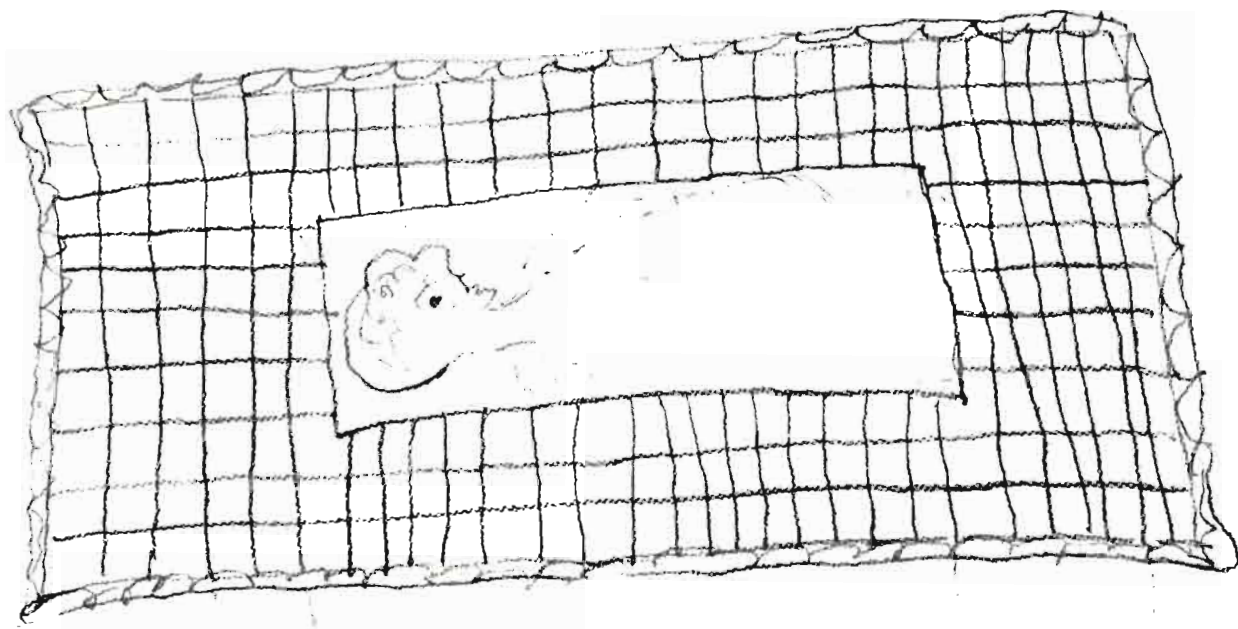


102. Viejo aconsejando a jóvenes. *

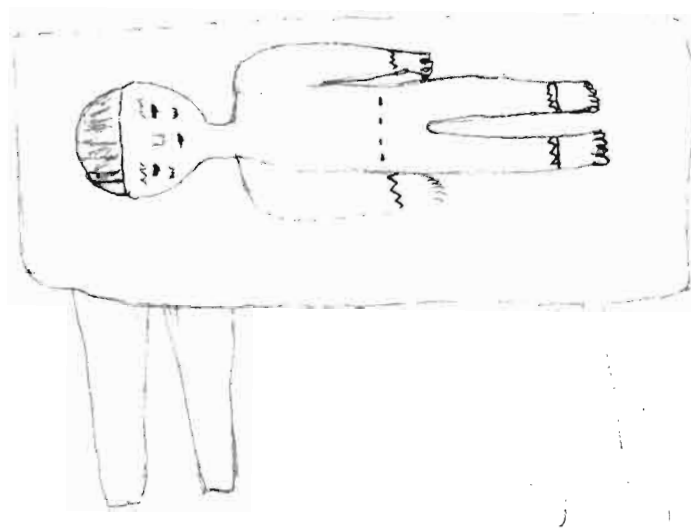
II. LA ENFERMEDAD Y EL TRABAJO DE LOS SHAMANES



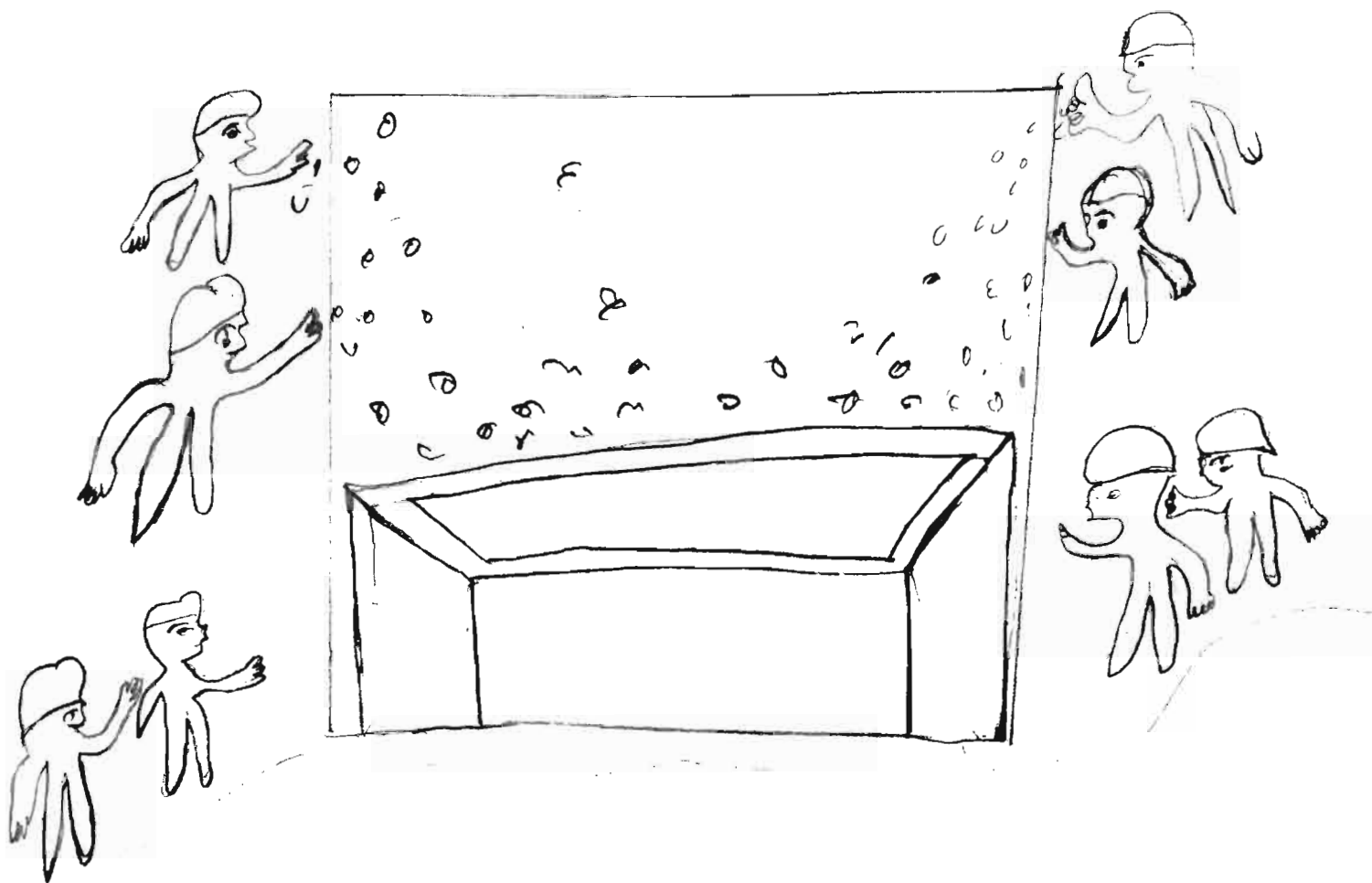
103. Un Ye'kwana enfermo (flaco).

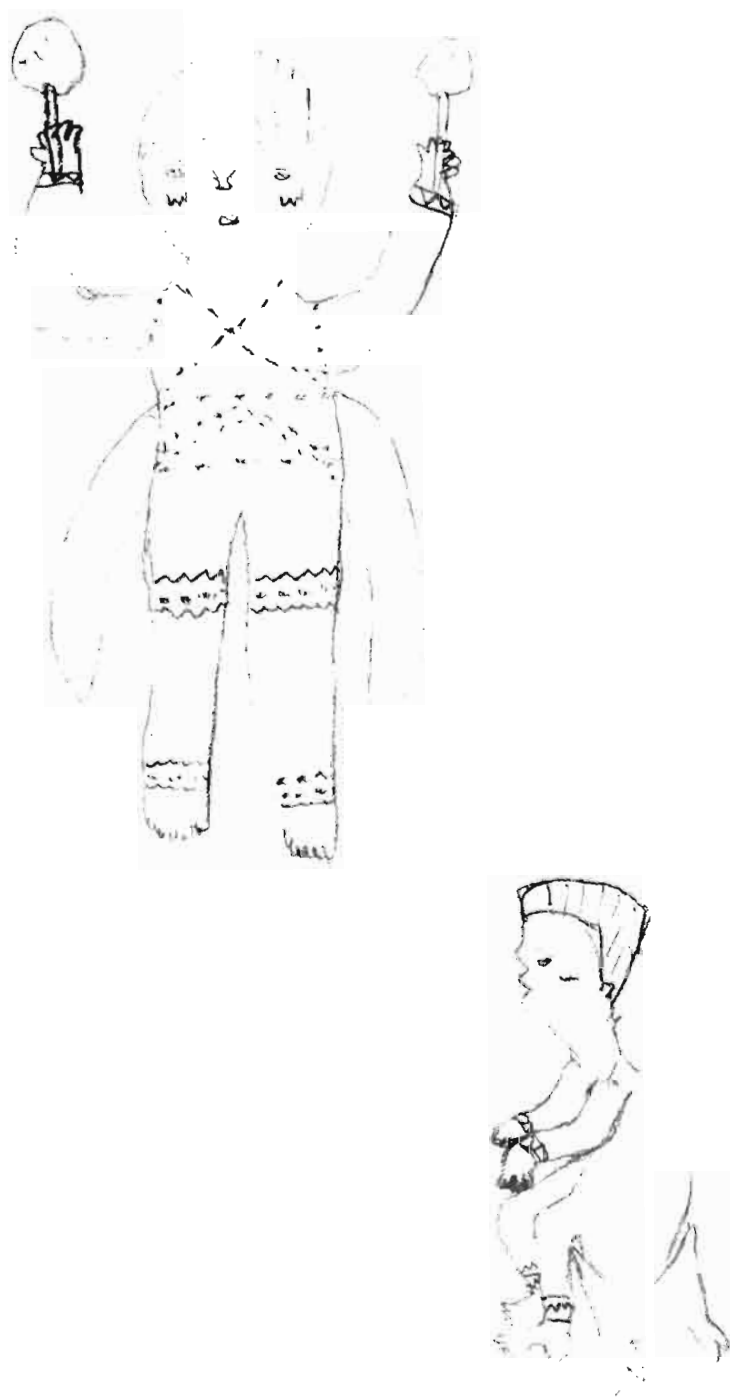


104. "Costumbre ye'kwana: cuando fallece un niño no lo toca nadie".*

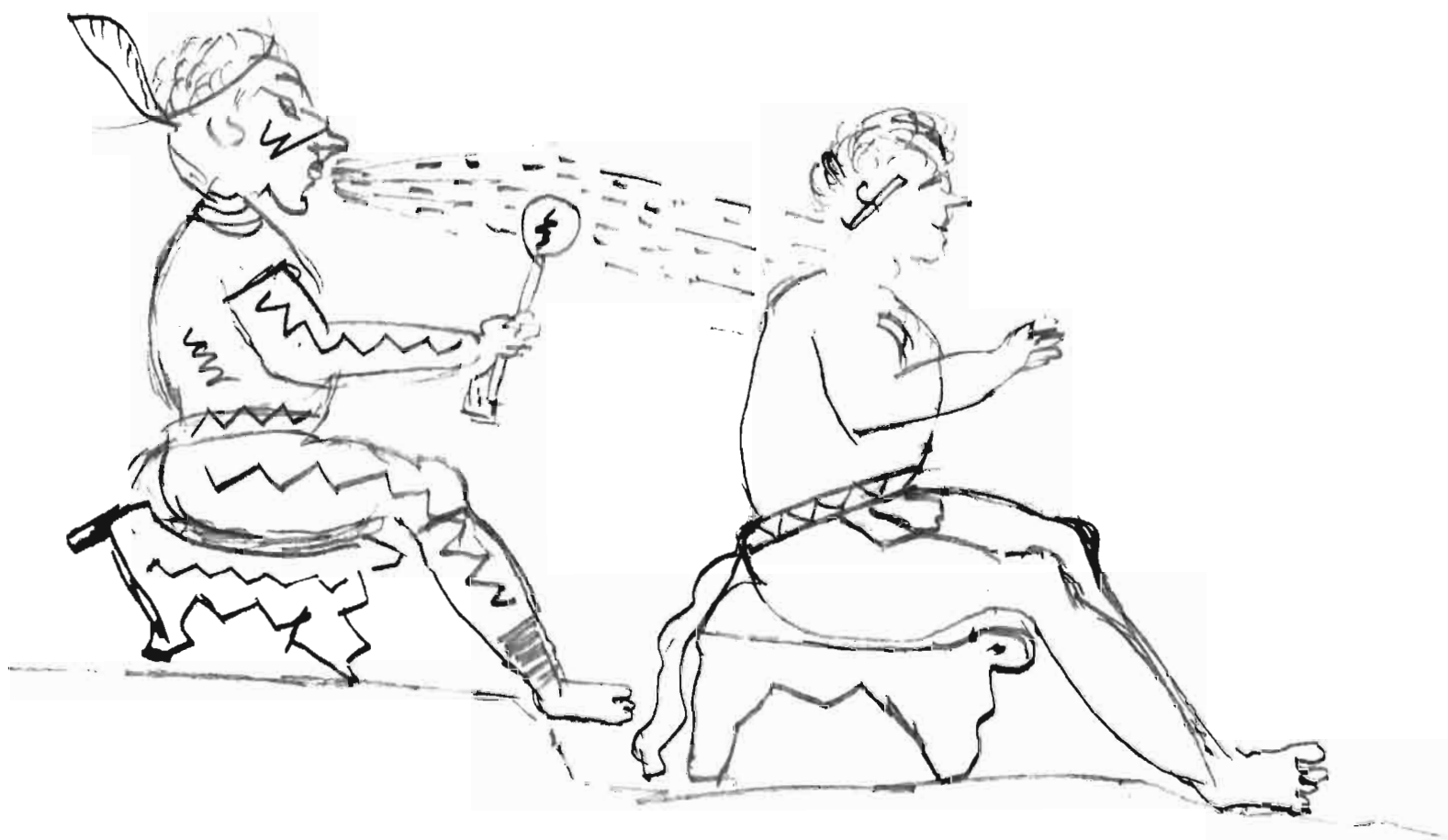


105. " Muerte ye'kwana de un bebé".*

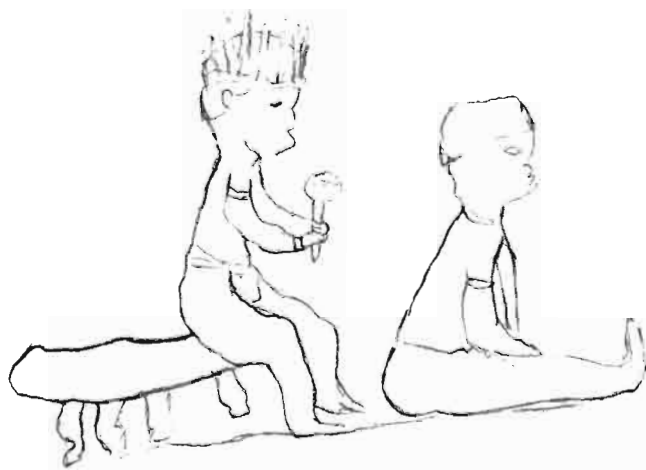




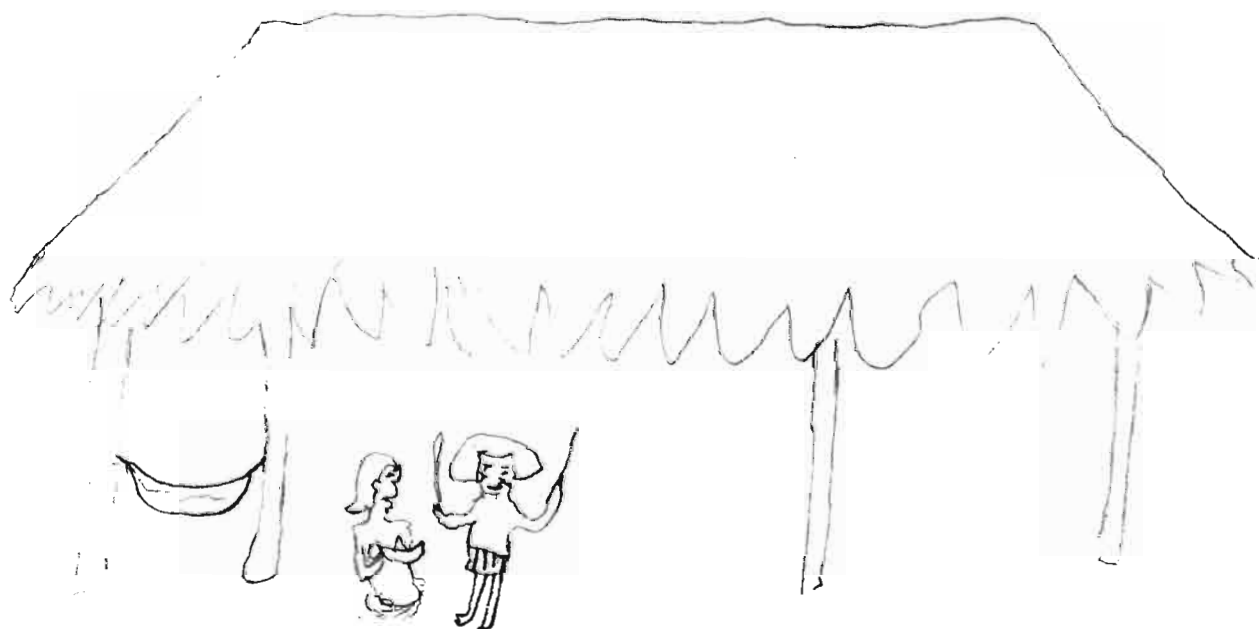
107. Sesión shamánica con el enfermo sentado sobre un banco.



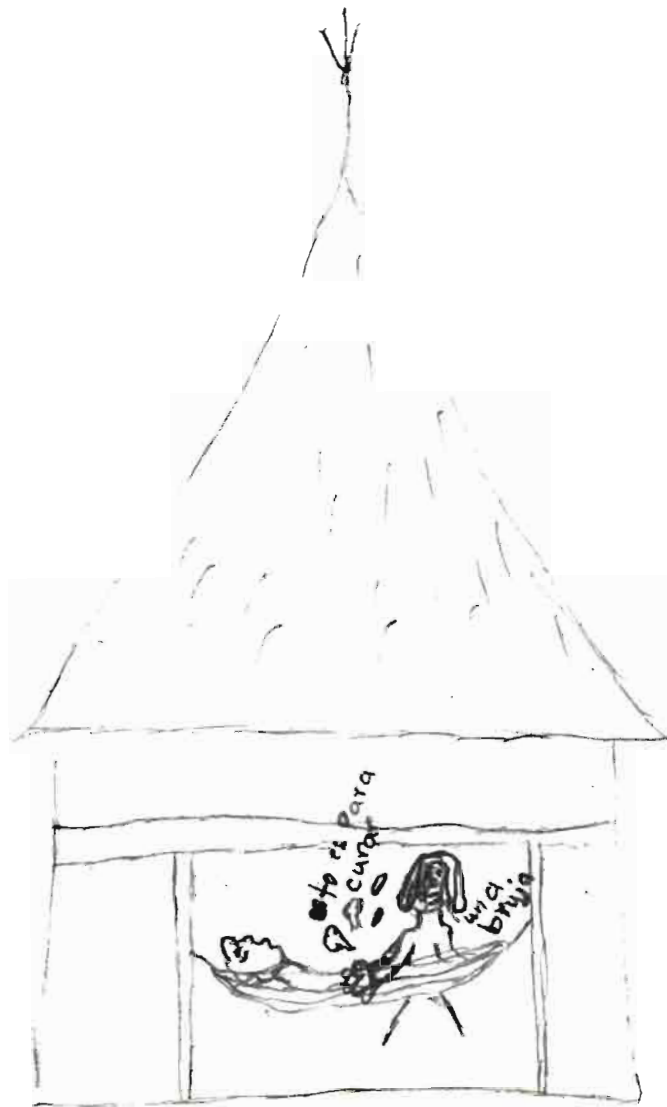
108. El shamán "sopla" el enfermo.



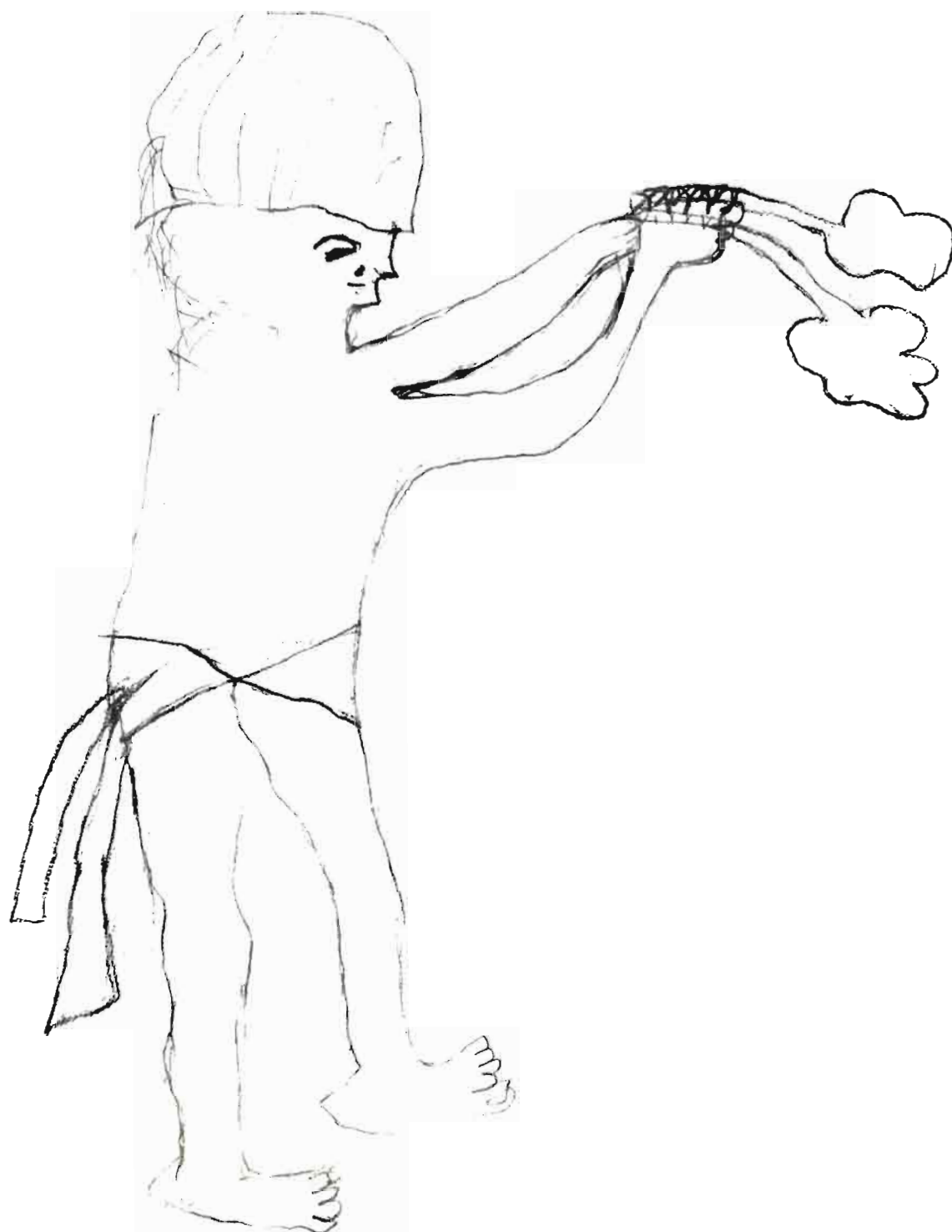
109. Shamán curando a un enfermo.



110. Shamán curando a un bebé enfermo.



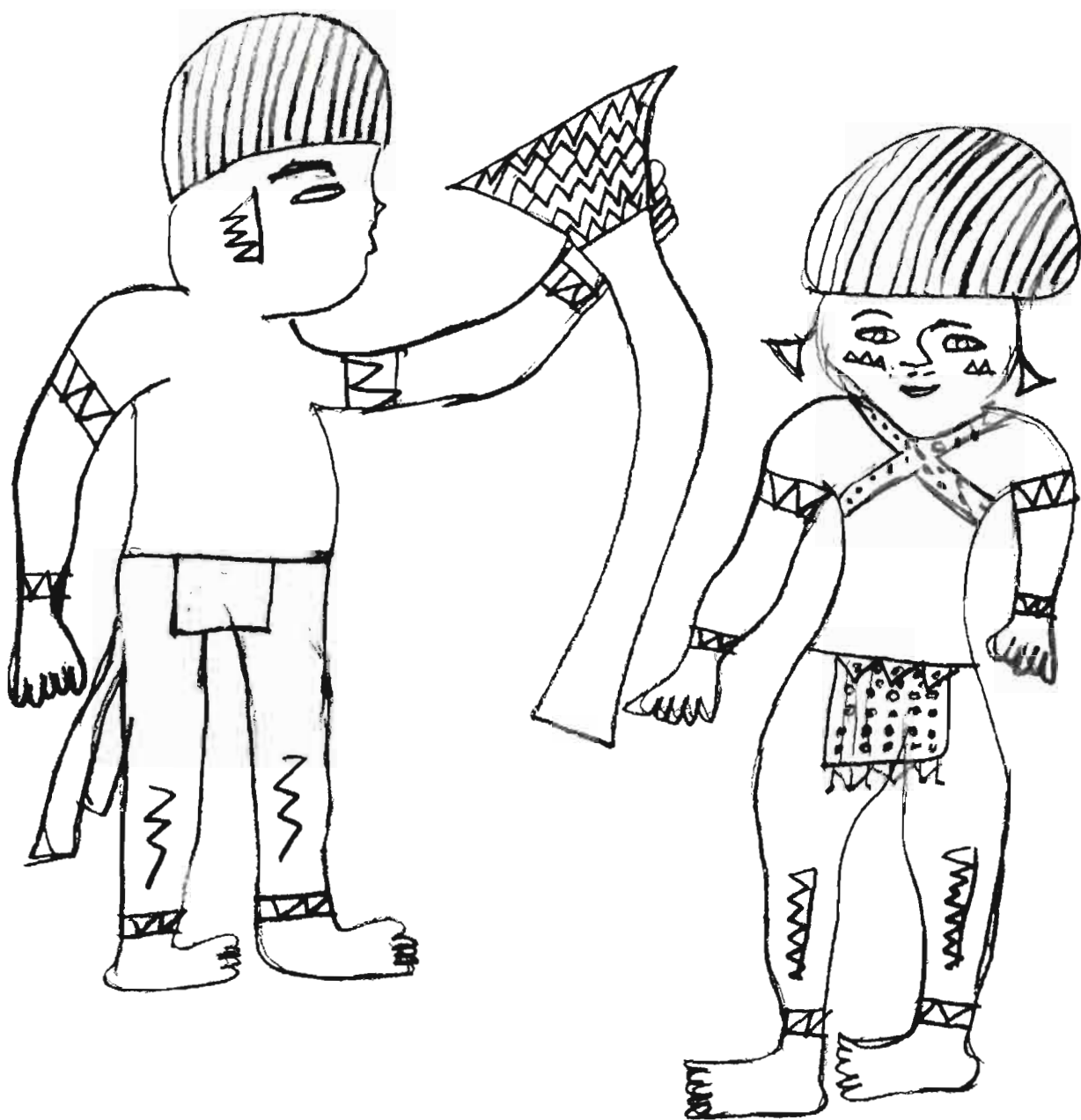
111. "Una mujer shamán curando a un enfermo".



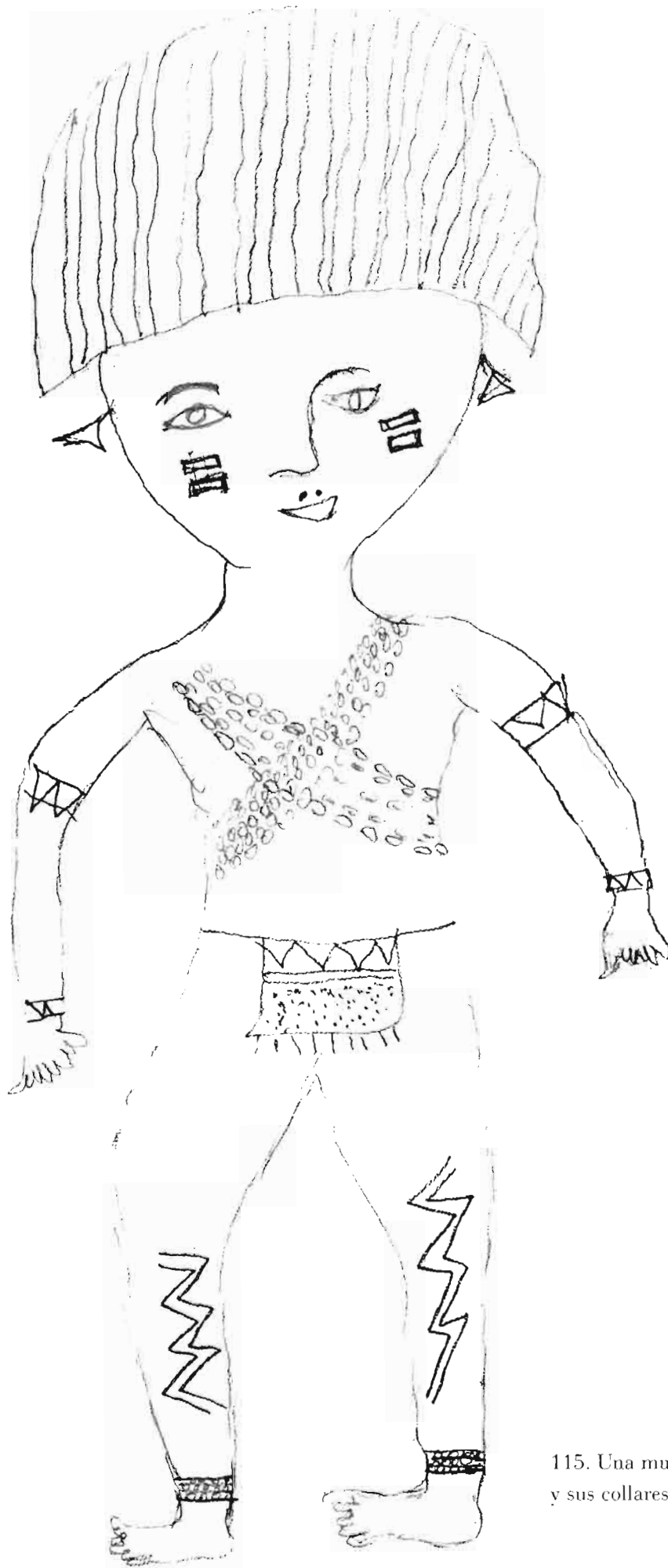
112. Un shamán ye'kwana con plantas.

III. LA FIESTA CEREMONIAL ENTRE LOS YE'KWANA





114. Una pareja ye'kwana con sus adornos.



115. Una mujer ye'kwana vestida con su falda y sus collares de mostacillas para la fiesta.



116. Una comunidad ye'kwana con la casa comunal "ätää" (La Esmeralda). *

LOS YANOMAMI

Autores de los dibujos:

AndresYapiwë Naiwë (117. 121. 122. 123. 124. 125. 143.)

Matowë Tomas Borges (127. 128. 129. 130. 139. 145.)

Mashipomafewë Pablino Borges (119. 120. 126. 131. 134. 138. 144.)

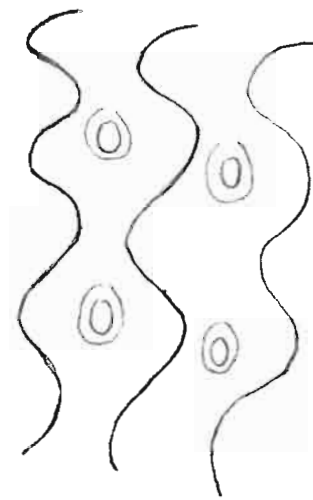
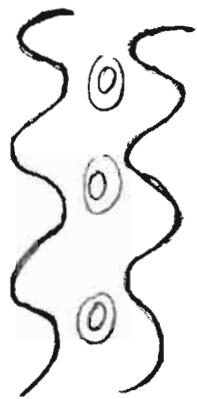
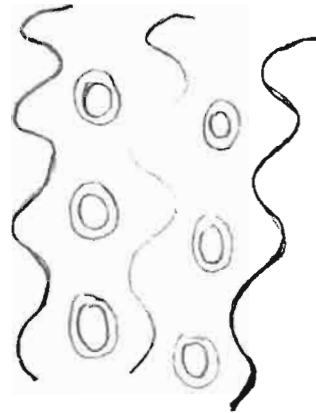
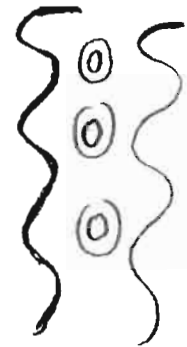
Tafiyapiwë Griego Borges (132. 135. 140. 142.)

Maihorowë Eliseo Silva (136. 137)

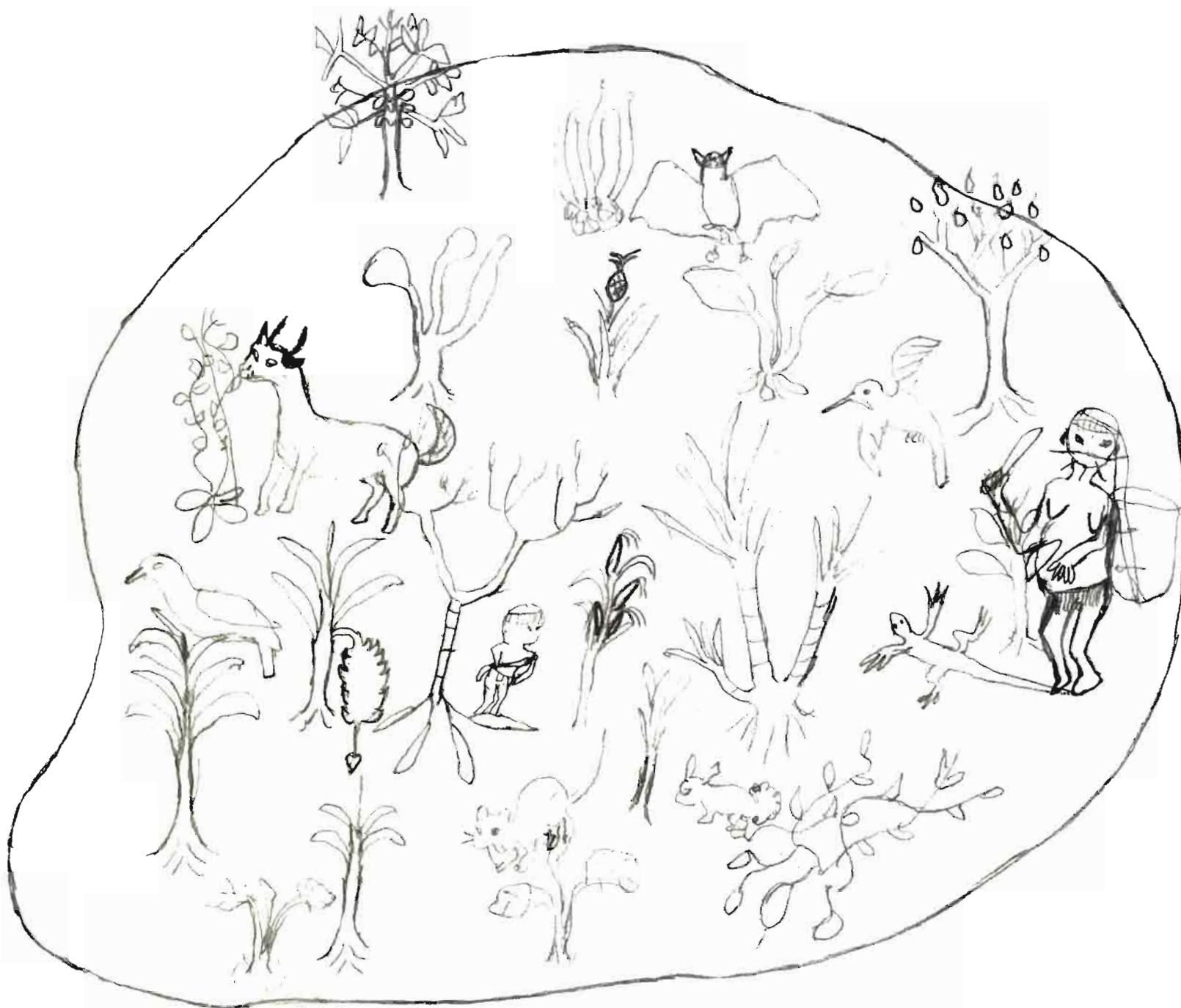
Sheo Koyowë (133.)

Tedi Koyowë (141)

I. EL MUNDO YANOMAMI





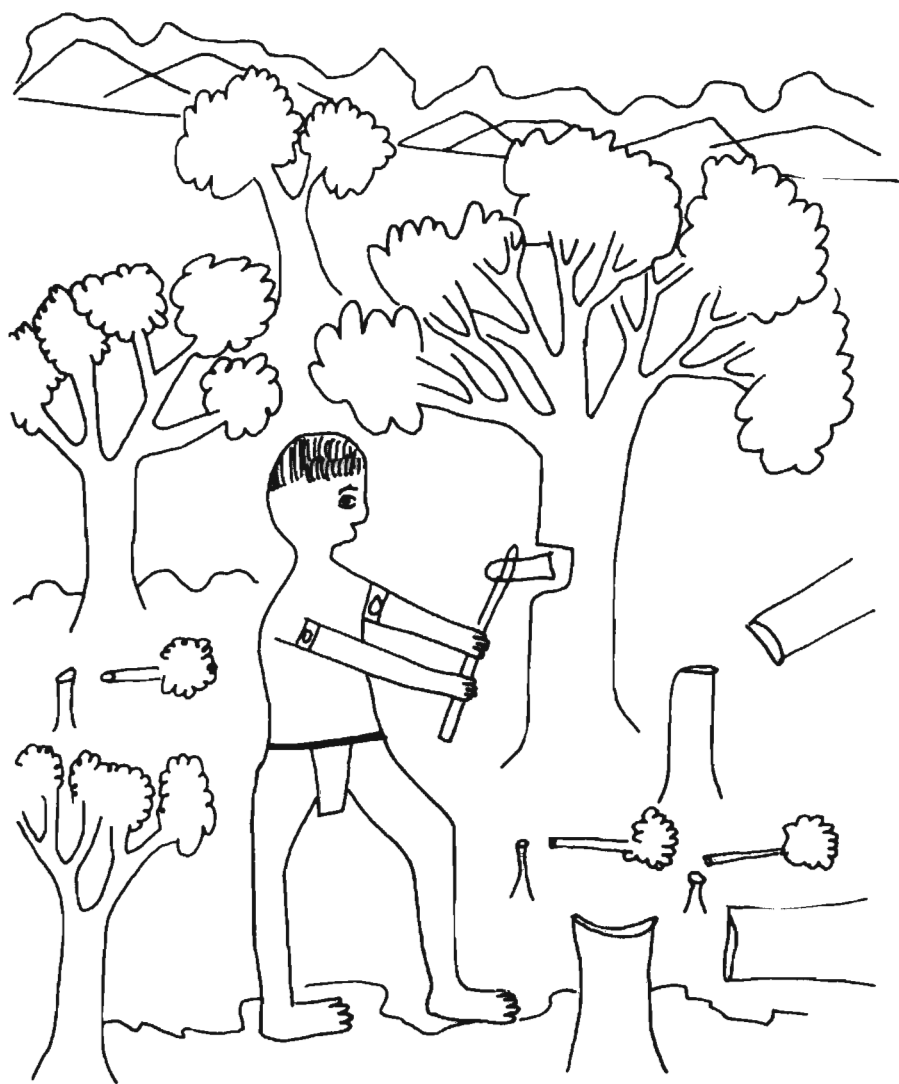




120. Mujeres yanomami recogiendo agua en manantiales con sus cestas y sus totunas. *



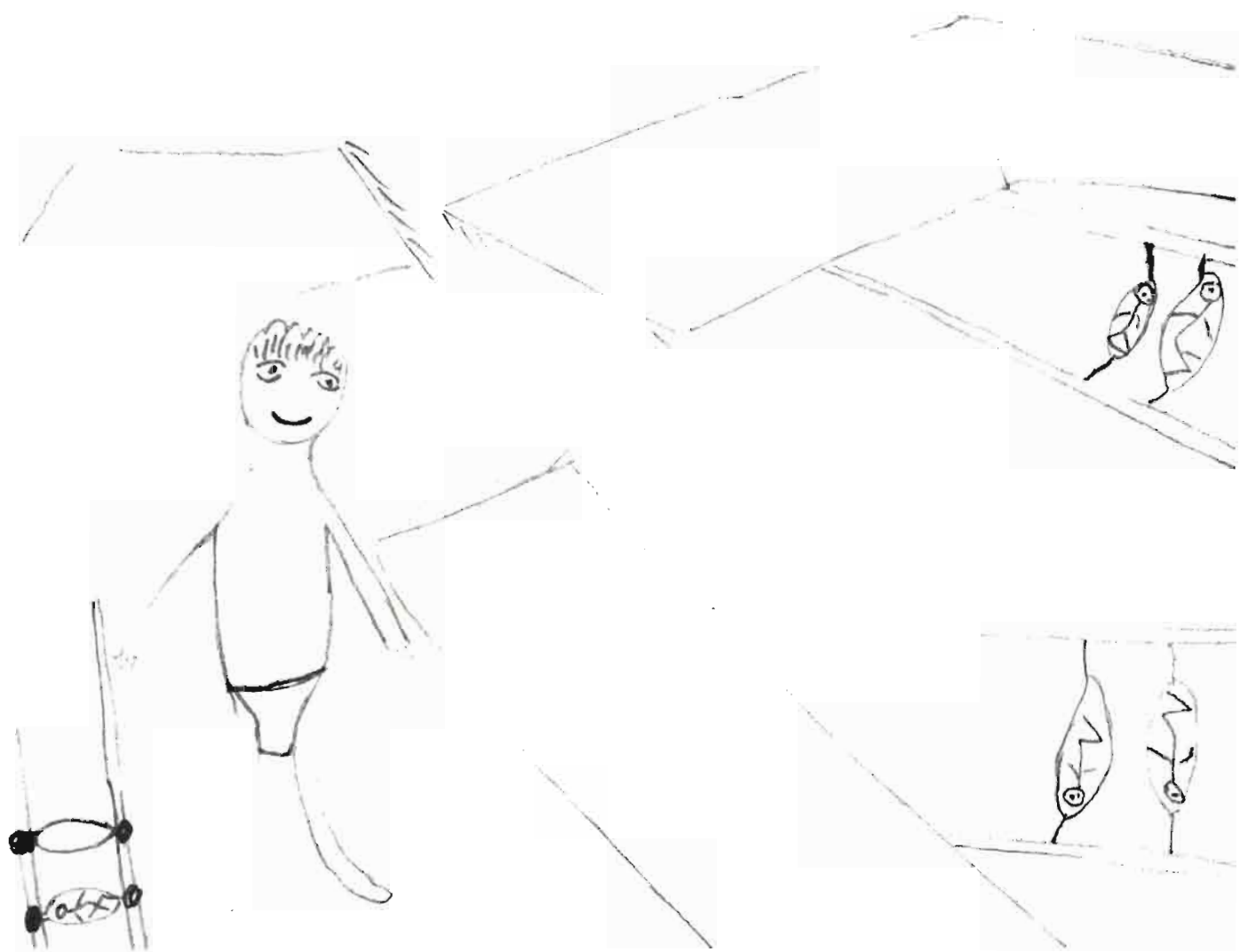
121. Una joven Yanomami con sus adornos.



122. Hombre yanomami trabajando en el conuco.



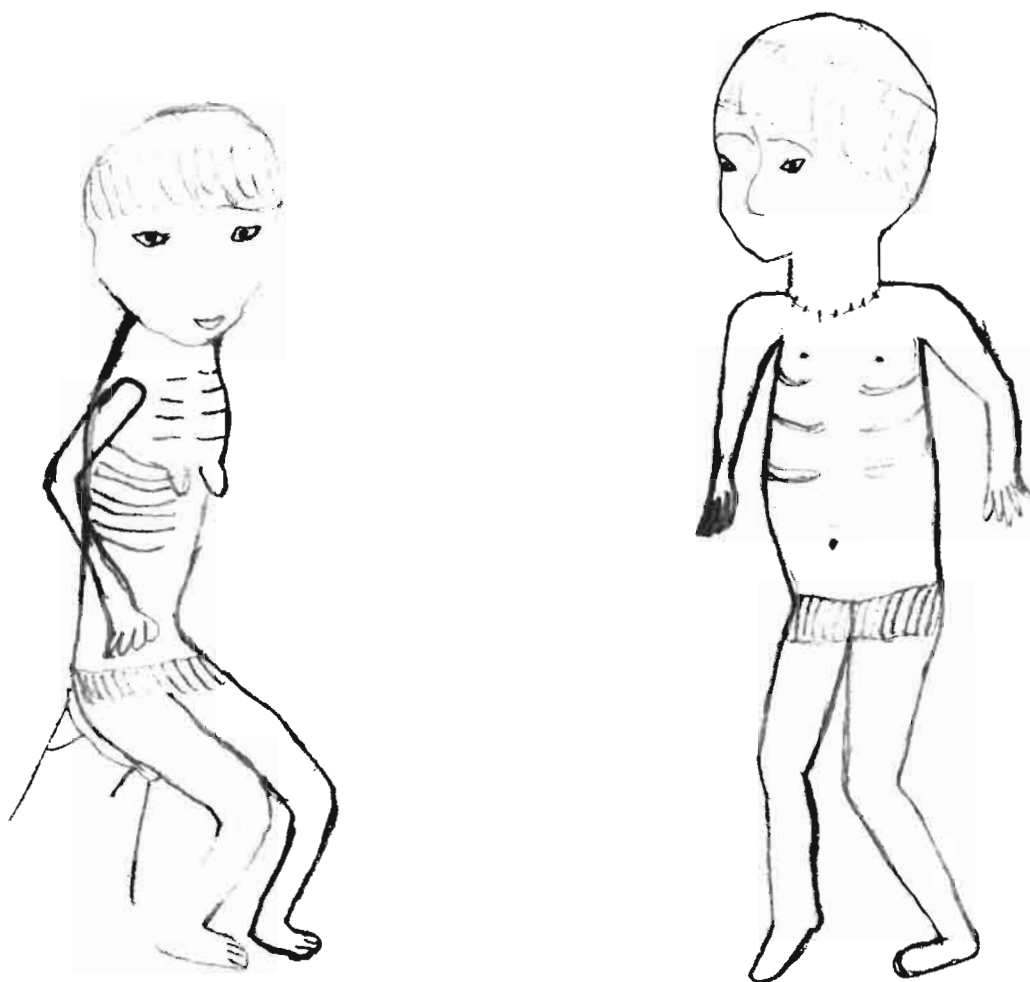
123. La pesca yanomami.



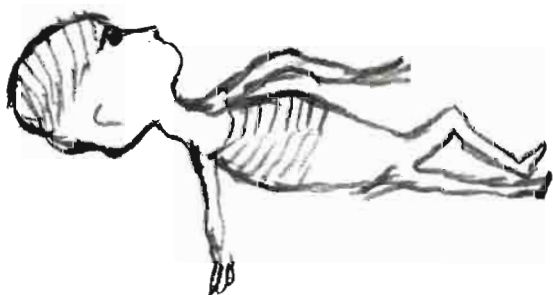
124. Un mayor hablando a los jóvenes en un shapono yanomami. *



II. LA ENFERMEDAD Y EL TRABAJO DE LOS SHAMANES

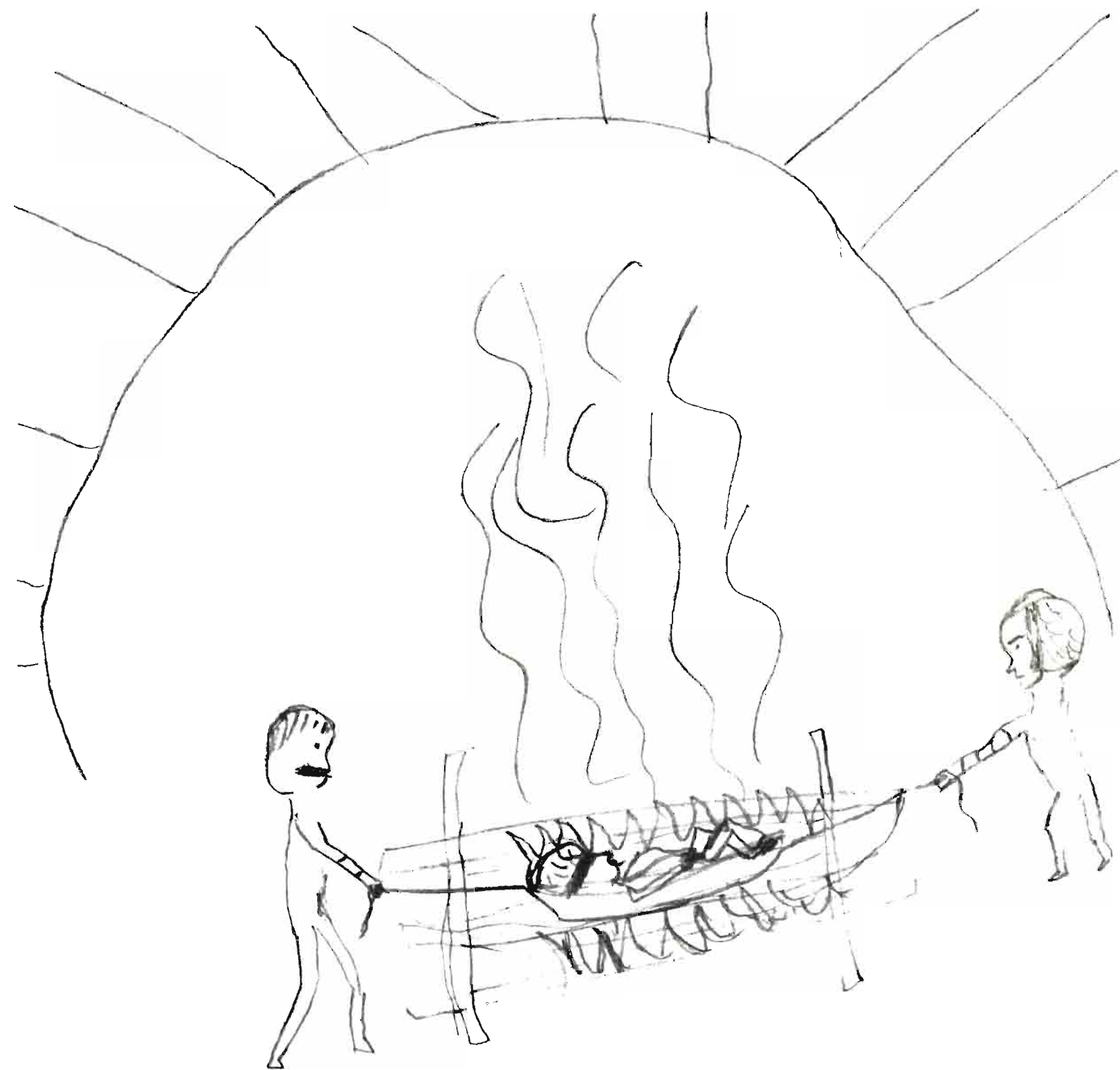


126-127. Jóvenes yanomami enfermas.

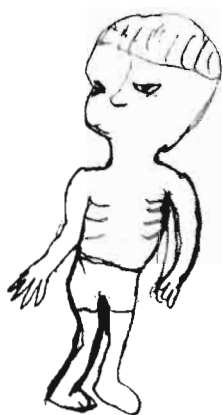
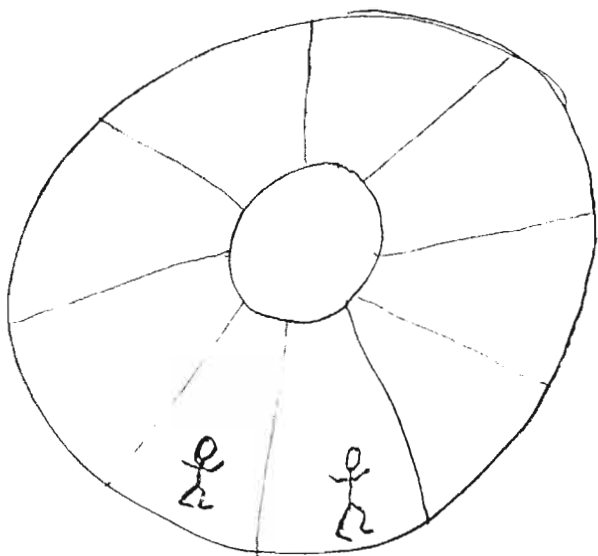




129. Yanomami llorando a un muerto. *



130. Quemando al muerto.

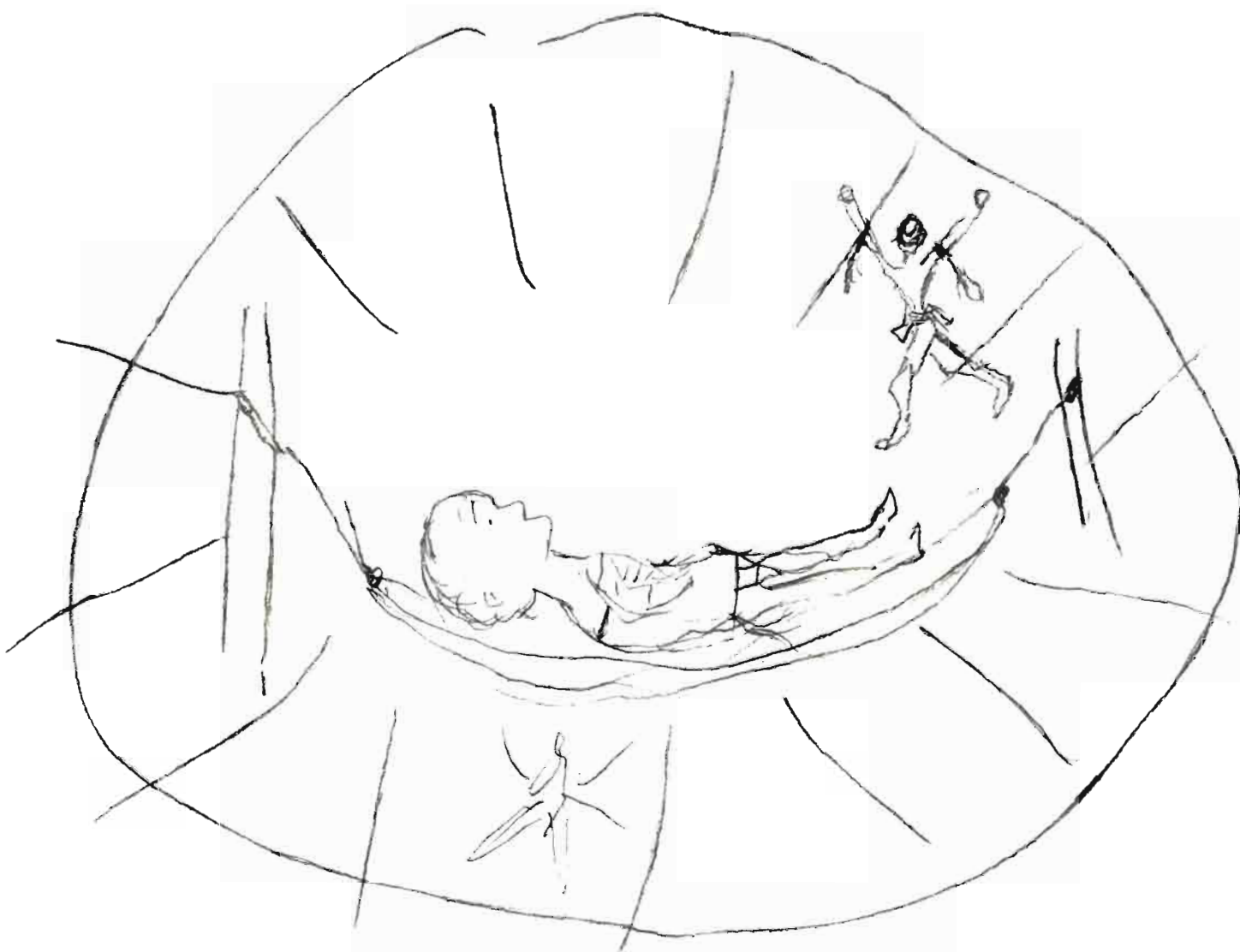


i Jilu Jalil'i

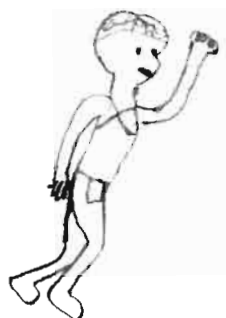


no fi lä aö
shapolinä





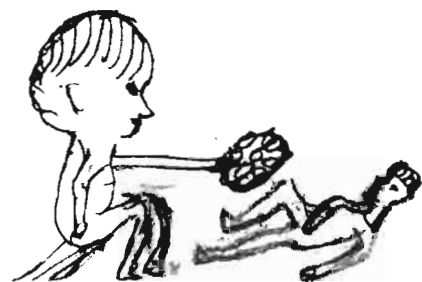
132. El shamán cura a un enfermo en el shapono.





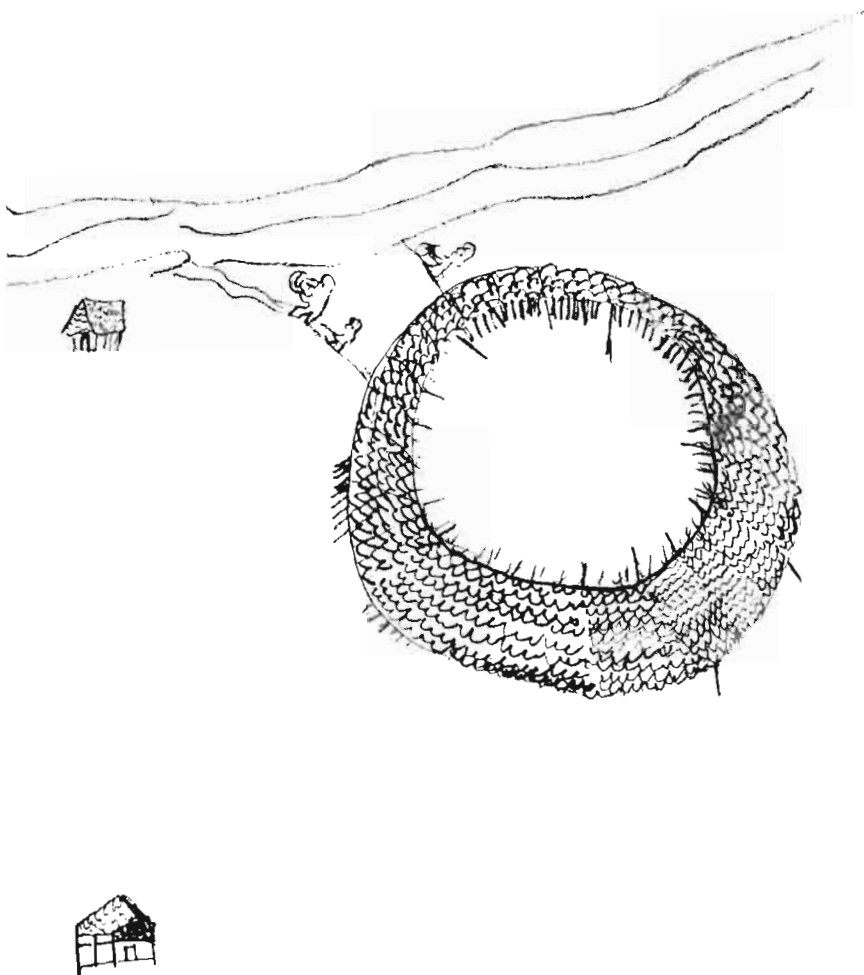
134. Madre bañando a su niño enfermo con agua tibia.

Arriba: se trae un trozo de comejenera para curar al niño de la diarrea. *

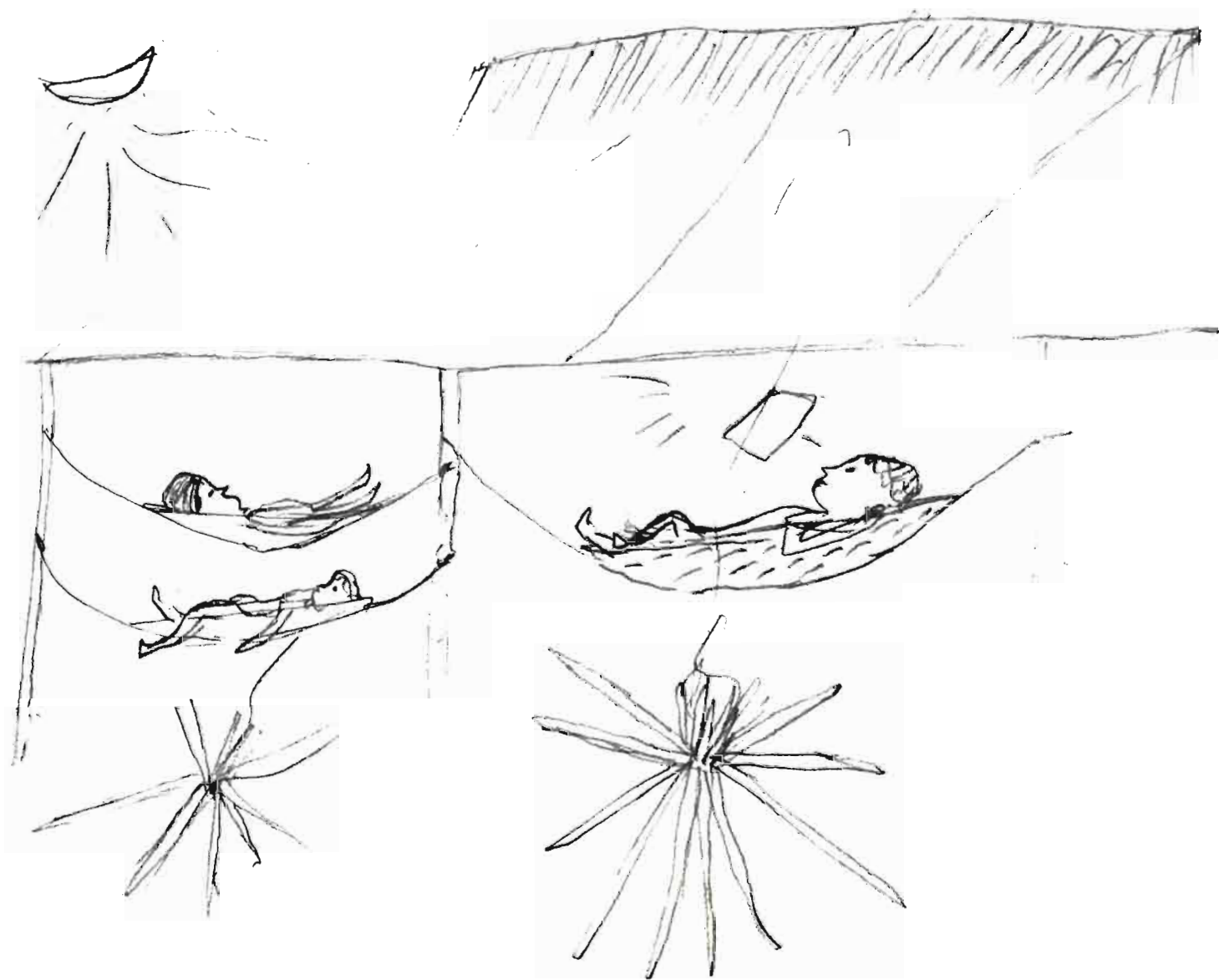


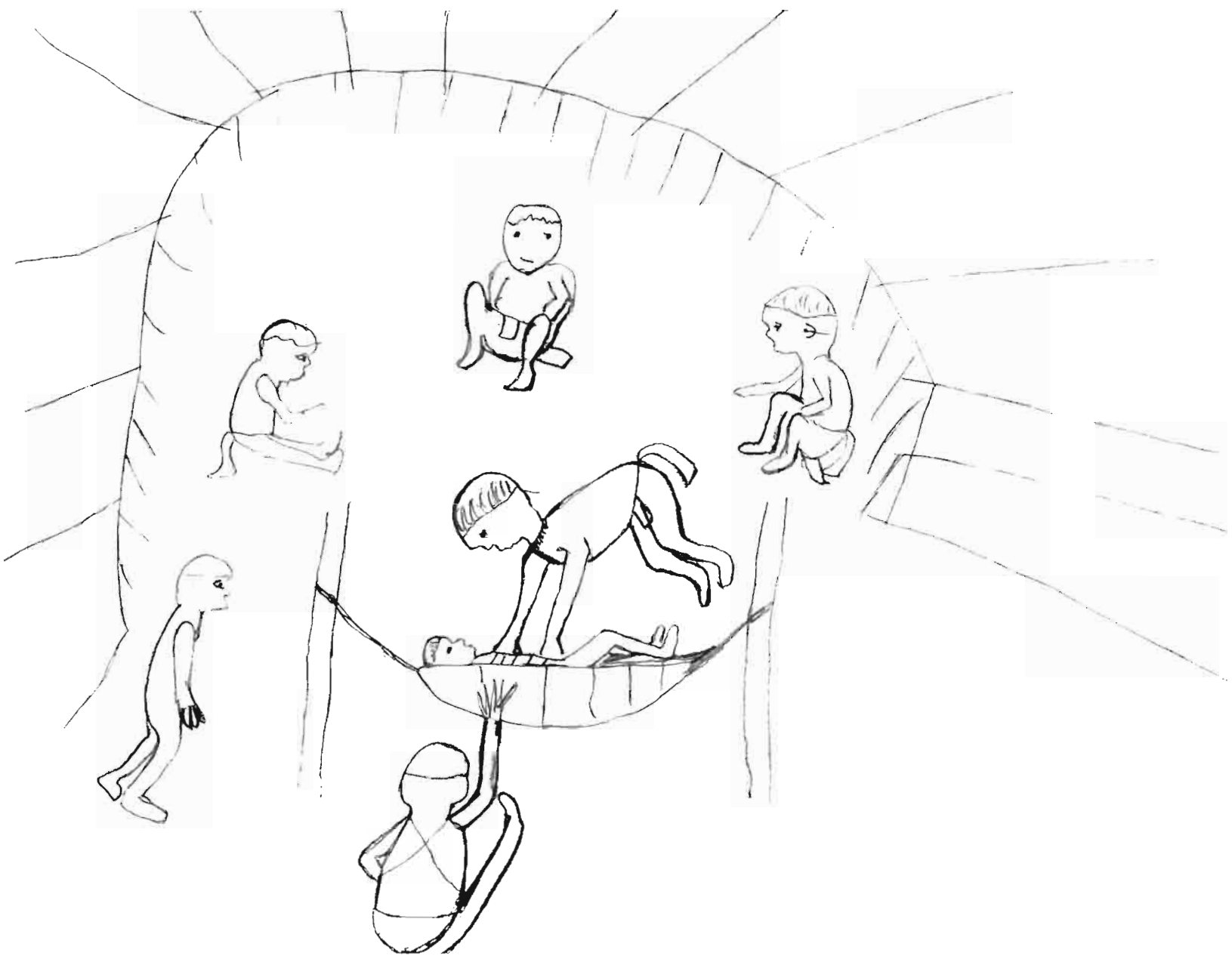


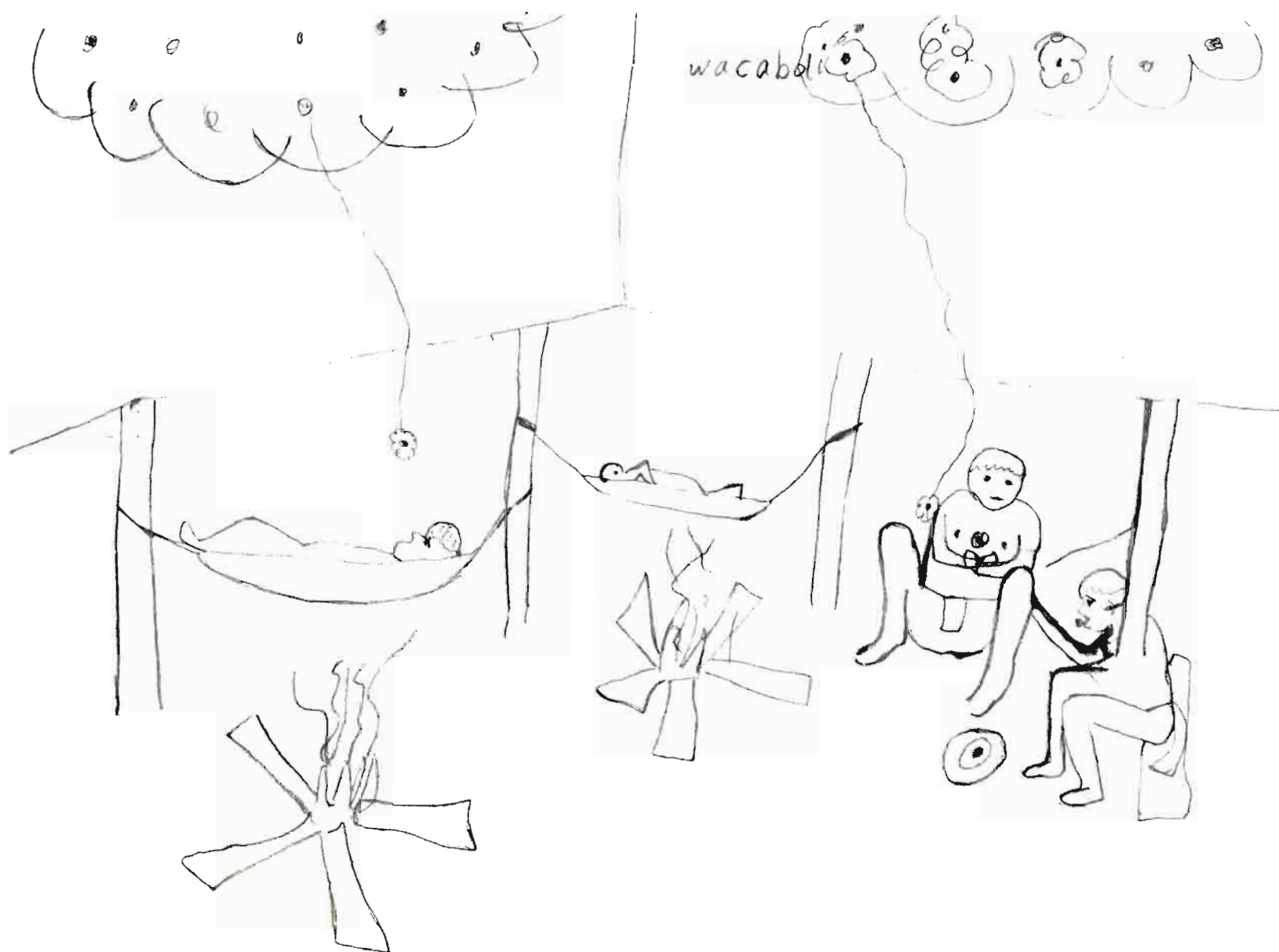
136. El enfermo de diarrea. En su chinchoro, afuera y la visita al dispensario.



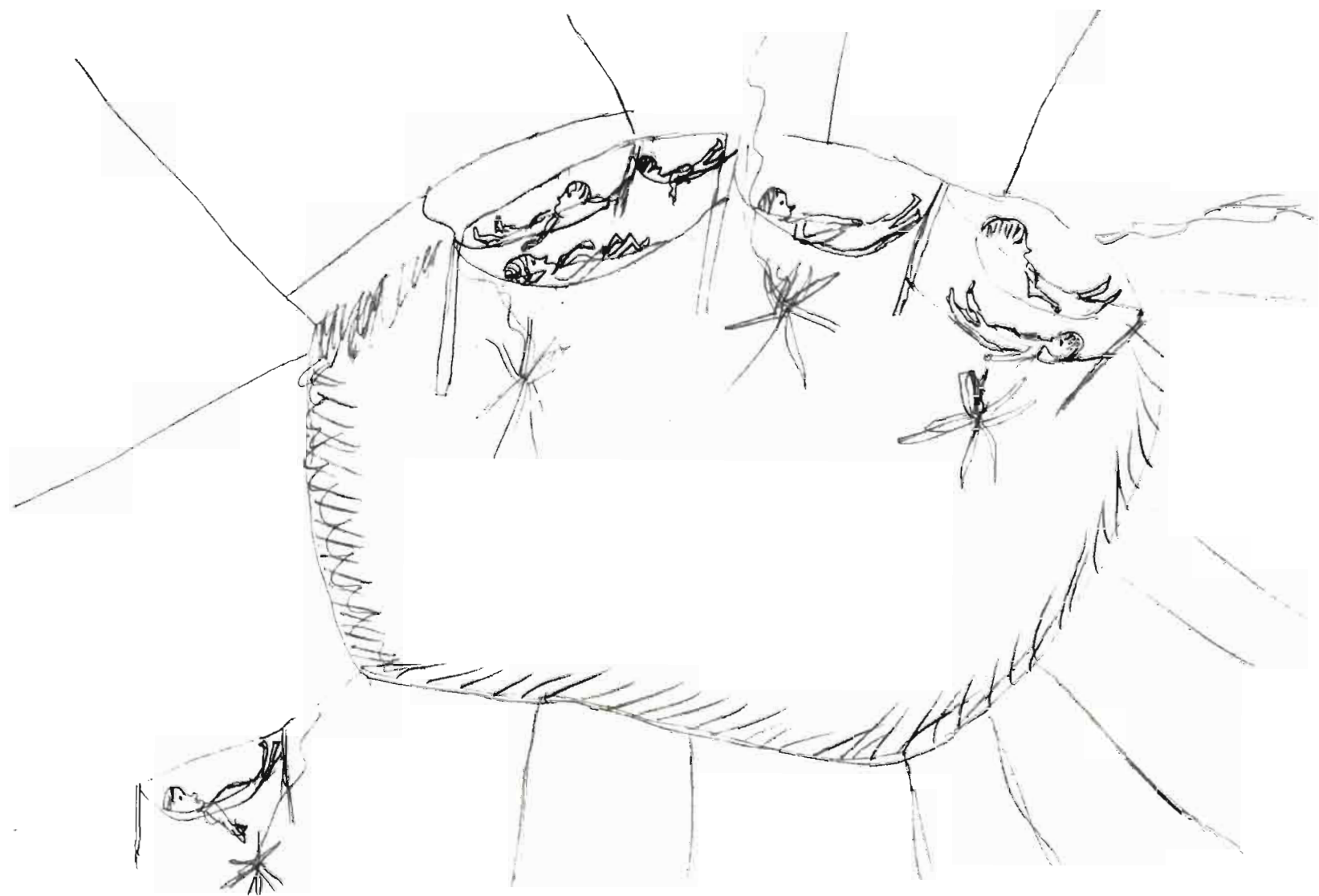


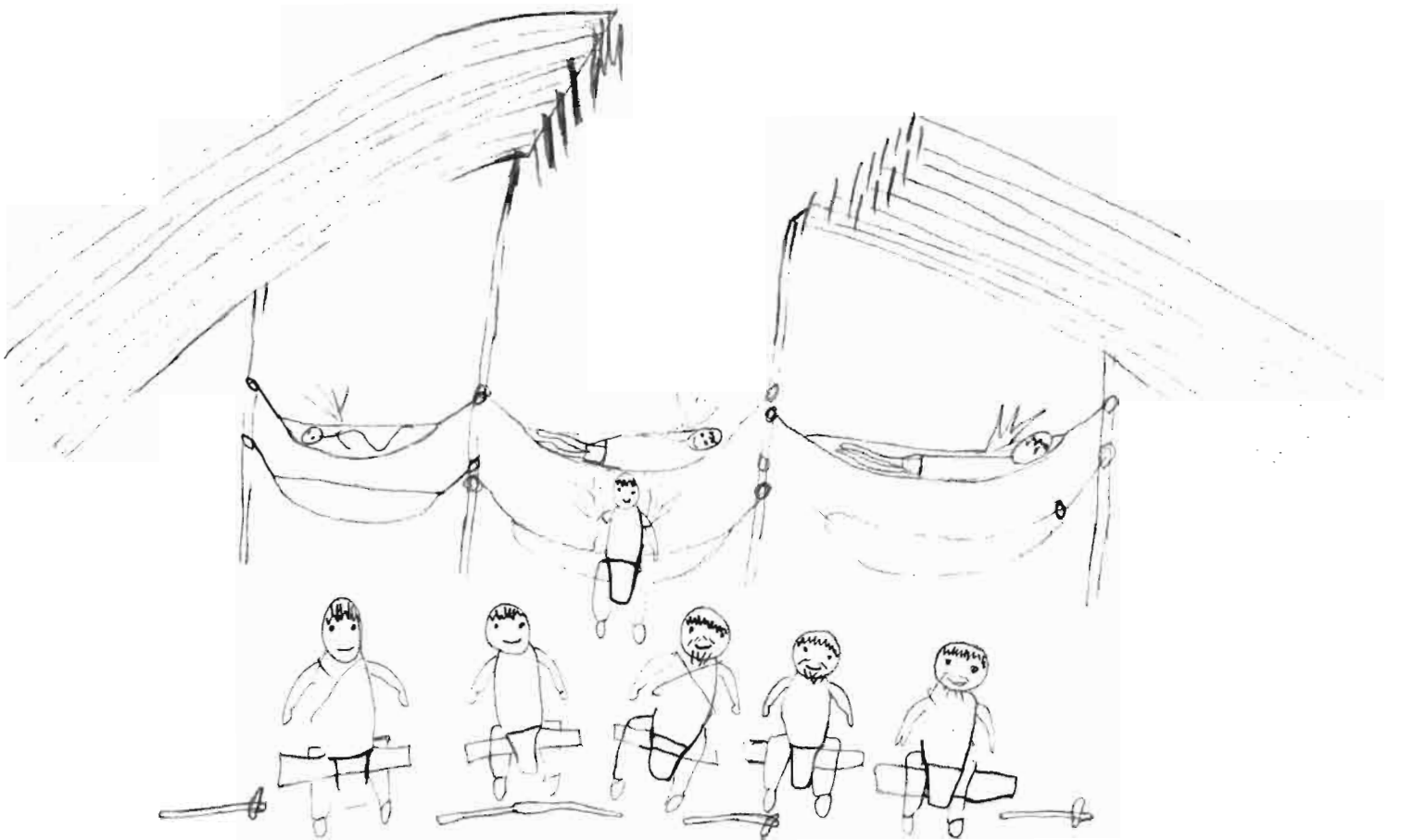






141. El shamán extrayendo la enfermedad. *



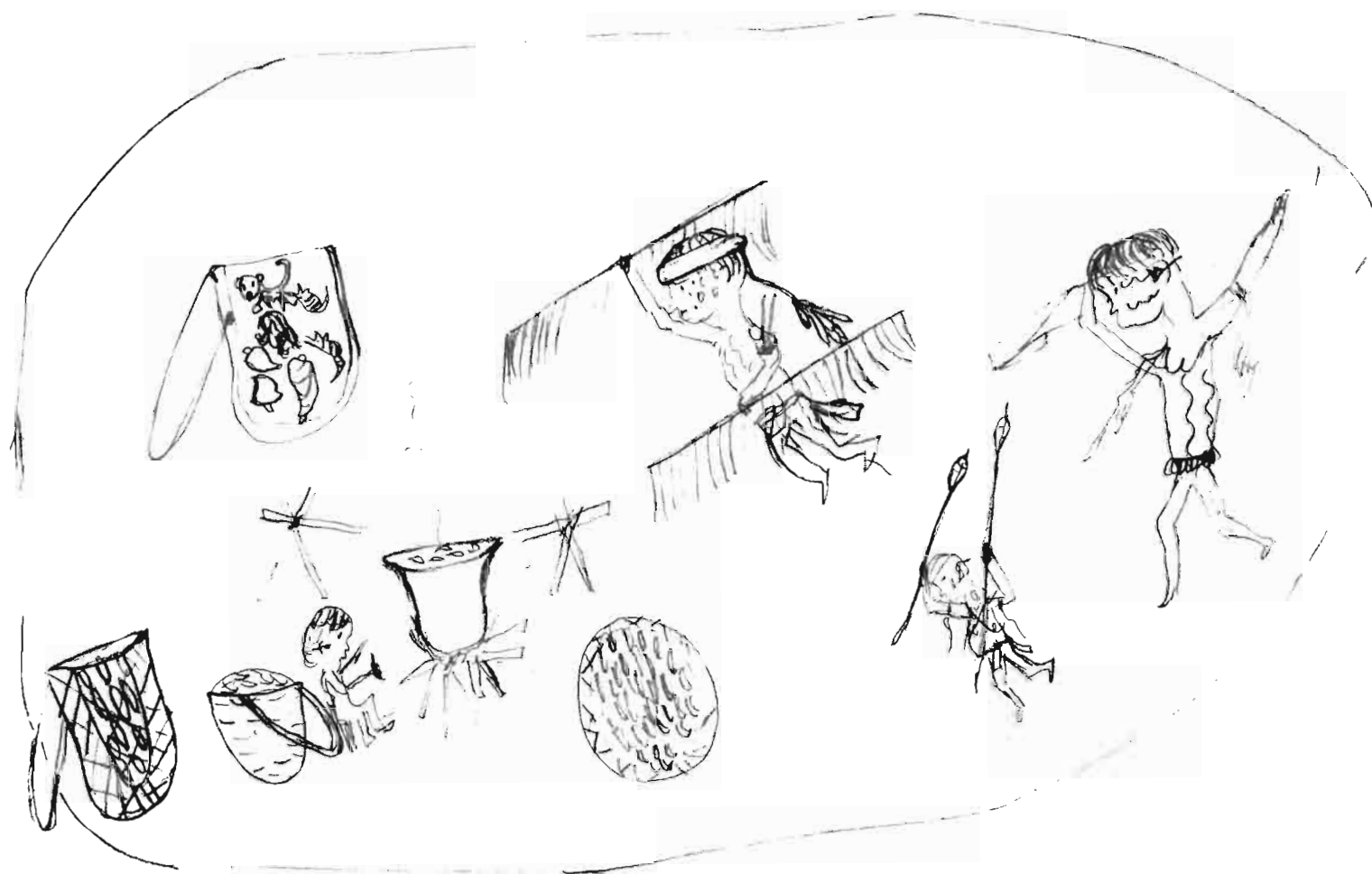


143. Los mayores transmiten los comportamientos para quedarse con buena salud. *

III. LA FIESTA CEREMONIAL ENTRE LOS YANOMAMI



144. El baile yanomami para la fiesta "reafu". *



145. Baile en la plaza central del shapono y preparación de la comida del "reafu".*

Bibliografía general

ANDUZE P. J.

- 1974 *Dearuwa: Los Dueños de la selva*. Biblioteca de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales, Caracas. 143 pp.

ARVELO JIMÉNEZ N.

- 1974 *Relaciones políticas en una sociedad tribal. Estudio de los Ye'cuana, indígenas del Amazonas venezolano*. México: Instituto Indigenista Interamericano, n° 68.

BARANDIARAN D. de

- 1974 *Los Hijos de la Luna. Estudio monográfico de los Indios Sanema-Yanoama*. Caracas: Ediciones del Congreso de la República. 138 pp.
1979 *Introducción a la Cosmorisión de los Indios Ye'kuana-Makiritare*. Caracas: Universidad Andrés Bello. Instituto de Investigaciones Históricas. Centro de Lenguas Indígenas. 272 pp.

BIOCCA E.

- 1967 *Los Yanoama. El Último Paraíso*. Barcelona: Editorial Ferma.

BOGLAR L.

- 1978 *Cuentos y mitos de los Piaroa*. Caracas: Editorial Arte. Universidad Andrés Bello. Instituto de Investigaciones Históricas. Centro de Lenguas Indígenas. 95 pp.

CHAGNON N.

- 1968 *Yanomamö: The Fierce People*. New York, Holt, Rinehart & Winston. 142 pp.

CIVRIEUX M. de

- 1970 *Watuuna. Mitología Maquiritare*. Caracas: Monte Avila Editores, 236 pp.

COCCO L.

- 1987 *Iyeweiteri: Quince años entre los Yanomamos*. Caracas: Librería Editorial Salesiana y Escuela Popular Don Bosco. 498 pp (1ª edición 1972).

COPPENS W. ed.

- 1983 *Los Aborígenes de Venezuela*. Vol. II. Caracas: Fundación La Salle. Monografía 29. 455 pp.
1988 *Los Aborígenes de Venezuela*. Vol. III. Caracas: Fundación La Salle / Monte Avila Editores. Monografía n° 35. 736 pp.

EGUILLOR GARCÍA M. I.

- 1984 *Yopo, shamanes y hekura. Aspectos fenomenológicos del mundo sagrado yanomani*. Librería Editorial Salesiana y Vicariato Apostólico de Puerto Ayacucho. 242 pp.

GILLIJ F. S.

- 1965 *Ensayo de Historia Americana*. T. I, II y III, Caracas: Biblioteca de la Academia Nacional de la Historia, n° 71, 72, 73.

GONZALES Ñ. O.

- 1972 *Los Guaraquena. Indígenas Arahucos de la región del Río Negro, Amazonas, Venezuela*. Caracas: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Facultad de Economía, Universidad Central de Venezuela.
- 1980 *Mitología Guaraqueña*. Caracas: Monte Avila Editores, 286 pp.

HIGUERA D.

- 1987 *Los Guajibo de Coromoto. Algunos aspectos culturales*. Vicariato Apostólico de Puerto Ayacucho, Monografía n° 3, 123 pp.

KAPLAN. J.

- 1975 *The Piaroa: a people of the Orinoco basin: a study in kinship and marriage*. Oxford: Clarendon Press.

LIZOT J.

- 1975 *El Hombre a la Pantorrilla preñada y otros mitos yanomami*. Caracas: Fundación La Salle, Monografía n° 21.

MOREY R. & D. METZGER

- 1974 *The Guahibo: People of the Savanna*. Acta Ethnologica et Linguistica n° 31, Serie Americana 7. Wien: Engelbert Stiglmayr.

TAYLOR K. I.

- 1974 *Sanuma Fauna: Prohibitions and Classifications*. Caracas: Fundación La Salle de Ciencias Naturales, Instituto Caribe de Sociología y Antropología, n° 18, 138 pp.

VALERO H.

- 1988 *Yo soy Napëyoma. Un relato de una mujer raptada por los indígenas yanomami*. Caracas: Fundación La Salle, Monografía n°35, 547 pp.

WILBERT J.

- 1963 *Indios de la Región Orinoco-Ventuari*. Instituto Caribe de Sociología y Antropología, Monografía n° 8, Caracas: Fundación La Salle, 263 pp.

COSMOLOGÍA, SHAMANISMO Y PRÁCTICA MEDICINAL

entre los Wothîha (Piaroa)

Paul Oldham¹

Este artículo trata sobre el shamanismo y la práctica medicinal entre los Wothîha (Piaroa) del estado Amazonas del sur de Venezuela. En la actualidad el número de Wothîha en el Amazonas es de 9368 individuos diseminados en 151 comunidades ².

Dentro de la literatura antropológica, los Wothîha son mejor conocidos por el énfasis que le conceden al conocimiento y a la paz (Overing-Kaplan 1975). Efectivamente, los Wothîha se autodenominan tanto “gente de saber”, como “gente pacífica” (Zeit 1992, Oldham 1996). Mientras que los Wothîha son conocidos en el Amazonas por su naturaleza pacífica, también son respetados y temidos por otros pueblos indígenas por su conocimiento medicinal y del shamanismo. La personificación física del valor que los Wothîha le conceden tanto al conocimiento como a la paz, está representada en sus shamanes y especialistas medicinales los *meñeruwae*, *yuweweruwae* y *idaya thikawaeruwae* (pl.). En contraste con los practicantes de medicina occidentales, los practicantes de medicina wothîha son al mismo tiempo líderes de sus comunidades, profesores y guerreros en defensa de sus parientes (Overing 1989, 1993). Esta disertación trata acerca del papel de los Wothîha *ruwae* como practicantes de medicina, profesores y guerreros espirituales.

La fama de los Wothîha como shamanes se ha observado desde que comenzaron los registros históricos (Giliy 1987). Sin embargo, durante los años noventa muchos Wothîha se preocupan del futuro de su liderazgo tradicional y de su sistema sanitario. Desde finales de los años sesenta, los Wothîha han sido persuadidos por agentes de gobiernos y misioneros de abandonar su forma de vida en casas comunales ubicadas en la selva del Amazonas y mudarse a colonias al estilo occidental³. Este movimiento ha determinado el aumento de la penetración de las comunidades wothîha en los estados Bolívar y Amazonas por partidos políticos, misioneros y trabajadores gubernamentales. Los agentes representantes del Estado Venezolano y de la sociedad civil han pensado en integrar de diferentes maneras a los Wothîha con la sociedad venezolana. Como parte de este proceso los líderes y practicantes de medicina wothîha han sido marginados y denigrados como brujos por agentes externos.

Mientras que la marginación de los practicantes de medicinas indígenas por miembros de las

¹ El autor es antropólogo y catedrático sobre Temas Ambientales en el Instituto de Estudios Latinoamericanos, perteneciente a la Universidad de Londres.

² Wothîha es la auto definición que fue adoptada universalmente por los Piaroa durante el Primer Congreso Piaroa en 1984. De acuerdo a los resultados del censo de 1992, la población piaroa (wothîha) en Venezuela es de 11.539 individuos residentes dentro de las 171 comunidades de los estados Bolívar y Amazonas. Una cantidad menos cierta de Wothîha, estimada en 688 individuos durante 1988, viven en Colombia (Ochoa 1991:227).

³ Ver Oldham (1996) para un análisis detallado de los impactos de la política venezolana de desarrollo en relación a los Wothîha.

sociedades occidentales forma parte de la experiencia común de los pueblos indígenas a lo largo de las Américas, el Programa de participación comunitaria al control de la salud PROCOMSIVA concebido y coordinado por el antropólogo social Jean Chiappino ha adoptado un enfoque diferente. Este enfoque se basó en la opinión de que los pueblos indígenas del Amazonas poseen sofisticados sistemas de salud y que solamente a través de la combinación del conocimiento médico occidental con el conocimiento médico indígena pueden resolverse las serias necesidades de salud de los pueblos indígenas del Amazonas.

La condición previa de tal enfoque es una esmerada comprensión y respeto por el sistema de salud indígena. El presente artículo está basada en un intensivo trabajo de campo llevado a cabo en colaboración con los Wothíha⁴ entre los años de 1991 y 1993 (ver Oldham 1996) y en el transcurso de varias misiones de investigación sobre el shamanismo realizadas en el marco del programa PROCOMSIVA entre los años de 1995 y 1997.

Sin embargo, se debe enfatizar en el hecho de que la descripción y análisis presentado en esta disertación representa los resultados iniciales de investigaciones en curso. Esto no sólo refleja la complejidad del sistema de salud de los Wothíha, refleja también el hecho de que no estamos tratando con una tradición estática de las medidas de salud indígenas, sino que estamos tratando con un sistema viviente y dinámico que revela variaciones significativas a través del territorio wothíha.

En vista de esto, el propósito de este artículo es en primer lugar proveer de una estructura para el análisis del sistema de salud wothíha, la cual espero produzca un mayor entendimiento y respeto hacia los practicantes de la medicina wothíha por el personal médico occidental. En segundo lugar, estimular a las jóvenes generaciones wothíha para conservar su sistema de salud y discutir con los ancianos y ancianas de su comunidad los resultados e interpretaciones presentados en este trabajo.

Esta disertación comienza delineando la visión del mundo en la cual las concepciones de las enfermedades wothíha están localizadas y alrededor de las cuales su sistema de salud está articulado. La segunda parte está enfocada hacia el análisis del sistema de salud wothíha, desde su concepción hasta la iniciación en la sociedad wothíha como seres humanos plenamente productivos. La tercera parte está dirigida hacia el proceso por medio del cual los individuos se educan para convertirse en miembros de una de las tres clases de shamanes Wothíha y de la estructura del sistema de salud wothíha. Antes de llegar a una conclusión, la parte final proporciona una extensa descripción y análisis de una "clínica" practicada por la clase más alta de shamán wothíha, el *idaya thikawaeruwa* (sing.).

Cosmología, enfermedad y peligros de la conducta predatoria

Como muchos de los pueblos indígenas de Sur América, los Wothíha poseen una cosmología extraordinariamente rica o, como los modernos Wothíha prefieren llamarla, cosmovisión. De los 19 pueblos indígenas que habitan el estado Amazonas el sistema cosmológico de los Wothíha es proba-

⁴ El trabajo de campo fue principalmente realizado en colaboración con los Wothíha de la Churuata Don Ramón y Paria Grande dentro del sector Cataniapo del territorio wothíha y fue debatido con un número de Wothíha de otras partes del territorio wothíha. El autor desea agradecer especialmente a Don Carlos Caballero, Don Pedro Días, Don Enrique Pancho, Jesús Caballero, Pedro Acosta, Pablo Pancho, Jesús Días, Pablo Días y Jesús Martínez. El autor también desea agradecer a Don José Antonio Infante y a los miembros del Caño Grulla, con quienes se inició, en 1992, la investigación acerca del shamanismo wothíha.

blemente en la actualidad el mejor comprendido como resultado del trabajo de campo realizado por Joanna Overing, Myron Kaplan y Lajos Boglar a finales de los años sesenta y en los setenta (Overing & Kaplan 1988, Boglar 1978).

La cosmología wothîha está articulada alrededor de una compleja clase de relaciones entre dos categorías de seres: los dioses creadores de la historia wothîha y la categoría de seres conocidos como los *Tianawa*. “nuestros espíritus de las colinas o montañas” (ver Overing & Kaplan 1988). En relación a esto, la principal dificultad es que mientras hay una esencia común en la cosmología wothîha concentrada en las relaciones entre un grupo de siete Dioses creadores, las interpretaciones de estas relaciones y los detalles de las mismas varían dentro y entre las comunidades wothîha. Esto refleja el hecho de que los shamanes (*ruwae*), quienes sirven como depositarios del conocimiento cosmológico, están comprometidos en un proceso creativo de interpretación constante de aquello que el Wothîha llama “nuestra historia” (Overing 1990, Oldham 1996). Además, la cosmología wothîha varía de acuerdo al punto de referencia que se toma dentro de ella misma (Overing & Kaplan 1988). En resumen, no estamos tratando con una tradición cosmológica rígida individual, la cual da información de prácticas medicinales, antes bien con un conjunto de conocimientos los cuales son interpretados creativamente dentro y a través de generaciones.

Teniendo en cuenta este proceso dinámico y creativo, mi propósito es de proveer una estructura a través de la cual podremos aproximarnos a la cosmología wothîha tal como se relaciona con la práctica medicinal.

En contraste con la ciencia occidental los pueblos amazónicos, como los Wothîha, no ven el universo formado por objetos neutros los cuales pueden ser manipulados con impunidad para satisfacer necesidades humanas (Oldham 1996). Más bien, los Wothîha, como los Achuar del Ecuador, se conciben a sí mismos como parte de lo que se podría llamar una aún más extensa “sociedad de naturaleza” (Descola 1994, Oldham 1996). Esta “sociedad de naturaleza” se caracteriza por una compleja historia y por complejas relaciones de parentesco y afinidad entre la humanidad, las especies de plantas y animales y los dioses creadores.

Para los Wothîha la manipulación y el consumo de los elementos del medio ambiente no son actividades que pueden ser llevadas a cabo sin impunidad. Por el contrario, estas actividades se ven más bien como extremadamente peligrosas (*nawaepiwa*), debido a que implican una conducta predatoria sobre seres con quienes los Wothîha están ligados conceptualmente (ver Overing 1993a). Como veremos detalladamente, la producción y el consumo prudente de los elementos depende de la apropiación y domesticación de conocimiento conceptualmente peligroso. A fin de comprender este significado, en relación al sistema de salud de los Wothîha, debemos remitirnos a los componentes principales de la cosmología wothîha.

En general, la historia wothîha puede ser dividida en dos categorías superpuestas: “tiempo anterior” (*tabokuwene*) y “tiempo actual”. En la historia del “tiempo anterior” de los Wothîha todas las plantas, animales, peces y otros elementos animados del medio ambiente tenían forma humana y estaban relacionados por medio de complejos vínculos de parentesco y afinidad (Overing & Kaplan 1988). Estos lazos de parentesco estaban articulados alrededor de relaciones entre los miembros de las tres principales familias del “tiempo anterior”. Estas familias eran: la familia de Kuemoi (Anaconda) y su hija Kwawañamu (Maize), la familia de su yerno Wahari (Tapir), su hermana Cheheru y su hermano Bou’ka (Venado) y finalmente la familia de Puruna, el marido de Cheheru.

Podemos observar la importancia de estas familias del “tiempo anterior” cuando consideramos los orígenes de las plantas, animales y otras especies que los Wothliha consumen hoy en día y alrededor de las cuales se enfocan muchas de sus prácticas medicinales.

La Tabla Uno representa el resultado de un estudio sobre los dioses creadores atribuido a especies comestibles realizado por un shamán perteneciente a la Churuata Don Ramón. Este estudio se basó en un detallado inventario de 326 especies clasificadas por el Wothliha como comestibles y recopiladas por Mary Melnyk (1995)⁵.

Tabla Uno. Dioses creadores y clasificación de las especies comestibles

Creadores	Clasificación de las especies comestibles						
	<i>Animales</i>	<i>Pájaros</i>	<i>Peces</i>	<i>Reptiles y Anfibios</i>	<i>Insectos</i>	<i>Plantas cultivadas</i>	<i>Total</i>
<i>Wahari</i>	7	10	19	10	2	12	60
<i>Buo'ka</i>	3	7	15	3	4	1	33
<i>Cheheru</i>	-	-	-	2	1	-	3
<i>Puruna</i>	-	-	-	-	-	-	-
<i>Kuemoi</i>	1	-	0	1	1	2	5
<i>Kwawañamu</i>	-	-	-	-	1	19	22
<i>Awethu-Ahu</i>	-	1	-	-	-	3	3
<i>Natural</i>	-	-	-	-	2	4	7
<i>European</i>	-	-	-	-	-	13	13
<i>Otros</i>	10	2	-	-	-	-	12
<i>Total</i>	21	21	35	16	11	54	158
<i>Total (Melnky)</i>	21	24	56	16	15	62	194

La Tabla Uno revela que de un total de 158 especies de animales, pájaros, peces, anfibios y reptiles, insectos y plantas cultivadas del inventario de Melnyk, los Wothliha de la Churuata Don Ramón identificaron 158. La disparidad entre el inventario de Melnyk y la identificación del Wothliha en la Churuata Don Ramón refleja principalmente las diferencias en la distribución de las especies a través del territorio wothliha.

Volviendo al análisis de los resultados presentados en la Tabla Uno observamos que de un total de 158 especies comestibles la mayoría de ellas (115) se le atribuyen a Wahari (Tapir), a su hermano Buo'ka (Venado) y a la esposa de Wahari, Kwawañamu (Maíz).

⁵ Este análisis no incluye datos de alimentos provenientes de plantas silvestres identificadas en los inventarios de Melnyk. Sólo cinco de estas plantas fueron consideradas por los Wothliha como portadoras de enfermedades: el plátano, la guada de pájaro, la jigua, la miel de lapa y el pijiguo de escorpión. Se debe hacer notar que la categoría “Otros” dentro de la Tabla Uno se refiere a especies que el Wothliha atribuyó a dioses creadores menores o a creación propia y no son significativos para los propósitos de este análisis.

A fin de comprender esta distribución y su significado en relación a la actitud de los Wothîha hacia la enfermedad, necesitamos remitirnos a la historia de estos dioses creadores. Comenzaremos con la historia de la creación de los Wothîha por Wahari, el héroe cultural y dios falible de la historia wothîha (ver Overing 1985).

Wahari creó a los Wothîha en el lago de la creación conocido como Nyuema, mezclando el poder de sus pensamientos (*akwa*) con la carne de un pez, valentón (*maesiriri*). Luego creó los demás pueblos, hoy en día habitantes del Orinoco Medio, mezclando sus “pensamientos” con la carne de los peces *tuhakahoromaekepi* y *yawireno*.

Sin embargo, una importante característica de los dioses creadores es que no eran perfectos (Overing 1985). Buó'ka (Venado), el hermano de Wahari, sintió celos del poder de este último. Cuando Wahari creó a los Wothîha y a los otros pueblos, Buó'ka y su cuñado, Puruna, le pidieron que creara un pueblo para ellos (Boglar 1978). Como resultado fueron creados los venezolanos (*Sabarari*), los colombianos (*Kuatitu*) y los Kariña (*Hurucu*). No obstante, en ese momento una pugna se desató entre Wahari, Buó'ka y Puruna acerca de donde deberían vivir estos pueblos. Buó'ka sostenía que los venezolanos y los otros pueblos deberían vivir en la selva como los Wothîha. Inicialmente Wahari estuvo de acuerdo, pero luego renegó este pacto y adoptó la posición de que los Wothîha deberían continuar viviendo en la jungla mientras los venezolanos y los vecinos de los Wothîha deberían continuar haciéndolo en la sabana (Boglar 1978 : 73). Como respuesta a esta decisión, Buó'ka decidió vengarse realizando brujerías contra los Wothîha, y declaró: “Estos pueblos no deben vivir! Los primitivos, los jaguares y los espíritus de los muertos los matarán. Los Piaroa no serán capaces de ir a cazar en solitud debido al peligro” (Boglar 1978 : 28).

Las consecuencias de las acciones de Buó'ka en contra de su hermano eran graves, “...si Buó'ka no hubiese hecho esto entonces los Piaroa vivirían en la abundancia como los españoles. Si Buó'ka no hubiese hecho esto solamente morirían los ancianos, no los niños y los jóvenes. Buó'ka creó los peligros que amenazan a los Piaroa” (Boglar 1978 : 28, mi traducción).

Lo que podemos observar en este pasaje es que la ruptura de las relaciones entre estos dos Dioses creadores comenzó a crear peligros para los Wothîha. Estos peligros se verían progresivamente exacerbados por el descenso a la anarquía de las relaciones entre las familias del “tiempo anterior” (Overing, en prensa). Así, Cheheru mata a uno de los integrantes del pueblo wothîha, Chuwo, al molestarlo con su comportamiento⁶. Como represalia, Wahari decidió matar a los hijos de su hermana, un grupo de seis hermanos llamados los Waikuui, enfermándolos con diferentes clases de diarrea (*marichei*). En el Ari Cuoto, donde este río desemboca en el río Parguaza en el estado Bolívar, Wahari mató a tres Waikuui, mientras que otros dos murieron de diarrea en Moroheinaca y Waiekeu en el río Cuao. Si Wahari no hubiese hecho esto hoy en día los Wothîha no sufrirían de diarrea.

Las relaciones entre las familias del “tiempo anterior” eran igualmente inestables. Wahari estaba casado con Kwawañamu, la hija de Kuemoui. Kuemoui es el “demonio” de la historia de los Wothîha, un bufón demente y perverso quien creó animales, tales como el jaguar (*yawi*), peces y reptiles que cazaban, mataban y se alimentaban de carroña (Overing 1985, 1986). Kuemoui es también el “abuelo” de animales nocturnos como la lapa (*tuwa*), la cual es producto del matrimonio de su hija (Kwawañamu) y su yerno (Wahari). Las relaciones entre Kuemoui y Wahari se caracterizaban por una violenta competencia. Cada uno de ellos conspiraba constantemente para asesinar al otro a fin de obtener el control sobre sus respectivos poderes (Overing 1985, 1986).

⁶ Chuwo es una máscara sagrada utilizada en la ceremonia “de engrandecimiento” llamada *warime* (ver Overing y Kaplan, 1988, Chiappino 1993).

El “tiempo anterior” de la historia wothíha finalmente se precipitó en la anarquía a medida que los Dioses creadores perdían control sobre sus poderes, o pensamientos (*akwa*), y buscaban devorar miembros de cada una de las otras familias. Hacia finales del “tiempo anterior”, Wahari celebró un traicionero banquete al cual invitó a los otros miembros de la sociedad del “tiempo anterior” donde los transformó como los vemos hoy en día (Overing & Kaplan 1988). En el proceso los seres del “tiempo anterior” perdieron una cualidad esencial que los Wothíha asocian con los seres humanos : su “vida de pensamientos” (*akwaru*) (ver abajo). En lugar de esto, recibieron el poder de transmitir enfermedades a los Wothíha (Overing & Kaplan 1988).

Se puede entonces argumentar que los Wothíha fueron ‘condenados’ por las acciones de sus dioses creadores falibles a una vida de costumbres predatorias con sus antiguos ‘parientes’ y ‘afines’. A cambio, a su antigua parentela y afines les fue dado el poder de transmitir las enfermedades a los Wothíha. Esto se puede ver claramente en la Tabla Dos, la cual proporciona los resultados de un estudio sobre la distribución de las enfermedades por tipo y por dios creador.

Tabla Dos. Dioses creadores, especies comestibles y distribución de las enfermedades

Creadores	Distribución de las especies comestibles provocando enfermedades						
	<i>Animales</i>	<i>Pájaros</i>	<i>Peces</i>	<i>Reptiles y Anfibios</i>	<i>Insectos</i>	<i>Plantas cultivadas</i>	<i>Total</i>
<i>Wahari</i>	6	1	10	8	0	4	29
<i>Buo'ka</i>	2	0	5	1	1	0	9
<i>Cheheru</i>	-	-	-	1	0	-	1
<i>Puruna</i>	-	-	-	-	-	-	-
<i>Kuemoi</i>	1	-	-	0	1	1	3
<i>Kwawañamu</i>	-	0	0	-	0	0	0
<i>Awethu-Ahu</i>	-	-	-	-	-	0	0
<i>Natural</i>	0	0	-	-	1	0	1
<i>European</i>	0	-	-	-	-	4	4
<i>Otros</i>	9	-	-	-	-	0	9
<i>Total</i>	18	1	15	10	3	9	56

La Tabla Dos revela que de un total de 158 especies identificadas como portadoras de enfermedades, la mayor concentración se encuentra entre los animales (18), seguido muy de cerca por los peces (15), reptiles y anfibios (10) y plantas cultivadas (9). Si volvemos a la distribución de la gestación de enfermedades de especies comestibles por dios creador la mayor concentración se encuentra con Wahari (29) seguido con una gran diferencia por su hermano Buo'ka (9) y Kuemoi (3)⁷.

⁷ La atribución de enfermedad a especies identificadas por los Wothíha como europeas (+) representa una anomalía y refleja un grado de duda en cuanto a si Wahari creó estas especies, o si éstas representan una importación “europea”. Sin embargo, los Wothíha estaban claros que estos casos en cuestión traían la misma enfermedad que el plátano, el cual es una creación de Wahari.

Para poder explicar esta concentración, el punto principal que necesitamos considerar está en las relaciones de parentesco del “tiempo anterior” entre los Wothiha y las especies que éstos consumen hoy en día.

Las especies portadoras de enfermedades se concentran con más fuerza en las especies de animales, peces, reptiles y anfibios más grandes. lo que refleja el significado de estas especies en la cosmología wothiha. Por lo tanto, los Wothiha no consumían peces de gran tamaño provenientes del río Orinoco como el valentón, ya que como hemos visto, cuando Wahari creó los Wothiha lo hizo uniendo sus pensamientos con la carne de este pez. Como los Wothiha han señalado, normalmente no consumían valentón porque para ellos es “casi una persona”. Desde la perspectiva wothiha, consumir un valentón es como consumirse a sí mismo.

Una restricción histórica similar se aplica al tapir (*ofo*). El tapir es la principal manifestación de Wahari sobre la tierra. Los Wothiha expresan sin ambages que, tradicionalmente, este animal no se comía porque era su “abuelo”. En resumen, consumir un tapir es como consumir a su creador. Sin embargo, el tabú de los alimentos no es totalmente categórico, ya que los Wothiha afirman que es posible comer tapir, pero que para ello el shamán debe cantar durante un mes para preparar la cacería y poder consumir el animal (ver también Descola 1994). Las consecuencias de comer una manifestación del creador de los Wothiha sin la debida preparación incluye dolores severos en las articulaciones (*thura*), demencia (*kerau*) y gonorrea (*musuhueri*). En suma, el tapir no fue creado para ser consumido por los Wothiha.

En la práctica, la mayoría de estas enfermedades gestadas de animales, aves, peces, reptiles y anfibios representan especies en las cuales los dioses creadores se transformaron a sí mismos durante sus aventuras del “tiempo anterior”. En un sentido técnico, son manifestaciones de estos dioses creadores como tales. Una excepción de esta regla general son aquellas especies que fueron creadas específicamente como alimento. Esto puede observarse en la comparación de las creaciones de Bou'ka en las Tablas Uno y Dos, donde se estima que sólo 9 de las 33 especies creadas por Bou'ka transmiten enfermedades. Esto afirma el punto de vista de que Bou'ka creó muchas de estas especies como alimento para su pueblo. Sin embargo, también hemos visto que el conflicto de Bou'ka con Wahari lo llevó a crear peligros que amenazan a los Wothiha.

Una comparación entre las Tablas Uno y Dos demuestra que esta situación no se aplica en el caso de Kwawaïamu, la hija de Kuemoi y esposa de Wahari, Kwawañamu (Maíz), es vista por los Wothiha como una diosa bondadosa, madre de las plantas de jardín y ninguna de sus creaciones se ve como transmisora de enfermedades a los Wothiha.

Lo que esto revela es que la mayoría de los peligros representados por el consumo de los elementos, dentro del medio ambiente de los Wothiha, se originan de aquellos dioses creadores que se mantienen en una posición cercana de parentesco con los Wothiha, específicamente Wahari y Bou'ka. Como Overing ha argumentado, y los datos presentados anteriormente lo confirman, esto refleja el hecho de que al consumir tales elementos los Wothiha están “simbólicamente” consumiendo a sus parientes (Overing 1985). En suma, el consumo de estas especies es técnicamente un acto de canibalismo. Como veremos a continuación, el shamanismo wothiha se preocupa seriamente en controlar los peligros implícitos en el consumo de los elementos dentro del medio ambiente que son técnicamente “casi una persona”.

Controlando las costumbres predatorias: la formación de los niños y la adaptación al medio social

La Tabla Tres presenta los resultados del análisis de la distribución de tipos de enfermedades y dolencias a través de las especies comestibles. La clasificación de la enfermedad usada en la tabla se basa en la traducción del wothíha al español aún cuando será necesario trabajo adicional para traducir las clasificaciones wothíha a los términos médicos occidentales. Sin embargo, el análisis revela que los Wothíha poseen un sofisticado sistema de clasificación de enfermedades el cual identifica un total de 40 tipos de ellas⁸. Los totales, al final de la Tabla Tres, revelan que la mayor concentración de diferentes tipos de enfermedades se encuentran en los animales (35), reptiles y anfibios (32), peces (30) y plantas cultivadas (26). Si observamos los totales por los tipos de enfermedades a través de los tipos de especies, a la derecha de la tabla podremos ver que la diarrea (50) y los problemas durante el embarazo (14) tienen la más alta incidencia.

En esta parte nos concentraremos en la manera por medio de la cual los shamanes wothíha enfrentaban estos problemas, comenzando por la maternidad. Los Wothíha encaraban los problemas de la maternidad de dos maneras fundamentales. Primero, cantando sobre la mujer embarazada para proteger el niño: segundo, restringiendo el consumo alimenticio durante el embarazo. Con el fin de comprender esto, debemos regresar una vez más a la cosmología wothíha.

Los Wothíha aseguraban que la fuerza para crear y proteger a un niño proviene de la diosa de la fertilidad Cheheru y sus asistentes. La fuerza esencial para crear a un niño la proporciona el paternal tío de Cheheru, llamado Neyawa (Renacuajo) (ver también a Overing 1993). Esta fuerza esencial para crear un feto que proviene de Neyawa es llamada *akwaruwa*, “el pensamiento maestro” o “alma” del individuo (Overing 1993).

Neyawa fue creado en Nyuema, el lago de la creación de los Wothíha, lugar donde en la actualidad vive solo. Los Wothíha sostienen que Neyawa es “fundamentalmente de los Wothíha”, y “si él muere, nosotros morimos”. Esto sugiere que el atribuir la fuerza de Neyawa para la creación del *akwaruwa* dentro del feto afirma la identidad del niño como Wothíha, mediante la reafirmación de la creación del pueblo wothíha en el lago Nyuema. No obstante, Neyawa es sólo una de una serie de complejos elementos cosmológicos involucrados en la formación y desarrollo del *akwaruwa* o “pensamiento maestro” del feto.

Cuando una mujer tiene una falta en el período, ésta visita a un *meñeruwa* de la comunidad, quien confirma el estado de gravidez. Luego, a la mujer se le presenta una alternativa acerca de si tener un niño o una niña. Si la mujer desea tener una niña, el shamán le canta a la Diosa Wothíha, Cheheru (Itsahu Cheheru Rau'ka⁹). Si desea tener un niño, el shamán le canta a U'bo Cheheru Rau'ka, a un collar de color amarillo, y a Tuharitsa, quien es el hermano mayor del marido de Cheheru. Puruna.

Una vez que el sexo del feto ha sido determinado, el shamán canta sobre la mujer para proteger de enfermedades a ambos. Mientras hace esto, menciona a una mujer con dos nombres Oku Marisu/Oku Risidua quien vive en una montaña en la parte alta del río Cuao, conocida como Oku Wemiui. En la historia del “tiempo anterior” esta mujer tuvo un hijo llamado Wemiui. Este niño estaba

⁸ La tabla 3 solamente se refiere a las enfermedades transmitidas por especies comestibles y no a todas las enfermedades conocidas por los Wothíha (ver también Zent 1992).

⁹ Los dioses creadores Wothíha y Tianawa tienen múltiples nombres que se refieren a diferentes manifestaciones y aspectos de estos seres, como por ejemplo, Itsahu Cheheru rauka (ver Overing & Kaplan para discusión).

constantemente enfermo y desnutrido, ya que ella no tenía medicinas para tratarlo. Rememorando al destino de esta mujer y enfatizando que los Wothilha poseen conocimiento médico, se protege a la mujer embarazada contra un destino igual. De la misma manera, el shamán menciona otros dos lugares. El primero de estos, Papaué Kerisae ubicado en la parte alta del río Cuao. Esta es la casa de Re'yo, horrible duende guardián de todos los seres de la selva. Los Wothilha, como "seres de la selva" (*dea ruwae*) se encuentran bajo el amparo de Re'yo, y mencionando su nombre el feto también es llevado a la protección de su reino. El segundo lugar es Ari Deiyu'u, una montaña en la parte alta del río Cuao, que Wahari usaba como base cuando iba de cacería.

En este momento los asistentes de la Diosa de la fertilidad Cheheru, los Tianawa (espíritus de colinas/montañas) conocidos como Winiku, Ubeku, Anaemi, Padapo Kuyeri y Hueméi comienzan a representar un papel principal en la formación de un niño.

Cheheru habita en el sitio llamado Mereya, gran montaña en el lado colombiano del río Orinoco, cerca de los rápidos de Atures. Los Winiku, descritos como la "mano derecha" de Cheheru, viven en una montaña cercana conocida como Waweyarichoho. Los describen como tres hermanos casados con tres mujeres del mismo nombre, las cuales toman la forma de diferentes coloridos, ordinariamente invisibles, espíritus del aire parecidos al jaguar. Al mencionar estos seres el shamán le transmite al niño el poder y la fuerza para comer diferentes tipos de animales.

Fuerzas similares son transmitidas por los seres que viven con Cheheru en Mereya. Ubeku y Hueméi son descritos como la "mano izquierda" de la diosa Cheheru. Así como lo veremos Hueméi, el hijo de Cheheru cumple un papel crítico en la práctica shamánica de los Wothilha. Los Padapo Kuyeri son descritos como clasificatorios "padres de Cheheru", mientras a Anaemi se le describe como su "verdadero padre", y se dice habitaba en una gran cascada de agua "detrás" de Cheheru.

Al mencionar a estos seres, su fuerza (*uluun*) pasa dentro de todo el cuerpo del feto y sirve para formar y proteger el "pensamiento maestro" o "alma" del niño sin nacer (*akwaruwa*). específicamente, se les da a los niños la capacidad de consumir elementos peligrosos del medio ambiente. En síntesis, al niño se le da el poder esencial de victimizar los elementos del medio ambiente, en relación a los cuales él está técnicamente relacionado en términos de parentesco y afinidad.

Este breve análisis revela que los Wothilha no ven la creación de un niño como una cuestión meramente de reproducción biológica sexual, sino como un proceso a través del cual se apropian de los poderes de los seres espirituales externos, con el fin de asegurar una reproducción exitosa y la supervivencia del niño en un mundo que se caracteriza por las costumbres predatorias.

Sin embargo, esto forma sólo un aspecto del cuidado prenatal. Las mujeres durante el embarazo, y en una menor medida sus parejas, deben evitar cualquier consumo de ciertas especies, a menos que un shamán haya cantado sobre ellas. Como la Tabla Tres nos revela, el peligro más grande de aborto, de embarazo tardío o parto de feto muerto provienen del consumo de especies de plantas o animales sin la debida preparación anterior por el shamán.

El sistema de transmisión de los poderes de seres externos al feto y las restricciones en la dieta durante el embarazo se extienden hasta el cuidado después del parto. Esto refleja el hecho, de que la protección del niño proveniente de seres externos y las precauciones en la alimentación durante el período prenatal es solamente parcial, y que esto debe ser reforzado durante el crecimiento del niño.

Hemos visto que la principal forma de enfermedad que se contrae de las especies comestibles es la diarrea. Esta es la mayor causa de muerte infantil en la población indígena del Amazonas. Con la intención de combatir estos peligros, los shamanes de la comunidad cantan sobre los alimentos provenientes de plantas, peces y animales, de manera que el consumo de éstas sea seguro para los niños.

Tabla Tres. Clasificación de las enfermedades por especies comestibles

Tipos de enfermedad	Nombre Wothika	Distribución de las enfermedades por especies comestibles						
		Animales	Pájaros	Peces	Reptiles y Anfibios	Insectos	Plantas cultivad.	Total
Diarrea	mārichei chambi mārichei cuo chāmbi chābi shamin	1	-	10	18	3	18	50
Embarazo tardío/ aborto/ parto de feto muerto	niñechuecūrecu'ō recuene-mechaä madu recu püu'ō recocuh-chaä	3	-	2	1	-	8	14
Tumores y úlceras	duduyu	7	-	-	2	1	-	10
Dental	tacu barau	1	-	-	-	3	-	4
Deformidades	madu recuna madu reu'ō	-	-	7	1	-	-	8
Demencia	kereü	5	-	-	-	-	-	5
Sordera	jari-ahua thuäriyüna thiariyaünä	-	-	-	4	-	-	4
Agotamiento	siäü naachü	-	-	2	1	-	-	3
Pereza	thütänuä	-	-	5	-	-	-	5
Parásitos estomacales	cunaü wiün	3	-	-	-	-	-	3
Infarto	amizoki-yarapaa thami,sokiyaraunë	2	-	-	-	-	-	2
Sexual	musuwari	2	-	-	-	-	-	2
Dolor de los huesos	thjurä ureyü	2	-	-	-	-	-	2
Inflamación de la garganta	yurikë	2	-	-	-	-	-	2

Tabla Tres (continuación)

Tipos de enfermedad	Nombre Wothïha	Distribución de las enfermedades por especies comestibles						
		Animales	Pájaros	Peces	Reptiles y Anfíbios	Insectos	Plantas cultivad.	Total
Dolor de estómago	<i>thāni niyü</i>	-	-	3	+	-	-	7
Picadura de serpientes	<i>aca nuijña pä,ü</i>	-	-	-	-	1	-	1
Pica pica	<i>wareë</i>	1	-	-	-	-	-	1
Tos y fiebre	<i>haja perün-nimecuënrüan</i>	1	-	-	-	-	-	1
Fiebre infantil	<i>aurë</i>	1	-	-	-	-	-	1
Mudez	<i>recuene-huiän</i>	1	-	-	-	-	-	1
Infecciones de los pies	<i>cas'ë</i>	1	-	-	-	-	-	1
Deterioro de la vista/ceguera	<i>dye'y</i>	1	-	-	-	-	-	1
dolor de cabeza	<i>thurü pekënisok</i>	-	1	-	-	-	-	1
Salpullido infantil	<i>'kiü</i>	-	-	1	-	-	-	1
Comportamiento de perro	<i>ihuirî'pa'kuuna rabo</i>	-	-	-	1	-	-	1
Enfermedad de los pulmones (tuberculosis)	<i>thuh-curuci</i>	1	-	-	-	-	-	1
Total		35	1	30	32	8	26	132

Al mismo tiempo, los padres imponen restricciones en la variedad de plantas, peces y animales que los niños pueden comer. En general, los padres restringen el consumo de ciertas partes del cuerpo de los animales y peces, tales como la cabeza de la lapa (*tuwa*), del araguato (*imu*) o de los peces, como el bocón (*ai*), hasta que ellos decidan que sus hijos son lo suficientemente adultos para consumirlos sin peligro.

A medida que el niño crece, este sistema de protección se enlaza con el sistema tradicional de educación wothïha. Para comprender esto, debemos examinar en detalle los conceptos que los Wothïha tienen de la entidad y de la cualidad de ser una persona.

Hemos visto anteriormente que cada individuo posee un *akwaruwa* o “pensamiento maestro”. al cual los Wothilha tienden a llamar hoy en día “alma” o “espíritu”. Sin embargo, a un nivel más profundo los Wothilha también han identificado un cierto número de elementos superpuestos que se encuentran dentro del individuo y que están gobernados por el *akwaruwa*. Así pues, ellos identifican al *akwaru* como la “vida de pensamientos” del individuo.

El *akwaru* de un individuo está hecho de *akwanya*, *akwakomenae* y *kakwa*. El *akwanya* es un concepto complejo que los Wothilha hoy en día generalmente traducen como “fuerza de vida”. No obstante, Overing ha argumentado que *akwanya* también implica la posesión de “conocimiento y capacidades” las cuales hacen la vida posible (Overing 1988:176). Relacionado a esto se encuentra el *akwakomenae*, término que los Wothilha generalmente traducen al español como “costumbre”. Sin embargo, Overing también ha argumentado que este término comprende además “voluntad, responsabilidad y consciencia”. Finalmente, *kakwa* es para los Wothilha la “vida de los sentidos” y comprende tanto los sentidos físicos, como las “emociones” (*asaeusae*). Mientras que dentro de la “vida de los pensamientos” estas categorías están conectadas entre sí, al punto de que los Wothilha pueden incluir a *kakwa* en la categoría de *akwanya*, lo que es sorprendente en las construcciones wothilha de la personalidad es el énfasis que se hace en los “pensamientos”¹⁰.

Para explicarlo debemos volver a la historia de las familias del “tiempo anterior”. Hemos visto, que los Dioses creadores eran “maestros del pensamiento” muy poderosos. Poseían conocimientos y fuerzas poderosas para la creación. Sin embargo, este conocimiento era intrínsecamente venenoso y los Dioses creadores fueron llevados a cometer actos de locura y canibalismo con sus propios parientes y afines, lo que finalmente “condenó” a los Wothilha a una vida de conducta predatoria.

Esto presenta dos problemas principales para los Wothilha. El primero de ellos, es cómo adquirir conocimiento conceptualmente peligroso que pueda permitir una producción y consumo seguro. El segundo, es cómo controlar de tal manera este conocimiento conceptualmente peligroso para que sea empleado apropiadamente, preferentemente dentro de los reinos de la “naturaleza” en lugar de en los reinos del parentesco humano. El peligro consiste en que si el conocimiento conceptualmente peligroso que hace posible la vida social no se domestica, entonces las relaciones entre los miembros de las comunidades descenderán a la anarquía de la brujería, el canibalismo y la predación reminiscente de las relaciones del “tiempo anterior” entre los dioses creadores (ver Overing 1989). El punto principal de estas inquietudes se muestra en la forma como los Wothilha combinan la adaptación de los niños al medio social con la práctica medicinal.

Los padres Wothilha enseñan a sus hijos durante toda su infancia las habilidades que necesitarán para convertirse en adultos plenamente productivos. Sin embargo, desde aproximadamente los seis años, comienzan a recibir *maripa teau* o “lecciones de magia” por parte de los shamanes pertenecientes a su comunidad. El *maripa teau* forma parte del proceso de iniciación a la sociedad wothilha que trata con dos temas principales. Primero, aprender las reglas, costumbres y responsabilidades que hacen la vida social posible dentro de la sociedad wothilha. Segundo, adquirir el conocimiento conceptualmente peligroso que les permitirá convertirse en miembros plenamente productivos de sus comunidades.

10. Esta variabilidad refleja en parte las dificultades de traducir complejos conceptos superpuestos Wothilha a un sistema analítico occidental. Al mismo tiempo, la misma puede sugerir un grado de variabilidad en la construcción de la personalidad Wothilha. Este será el tema de futuras investigaciones más detalladas. Ver a Overing (1987) para importantes discusiones sobre los problemas de traducción que confrontan los antropólogos que trabajan con los Wothilha. Ver también a Chiappino (1995a, 1995b) quien debate de esta dificultad a propósito de conceptos similares en la sociedad yanomami.

Este proceso de iniciación a la sociedad wothíha comprende prácticas que inicialmente puede parecer extremas a los occidentales. Sin embargo, como veremos a continuación estas prácticas asociadas con la iniciación están apoyadas en la visión más extensa del mundo que poseen los Wothíha como un proceso predatorio que requiere de la domesticación del conocimiento peligroso.

Una de las principales formas para entrenar y proteger al niño para que éste pueda desarrollarse en un adulto sano mental y físicamente es un ritual mediante el cual se colocan en el cuerpo hormigas de gran tamaño.

En diferentes épocas del año, el shamán recolecta un tipo de hormiga grande de color negro conocida como *ñawae*. Luego el shamán junta entre cincuenta y cien de ellas en un parche convexo de color rojo. En la preparación del ritual, el shamán sumerge la almohadilla en una bebida llamada *sari*, consistente en mandioca y batata fermentada sobre la cual el shamán ha cantado canciones específicas. Es aquí, donde podemos ver de nuevo la posición principal de la diosa de la fertilidad, Cheheru. Las hormigas y el *sari* “pertenecen” ambos a la diosa de la fertilidad, y es su poder, unido al poder del shamán, el que entra a las hormigas.

Antes de aplicar las hormigas al cuerpo de una persona, el shamán pasa el parche alrededor de todo su cuerpo, del tobillo hacia arriba y repite este ejercicio con la persona a quien se le van a aplicar las hormigas. En este proceso la fuerza del shamán (*ponyáwupare*) comienza a ser transferida al individuo a medida que se cubren con lo que se podría describir como el capullo protector de su poder. El shamán procede entonces a aplicar las hormigas al cuerpo del individuo y transmite dentro del cuerpo la fuerza de los cantos a través del veneno de las hormigas (*tumenéwé*).

Las hormigas se aplican primero a los hombres presionándolas contra el cuerpo en las partes de arriba de los pies, las pantorrillas, los muslos, ambos lados del estómago, el torso, la parte de abajo de la espalda, dos veces a través de los hombros, la parte de arriba de las manos y hacia la parte de arriba de los brazos; luego son presionadas en la manzana de Adán, la nuca, las mejillas y la frente. Algunos hombres piden que se les coloque el parche en la lengua. Una vez que los hombres han terminado, son seguidos por las mujeres. En el caso de estas últimas pueden suceder dos cosas: la primera es que se le aplica el parche sólo en la parte superior del cuerpo, del estómago hacia arriba; la segunda, es que se prepara un segundo parche con diferentes cantos, y éste se aplica en todo el cuerpo. Luego, todos los niños y las niñas son sometidos al ritual y se les aplica el parche en la parte superior del cuerpo, pero con menor frecuencia.

Esta estructura en la aplicación de los parches con hormigas no es accidental. Cuando se aplican las hormigas por primera vez el poder que se transfiere está en su punto culminante. Esto requiere de una pequeña investigación de los procesos que se están llevando a cabo. El conocimiento (*akwa*) en la teoría Wothíha está intrínsecamente ligado con la fertilidad (*tuhuru*) o la fuerza (*uhuru*)¹¹. Como hemos visto anteriormente, esta fertilidad es la propiedad de Cheheru, a quien se nombra en la formación de una niña. Aplicando los parches de hormigas primero a los hombres, y a las mujeres de una manera restrictiva, los Wothíha se aseguran de no dañar la fertilidad de la mujer.

Esto se relaciona con el hecho de que el conocimiento y los poderes de la fertilidad que el Wothíha recibe de los espíritus de Tianawa son intrínsecos y naturalmente peligrosos y venenosos y con el tiempo el cuerpo resulta contaminado. Estos residuos en el caso de las mujeres, quienes reciben

¹¹ Los Wothíha sostienen que no hay un concepto inherente a la fertilidad humana o fertilidad como tal. Como lo vimos, la fuerza para crear el *akwaruwa* del feto se deriva de la apropiación de los poderes de los espíritus Tianawa. Tuhuru, traduce directamente “nuestra fuerza” debería ser visto entonces como una imagen innovadora wothíha de un concepto occidental externo. He reservado este comentario simplemente por consideración a la brevedad (ver Overing 1987, Oldham 1996). Ver a Overing (1986a) para una exposición más detallada de las relaciones de género y de fertilidad entre los Wothíha.

poderes innatos de fertilidad con el feto, son arrojados al exterior a través de la menstruación (*iwa-tera*). Las aplicaciones de las hormigas realizan una función similar : limpian el cuerpo de la contaminación causada por el uso de conocimiento peligroso y por la interacción con elementos peligrosos del medio ambiente.

Sin embargo, este proceso de purificación se logra a través de la transmisión dentro de cuerpo del conocimiento conceptualmente peligroso por medio de las hormigas, lo que proporciona que la fertilidad funcione como un ser humano productivo. El peligro que esto conlleva, en relación a las mujeres y a las niñas, es que este proceso de purificación puede dañar irreparablemente su fertilidad.

La participación en tales rituales, de acuerdo con la valoración extremadamente alta que los Wothíha le dan a la autonomía individual de participación de los hombres y las mujeres adultas, es voluntaria. Purificando el cuerpo se limpia el *akwaruwa* del individuo y lo que les permite cumplir con sus papeles como miembros totalmente productivos de su comunidad. Sin embargo, los padres obligan a sus hijos pequeños a participar en el ritual de la hormiga como parte de su educación.

En el caso de los niños, una de las funciones del ritual de la hormiga es el de purificar el cuerpo de la contaminación producida por la interacción con el medio ambiente, a fin de proteger su *akwaruwa*. No obstante, al mismo tiempo el ritual de la hormiga también transmite dentro del cuerpo el conocimiento que el niño necesitará para convertirse en un miembro adulto de su comunidad enteramente productivo, convirtiéndose en parte de su “vida de pensamientos”. Sin embargo, es aquí que otro aspecto del ritual de la hormiga se vuelve relevante como proceso de entrenamiento.

Durante la duración del ritual ni el hombre ni la mujer están supuestos a quejarse. La habilidad de un adulto para resistir a esta severa prueba sin aparentar dolor es importante, ya que demuestra su continuo control sobre el conocimiento conceptualmente peligroso que ha asimilado. Los niños, y no es difícil sorprenderse, se acercan al ritual de la hormiga con considerable perturbación y frecuentemente se quejan. Sin embargo, pronto aprenderán que el dolor causado por el veneno de las hormigas es efímero y éste es disipado inmediatamente mediante la aplicación de *sari* en el área afectada. A los niños también se les da, una pequeña taza de *sari* especialmente preparada para que lo beban al terminar el ritual, lo que los ayuda a mitigar cualquier dolor, recibiendo también estímulo y encomio de sus padres y de otros adultos después de haber pasado el ritual con éxito. Con el tiempo, los niños aprenden a mantener un comportamiento sereno durante la aplicación del parche y así demostrar su control sobre el conocimiento conceptualmente peligroso que está pasando al interior de sus cuerpos.

A medida que los niños crecen su éxito en demostrar su habilidad para controlar el conocimiento peligroso y usar éste de una manera responsable determinará si serán seleccionados para entrar en la próxima etapa de entrenamiento especializado para convertirse en shamán (*ruwa*).

Hemos visto en esta parte, que desde el momento de la concepción los practicantes de medicina wothíha estaban tradicionalmente involucrados en el cuidado del niño, antes y después de su nacimiento. Más aún, hemos visto que la práctica medicinal wothíha se une con la adaptación del niño al medio social y a medida que el niño se va desarrollando con el sistema formal educativo wothíha. Este proceso no sólo comprende la protección del niño contra las enfermedades, sino que se encuentra muy ligado con la integración cultural y domesticación de conocimiento conceptualmente peligroso de seres pertenecientes al panorama wothíha, con el fin de producir adultos física y mentalmente sanos. En otras palabras, el shamanismo wothíha trata con mucho más que una simple prevención y cura de la enfermedad. Más bien, el shamanismo es primordial para la reproducción misma de la sociedad wothíha. Es en relación al proceso shamánico que nos referimos a continuación.

Entrenamiento shamánico

A medida que los niños crecen, sus padres y los shamanes supervisan su capacidad para controlar el conocimiento peligroso que están asimilando y cómo usan este conocimiento de una manera responsable. La mayoría de los jóvenes wothíha cesan su entrenamiento cuando han asimilado el conocimiento que les permitirá ser buenos granjeros, cazadores y pescadores. Sin embargo, los padres pueden proponer a sus hijos para convertirse en shamanes, a lo que los Wothíha se refieren como un entrenamiento de “posgrado”.

Hasta los momentos, las investigaciones existentes identifican dos categorías de shamanes wothíha: *meñeruwa* o “especialista en canciones” y *yuweweruwa* o “especialistas en extracciones” (Overing & Kaplan 1988, Oldham 1996). Las investigaciones conducidas con shamanes wothíha en colaboración con Jean Chiappino me permitieron descubrir que hay una tercera clase de shamán wothíha, el *idaya thikawaeruwa*. Por el momento sólo nos interesa el proceso para convertirse en *meñeruwa* o *yuweweruwa*.

La iniciación inicial shamánica tiene lugar dentro del contexto de la ceremonia “de aumento de la fertilidad”, *warime* (ver Overing & Kaplan 1988, Chiappino 1989). Esta es la ceremonia más importante de la sociedad wothíha y es el único ritual wothíha que tiene un nombre específico.

Para nuestros propósitos, la función más importante de la ceremonia *warime* es la iniciación. A los iniciados no se les permite dormir o comer durante toda una noche y se les ordena sorber, durante ese tiempo, una bebida alucinógena, *tuipá*. Asimismo, los iniciados toman cantidades de yopo (alucinógeno que se inhala), determinadas por el shamán de acuerdo a sus percepciones de la capacidad del iniciado.

Bajo los efectos del alucinógeno el shamán enseña espiritualmente al alumno. Mientras está embriagado el *akwaruwa* del iniciado viaja al hogar de los dioses en las montañas y las colinas transformadas en casas comunales donde se encuentran con los dioses quienes han tomado forma humana.

En este punto es donde emerge la especialización shamánica. Algunos de los alumnos viajan del nivel de las colinas y las montañas al lugar de Mereya Anaemi donde hay una gran cascada dentro de una montaña. Este sitio *meñe pabara* es el lugar donde se encuentran los *meñeruwa*, quienes son los directamente responsables del tratamiento de la enfermedad de nivel cotidiano. Reciben allí conocimiento de los cantos curativos de la diosa Cheheru a través de la mediación de su hijo Hueméi (Hue Racunitsa Hueméi). Estos cantos los reciben internamente en forma de collares de cuentas de cristal, representados simbólicamente por los collares azules y blancos que los shamanes wothíha usan sobre su pecho y alrededor de sus brazos.

Sin embargo, algunos de los alumnos pasan directamente más allá de este punto al sitio conocido como *meripa pabara*, que es una plataforma sobre las nubes (*isopha*) donde los *yuweweruwa* se encuentran y reciben el poder de diagnosticar el origen de la enfermedad y, significativamente, el de matar. Una vez más los *yuweweruwa* reciben sus poderes de Cheheru.

Al siguiente día los iniciados son sometidos a una ordalía mediante la prueba que consiste en pasar, de manera ascendente, una espina de raya a través de la lengua. El propósito de este ritual es el de purificar el cuerpo, al igual que los rituales de las hormigas y las avispas. En este caso específico los iniciados, generalmente hombres, han recibido el conocimiento particularmente peligroso. Al pasar la espina de raya a través de la lengua la herida libera los elementos venenosos que están en la sangre lo que equivale a la menstruación femenina (Overing & Kaplan 1988). Se dice que esta prueba

reestablece en los iniciados un estado de “sangre fría” (*kuwoha diyawa*) y le proporciona poder al conocimiento que han asimilado. Algunos iniciados escogen, para poseer “mayor fuerza”, que la espina sea pasada dos veces por la lengua.

Después de esta fase de su iniciación los estudiantes continúan su entrenamiento como aprendices de expertos *meñeruwa* o *yuweweruwa*. Ayudan a shamanes mayores en los rituales de curación y se someten regularmente a prácticas de purificación que incluyen abstinencia sexual, restricciones en el consumo de alimentos y la aplicación de hormigas, avispas y espinas de raya (ver Oldham 1996).

Aquí se observa un sofisticado proceso de entrenamiento de practicantes de medicina wothîha. Mientras que varía en detalle y forma de los entrenamientos occidentales, este proceso posee indudables similitudes que son específicamente reconocidas por los Wothîha en el uso de términos tales como: entrenamiento de “posgraduados”. Más aún, llevan estas similitudes a diferentes especialidades, así pues, la distinción básica entre un *meñeruwa* y un *yuweweruwa* es algunas veces comparada con la diferencia que existe entre un doctor y una enfermera occidentales (Zent 1992). Esto no sólo refleja la naturaleza de sus especialidades, sino también el vínculo de la mutua dependencia entre las dos clases de shamán. Por lo tanto, cuando un individuo se enferma consulta con un *yuweweruwa* quien realiza un diagnóstico espiritual (ver abajo). Una vez que el diagnóstico ha sido realizado el paciente se pone al cuidado de un *meñeruwa*, quien trabaja en colaboración con el *yuweweruwa*. Es la responsabilidad del *meñeruwa* realizar la curación por medio del canto y administrando medicinas especiales.

Los Wothîha argumentan con firmeza que esta colaboración entre diferentes especialistas se extiende de una mera colaboración física a complejas alianzas “regionales” o “sectoriales” (*deiyulitsofha*) entre los shamanes en niveles tanto físicos como espirituales.

Hemos visto anteriormente que los *meñeruwa* viajan espiritualmente al sitio de Mereya Anaeni dentro de la montaña y se encuentran en *meñe pabara*. Este lugar se percibe como un patio alrededor del cual hay una serie de taburetes. Los Wothîha afirman que los *meñeruwa*, de una región en particular, llegan a un acuerdo entre ellos y se turnan para ocupar un asiento en un momento particular. De igual manera, los Wothîha afirman que los *yuweweruwa* de una región turnan sus puestos en el sitio de *meripa pabara* dentro de las nubes.

Este sistema de organización, que es altamente abstracto para la mente occidental, se apoya en una variedad de inquietudes de tipo práctico en la organización de la práctica medicinal wothîha. En primer lugar, dentro de una región el *meñeruwa* y el *yuweweruwa* varían en sus niveles de sabiduría y experiencia y son normalmente los *meñeruwa* y *yuweweruwa* mayores quienes toman los sitios en *meñe pabara* y en *meripa pabara* respectivamente.

En segundo lugar, las “jurisdicciones” o “áreas de influencia” (*weomé*) de especialistas en particular se sobreponen en un contexto donde la mayoría de los Wothîha viven en comunidades de núcleos (Oldham 1996). Mientras que algunas veces esto puede dar como resultado competencia entre los shamanes para lograr mejor nivel social, en general la disponibilidad de una variedad de shamanes dentro del área es vista de una manera positiva. Además, el conocimiento shamánico de medicinas y cauciones en particular varía según los especialistas experimentados. De este modo, un *meñeruwa* puede consultar con un *meñeruwa* de otra comunidad dentro de la región, el cual es reconocido como un especialista en el tratamiento de problemas específicos, tales como aquellos asociados con la maternidad (Oldham 1996).

En tercer lugar, la colaboración entre ambos, dentro y entre las comunidades dentro de una región, es estimulado por el hecho de que la práctica medicinal *wothiha* es tanto ardua como peligrosa. Cuando están ejerciendo, los shamanes cantan durante toda la noche para proteger y curar a los miembros de las comunidades bajo su cargo. La cooperación entre los shamanes mayores reduce la cantidad de trabajo de cada individuo que practica la medicina *wothiha*, permitiéndoles cumplir con sus otras responsabilidades y poder comprometerse en las actividades que son parte de la vida cotidiana *wothiha*.

Como tal, se nos presenta un sistema de práctica medicinal entre los *Wothiha* más estructurado de lo que se había pensado previamente (Overing-Kaplan 1975, Overing & Kaplan 1988). Esto refleja el hecho que mientras para los *Wothiha* la existencia de este sistema es obvio, no es tan obvio para los investigadores que deben lidiar con lo que Zent (1992) ha descrito como la “realidad fluida” de la vida *wothiha*. Al igual los investigadores no sospechaban la existencia de esta estructura de organización, tampoco se sospechaba la existencia de una tercera clase de shamanes *wothiha*: los *idaya thikawaeruwa*.

Hemos visto con anterioridad que las funciones de los *meñeruwa* y los *yuweweruwa* pueden ser parecidas a aquellas de las enfermeras y doctores, respectivamente. Esta analogía puede incluir al *idaya thikawaeruwa*, el cual puede ser clasificado como el equivalente a un “especialista consultor” occidental. Mientras que los *Wothiha* algunas veces discuten que los *yuweweruwa* y los *idaya thikawaeruwa* constituyen una sola clase una serie de importantes distinciones pueden ser delineadas entre ambos. La mayor distinción que se puede destacar se radica en el hecho de que mientras los *yuweweruwa* son expertos en los diagnósticos, los *idaya thikawaeruwa* están entrenados como ambos : como *meñeruwa* y como *yuweweruwa*. Mis datos sugieren que probablemente la mayoría de los *idaya thikawaeruwa* comenzaron sus carreras como *meñeruwa* y luego se sometieron a entrenamiento adicional para convertirse en *yuweweruwa*. Se me dijo que los individuos que querían ser *idaya thikawaeruwa* deberían someterse a dos años más de rituales de purificación y entrenamiento de los que hacen los *yuweweruwa*. Podemos ver la distinción entre las clases de shamán si nos referimos a traducciones aún más directas de los tipos de shamán. Mientras el *meñeruwa* puede ser señalado directamente como “maestro de las canciones”, el *yuweweruwa* como “maestro curador”, el *idaya thikawaeruwa* es mejor acotado como “maestro de las cascadas”.

Esta distinción abarca inclusive hasta el sitio de encuentro de los diferentes *ruwa*. Mientras que los *meñeruwa* se encuentran en *meñe pabara*, localizado en el interior de las montañas y los *yuweweruwa* en el sitio llamado *meripa pabara* en el interior de las nubes, se dice que los *idaya thikawaeruwa* se encuentran en la estrellas en Arateba Pabara, ubicado en el interior de las mismas¹².

Mientras que la distinción entre el *yuweweruwa* y el *idaya thikawaeruwa* requiere de mayor investigación, la evidencia existente sugiere que una distinción válida entre las dos clases se puede delinear fundamentado en lo citado anteriormente.

Se nos presenta entonces una estructura de práctica medicinal estructurada alrededor de tres especializaciones shamánicas relacionadas entre sí y a niveles más altos superpuestas, entrelazadas en hileras que se extienden de la esfera terrestre hasta las estrellas. A medida que en el sistema médico occidental nos adelantamos a través de estas hileras de especialización shamánica el número de profe-

¹² Los datos disponibles sugieren que Arateba Pabara está localizado en la constelación de las Pléyades. Algunos *Wothiha* aseguran que tanto los *yuweweruwa* como los *idaya thikawaeruwa* pueden viajar a las estrellas.

sionales disminuye. Así, muchas comunidades wothïha poseen más de un *meñeruwae*. En contraste, mi investigación sugiere que hay aproximadamente catorce *yuweweruwae* mayores dentro del territorio wothïha como un todo, en otros términos uno por cada 824 Wothïha (ver también Oldham 1996). Luego, está claro que algunos de los clasificados como *yuweweruwae* también son *idaya thikawaeruwae*. En el caso del sector (*deiyu*) Cataniapo donde fue realizada la mayor parte de esta investigación hay tres *idaya thikawaeruwae*. Así como en el caso de los *meñeruwae* y los *yuweweruwae*, se dice que dentro de una región los *idaya thikawaeruwae* colaboran en determinar quien ejercer en un momento en particular.

En la parte final de este artículo ofrezco una extensa descripción y análisis de lo que podríamos llamar “clínica”, llevada a cabo por un *idaya thikawaeruwa* en el sector de Cataniapo. Hasta donde se esta es la primera vez que se le ha permitido a un antropólogo observar directamente el trabajo de un *idaya thikawaeruwa* (de ahora en adelante denominado *thikawaeruwa*) y se brinda una descripción y análisis como base para futuras investigaciones en colaboración con los Wothïha.

El maestro de las cascadas y una recolección de almas

La ceremonia de curación que observé en Cataniapo tuvo lugar en un pequeño claro de la selva próximo a una pequeña cascada de piedra convertida en una catarata por un gran conducto construido con madera y hojas. Treinta individuos, entre hombres, mujeres y niños, de diferentes edades pertenecientes a comunidades dentro de la región ubicadas unas de ellas tan lejos como el Orinoco, se habían reunido en el claro para recibir tratamiento del *thikawaeruwa*, quien se encontraba sentado en el medio del claro, y de cinco *meñeruwae* pertenecientes a diferentes comunidades y que servían como sus asistentes.

La ceremonia había comenzado la noche anterior a mi llegada cuando aquellos que deseaban recibir tratamiento, y miembros cercanos de sus familias, se habían reunido en la tradicional casa comunal del *thikawaeruwa* para que este les diagnosticara su enfermedad. El proceso para diagnosticar las enfermedades incluía el consumo de la bebida alucinógena *tuipé* durante toda la noche. Se decía que bajo la influencia de este alucinógeno los pacientes veían el futuro y qué pasaría con ellos y sus familias. Luego, los pacientes explicaban al *thikawaeruwae* lo que habían visto y en combinación con un examen físico éste determinaba las bases del diagnóstico.

En este punto resalta un tema importante en la clasificación de las enfermedades. Hemos visto que muchas enfermedades que afligen a los Wothïha son transmitidas por los animales y otras especies. Sin embargo, esto conlleva una importante distinción. En algunos casos la causa de la enfermedad es que ciertos tipos de alimentos no hayan sido cantados previamente por un *meñeruwae*. Bajo estas circunstancias, el diagnóstico se atribuye a la falta de la observancia de regulaciones en la dieta y el *meñeruwae* toma la apropiada acción terapéutica. En contraste, en casos donde se observaron las regulaciones en la dieta, o donde el tratamiento previo no dio resultado, se dice que la causa de la enfermedad proviene de un origen totalmente diferente, un ataque de hechicería. Esto lo refleja el hecho de que mientras los animales y otras especies poseen la capacidad de transmitir enfermedades a los Wothïha, les falta la cualidad esencial de una entidad humana, una “vida de pensamientos”, con los cuales pueden transmitir enfermedades de forma deliberada. En síntesis, los animales y otras

especies de gestación de enfermedades no tienen intencionalidad¹³. En contraste, las entidades humanas poseen la capacidad de utilizar su conocimiento para atacar a otros. Esto es percibido por los Wothiha como un reflejo de una pérdida de control sobre el conocimiento peligroso a la disposición de cada individuo wothiha y puede por sí mismo ser un síntoma de enfermedad. Esto es particularmente grave, cuando los shamanes son juzgados de haber perdido el control del conocimiento a su disposición y vuelvan sus poderes contra otros Wothiha.

La relevancia de esto es que durante el proceso del diagnóstico el *thikawaeruwa* es capaz de determinar si la enfermedad proviene como resultado de una falta en la observancia de las regulaciones de la dieta, o si, por el contrario, es el resultado de una hechicería hecha por otro Wothiha o shamán quien ha perdido el control de sus poderes y se convierte en predador de otros Wothiha. Es aquí donde se nota la importancia de la presencia de los miembros de familia en el diagnóstico, ya que permite al *thikawaeruwa* determinar si el problema surge de un conflicto dentro de la comunidad, o si la enfermedad encubre un ataque por un shamán enemigo. En el primer caso la solución es que ambos, el *yuweweruwa* y el *thikawaeruwa*, curen al individuo y trabajen en restablecer la armonía social a través de lo que los Wothiha describen literalmente como “aconsejar”.

En contraste, hay una variedad de opciones en los casos donde la enfermedad se le atribuye al ataque de otro shamán. Si este shamán pertenece a la jurisdicción del *thikawaeruwa*, la decisión puede ser tomada por los shamanes que se encuentran allí mismo, eliminando el conocimiento shamánico de la “vida de pensamientos” de este shamán que se vuelve inocuo. Cuando se piensa, así como lo veremos, que el ataque se ha originado fuera de la jurisdicción, la decisión puede ser tomada para impedir otros ataques, realizando una batalla espiritual o matando al shamán enemigo.

Mientras que el *yuweweruwa* puede también realizar estas tareas, otra distinción entre éste y el *thikawaeruwa* se manifiesta por el hecho de que si se estima que la enfermedad es particularmente grave, la cura puede ser realizada en un día en lugar de en un período más largo. Esto nos indica que el *thikawaeruwa*, a diferencia del *yuweweruwa*, posee ambos entrenamientos, como *meñeruwa* y como *yuweweruwa*. Este es el caso del ritual que vamos a describir a continuación.

La noche siguiente del diagnóstico a los pacientes y sus familiares reunidos en el claro de la selva para la próxima fase de la ceremonia curativa el shamán le aplica primero a los cuerpos de hombres, mujeres y niños el parche con hormigas. Como antes, durante este proceso el cuerpo se purifica de la contaminación. Luego el *thikawaeruwa* regresa a su asiento y comienza a preparar cantidades del alucinógeno yopo (*ñuwa*) que ha específicamente preparado con cantos especiales para la ceremonia curativa. Posteriormente a cada paciente se le da una cantidad de yopo para inhalar y luego cada uno regresa a sus asientos.

El yopo se describe como perteneciente a Cheheru y es su espíritu mezclado con el poder del *thikawaeruwa* lo que pasa dentro del cuerpo del paciente. Después de un corto tiempo los pacientes comienzan a sudar y a vomitar, lo que demuestra la lucha del yopo con la enfermedad en el interior del cuerpo del paciente. El vómito significa la enfermedad que es expulsada del mismo. Durante este período los pacientes eran consolados o asesorados por un pariente. Se explicó que esto era importante por dos motivos. Primero, impide al paciente de comprometerse, comportándose en forma peligrosa o vergonzosa mientras el yopo libra la pelea. Segundo, se argumentó que si el paciente gritaba el “espíritu malo” que se encontraba dentro del paciente escaparía en el claro y haría daño a otros. Esta opinión después fue debatida.

¹³ Ver a Overing (1986) para debate acerca de los papeles que representan Re'yo, el moderno Maestro de la Selva y Ahe Itamu, el Maestro del Agua al enviarles enfermedades a los Wothiha.

Esto implica un tema más complejo. El yopo que consumen los pacientes no sólo batalla contra la enfermedad dentro de sus cuerpos, sino que también sirve de “vehículo” espiritual, diversamente conocido como Cheheru ko’okweyu. Cheheru weykum y Cheheru iwokiyu. Este “vehículo” transporta a el “pensamiento maestro” del paciente o *akwaruwa* a la casa de Cheheru en Mereya donde reciben sus cantos curativos en sus “corazones” (*amisoki*).

Durante todo este tiempo el *thikawaeruwa* se quedaba sentado indiferente en su taburete observando a los pacientes. Cuando estuvo satisfecho del trabajo que el yopo había hecho, tomó su maraca (*meñe radiñu*) y se movió al centro del claro donde estaban sus aparejos del yopo (ver abajo). Luego movió su maraca sobre éstos antes de caminar alrededor del círculo de pacientes sacudiendo su maraca sobre sus cabezas. Finalmente, sopló tres o cuatro veces con tal fuerza sobre la cabeza de cada paciente que sus cabellos se desordenaron. Se decía que esto lo originó la fuerza del yopo y que era para calmar la batalla librada en el interior del paciente.

Una vez que la fuerza del yopo se ha calmado dentro de los cuerpos de los pacientes, los *meñeruwa* que asisten el ritual toman su turno para inhalar dosis de yopo. Una vez que lo han hecho, viajan al lugar de *meripa pabara* dentro de la montaña Mereya Anaemi desde donde observan el proceso curativo y protegen a los pacientes.

Finalmente, el *thikawaeruwa* toma yopo y viaja hacia otro plano. Sin embargo, es aquí donde nos trasladamos a un nivel diferente de construcción de la realidad *wothiha*. Hemos visto con anterioridad que la diosa Cheheru y sus asistentes viven en la montaña Mereya en el lado colombiano del río Orinoco. Más aún, los nombres de los asistentes de Cheheru que son Tuharitsa. Curicuri. Waikuni. Yuwawa. Waruni y Parucha son también nombres de estrellas.

En efecto, aquí se nos presentan niveles de realidad simultáneos. Estos seres viven al mismo tiempo en zonas terrenales y celestiales (ver Overing & Kaplan 1988). En la búsqueda del poder y de la protección de los seres que se encuentran en las estrellas el *meñeruwa* depende de la mediación de Hueméi, el hijo de Cheheru. Por el contrario, el *thikawaeruwa* puede lograr esto directamente a través del poder que posee de viajar a las estrellas.

Durante el transcurso de este viaje el *thikawaeruwa* es protegido por un shamán asistente que sostiene una piedra negra. Como veremos detalladamente, estas piedras son armas usadas por los shamanes para protegerse de los ataques enemigos. Mientras que el *thikawaeruwa* viajaba el asistente percibió un ataque y comenzó a golpear la piedra contra el suelo para detener al atacante. A continuación el asistente agitó la maraca sobre la cabeza del *thikawaeruwa* para calmar la fuerza del yopo y la próxima etapa del ritual comenzó.

Levantándose del taburete el *thikawaeruwa* reunió a los pacientes y a sus familiares en el centro del claro formando un círculo cerrado alrededor de los aparejos del yopo. Agitó entonces su maraca sobre el yopo antes de moverse alrededor del círculo sacudiendo la maraca suavemente. Esto creó una barrera protectora alrededor de los *Wothiha* a medida que el *thikawaeruwa* reunía sus *akwaruwa* dentro de un cristal de cuarzo llamado Waruni idoki. Este cristal, parte de su equipo shamánico le permitía ver el alma de los *Wothiha* “como en una foto”. Una vez que las almas de los *Wothiha* se hubieron reunido en el cristal, la siguiente parte del ritual, que era sumamente peligrosa, comenzó.

El *thikawaeruwa* caminó hacia la orilla y se metió en la piscina en la base de la cascada. Primero agitó su maraca en la cascada y luego se apartó hacia atrás para permitir que un *meñeruwa* pasara una piedra alrededor de su cuerpo.

En este punto debemos ubicarnos una vez más en un nivel diferente de realidad. Moviendo la maraca en la cascada el *thikawaeruwa* transformaba el agua en un tubo rodeado por cristal sólido. A medida que el *meñeruwa* pasaba la piedra alrededor del cuerpo del *thikawaeruwa*, éste se cubría por una armadura de cristal y la piscina de la cascada también era convertida en cristal a través del cual se podía ver la llegada de los shamanes enemigos (*merinawaepiwa*).

Mientras tanto, sus cinco asistentes formaban un círculo holgado alrededor del *thikawaeruwa* dentro de la piscina y sobre la orilla de la cascada. Cada uno sostenía su collar shamánico hecho con un diente de cochino y una larga semilla dentro de la cual habían colocado un polvo. Estas eran sus armas. El diente de cochino posee el poder de Ofo'Dae, el espíritu del Tapir/Anaconda, abuelo de Wahari y Kuemoi, mientras que el polvo había sido infundido con el espíritu del Jaguar (*Yawinaetsaphae*).

Dos de los shamanes también sostenían pitos contruidos con cráneos de pequeños mamíferos en los cuales habían cristales incrustados con resina y dentro de los cuales habían otros cristales. Cuando el shamán sopla dentro de los cráneos su fuerza se mezcla con la del animal, en este caso *remu'uhuru* (cachicamo), la cual cuando es expulsada pelea con los shamanes enemigos. Otros *meñeruwa* sostenían piedras propiedad del *thikawaeruwa* llamadas *kori idoki*, *morokewamarichuwi-ni* y *Wanari idoki*. Su fuerza, como la del aparejo del yopo, la transmite Cheheru y fue descrita como una "pistola" o "machete" hecho de luz para pelear con el enemigo.

Los pacientes y los miembros de sus familias caminaron uno por uno hacia el interior de la cascada y fueron empujados con fuerza bajo la misina por el *thikawaeruwa* quien comenzó a mover la mano donde sostenía el cristal *Wanari idoki* con vigorosos movimientos circulares, protegiendo así el *akwaruwae* de los participantes. En el procedimiento limpiaba el cuerpo del paciente con la "fuerza del sol" que se encontraba dentro del cristal y comenzó a atacar a los shamanes enemigos gritando que venía a matar a los brujos enemigos. Mientras tanto, los *meñeruwa* agrupados comenzaron a agitar sus collares y las piedras soplando dentro de las calaveras del animal para defenderse de la represalia esperada de los brujos enemigos.

Se dice que con el fin de librar batallas los shamanes wothíha tienen el poder de transformarse en una gran variedad de animales y los hechiceros enemigos pueden transformarse en loros y mariposas. El ritmo de la batalla shamánica aumentó dramáticamente cuando una mariposa voló dentro del claro y un loro voló por encima. Finalmente, la batalla aminoró a medida que en último miembro era bañado y los participantes se dispersaban calladamente a lo largo de las complejas trochas que desde el claro conducían a sus comunidades.

Apoyado en esta breve descripción y análisis de una "clínica" conducida por la clase más alta de shamán wothíha, el *idaya hikawaeruwa* podemos enunciar los siguientes puntos esenciales acerca de la práctica medicinal wothíha. En primer lugar, mientras el Wothíha hace uso abundante de las plantas medicinales (ver Zent en este volumen), sus procedimientos para el diagnóstico y el tratamiento se enfocan ambos en el bienestar físico y psicológico del paciente. En segundo lugar, en este nivel el sistema de salud de los Wothíha se enlaza con su sistema político, particularmente a través del señalamiento de que la causa de enfermedad puede atribuirse a ataques hechiceros realizados por otros agentes humanos. En tercer lugar, la práctica medicinal wothíha parece ser jerárquicamente organizada y también es evidente, observando este ejemplo, que el sistema de salud de los Wothíha se basa en la colaboración entre los diferentes especialistas. El énfasis sobre la colaboración

en la práctica medicinal wothîha a todos los niveles permite la primera oportunidad para la apropiada incorporación de prácticas y conocimiento médico occidental dentro del sistema de salud de los Wothîha.

Para concluir, en este artículo, mi interés ha sido facilitar un sistema para el análisis del shamanismo y de la práctica medicinal entre los Wothîha trasladándonos del análisis de la cosinología y la concepción de enfermedad de los Wothîha a la formación y adaptación al medio social de los niños antes de incorporarse al entrenamiento y la práctica shamánica. Lo que claramente resalta aquí es que el sistema de salud de los Wothîha está basado en una visión del mundo que es radicalmente diferente de aquello que enuncia el modelo médico occidental. Esta visión del mundo está articulada alrededor de conceptos altamente sofisticados de agentes humanos y no humanos dentro de un mundo caracterizado por las costumbres predatorias.

Sin embargo, quisiera por último resaltar unas similitudes estructurales entre el sistema de salud wothîha que está fuertemente ligado a esta visión del mundo y el sistema médico occidental. Al señalar estas similitudes mi propósito no es argumentar que el sistema de salud wothîha está basado en un conocimiento biológico similar al que sostiene a la medicina occidental aunque parezca que unos principios que tendremos que profundizar, pueden explicar la aproximación de los Wothîha hacia el dispositivo sanitario occidental (ver J. Chiappino en este volumen).

Los principios vinculados con sus sofisticadas habilidades en el diagnóstico, así como su extensa selección de plantas medicinales pueden ser explotados para que los Wothîha puedan participar en el control de su salud conjuntamente con los médicos. En este sentido debemos enfocarnos aspectos de acercamiento que los mismos Wothîha resaltan al usar términos como entrenamiento de “posgraduado”, “doctor” y “enfermera”.

Los prolongados períodos de entrenamiento y aprendizaje de los profesionales médicos wothîha y, sobre todo, las relaciones entre las tres clases de especialistas, *meñeruwae*, *yuweweruwae* e *idaya thikawaeruwae*, constituyen tantos factores facilitadores de la articulación del dispositivo médico occidental con los servicios sanitarios wothîha pues recuerdan condiciones estructurales de formación y de funcionamiento ya conocidas. La aproximación entre los dos sistemas será más efectiva sobre la salud de las comunidades en la medida de que no se pierda de vista que, según la perspectiva wothîha, la colaboración entre especialistas se ordena, lo vimos, a un nivel regional (*deiyu*). Esto impone, por ejemplo, que los auxiliares de enfermería wothîha sean elegidos dentro de un conjunto de comunidades incluidas en estas “jurisdicciones” para que los consejos sanitarios que les transmiten sean seguidos con más confianza.

Además la flexibilidad y la propensión a la innovación que el sistema de salud de los Wothîha manifiesta al igual que muchos de los servicios sanitarios amerindios facilita la mutua colaboración de ambos dispositivos, occidental y tradicional, por lo tanto que el nuevo sistema no se impone como un medio dominante y exclusivo y no revela medidas juzgadas perturbadoras del orden social y cósmico (C. Alès y J. Chiappino 1985a, 1985b; Chiappino 1995a). Los profesionales wothîha reinterpretan creativamente el complejo cuerpo del conocimiento médico que es ejecutado por profesionales mayores involucrados en experimentaciones. Ellos también han comprendido el valor del conocimiento médico occidental, y han enviado a algunos de sus jóvenes a entrenarse como auxiliares de enfermería.

A la fecha, esta creatividad y flexibilidad no ha sido igualada en el Amazonas por los profesionales de salud del gobierno. Esto refleja la falta crónica de recursos que padecen los servicios de salud en el Amazonas, la falta de conocimiento de los sistemas de salud indígena y, en parte, una inclinación cultural que denigra los profesionales indígenas. En el contexto de la crisis económica que existe en Venezuela y por la reducción de recursos del sector público esta carencia de flexibilidad está fuera de lugar. Más aún, nuestra falta de conocimiento acerca de los sistemas de salud indígenas y la denigración de tales sistemas en algunos sectores ignoran la contribución histórica de los pueblos indígenas a la medicina occidental. Se estima que una cuarta parte de todas las prescripciones de medicinas provienen de especies naturales, la mayoría de las cuales se encuentran en las selvas tropicales y fueron dadas a conocer a la ciencia occidental a través de la explotación del conocimiento indígena¹⁴.

El programa PROCOMSIVA ha realizado un importante paso transformando la provisión del cuidado de salud para los pueblos indígenas del Amazonas promoviendo la colaboración entre profesionales médicos de los pueblos indígenas, profesionales occidentales entrenados en el área de salud y los antropólogos. Esta transformación sólo será absoluta si estas relaciones son reforzadas con el fin de crear un efectivo sistema de salud que se base en el conocimiento médico indígena y occidental. Aquello que está comprometido no es ni más ni menos que la supervivencia de los pueblos y culturas indígenas del Amazonas.

Referencias

ALÈS C. & J. CHIAPPINO

1985 a "Medical aid, shamanism and acculturation among the Yanomami of Venezuela", *ARC / IJGIA/ SI*, Document 53 : 73-90.

1985b "Chamanisme et médecine : rationalités divergentes ou complémentaires ?

Le problème de l'intégration de l'assistance médicale chez les Yanomami du Venezuela", *Bulletin d'Ethnomédecine* 34 : 23-48.

BOGLAR, L.

1978 *Cuentos y Mitos de los Piaroa*. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.

CAUFIELD, C.

1985 *In the Rainforest*. London: Heinemann.

CHIAPPINO, J.

1993 *Warine S9: Fête des masques dans une communauté wothîha de Alto Cariuagua*. Film video, ORSTOM Audio-visuel, Paris.

1995a "El coloso yanomami frente al "nuevo" El Dorado. Representaciones del ser humano y del medio ambiente: un envite de la participación comunitaria al desarrollo regional", *Amazonas. Modernidad en tradición*, GTZ/ CAIAH-SADA AMAZONAS, Caracas : 175-204.

¹⁴ Ver Caufield (1985), Juma (1989) y Gray (1991) para discusión.

1995b "Corps matériel, pensée chamanique et modernité chez les Yanomami", *Techniques et Culture* 25-26: 159-192.

DESCOLA, P.

1994 *The Society of Nature: a native ecology in Amazonia*. Translated by Scott, N., Cambridge Studies in Social and Cultural Anthropology 93. Cambridge and New York: Cambridge University Press.

GILIJ, F.

1987 *Ensayo de Historia Americana*. Volumes 1-3. (First published 1782), Fuentes para la Historia Colonial de Venezuela, Biblioteca de la Academia Nacional de la Historia, Caracas.

GRAY, A.

1991 "Biodiversity and Indigenous Peoples", en *Biodiversity, Social and Ecological Perspectives*, Shiva, V. (ed.), London: Zed.

JUMA, C.

1989 *The Gene Hunters: Biotechnology and the Scramble for Seeds*. London: Zed.

MELNYK, M.

1995 *The Contribution of Forest Foods to the Livelihoods of the Huottuja (Piaroa) people of Southern Venezuela*. Ph.D. Thesis, University of London.

OLDHAM, P.

1996 *The Impacts of Development and Indigenous Responses among the Piaroa of the Venezuelan Amazon*. Ph.D. Thesis, University of London.

OVERING, J.

1985 "There is no end of evil : the guilty innocents and their fallible gods", en *The Anthropology of Evil*, Parkin, D. (ed.), Oxford: Basil Blackwell.

1985a "Today I shall call him "Mummy": Multiple Worlds and Classificatory Confusion", en *Reason and Morality*, Overing, J. (ed.) ASA Monograph 24. London & New York: Tavistock Publications.

1986 "Images of Cannibalism, Death and Domination in a 'Non-Violent Society'", en *The Anthropology of Violence*, Riches, D. (ed.), Oxford: Basil Blackwell.

1986a "Men Control Women? The "Catch 22" in the Analysis of Gender", *International Journal of Moral and Social Studies*, Vol.1, No.2, Summer.

1987 "Translation as Creative Process: The Power of the Name", en *Comparative Anthropology*, Holy, L. (ed.), Oxford: Basil Blackwell.

1988 "Lessons in Wizardry: Personal Autonomy and the Domestication of the Self in Piaroa Society". en *Acquiring Culture*, Johoda, G. and Lewis, I. (eds.), London: Croom Helm.

1989 "Styles of manhood: an Amazonian contrast in tranquillity and violence", en *Societies at Peace, Anthropological Perspectives*, Howell, S. and Willis, R.(eds.), London and New York:

- 1989a "The Aesthetics of Production: The Sense of Community among the Cubeo and the Piaroa", *Dialectical Anthropology*; 14.
- 1990 "The Shaman as a Maker of Worlds: Nelson Goodman in the Amazon", *Man*, 25. No 4, December.
- 1993 "I Saw the Sound of the Waterfall: Shamanism, Gods, and Leadership in Piaroa Society", en *Leadership in Lowland South America*. South American Indian Studies, No. 1, August, Kracke, W. (ed.).
- 1993a "Death and the Loss of Civilized Predation among the Piaroa of the Orinoco Basiní", *L'Homme*, 126-128, avr-déc. XXX111 (2-4), Paris: 191-211.
- en prensa "Who is the mightiest of them all? Jaguar and Conquistador in Piaroa images of alterity and identity", por parecer en Arnold, J. (ed.) *Monsters, Tricksters and Sacred Cows*.

OVERING-KAPLAN, J.

- 1975 *The Piaroa, A People of the Orinoco Basin*. A Study in Kinship and Marriage. Oxford: Clarendon Press.

OVERING, J. & M. KAPLAN

- 1988 "Los Wothiha", en *Los Aborígenes de Venezuela*, Vol III, W.Coppens (ed) Caracas: Fundación La Salle de Ciencias Naturales.

ZENT, S.

- 1987 "*Mortalidad, Enfermedad, Salud y Servicios de Salud entre los Indígenas piaroa del Alto Río Cuao, Territorio Federal Amazonas en el año 1986*". Unpublished manuscript. Columbia University & IVIC.
- 1992 *Historical and ethnographic ecology of the upper Cuao River Wothiha: Clues for an interpretation of Guianese social organization*. Ph.D. thesis, Columbia University (microfiche).

II. REFLEXIONES PARA UN NUEVO SISTEMA DE SALUD

LAS PIEDRAS CELESTES

Para una nueva forma de intercambio en el ámbito de la salud

Jean Chiappino¹

A pesar de los progresos experimentados por la biología, uno de los grandes retos de la medicina occidental de hoy es lograr la participación necesaria de los enfermos y de su grupo social en el control de los procesos mórbidos. Por ello, la atención médica en general y, más aún, en una región como la Amazonia, no depende únicamente del mejoramiento de la eficacia biológica. Tampoco puede recaer en las aptitudes personales de los médicos para hacer aceptar sus terapias. Debe responder a la reforma profunda que reclaman las poblaciones, cada vez más conscientes de las fallas del dispositivo médico y de los límites de sus propias prácticas terapéuticas frente a las epidemias mortales que reinan en el territorio.

Uno de los problemas encontrados por el sistema de salud en el estado Amazonas es el de superar la resistencia de las comunidades amerindias para seguir los tratamientos y acudir a los centros asistenciales. Varias razones motivan este hecho, entre ellas, de forma significativa, la falta de comprensión y la desconfianza que generan para ellas estos nuevos elementos provenientes de la sociedad dominante. Los pueblos amerindios están en efecto más acostumbrados a recurrir a los shamanes y a los curanderos que son los especialistas de la medicina tradicional. Adaptar el sistema de salud a la particularidad indígena consiste entonces en elaborar un plan de formación específicamente concebido a fin de que el personal médico-sanitario del estado Amazonas traduzca, de manera comprensible para las poblaciones autóctonas, los protocolos médicos referentes a las principales epidemias.

En este contexto, la Comisión de la Unión Europea financió el programa "Formación y Participación Comunitaria al Desarrollo y al Control de la salud en la Amazonia Venezolana (PROCOMSIVA)²". Uno de los objetivos del programa fue proporcionar tanto a los médicos como a los

¹ Médico y antropólogo social, investigador en el Instituto Francés de Investigación Científica para el Desarrollo en Cooperación (ORSTOM).

² Este programa que se desarrolló de 1994 a 1997, fue financiado principalmente por la Comisión de las Comunidades Europeas. Se benefició de la participación del Instituto Francés de Investigación Científica para el Desarrollo en Cooperación (ORSTOM-Venezuela), de la Escuela de Antropología de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FACES) y del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela (UCV, Caracas), de las Direcciones Regionales de la Salud y de Saneamiento del Ambiente (Puerto Ayacucho), de la Organización Regional de los Pueblos Indígenas del Amazonas (ORPIA, Puerto Ayacucho), del Servicio Autónomo para el Desarrollo Controlado del Estado Amazonas (SADA-Amazonas), del Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables (MARNR, Puerto Ayacucho) y de la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (G.T.Z., Caracas). El Proyecto PROCOMSIVA llevó

auxiliares de enfermería autóctonos, documentos didácticos con la finalidad de hacer su intervención inteligible para las comunidades y contribuir así a la lucha contra la precariedad del estado de salud de las comunidades más desprovistas de la región³. Es el resultado de una larga reflexión socio-antropológica a la vez sobre las prácticas shamánicas orientadas hacia la terapéutica de las sociedades autóctonas y sobre los esfuerzos de adaptación del sistema de salud, en una situación que vincula dificultades culturales y logísticas⁴. Su propósito es determinar los factores socio-culturales y económicos susceptibles de aportar soluciones a la atención médica no sólo eficaces y duraderas, sino también aplicables en unos contextos similares.

Hacia una nueva forma de intercambio

A fin de responder a estas exigencias en el servicio de salud en la Amazonia venezolana, se requiere una nueva manera de concebir la ayuda médico-sanitaria que se basaría en la complementariedad de los dispositivos sanitarios occidental y amerindio. Los datos son los siguientes: por un lado, existen presiones biológicas y económicas provenientes de la práctica médica y, por el otro, las socio-culturales propias de las poblaciones. Se trata entonces de introducir una noción de simetría en nuestra forma de implementar la complementariedad de ambos dispositivos sanitarios. Esta tarea comprende tomar en cuenta sus capacidades de adaptación recíprocas, cuidándose de no sobrevalorar las prácticas bio-médicas y tampoco las prácticas terapéuticas ancestrales de las sociedades autóctonas.

Las experiencias llevadas a cabo en Colombia, entre otros países, mostraron que al agregar al dispositivo médico occidental las prácticas tradicionales, se corre el riesgo de integrar sólo las que son similares a la concepción occidental de la medicina: en este caso, la intervención de las comadronas tradicionales y de los herboristas. Aunque la intención de integrar las prácticas shamánicas de las sociedades involucradas en la experiencia haya sido abandonada, por falta de criterios de evaluación de la calidad de los shamanes, el reconocimiento de este método por el cuerpo médico facilitó la aceptación por parte de las poblaciones de la atención prodigada por las comadronas y los herboristas, cuyos actos fueron controlados por la medicina oficial. Esto permitió no solamente obtener los efectos esperados, en particular un mejor control de los accidentes obstétricos y neonatales, sino también aumentar la frecuentación de los centros de atención.

a cabo investigaciones antropológicas, médicas y de política sanitaria. Aseguré su coordinación científica y administrativa. El subprograma de Antropología estuvo bajo la responsabilidad de M. A. Perera por la parte de Ecología humana y bajo mi responsabilidad por la parte de Antropología médica. El subprograma de Diagnóstico del Estado Sanitario de las Poblaciones estuvo bajo la responsabilidad de J. Torres. Estuvo a mi cargo la coordinación del subprograma de Adaptación del sistema de salud regional a los pueblos amerindios. Conformaron el equipo del Proyecto los médicos F. Armada, M. Magris, el sociólogo C. Arismendi, los antropólogos P. Rivas, C. Alès, F. Scaramelli, A. Perdomo, el estudiante en Antropología A. Tillet, la nutricionista C. Hidalgo, los asesores de las comunidades indígenas R. Yecuana Estaba, P. Jaro y el economista M. Toro. También participaron en los trabajos del equipo los antropólogos P. Oldham, N. Silva, A. Mansutti, el antropólogo físico J. Oyablis, los médicos M. Materán, M. A. Fernández, M. Rondón, J. Silva, L. Arévalo y la Lic. L. Palma. La parte técnica fue asegurada por L. del V. Silva, M. T. Acosta y G. de Miranda.

3 Subrayemos que el programa concierne a un conjunto de comunidades que representa la mitad de la población del estado Amazonas y que las 2/3 partes de ellas viven de manera tradicional sin beneficio de ningún servicio (ver OCEI, 1993).

4 Ver los trabajos de Alès C. & J. Chiappino, 1981-1982, 1985a, 1985b; J. Chiappino, 1987, 1992, 1995a, 1995b, 1995c; Seijas H. & N. Arvelo Jiménez, 1978; CAICET, 1987, 1988; Mansutti A., 1988; Chiappino J. & A. Mansutti R., 1989; Toro Landacta J., 1992, 1993; Barreto D., 1992; Yarzabal L., C. Espinal & L.E. Aragón (eds), 1992.

En efecto, en las adaptaciones del sistema de salud occidental siempre se opera una selección de prácticas tradicionales. En tal modo, no se deben desvalorizar las creencias relativas a la práctica shamánica, a fin de evitar la previsible desconfianza de las comunidades hacia la ayuda que se les aporta.

En el marco del programa de "Medicina simplificada", elaborado en Venezuela desde los años 70 y aplicado en el estado Amazonas, se efectuó la incorporación de un personal autóctono con la finalidad de transmitir el mensaje médico. Esta incorporación tuvo cierta repercusión positiva en la frecuentación de los puestos sanitarios. Pero fuera de toda consideración de las creencias y de la concepción amerindia de la salud y de la persona, aspectos directamente ligados a la actividad shamánica, este avance no logró superar el abandono de los tratamientos y la sub-asistencia a los ambulatorios. Aunque el "Manual Normativo para los Auxiliares de medicina simplificada y Otro personal voluntario del Ambulatorio Rural de tipo I" (MSAS, 1991) recomienda que "la mejor manera de luchar contra el 'brujo', no consiste en criticarlo o en atacarlo, sino en demostrar que nuestros sistemas son más eficientes y benéficos"⁵, la negativa que, por diversas razones, un buen número de auxiliares de salud manifiesta en cuanto a prácticas tradicionales ilustra esta situación. Sin olvidar que existen excepciones, esta actitud depende de la "vergüenza étnica" resentida por los indígenas, así como también del poco conocimiento de la tradición, del etnocentrismo, de convicciones religiosas exclusivas y/o del poder de dominación, la segunda explicando la primera.

Conviene entonces hacer resaltar y formalizar los códigos que rigen los procedimientos de aceptación que resultan de la práctica informal (pero aceptada) que logran establecer los programas que citamos, así como la práctica, en el campo y poco a poco, de tal médico, tal enfermero o auxiliar de enfermería. Más allá de un "bricolage" localizado y personalizado, el análisis de los principios sobre los cuales se basan estos procesos hace posible la elaboración de un dispositivo sanitario sintético y consensual.

La problemática global consiste en seleccionar los comportamientos "facilitadores" de la aceptación del sistema de salud para incorporarlos a la práctica médica. A la inversa, se trata de proscribir los que se pueden considerar como "inhibitorios". Por lo tanto, esta problemática revaloriza la relación curador-curado dentro de la eficacia médica.

La desafección de los servicios sanitarios por las comunidades depende no sólo de la descalificación de sus creencias, sino también de su incompreensión ante las prescripciones médicas; la inteligibilidad de las prácticas sanitarias constituye, evidentemente, uno de los primeros determinantes socio-antropológicos de la aceptabilidad de la práctica médica.

La determinación de los elementos de la comunicación verbal susceptibles de volver inteligible el mensaje médico, como lo son muchos conceptos, figuras retóricas y estratégicas amerindias, debe permitir derrotar el temor afirmado por las poblaciones en su mayoría asustadas por una práctica dedicada a la incommunicabilidad. Esta búsqueda debe también llevar a resolver la incapacidad en la cual se encuentran numerosos auxiliares de enfermería que confiesan su dificultad para traducir en lengua amerindia unas conductas sanitarias que ellos mismos no comprenden del todo.

Además, el ausentismo periódico de los médicos y de los enfermeros, así como la escasez crónica de los locales en materia de remedios, no estimulan la frecuentación de los puestos sanitarios. La ignorancia en la cual se mantiene a estas poblaciones a consecuencia de su supuesta inca-

⁵ Se notará el carácter etnocéntrico y unilateral de esta proposición, opinión compartida por Francisco Armada, Director de la Dirección regional sectorial del Edo. Amazonas durante el Programa PROCOMSIVA.

pacidad para entender la complejidad médica, no hace más que reforzar su indiferencia hacia el sistema de salud occidental. En realidad los shamanes, los sabios tradicionales, son muy competentes; ocurre, sin embargo, que en la mayoría de los casos se les reduce al silencio y a la falta de explicación de racionalizaciones de la representación médica no tan alejadas, como veremos, de las que ellos efectúan. El desinterés de las comunidades para el sistema de salud se agrava al negarles toda posibilidad de colaboración eficaz, bajo el pretexto de impedimentos presupuestarios que no permiten formar un mayor número de auxiliares.

Ante esta situación, la real integración de un personal auxiliar autóctono, en cantidad suficiente, parece ser uno de los determinantes socio-antropológicos inevitables del problema de la accesibilidad a la atención médica y del control de las endemias regionales. Este personal –“facilitadores” de la comunicación verbal–, específicamente entrenado para difundir los mensajes sanitarios “adaptados” según los procedimientos recomendados, debe concurrir a la convocatoria de la participación comunitaria.

A fin de responder al problema presentado por la dificultad de acceso al servicio de salud, es preciso analizar, en el funcionamiento de este plan, la integración de un personal “in situ” y reformular la sectorización del dispositivo existente.

La comprensión mutua y la defensa en común de la eficacia biológica y de los valores culturales, así como la evaluación económica de la colaboración de un personal “in situ”, componen determinantes socio-antropológicos que se deben considerar con prioridad en la elaboración de la complementariedad buscada. Gracias a las adaptaciones del sistema de salud implicado, aseguran eficacia y durabilidad al dispositivo asistencial por organizar en toda situación multi-étnica y pluricultural parecida a la del Amazonas venezolano⁶.

En este texto analizaremos más particularmente adaptaciones que se pueden aportar a la traducción de los preceptos médicos, tomando por ejemplo el programa PROCOMSIVA, cuya factibilidad experimentamos. Gracias a la concepción de la materia de las sociedades amerindias veremos cómo se pueden elaborar manuales de formación adaptados a la comprensión de las comunidades⁷, lo cual deja esperar que continúen los tratamientos y frecuenten con más asiduidad los ambulatorios.

Otras adaptaciones se relacionan con el lugar que el dispositivo médico-sanitario en sí debe conceder a ciertas creencias y a ciertos principios relativos a la organización social de los grupos autóctonos. Su examen nos revelará cómo estas adaptaciones, de orden más claramente estructural frente a las representaciones de la materia antes expuestas, son igualmente capitales para favorecer la participación de las comunidades en el seguimiento de las recomendaciones médicas. Se trata en efecto de innovar en la manera de concebir los servicios de salud a organizar, de forma general, en todo medio pluri-étnico y multi-cultural. Finalmente veremos las recomendaciones que propone el programa para adaptar la práctica médica y la política sanitaria.

6 Investigadores de ORSTOM y del Centro Nacional de la Investigación Científica (CNRS) siguen desarrollando, bajo la égida de la Comisión de la Unión Europea, un amplio programa para determinar, en varios países de África, los factores socio-económicos responsables de las dificultades encontradas por los sistemas de salud.

7 Estos folletos sanitarios conciernen a las endemias más graves en la región para el porvenir de las poblaciones: diarreas infantiles, tuberculosis, bronconeumonías, malaria, enfermedades sexualmente transmisibles y SIDA. Se ocupan también de problemas de higiene general y de tratamiento del agua. En el marco del programa PROCOMSIVA se publicaron 49 folletos originales que conforman una serie de siete protocolos médicos redactados en castellano y traducidos a seis idiomas indígenas, chase, hiwi, kurripako, wothiha, yanomami y ye'kwana (Chiappino J. y C. Alès eds. 1996). Están destinados a las comunidades, las medicaturas y los ambulatorios rurales a fin de facilitar la comunicación del personal de salud

Concepción amerindia de la materia

Aspectos singulares de la representación del cuerpo y de la persona

El hecho más relevante en la forma como las sociedades amerindias tienen de concebir el cuerpo por oposición a la nuestra, es que la acción depende totalmente de la intervención de entidades particulares que llamamos “espíritus auxiliares”. Toda actividad del orden que sea, motriz o psico-sensorial, es función de espíritus auxiliares específicos que vuelven al cuerpo apto para realizarla. Lo consiguen gracias a las propiedades dinámicas particulares que cada uno de ellos posee y transmite al cuerpo a fin de producir en él los comportamientos deseados. Estas entidades fueron cuidadosamente seleccionadas por los antepasados respecto a su interés por la humanidad. Son movidas gracias a las funciones singulares de los shamanes, y éstas últimas se reagrupan en el seno de la actividad que llamamos “shamánica”.

Ciertamente, los shamanes son los especialistas que dominan de forma óptima las actitudes, las palabras y los cantos dirigidos a los espíritus auxiliares a fin de movilizarlos, entre otras cosas, hacia los humanos. Los shamanes adquieren este poder después de una formación especial, o iniciación, que deben seguir para ser aptos en el correcto cumplimiento de su función. Deberán permanecer atentos a que los humanos no estén poseídos como consecuencia de la intervención de espíritus auxiliares responsables de conductas aberrantes para la sociedad. Viniendo de diversas zonas del universo, estas entidades se ven pues temporalmente explotadas por los humanos a través de los shamanes. Estos los movilizan en cada individuo para transformarlo en un verdadero ser social, capaz de realizar las actividades que la sociedad espera de él.

El lugar de incorporación de estas entidades se sitúa generalmente en el pecho del sujeto. Allí participan en la formación de una especie de órgano muy peculiar, compuesto por un conjunto de espíritus auxiliares (es el caso precisamente de los Yanomami) o de “huellas” que éstos dejan en la materia corporal del individuo después de su incorporación. Tanto el número como la calidad de los espíritus movilizados hacia el cuerpo de los individuos depende de su estatuto. El shamán es el sujeto que posee el mayor número y la mayor variedad de espíritus auxiliares o de “huellas”⁸.

Sea lo que sea este órgano interno, organizador y regulador de la actividad motriz y sensorial de cada categoría de persona, mantiene, mediante un sistema de vías de comunicación que son verdaderos caminos, relaciones más o menos complejas con todos los órganos del individuo. Entre ellos se encuentran los vinculados a la comunicación, tales como los órganos propios de la palabra y los que, según la representación cultural, corresponden al pensamiento y asocian esa función con el oído, la visión y el olfato. Veremos cómo se representa el funcionamiento de este conjunto.

Entre los shamanes, este órgano regulador de la actividad se encuentra también relacionado con órganos específicos de sus funciones. Estos órganos son, de alguna manera, apéndices con

con las poblaciones autóctonas. Unos 1 500 volúmenes bilingües fueron repartidos entre las comunidades, los ambulatorios y las escuelas del estado Amazonas. Redacté y adapté los folletos con la asesoría médica de J. Torres, M. Magris, J. Silva, y la asesoría antropológica de P. Rivas, quien supervisó las traducciones en hiwi, chase, kurripako, wothîha y ye'kwana, y de C. Alès, quien efectuó las adaptaciones y traducciones en yanomami. M. T. Acosta aseguró la recolección de los dibujos para ilustrar los textos y realizó la diagramación. C. Alès coordinó la revisión de las traducciones, la realización de las maquetas y la impresión de los folletos. Por fin, la distribución en todo el estado fue posible gracias a los enfermeros y médicos de los ambulatorios rurales de la Dirección Regional de Salud, y gracias a la Organización Regional de los Pueblos Indígenas de Amazonas.

⁸ A propósito de estos aspectos y respecto a la sociedad yanomami, ver J. Chiappino 1995a, 1995b.

respecto al órgano regulador que acabamos de evocar y que llamaremos central. Pueden, para algunos, ser internos al cuerpo. Entre los Yanomami, uno forma una canal paralela a las vías digestivas superiores yendo del mediastino a la parte trasera de la garganta. Los shamanes hiwi poseen una del mismo tipo que constituye una especie de “tenaza-imán”. Dobla en ellos los cartílagos cricoides de la laringe. Por oposición, existen también entre los shamanes órganos-apéndices que se prolongan en la parte externa del cuerpo asociados a la visión. Para los Yanomami, por ejemplo, forman especies de antenas telescópicas situadas arriba de los ojos. Para los Wothliha y los Ye'kwana, estos apéndices externos siguen ligados a la “maraca”⁹. Constituyen en ella una especie de “aspirador” que funciona mediante fuerzas contenidas en las piedras sagradas reunidas en la maraca, asociando un efecto que aumenta como una lupa y atrae como un imán.

Estos órganos-apéndices, propios de las funciones terapéuticas de los shamanes, les permiten principalmente ver la enfermedad en el cuerpo del enfermo y extraerla. Completan las capacidades físicas naturales del shamán permitiéndole cumplir con la función diagnóstica y la función curativa que le incumben. Son ellos los que les dan la posibilidad de realizar los actos adivinatorios¹⁰ y los actos quirúrgicos curativos. Estos se perciben como reales en la sociedad tradicional, mientras que la nuestra los asocia con lo simbólico o lo mágico.

Las pinzas-imán de la garganta de los shamanes hiwi o las piedras aspiradoras características del sonajero shamánico –la maraca wothliha o ye'kwana–, realizan la extracción de la enfermedad concebida como un cuerpo patógeno. Entre los Hiwi, se extrae en el momento en que el shamán efectúa la succión de la enfermedad directamente sobre el cuerpo del enfermo, y en el caso wothliha y ye'kwana a través de la maraca interpuesta entre el cuerpo del enfermo y el shamán. En estas situaciones, las piedras imanes o las piedras aspiradoras protegen a los shamanes de la incorporación de los objetos patógenos que quitan y que constituyen la enfermedad. En cambio, los shamanes yanomami no tienen maraca: son los espíritus auxiliares propios de las curas shamánicas que, representando los dedos del shamán terapeuta, realizan la extracción del mal del cuerpo del enfermo. Transportan los objetos patógenos al cuerpo del shamán quien, una vez incorporados, los expulsa por la boca mediante el canal-apéndice particular ya señalado (J. Chiappino, 1995c).

Notaremos, no obstante, que estos órganos-apéndices extraordinarios, de los cuales diremos solamente que los shamanes los obtienen en -o además de- su cuerpo durante su formación específica, siempre están compuestos¹¹ de entidades o de sustancias extrañas a las materias de origen del cuerpo del sujeto. Los espíritus auxiliares que los componen o la materia que dejan en el cuerpo con sus huellas provienen del medio natural, inclusive de las esferas más altas del universo.

La materia extraña de estas entidades confirma este origen celeste, ya se trate del canal traqueal de los shamanes yanomami o de los cuarzos situados a cada lado de la garganta de los shamanes hiwi o en la maraca wothliha o ye'kwana. Muy alejadas de la sustancia humana, todas estas materias o bien son las marcas de una luz celeste o bien el sustituto de piedras celestes.

⁹ La maraca es un instrumento de los shamanes, el cual, constituido por una calabaza que contiene piedras sagradas, sirve de sonajero para acompañar su canto. Para los Wothliha, tiene además el poder de concentrar en ella la enfermedad que el shamán extrae del cuerpo del enfermo.

¹⁰ Ver, en este volumen, el ritual wothliha del cual habla P. Oldham y en el cual el shamán observa el estado del alma de los enfermos mediante los cuarzos que posee, y el dibujo yanomami (u" 139) que traduce el sueño adivinatorio (diagnóstico) del shamán, en el cual descubre los agentes patógenos mediante un espejo.

¹¹ Al igual que el órgano regulador central que toda persona debe poseer, la construcción de estos órganos depende de la intervención de espíritus auxiliares específicos.

Estas entidades, más o menos contenidas en el cuerpo humano e incluyendo la diversidad de su aspecto material, conforman un órgano de desarrollo variable según el estatuto de la persona (para los Yanomami, ver J. Chiappino, 1995b). Nos lleva a subrayar la complejidad de la representación de la materia viva y del ser humano en estas sociedades. Cualquiera que sea la cultura estudiada -hiwi, wothíha, yanomami, ye'kwana-, el conjunto de estas entidades-órganos y de los elementos que las componen tienen un origen celeste, que revisten el aspecto de "luces cósmicas" o de "piedras de origen celeste", según el nivel de elevación cósmica de donde provienen. Con prescindencia de su forma, todas se componen de una materia vital singular dotada de un dinamismo original comparable a la energía. Con respecto a la estructura del órgano del cual participan, representan una serie de elementos que corresponden, según el lugar o la parte orgánica a la cual se les relaciona y en función de la situación de la entrevista, o sea a una luz o una piedra celeste, o sea a los "dedos", la "visión", los imanes o lentes, es decir, a los apéndices sensoriales, táctiles y visuales, del shamán. Cuando uno quiere explicar la parte central intra-corporal del órgano regulador que toda persona posee, la designa como "el alma", "la voluntad", "el pensamiento", pero también, para los Hiwi y Wothíha más hábiles en el manejo de la lengua española, como "nuestra historia" o "nuestra memoria".

De hecho, estas múltiples entidades que representan lo que llamamos los espíritus auxiliares, la materia de estos espíritus o de las potencias celestes que las originaron, dependen, al igual que el elemento energético que anima la totalidad de las partes corporales, de un substrato material común: "el principio vital", término que empleamos para determinar la entidad específica de la vitalidad de todo ser viviente.

Aunque casi siempre invisible, está perfectamente materializada y claramente definida y nombrada en todas las sociedades amerindias¹² donde es responsable de la vitalidad de los elementos en cuya constitución participa. Su aspecto material y dinámico varía tanto que podemos observarlo en los ejemplos presentados, y depende de la concepción original que estas sociedades tienen sobre la materia viva y el principio vital que la anima.

El desconocimiento de esta concepción explica las dificultades que tenemos para comprender a la vez la constitución del ser y de la persona amerindia, su reproducción, la actividad shamánica en general y las relaciones que ésta puede tener con lo biológico.

El principio vital: su transformación y conservación

Si la construcción del órgano-voluntad que nombramos es la obra de la actividad mágico-ritual de los shamanes y procede de una eficacia que se califica de mágica, depende, sin embargo, de una concepción fisiológica y biológica de la materia que, aunque pocas veces descrita y analizada, es de gran interés en el marco de la adaptación que aquí consideramos.

Los espíritus auxiliares -o sus huellas- constituyentes de la voluntad son entidades del orden infinitamente pequeño, por lo tanto, normalmente invisibles excepto para los shamanes. Están compuestas de pura materia viva, es decir de principio vital, como el *pufi*, en lengua yanomami por dar un solo ejemplo. Esta materia rige la vitalidad de todo objeto, de todo cuerpo o de todo ser presente en el universo, así como de todo elemento constituyente de un cuerpo humano o no (miembro,

¹² Cf. por ejemplo, para los Wothíha, J. Overing, 1988, y para los Yanomami, J. Chiappino, 1995a, 1995b.

órgano, fluido, aliento, palabra, sueño, pero también piedra, fragmento de cuarzo, etc.), de una fuerza natural (viento, agua, lluvia, luz, relámpago, trueno) o de una entidad sobrenatural (alma, espectro, demonio, espíritu auxiliar, ser del origen -del mundo-). Esta sustancia sin la cual ninguna vida, ninguna actividad son posibles constituye un verdadero *principio vital*. Sin él, los cuerpos y las fuerzas naturales estarían inertes y muertas, por ende incapaces de reproducirse y el mundo se reduciría a un amplio magma informe o a un gigantesco caos.

Este principio es responsable, gracias a la propiedad que tiene de difundir y transmitir el dinamismo que lo anima, de los movimientos y acciones que produce en el cuerpo o en el ser al cual se traslada. Siendo los espíritus auxiliares entidades socialmente seleccionadas por los antepasados debido a las acciones que ellas permiten, se comprenderá que el órgano en cuya formación participan, aunque represente una *exterioridad interna*¹³, constituye, no obstante, el órgano clave de la intimidad del cuerpo individual. Esta extraña mezcla que lleva a los Yanomami a afirmar que tienen un cuerpo “mezclado” (*nikerewë*) es, sin embargo muy singular puesto que depende de una materia universal.

El cuerpo, de hecho, está concebido a la vez como la “envoltura” y el “soporte” del lote de espíritus auxiliares o de fuerzas incorporadas. Esta concepción, común a las sociedades amerindias para representar la función fundamental del cuerpo, une el individuo a las personas de mismo estatuto ya que todas poseen un conjunto de espíritus auxiliares comparable, responsable de las actividades socialmente reconocidas que realizan gracias a ellos. También los une a los antepasados que tuvieron en ellos potencias de origen externo similares. Tal concepción que integra elementos extraños a su intimidad hace que la identidad de las personas sociales dependa del medio de donde provienen estos espíritus. No por eso inducirá a la mezcla con cualquier elemento exterior. La mezcla buscada es selectiva, las fuerzas incorporadas han sido y siguen siendo cuidadosamente controladas. Las potencias susceptibles de provocar comportamientos contrarios al orden social y al equilibrio cósmico están escrupulosamente alejadas. No se trata de confundir esta introducción en el cuerpo de potencias “extrañas” así asimiladas a la persona, con un “estado de posesión” tal como los que se describen en las sociedades africanas o afroamericanas. Esta incorporación de espíritus auxiliares refuerza durante todo el ciclo de vida, de manera controlada, las capacidades de la persona.

El vaivén que realizan los espíritus auxiliares entre el cuerpo humano y el medio natural, es función de la necesidad que tienen de restaurar la fuerza del principio vital que los anima al contacto de la luminosidad del medio celeste donde suelen vivir. Agotados en las acciones que producen en o para el hombre, allí está su manera de recuperar su actividad (J. Chiappino 1995a, 1995b).

Esta representación de la vitalidad del ser humano y de sus orígenes cósmicos es comparable a la de las sociedades que consideran las huellas luminosas o las piedras sagradas incorporadas en los sujetos. Los Wothíha no acostumbran concebir la actividad física como dependiente del almacenamiento de espíritus auxiliares o de fuerzas sobrenaturales en el cuerpo, sino como el efecto de las huellas más o menos tangibles que dejan en él. Los circuitos de restauración del principio vital de estas entidades vienen, entonces, de particularidades que dependen también de la relación que mantienen con la luminosidad cósmica.

¹³ Encontramos de nuevo aquí, en las sociedades amerindias y a propósito del cuerpo y de la incorporación de elementos del espacio natural - sobrenatural-, una problemática de “exterioridad interna” similar a la analizada de forma muy estimulante por M. Augé (1988: 66) en sociedades africanas.

Sin embargo, es preciso saber que el dinamismo del principio vital que anima el conjunto de entidades reguladoras de las funciones vitales de todo ser, así como el aspecto físico que este principio puede tomar -por ende, la forma y la actividad de los elementos en la composición de los cuales forma parte- son función de las condiciones térmicas, hidrométricas y de salinidad del medio corporal o natural en el cual está (o están) sumergido(s).

Cuanto más se alejan estas condiciones de las constantes fisiológicas para las cuales cada categoría de ser o de elemento manifiesta una vitalidad óptima, más pueden variar su aspecto físico y su dinamismo. A los polos extremos corresponde la muerte. En efecto, de este principio de equilibrio que asocia al grado térmico (caliente/frío), hídrico (seco/húmedo) y de salinidad (dulce/salado) una variación en el aspecto más o menos sólido y visible de la materia que se condensa y se volatiliza, depende una variante de vitalidad. Esta se expresa en una oposición alto/bajo según la cual la vida corresponde a cierto potencial de movilidad y de erección o de levitación (alto) y la muerte a la inmovilidad, el desplome y la delicuescencia (bajo).

Así es como se explican en estas sociedades, según las condiciones del medio ambiente, todas las situaciones susceptibles de influir sobre el medio interno del cuerpo de los seres, que los líquidos se gelifican o se evaporan, que las materias vivas sólidas se condensan más fuertemente o se volatilizan. Los humores como la sangre del cuerpo humano, por ejemplo, se coagulan o se fluidifican. Estos fenómenos se acompañan siempre de una reducción de la actividad -generalmente expresada con el término de “volverse pesado”- o, al contrario, de un aumento de la actividad lo que se traduce para los Yanomami con el término genérico “hervir”.

La inmensa luminosidad celeste y la de los espíritus puede así transformarse en las capas inferiores del cosmos en pólvora fosforescente en especial cuando penetra en un cuerpo humano preparado con particularidad para recibirla. Esta fluorescencia refleja así la huella de su paso. Entre los Wothiha y los Ye'kwana, según condiciones socialmente establecidas, puede también transformarse en piedras específicas o en cuarzo.

Las leyes de equilibrio que rigen el dinamismo y el aspecto de la materia viva explican no sólo la repartición de los seres y de los elementos del universo sino también su repartición en los seres¹⁴. El shamán está encargado de cuidar que no perturbe el orden que la sociedad ha establecido progresivamente desde el origen caótico del mundo. Estas leyes son responsables de las reglas de comportamientos específicos -alimentarios e higiénicos- que los humanos deben respetar para que sus ingestiones o sus desplazamientos en el universo no modifiquen en demasía el equilibrio fisiológico de su cuerpo. Estos están sometidos a variaciones de calor, de sequedad y de salinidad en los períodos de transición (crecimiento, pubertad, fecundación, etc.) y en la vida cotidiana (frecuentación de otros ambientes durante las actividades de caza, de colecta, de visita, etc.), o durante la incorporación de espíritus auxiliares particularmente sensibles a las variaciones fisiológicas. Esta última situación se encuentra de forma patente durante la iniciación shamánica yanomami (J. Chiappino, 1995 b).

¹⁴ Estas leyes son responsables de la forma particular de la actividad shamánica. Cf., por ejemplo, a propósito de los Ye'kwana, Barandiaran D. de, 1962, 1979; de los Wothiha, Anduze P., 1974 y Overing J. & A.R. Kaplan, 1987; de los Sanema, Barandiaran D. de, 1965. Taylor K I., 1976 y Colchester M., 1982; de los Yanomami. Eguilior García M.I., 1984 y Chiappino J., 1995 a, 1995 b, 1995c.

Mantener el equilibrio del cuerpo y de las diversas fuerzas sobrenaturales que deben animarlo según las circunstancias, supone la observación de reglas estrictas de alimentación y de comportamiento general (baños, exposición bajo la lluvia, calor de un fuego o exposición al sol, etc.) si no se quiere provocar trastornos importantes del organismo y favorecer la intrusión en el cuerpo de fuerzas contrarias a la actividad buscada o patógenas.

Estas leyes no aparecen siempre de manera evidente. Se pueden obliterar, por ejemplo, por la ley que impone el no comer sino alimentos que el shamán habrá “rezado” (invocado los espíritus) o que habrá “soplado” (enviado espíritus) para evitar que estas materias sean tóxicas. Es preciso saber que en estos casos, propios de los Hiwi, Wothiha y Ye'kwana, es el soplo sistemáticamente “refrescante” del shamán que “enfriá” estas materias lo que permite evitar que los humanos contacten la enfermedad específica de estos alimentos¹⁵. Esto puede ser igualmente el efecto apaciguador de la palabra que el shamán dirige al ser de origen que es su “amo”.

Paralelamente a estas leyes, de las cuales dependen el aspecto y el dinamismo de la materia, se debe tener en cuenta la perennidad del principio vital.

Este está presente de manera abundante en las capas superiores del universo donde está ligado a entidades más o menos demoníacas. Está también localizado en ciertas regiones del cosmos donde se concentra, como entre los Yanomami, bajo la forma de reservas importantes de espíritus auxiliares o, como entre los Wothiha, los Ye'kwana o los Hiwi, de entidades primordiales que se volvieron dueños de elementos específicos. Aunque existan en gran cantidad en estos lugares, este principio, así como las entidades en cuya constitución participa, no tienen una duración de vida eterna. A fin de que sus reservorios no se agoten, es sumamente importante que los humanos, cualquiera que sea la sociedad, respeten las leyes shamánicas que rigen los comportamientos responsables de la supervivencia de este principio y de las entidades a las que da vida. Esto se efectúa gracias a prácticas rituales particulares referentes a la explotación de los espíritus o de fuerzas primordiales necesarias a las actividades humanas, lo que ocurre en las actividades económicas como la cacería o la colecta, las actividades socio-políticas como la guerra, o las actividades mágico-religiosas como las iniciaciones de los muchachos, de las muchachas y de los shamanes. El objetivo preciso de estas prácticas rituales shamánicas, es de salvaguardar el poder de sus fuerzas que no pueden ser explotadas sino de manera muy temporaria¹⁶. Ir en contra de estas leyes expone a catástrofes o perturbaciones en el universo: sequedad, hambruna, epidemia, inclusive caos cósmico. Le incumbe a los shamanes y a los sabios de la sociedad el hacer respetarlas.

Es general el severo control del comportamiento de los individuos que se observa en estas culturas. El papel desempeñado por los shamanes, a fin de mantener la perennidad de las entidades

15 Ver P. Oldham, G. Hidalgo y C. Alès en este volumen.

16 Para no citar más que algunos ejemplos, el shamán yanomami debe reenviar los espíritus a su alojamiento habitual después de haberlos utilizado y dejarlos mucho tiempo en paz para que puedan recobrar su eficacia. Entre los Hiwi, los Wothiha, los Ye'kwana y los Yanomami, así como en muchas otras sociedades, las almas de los muertos deben vivir en espacios particulares y no están movilizadas por los humanos sino temporalmente y cuidadosamente devueltas al lugar de estadía de éstas. Está prohibido movilizar o utilizar excesivamente todas las entidades espirituales so pena de provocar enfermedades u otras plagas. En un mismo orden de ideas, los shamanes Yanomami escogen movilizar los espíritus auxiliares -que están siempre calientes- en el momento del día en que la temperatura está más elevada y buscan un recalentamiento del cuerpo para que los espíritus auxiliares, “que bajaron” de los peñascos más altos donde suelen vivir normalmente, no pierdan demasiado de su dinamismo. En cambio, se nota que los shamanes hiwi, wothiha y ye'kwana, que consideran los espíritus auxiliares como “frescos” en relación con el cuerpo, prefieren movilizar los suyos de noche y sin intentar calentar el cuerpo del que los recibirá, lo que puede explicar la importancia del agua y de los cuarzos en la terapia shamánica de estas sociedades.

más cargadas de principio vital y de proseguir su repartición equilibrada en el mundo, vuelve inteligible la dimensión particular que estas sociedades le dan al acontecimiento que constituye la vida, la salud, la enfermedad o la muerte. Dichos estados son para tales sociedades, fenómenos que nunca se conciben como dependiendo únicamente del orden individual. Participan de lo comunitario y de lo universal.

De la misma manera que el principio vital de los alimentos mantiene y refuerza la potencia física de todo ser, el principio vital de los elementos sobrenaturales mantiene y refuerza su resistencia y su habilidad. Pero la explotación de estos poderes así adquiridos no debe poner en peligro el papel de este principio en el equilibrio cósmico, gracias al concurso del conjunto de los seres y de los elementos que componen su compleja estructura. A la muerte de cada cual, prioritariamente de los humanos, la sobrevida de la parte corporal cargada de la cantidad óptima de principio vital que permanece en el cuerpo, debe estar asegurada y debe converger, mediante su movilización hacia el lugar que le es propicio, al mantenimiento del equilibrio universal¹⁷. De igual forma, la enfermedad no sabría llevar a la muerte ni al riesgo colectivo al cual expone si los casos se multiplican y los ciclos de regeneración energética que implican no se realizan. Todos tienen el deber de obrar por la salud de los demás y por el buen equilibrio cósmico. Los shamanes tienen también el deber de controlar la efectividad de la participación de cada uno en la totalidad que el universo constituye.

Tal proyección socio-cósmica de la vida justifica la importancia del papel desempeñado para con la enfermedad y la muerte por los shamanes y los allegados: presenta ciertas dificultades a la práctica médica cuando se impone el aislamiento hospitalario, inclusive el entierro lejos del grupo y que no se pueden efectuar las prácticas shamánicas y colectivas para reforzar física y moralmente a la persona y, en caso de muerte, para el control del equilibrio cósmico.

Adaptaciones de los protocolos médicos

Puede parecer difícil pensar en la posibilidad de traducción de las preocupaciones biológicas de la medicina en estas sociedades debido a la continuidad que la lógica shamánica establece entre la salud del cuerpo y el orden social, la vitalidad, el medio exterior y el equilibrio cósmico. De la misma manera, la eficacia simbólica responsable de los actos médico-rituales del shamán para transformar los cuerpos de los individuos, hacer de ellos unos humanos conformes al canon social y extirpar de los cuerpos las enfermedades o protegerlos de ellas, puede aparecer como muy alejado de la concepción moderna de la medicina. Sin embargo, el concepto de principio vital y las leyes inherentes al equilibrio fisiológico de la materia viva a los cuales el shamán recurre a fin de rendir cuenta de los efectos de los espíritus auxiliares, del soplo, de las palabras, de los sueños, de los cuarzos o de las piedras sagradas que ellos manipulan, nos permiten descubrir los procedimientos retóricos y el lenguaje a emplear para transponer los protocolos médicos occidentales.

En efecto, la noción de principio vital y la similitud de las leyes fisiológicas que rigen la vitalidad de los cuerpos, facilita el entendimiento de las conductas y conceptos de la medicina pasteuriana, de las enfermedades con vectores y de la vacunación. Al estar excesivamente desarrollada por el antibiótico introducido en el cuerpo, la fuerza contraria que representa -el principio vital del remedio- mata el germen. La noción de equilibrio con el medio ambiente, necesario para la super-

¹⁷ A propósito de la perspectiva cósmica yanomami, cf. J. Chiappino, 1995 a.

vivencia de los seres, permite explicar los ciclos vitales específicos de los parásitos responsables del paludismo, para señalar un caso, y hacer comprender las formas de lucha de la bio-medicina. Se ve, por ejemplo, que las técnicas tradicionales de uso y de transformación de las materias tóxicas se pueden utilizar perfectamente en la aplicación de los principios de inmunización.

Las nociones de caliente y de frío, de seco y de húmedo, presentes en las sociedades amerindias y clasificadas como universales¹⁸ por algunos investigadores, de los cuales formamos parte, ¿no permitieron la aceptación y difusión de ciertos aspectos de las concepciones hipocráticas de los humores corporales, aun cuando algunos ven, en la amplia difusión de estas nociones en América latina, un préstamo hecho a la Conquista (G. Foster 1953, 1994)? Sin negar el hecho de que este amplio fenómeno de préstamo haya favorecido la teoría hipocrática de los humores, como lo prueban los tratados de medicina que llevaban los conquistadores en su equipaje y los primeros intentos de traducción en lenguas indígenas, ¿no convendría considerarlo también como el resultado de las modalidades formales y estructurales implicadas en estos préstamos? Tal como lo subraya R. Bastide (1970, 1971) en su análisis sobre las vías de la transculturación: los bienes como las nuevas prácticas introducidas por el contacto están aún más fácilmente integrados cuanto que estos elementos ofrecen representaciones que se asimilan, en la cultura receptora, a ciertas representaciones preexistentes. La generalización de los principios hipocráticos se pudo operar mejor ya que existía con anterioridad un fondo de prácticas ligadas a las nociones de caliente y de frío, de seco y de húmedo, etc., gracias al cual las poblaciones encontraban, en las novedades sanitarias introducidas, nociones y estrategias conocidas (J. Chiappino, 1995 b).

El empleo del término de principio vital para dar cuenta del poder de tal o cual germen o remedio y el hecho de recurrir a los predicados relativos a las prácticas de lucha y de transformación corrientemente utilizadas en diversas culturas amerindias de la región, permiten que las poblaciones comprendan y acepten los nuevos procedimientos susceptibles de mejorar su estado sanitario.

Tales procedimientos de comunicación contribuyen de manera óptima a volver inteligibles y aceptables tanto los procedimientos pasteurianos implicados en el tratamiento y la profilaxia de la tuberculosis, de las bronconeumonías y de las enfermedades sexualmente transmisibles, como los procedimientos ligados al desequilibrio hidroelectrolítico de las diarreas infantiles, o finalmente, de los procedimientos que dependen de estrategias sanitarias más complejas. por ejemplo, en el caso de las vacunaciones o el control de las enfermedades de vectores tales como el paludismo.

Sólo tomaremos algunas situaciones entre las más pertinentes para ilustrar el método propuesto a fin de obtener la adhesión de las poblaciones.

En el caso de las diarreas infantiles, los indígenas expresan una fuerte reticencia ante el uso del suero oral de rehidratación. El personal sanitario presenta este medio como un importante aporte hídrico concentrado en sales -hablando de agua y sal- al cual se aconseja asociar un aporte alimentario bajo la forma de azúcares o de caldos de carne. Ahora bien, este tipo de descripción provoca un rechazo por parte de las poblaciones autóctonas. Según su lógica del equilibrio del caliente/frío y del seco/húmedo, lo demasiado cerca y lo demasiado lejos, el exceso de idéntico o de diferente es nefasto. En este caso el frío del agua y/o de la sal puede matar si se aceptan las cantidades recomendadas. El gran frío provocado en el cuerpo después de esta ingestión acentúa de manera desmedida el carácter frío del cuerpo del recién nacido sometido a la causa de la diarrea,

¹⁸ Ver Butt Colson A. & C. de Armellada. 1977, 1985; J. Clarac de Briceño, 1981; J. Chiappino. 1995 b; y más generalmente sobre este tema, F. Héritier, 1994.

aun cuando este agente se considera “caliente”. Al contrario, el calor de los azúcares y de los caldos de carne puede igualmente provocar la muerte por exceso inverso. Los azúcares, las grasas y un buen número de carnes son, efectivamente, elementos clasificados dentro de lo caliente.

Ante la negativa que producen estas recomendaciones consideradas nocivas y si se quiere hacer aceptar las preparaciones llamadas “sal oral de rehidratación” o los sucedáneos improvisados mezclando sal de cocina y azúcar, es preciso evitar hablar de agua o de sal. Conviene comparar el efecto del principio vital de estos productos con el de las plantas y de los alimentos conocidos por sus propiedades medianamente calentadoras y que sirven tradicionalmente para preparar las decocciones y las papillas específicas de estos estados patológicos. Por lo tanto, a propósito del suero oral, se recomienda hablar de “tisanas” o de “pociones” (tés) en vez de agua y proponer agregar a este suero una de estas tisanas tradicionales. Además es preferible sugerir que recurran a la actividad shamánica habitualmente practicada en estos casos, evocando que la poción representada por el suero oral no se ve perjudicada si el shamán “sopla” y “reza” sobre estos líquidos. En muchas culturas, es por cierto común ver que el shamán purifica de esta manera toda nueva ingestión a fin de volverla inofensiva.

Un día, un médico tuvo la interesante idea de utilizar un esquema corporal en forma de cisterna abierta en las dos extremidades para ilustrar el equilibrio que se debe realizar entre lo ingerido y lo excretado para salvar a un recién nacido con diarrea aguda. La asistencia comprendió muy bien la imagen del cuerpo contenedor en el sentido en que coincide con la representación tradicional del cuerpo. Sin embargo, esta demostración perdió todo efecto en cuanto el médico se puso a hablar de agua y de sal de cocina. La asistencia rechazó esta demostración que sostenía que el nivel de agua salada se elevaba en el cuerpo, puesto que para ella el líquido sólo se podía evacuar inmediatamente por abajo. Ante este malentendido, ligado a una voluntad de simplificar y a la imposibilidad de traducir las nociones de presión hidroelectrolítica, el recurrir a una papilla tradicional en vez del suero de rehidratación bastó para hacer comprender el principio de compensación.

En el caso del paludismo, se enfrenta uno al problema de la amargura de los productos antimaláricos. Este sabor revela la presencia de una sustancia excesivamente fría: lo amargo equivale a lo salado y a lo frío. Ingerida por un sujeto cuyo cuerpo está hirviendo puede matar principalmente a los niños pequeños de los cuales el principio vital corporal es aún muy débil. Por ende, está masivamente rechazada. Se puede hacer admitir el producto si se recurre a la noción de selectividad de su efecto mortífero que no actúa sobre la energía vital del sujeto sino sobre el principio vital del ser maléfico que constituye el plasmodio, agente responsable del paludismo, lo que se acerca más a la concepción tradicional de lucha contra los agentes patógenos.

Todo principio vital está en efecto dotado de un potencial activo, recurrir a esta noción permite comparar la elección de la sustancia antimalárica con el de ciertas categorías de espíritus auxiliares, precisamente seleccionados para su potencial específico. Esta analogía hace inteligible la toxicidad del producto antimalárico retenido por su efecto orientado contra el dinamismo del germen y no contra el ser humano. Además, la aceptación del remedio puede verse facilitada si se preocupa uno de recordar que el descubrimiento de la quinina, en su acción antimalárica, se realizó a partir del empleo que tenía entre ciertas grupos amerindios para tratar estados febriles graves.

Por otra parte, el conocimiento de la especificidad de los medios propios a la supervivencia de los seres y, por consiguiente, su repartición en el universo¹⁹, permite esclarecer el ciclo extra-cor-

¹⁹ A propósito de los Warao consultar Wilbert W., 1994; de los Sanema, Taylor K.L., 1976; de los Yanomami, Chiappino J., 1995 a.

poral e intra-corporal del plasmodio al explicar que los “hijos” del agente patógeno nacen obligatoriamente en el medio sanguíneo humano, pero no pueden crecer y desarrollarse sino en la boca del zancudo. Se puede hacer comprender también muy claramente que el zancudo vector del paludismo, el anófeles, solamente sirve de transporte al agente patógeno en su desplazamiento entre el cuerpo de un sujeto enfermo a otro individuo, donde inyecta el agente nocivo que a su vez lo enferma.

La preparación de las vacunas se puede explicar refiriéndose al saber de las sociedades amerindias en cuanto a los venenos. Pensemos por ejemplo en los principios de reducción de la toxicidad de ciertas plantas alimentarias, como la lixiviación que interviene en el tratamiento del manioco amargo y los procedimientos de cocción para eliminar el ácido prúsico mortal que contiene. Se puede justificar la reducción del poder peligroso de la vacuna, presentándolo como una sustancia que viene de un cuerpo peligroso pero que se vuelve inofensiva gracias a las técnicas preparatorias de “lavado” y de calentamiento al cual se somete. La vacunación en sí se puede definir como un efecto de mitridatización comparable a las pruebas de los diversos procesos de iniciación conocidos por estas sociedades, tales como: el aprendizaje de la alimentación del niño, la aplicación de insectos venenosos como las hormigas, por ejemplo, sobre el cuerpo de los adolescentes y de los adultos, la toma progresiva de alucinógenos y el contacto gradual con las categorías de espíritus para los shamanes neófitos.

Estos acercamientos conceptuales pueden surgir a partir de talleres específicamente organizados para adaptar protocolos. Así es como en nuestro caso, la vacunación fue asimilada por los Wothiha, grandes especialistas del manioco, a las gotas de manioco fresco que el shamán, después de haberlo “soplado”, deja caer sobre el ombligo del recién nacido para protegerlo del peligro de esta sustancia tóxica. En la figura n° 1, se ve al niño cuando recibe esta gota y la serie se acaba con la silueta de un niño de pie, sano.

La vacunación también sugirió a los Wothiha, muy famosos en la región por su curare, un dibujo que compara el efecto selectivo del producto vacínico con el del curare. El curare se utiliza para matar al animal y no al humano que lo consumirá (figura n° 2). Un dibujante simbolizó la jeringa que sirve para inyectar el suero con una báculo y no con una cerbatana, arma de cacería tradicional. La acción del disparo del disparo hace huir los gérmenes representados bajo forma de humanoides (figura n° 3).

Otros, finalmente, han representado el efecto profiláctico de la vacunación bajo la forma de un shamán en su faena. El resultado protector de los espíritus auxiliares del personaje encargado a la vez de prever -función adivinatoria del shamán- y de curar -función terapéutica en sí- al “soplar” sobre el niño y sobre sus alimentos (primordialmente la bebida y la miel), simboliza el valor defensivo de la actividad shamánica comparada con el efecto inmunológico de la vacuna (figura n° 4).

La dificultad de asimilación del tiempo relativo a la repartición de los medicamentos es uno de los aspectos más complejos de resolver. La duración de la atención médica es, en efecto, un problema para las poblaciones indígenas por ser largo el tratamiento, por imponer alternativas medicamentosas en función del germen tratado y/o por estar ligado a titubeos diagnósticos. Es el caso en particular de la tuberculosis y de las bronconeumonías.

Los impedimentos para explicar la búsqueda de huellas del bacilo de la tuberculosis recordaron a algunos dibujantes las dificultades de la batida de la cacería (ver lámina K en anexo). Dada

la habilidad de los cazadores, se evidencia, sin embargo, que esta analogía era inoperante para ilustrar verdaderamente la complejidad del diagnóstico de esta enfermedad. La similitud que establecieron otros con los obstáculos de la busca shamánica es más satisfactoria. Los diferentes momentos diagnósticos y curativos de las sesiones shamánicas, a veces escalonados sobre varios días o semanas para resolver situaciones complejas, sirven perfectamente para hacer comprender la situación. Además, el cambio de medicamento se puede comparar con la variedad de espíritus sucesivamente movilizados en la lucha de los casos difíciles.

Sea lo que sea, al igual que en las sociedades occidentales, la memorización del tratamiento y su repartición en las semanas sólo se puede realizar mediante una representación gráfica. Más que las recetas escritas, los dibujos que ilustran las secuencias facilitan ampliamente la comprensión y la memorización.

Estos deben, como se muestra en ciertos dibujos que hemos obtenido, utilizar las posiciones del sol para los días y las secuencias de la luna para los meses (ver lámina C y lámina D en anexo). Notaremos que estos dibujos asocian elementos descriptivos sobre cómo tomar el medicamento (pastilla o inyección). También observaremos que el tiempo marcado por las posiciones del astro no sigue, para los grupos y los dibujantes menos aculturados como los Yanomami, una línea que va de izquierda a derecha, sino un círculo o arcos de círculos -que corresponden a la proyección plana de la bóveda celeste. La representación del astro está, además, unida por un camino a través del cual se desplaza el enfermo que se dirige a la medicatura donde se toman los remedios.

Esta asociación recuerda la yuxtaposición de los recursos que las poblaciones amazónicas suelen practicar como, por ejemplo, la asociación del tratamiento médico de la tuberculosis con un tratamiento shamánico que produce en sus tiempos -marcados por la luna- la misma secuencia que la del tratamiento occidental (ver láminas J, K y L en anexo). Subraya la importancia que tiene la similitud de las concepciones, propias e importadas, en los préstamos.

Adaptaciones estructurales del programa de formación

Los ejemplos que acabamos de ver nos permiten comprender por qué, a pesar de los esfuerzos realizados por el sistema de salud para adaptarse a la situación sociocultural de las poblaciones, el sistema de “Medicina simplificada” en Amazonas tuvo poco impacto sobre la comprensión de los preceptos médicos por parte de las poblaciones y, por consiguiente, sobre el seguimiento de los tratamientos.

En efecto, los principios informales de adaptación sobre los cuales se basan todos los programas de Atención Primaria en salud están sometidos a demasiadas incertidumbres. Cuando el lenguaje de los manuales de formación del personal se esfuerza en adaptar y quitar la síntesis retórica propia del lenguaje médico y el personal logra utilizar una analogía pertinente, raro es cuando ésta se integra a un conjunto suficientemente lógico como para provocar la aceptación de la novedad sanitaria por las comunidades. Si la analogía y el gráfico utilizado para traducirla contienen elementos interesantes para la comprensión (pensemos por ejemplo en el dibujo del “cuerpo-cisterna” para explicar el tratamiento de la diarrea), el discurso no sigue y entra en contradicción con el conjunto lógico necesario para la comprensión de la práctica enseñada.

Por lo tanto, la adaptación informal generalmente desarrollada en la elaboración de los manuales de formación de los programas de Medicina simplificada, se verifica insuficiente y los pro-

cesos de esquematización excesiva muchas veces empleados llevan casi siempre a la desilusión. El personal auxiliar no puede compensar estos errores. Demasiado alejado de su propia cultura por haber recibido desde temprana edad una educación occidental, no es capaz de explicar en términos claros para las poblaciones, técnicas que, en privado, confiesa no haber siempre entendido muy bien. Por ende, al no disponer del poder de palabra en su sociedad por ser demasiado joven y carecer generalmente de madurez lingüística, se crea una desventaja que lo vuelve particularmente inepto para promover la educación sanitaria que le incumbe.

Finalmente, se debe subrayar que si las adaptaciones funcionales que acabamos de ver deben corresponder a un conjunto formal coherente para que se oiga el mensaje médico, la comprensión del aspecto técnico que contiene y responde a las preocupaciones positivistas de la medicina, no es suficiente para hacer aceptar las nuevas prácticas.

En los ejemplos presentados, se habrá notado que la lógica amerindia impone a veces que se integre a la adaptación de los protocolos, creencias o nociones que, aunque ajenas a la explicación biológica, son indispensables para la asimilación de los preceptos por las poblaciones.

Si para luchar contra la diarrea el término agua no se puede utilizar por entrar en contradicción con la lógica amerindia, el hecho de no aceptar que el shamán “sople” sobre los ingredientes que componen la “poción” que es el suero oral de rehidratación puede de la misma manera ser inhibitorio para la aceptación en cuanto al suministro de este tratamiento al niño.

La integración de ciertas creencias es así indispensable para la comprensión y la aceptación por parte de las poblaciones de la acción terapéutica. Respetar las prácticas tradicionales es para las comunidades una prueba de reconocimiento de su cultura, lo que facilita la aceptación de las prácticas del cuerpo médico. La ética profesional e institucional de la medicina por lo demás ha siempre predicado la tolerancia con respecto a las creencias.

Los propósitos contra la actividad shamánica con finalidad curativa y profiláctica, o la negación de las creencias relativas a la persona y al medio, se observan a menudo cuando las funciones sanitarias las practican religiosos o un personal ignorante de la importancia de las conductas a observar en este campo. Son muchas las actitudes que explican la no frecuentación o la subfrecuentación de los centros de atención. Estas posiciones ideológicas pueden hasta ir en contra de los esfuerzos de adaptación emprendidos en otra dirección²⁰.

Por este motivo, los folletos sanitarios que hemos producido mencionan, cada vez que son necesarias las intervenciones shamánicas de sanación que conviene señalar para que el acto médico no pierda su lógica en el contexto cultural. Los dibujantes que ilustraron los documentos no dudaron en asociar al shamán a las acciones médico-sanitarias y en mostrar su trabajo paralelamente al tratamiento médico (ver láminas F, K y L en anexo). Subrayemos también que resulta verdaderamente raro que el personal médico tenga que excluir conductas shamánicas por ser opuestas desde el punto de vista biológico. Las oposiciones cuando existen son, por supuesto, de naturaleza ideológica.

Los textos señalan también las referencias a recordar con respecto al saber ancestral y mítico. Es importante introducir este aspecto para situar la acción sanitaria en una continuidad espacio-temporal propia de la sociedad. Desarrollan así mismo, brevemente para cada una de las situaciones mórbidas, la evolución del saber occidental, revelando su evolución pasada, sin esconder ni

²⁰ Sobre la acción perversa de los discursos elitistas y en el caso yanomami ver C. Alès & J. Chiappino, 1985a, 1985b.

sus propios límites ni sus posibilidades de expansión. Los folletos evocan también cada vez que se puede, el uso de la farmacopea tradicional. Recuerdan el saber de los antepasados que tienen no sólo la sabiduría sino el poder de decisión.

Estos textos, editados en forma bilingüe, constituyen verdaderas herramientas didácticas tanto para los médicos como para los auxiliares sanitarios a fin de que puedan disponer, según el idioma que hablan, de modelos de expresión permitiendo transmitir un mensaje médico adecuado. Las nuevas prácticas biomédicas están así recomendadas explicándolas según conceptos y causas instrumentales tomadas de la sociedad amerindia. Es necesario aclarar, sin embargo, que los textos no tienen la pretensión de fijar un estado de conocimiento en relación con estos temas, ni agotan todas las posibilidades intrínsecas a éstos. Deben ser, por tanto, adaptados a cada especificidad cultural o patogénica encontrada.

Manifestar tales intenciones a las personas y a sus creencias traduce el interés llevado a la sociedad, y refuerza la credibilidad y la confianza acordadas por la comunidad a la persona que trata. En efecto, la manifestación de respeto por los valores tradicionales y la jerarquía social es la única forma de demostrar que no se busca perjudicar a los individuos, la organización social, ni a la identidad en general.

Al aplicar y favorecer la puesta en marcha de estos principios a todos los niveles de la cadena sanitaria, se trata para los responsables de las instituciones de salud, de no excluir poblaciones de las posibilidades que ofrece la bio-medicina y de procurar prestarles un servicio evitando provocar con ello discontinuidades sociales.

Gracias al mensaje médico y sociológico destinado tanto a las poblaciones como al cuerpo médico, el modelo de formación sanitaria que proponemos para el personal de la región amazónica se esfuerza en sensibilizar a los actores al papel que la actividad shamánica y la medicina pueden jugar si, juntas, estas partes quieren llegar a controlar la salud. Siguiendo de conformidad a las exigencias culturales de la concepción ancestral de la salud, se hacen más accesibles a las comunidades unas técnicas que, aunque nuevas, pueden actuar para mejorar su estado de salud. Paralelamente, al tiempo que satisface las exigencias biológicas actuales de la medicina, permite que el cuerpo médico adapte la práctica y la ética médicas a la situación si quiere ser aceptado y escuchado.

Esta es una concepción original de proporcionar la atención médica en el medio amazónico. Consiste, ante todo, en la manera socio-antropológica de enfocar la enseñanza a prodigar entre el personal y estructurar así la política de salud en la cual este plan de formación se debe incluir. Compartir las responsabilidades según esta concepción renueva la visión de la práctica médica en este medio que, a partir de entonces, no dependería de una eterna asistencia sino de una verdadera co-participación.

El proyecto educativo que de allí emana se distingue de los programas de enfoque directamente sanitario, de los cuales sigue siendo, no obstante, complementario. Depende de las modalidades instrumentales y estructurales de los cuales disponen los dos dispositivos que así concurren a elaborar la síntesis que ambas tradiciones médicas pueden engendrar. Los ajustes conceptuales, comunicativos y de comportamientos, que explota a partir de esas dos tradiciones le permite asegurar una real complementariedad.

Estas adaptaciones revalorizan de hecho la relación sanador-sanado dentro de la eficacia médica. Sin embargo, deben incluir los acomodamientos funcionales y financieros necesarios para la integración de personal autóctono. Esto implica un aumento del número de auxiliares de enfermería incorporados, una revisión de la sectorización del sistema de salud²¹, una reformulación de los requisitos impuestos hasta ahora al personal que quiere emprender la formación de medicina simplificada y el establecimiento de modalidades de control continuo del trabajo del personal contratado²². El monto de los costos calculados para esta reforma que hemos podido evaluar a partir del programa realizado en el estado Amazonas revela que este proyecto no es aberrante. De un monto global que no alcanza el 20% de los gastos totales de 1996 para la salud en este estado, el presupuesto de ciento ochenta mil US dólares (180 000 US \$), lo cual no cubre sino un 40% de gastos fijos y un 60% de gastos variables²³, es de lo más razonable. La economía que permite entonces emplear a un personal en el lugar asegura la durabilidad del efecto producido por este tipo de proyecto.

Asociadas a las medidas que conviene aportar en materia de educación nutricional y de legalización de la tenencia territorial de las comunidades, la nutrición y la pobreza²⁴ siendo, en efecto, unos de los mayores determinantes socio-antropológicos a considerar en el marco de la salud, el conjunto de las reformas anteriormente definidas debe conducir el sistema de salud a asegurar una mejor accesibilidad a la atención médica de las poblaciones y una repartición más equitativa.

El eco favorable recibido por el plan de trabajo que experimentamos en el estado Amazonas venezolano, tanto por parte de las comunidades como por parte de muchos médicos y responsables de la política de salud regional, hace resaltar el interés llevado a un tipo de acción capaz de instaurar la propicia y necesaria co-participación del cuerpo médico y de las poblaciones en la lucha que se debe llevar contra las grandes endemias.

A pesar de las particularidades e imperfecciones inherentes al ejemplo en el cual nos basamos para elaborar su estructura, se puede recomendar este modelo de formación y de participación comunitaria y los principios de complementariedad y de distribución de las responsabilidades que enseña a cada uno, shamán, médico, enfermero y auxiliar sanitario.

Finalmente, la generalidad de los factores socio-antropológicos y económicos en los cuales se basan las adaptaciones que proponemos, permite considerar que este proyecto de educación sanitaria se podrá extender a todas las sociedades amazónicas. Una vez divulgadas en el seno de las

21 Cf. el mapa de distribución de los ambulatorios en el artículo de M. Toro en este volumen.

22 En el estado Amazonas venezolano el nivel de educación exigido a los candidatos que postulan al grado de auxiliar de enfermería corresponde a un bachillerato pues, al realizar actos curativos básicos, ocupan un puesto de responsabilidad "comparable al de un médico de medicatura rural". Se puede pensar que esta exigencia limita excesivamente las candidaturas (12 al año actualmente para 6 aprobados). Es cierto que esta regla comporta excepciones en función de las particularidades étnicas y del aislamiento geográfico de las comunidades: estas excepciones son demasiado numerosas. Se puede igualmente deplorar una distinción sexual la cual no promueve a las mujeres. De 60 auxiliares actualmente empleados sólo hay una mujer. Se argumenta que este cargo se debe ocupar de forma continua y que "las mujeres sometidas a la ley del divorcio están en la obligación de ir a otra parte a casarse de nuevo", lo que hace que el dispositivo carezca de un personal de lo más disponible de manera sexista. En realidad, la virilocalidad post-marital, no es la regla en todas las sociedades de la región, ni mucho menos, y los hombres tampoco se libran de esta dificultad. Además, en las sociedades virilocales, los maridos deben efectuar períodos de residencia uxorilocal más o menos prolongada. Favorecer la integración de mujeres en el marco del sistema de Medicina simplificada permitiría, sobre todo, obtener un impacto cierto sobre la salud, dado que numerosas endemias mayores afectan, en gran parte, a los niños.

23 Cf. el artículo de M. Toro en este libro.

24 Ver los artículos de G. Hidalgo y A. Mansutti en este libro.

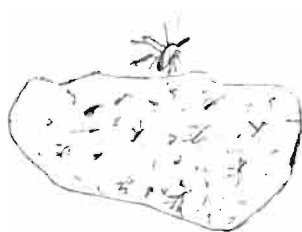
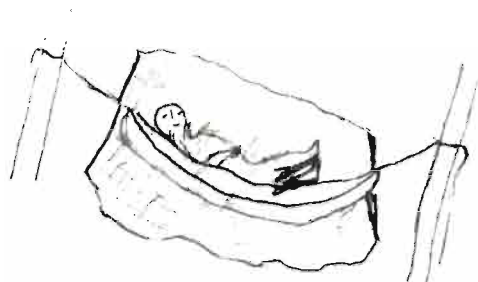
comunidades. las recomendaciones higiénicas y curativas mayores que es preciso que adopten, esta perspectiva debería dejar esperar un vuelco en la precariedad del estado sanitario de las poblaciones indígenas. Se asemeja a los objetivos de las grandes instituciones internacionales tales como la OMS-OPS y la UNICEF y debería llevar a que los sistemas de salud del Amazonas pongan en marcha este tipo de programa a fin de responder a la evolución de las ideas y del conocimiento que se manifiesta en Venezuela²⁵ como en el mundo²⁶, cuando se trata de atención médica.

25 Consultar Estrella E. & A. Crespo eds. 1993. Málaga H., Manzanilla L. M., Toba Dárriba M. D. eds. 1996.

26 Referirse, por ejemplo, a la Vª Resolución "Salud de los Pueblos Indígenas" aprobada por la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. OPS 1993; pero también al Servicio Seccional de salud en Vichada. 1988; Buchillet D. ed., 1991; Figueroa A. L. & E. Mainburg. 1993; Cabildo, Taitas & Comisión de Trabajo del Pueblo Gambiano. 1994; Rural Advancement Foundation International. 1994.

ANEXO:

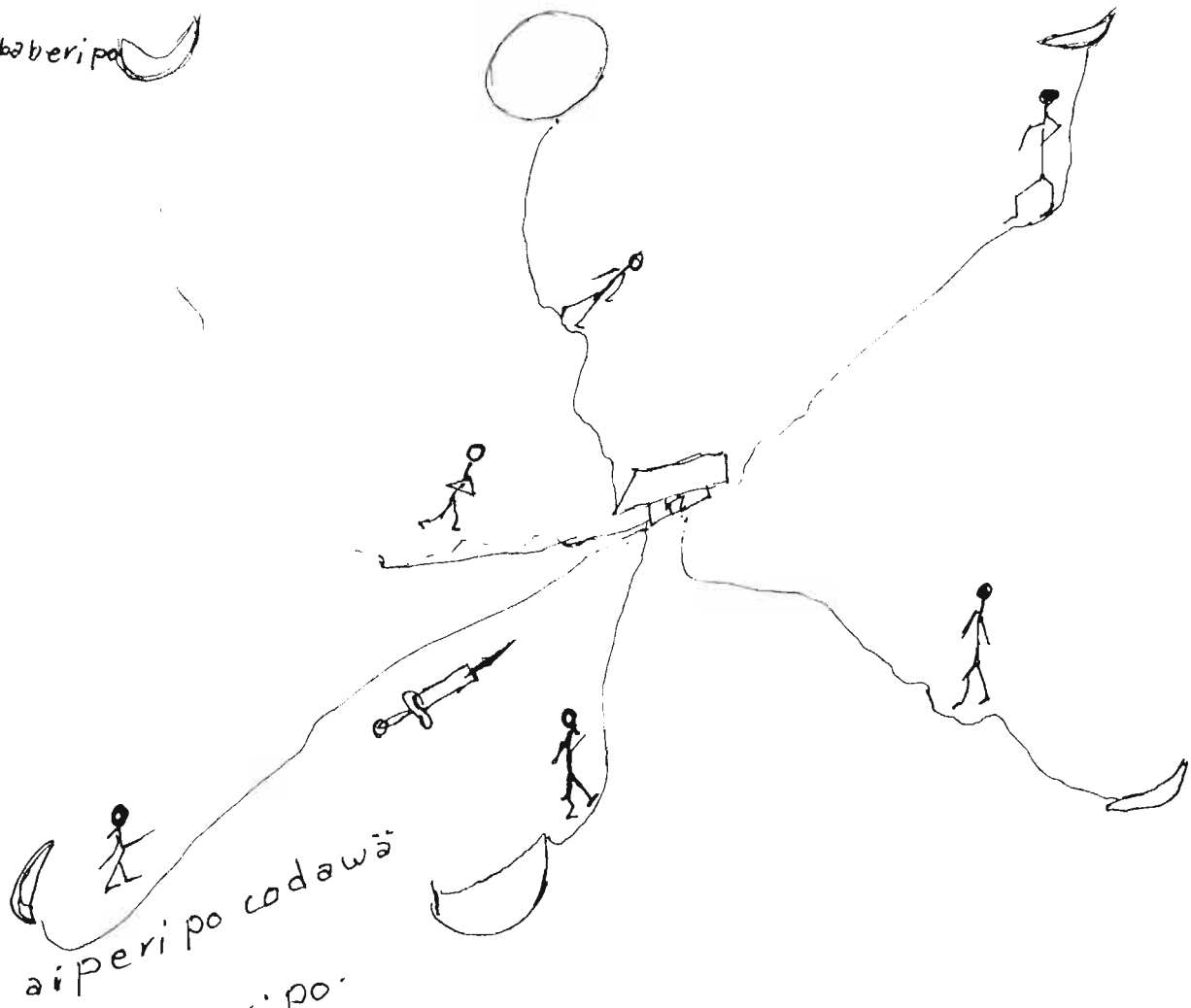
***Ejemplos iconográficos para la adaptación
de los protocolos médicos***





Láminas a-b. Proceso de infección por los zancudos y prevención de la malaria, dibujado por Yanomami.

Jababeripo



ai peripo codawä

Jaba.peripo.

mori . cuarto . semana . wafirimamou.

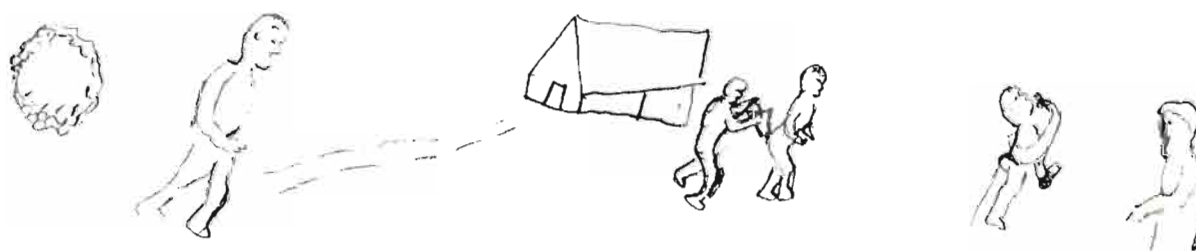
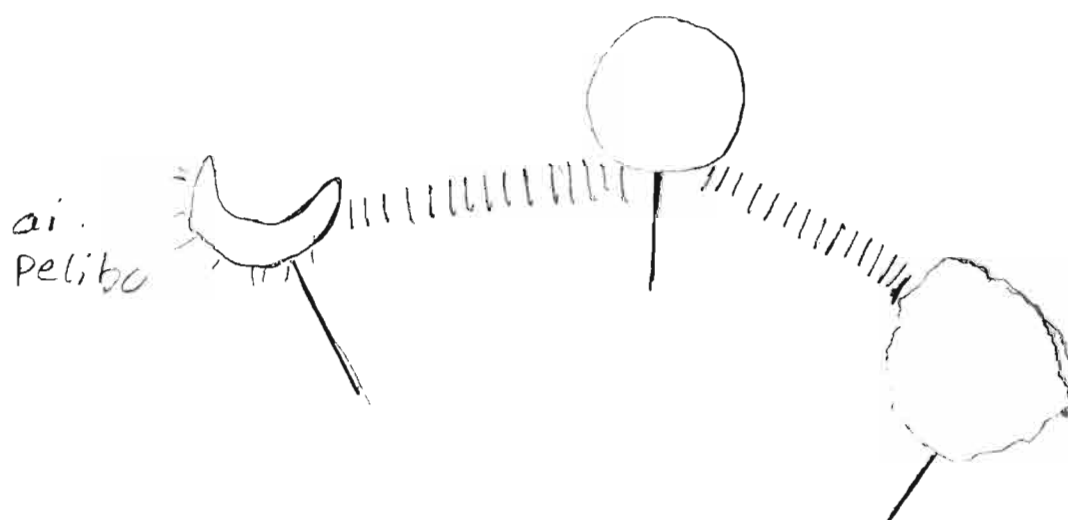
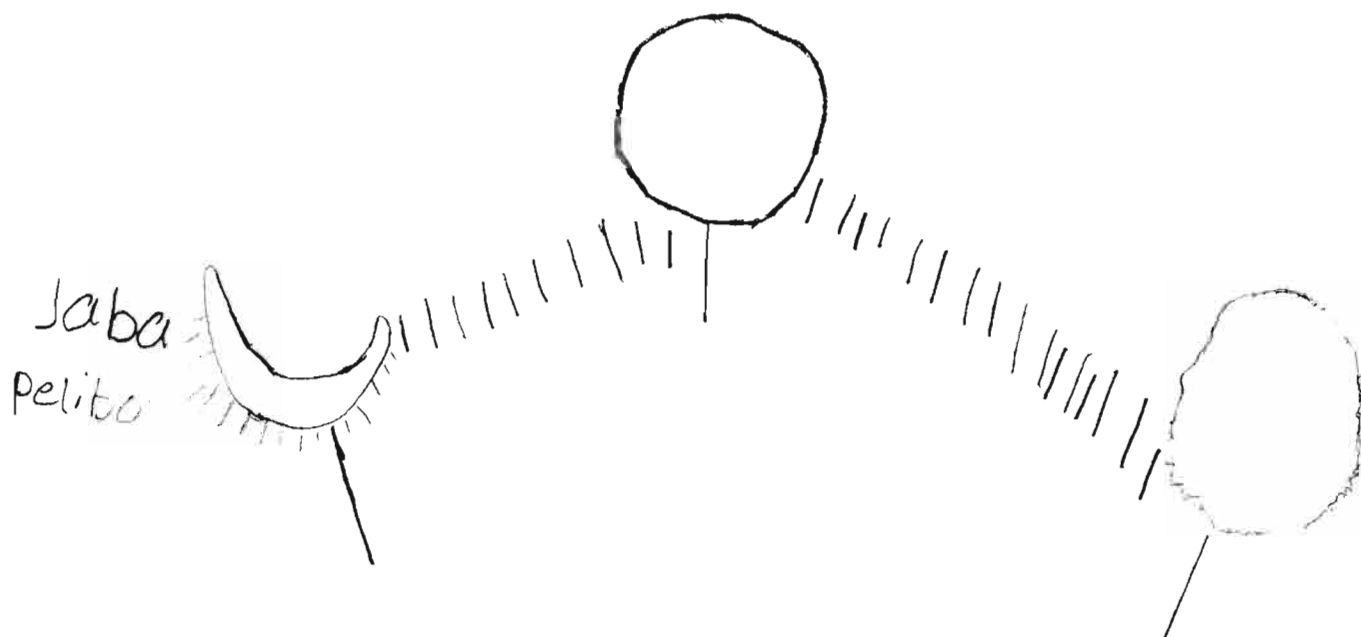
ihi apamadoni-ijimacai. wafirimaidio aopë /

2 . peripo - dispensariojami.

wajupë

~~Do Do Di~~

Do Do ro dia



Láminas c-d. Representación gráfica yanomami de la duración del tratamiento de la tuberculosis
Primera fase: durante 2 meses -2 lunas- el enfermero debe ir, cada día, al dispensario, recibir una inyección y tomar remedios.

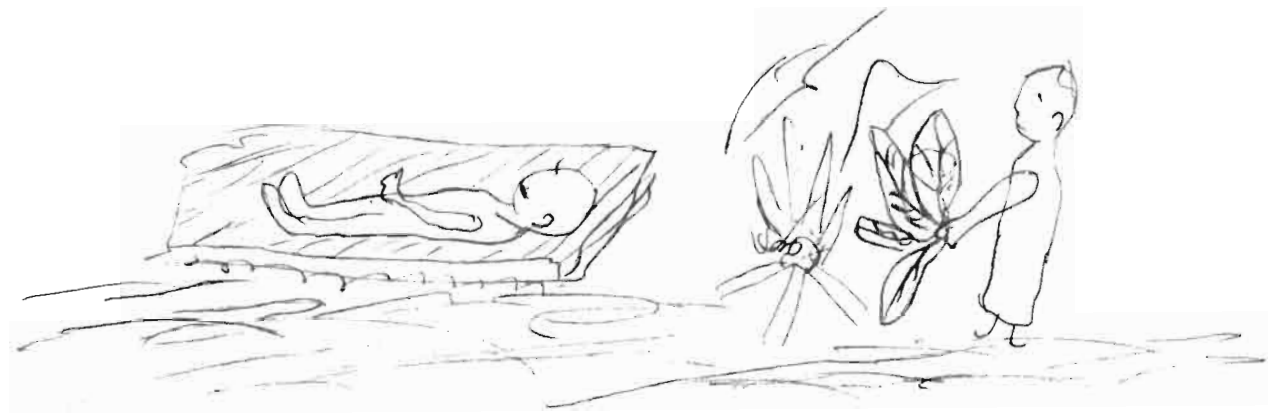
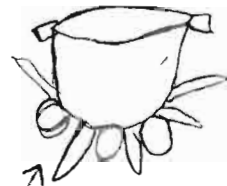


Lámina f. Niño con diarrea tratado por el shamán hiwi con plantas y suero oral preparado con agua rezada.

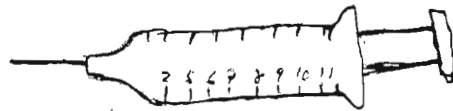
De arriba por abajo:

- Shamán curando al enfermo con plantas.
- Bailando con maraca y soplando agua para el suero oral.
- Administrando el suero oral en el día, seguido por el amamantamiento y por desechar lo que queda del suero oral para preparar uno nuevo el día siguiente.

atoyami ittiyami
ai'en' hofu' ieru-
pottii



paomii daiput
ai'en' hofu' atoyami



Jahnapu inia aboraa ditodone
naniia Jiquichahuaia ieru pa-
i Jurunata.

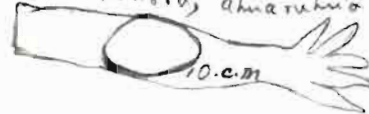


tahuaru huayu tu cuocumeni
Boipa huarepami

Jimate jomena Jijomomeni
huarepami Jui, a



tomure Jahu Jomena Jijomomeni tati
huarepami tunirui, ahmaru' tlujunora, tui.

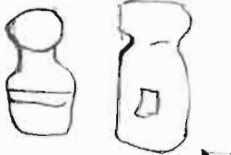


Jiquichahua naiti
chi'mo Jueinot
Jahnapu ruha
rutu ucuocu

huarepami tunirui
diaditui, jahnapu ru-
huania.

Jiquichahua, esu tati
Jahnapu tunirui

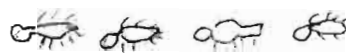
Jiquichahua, esu
huarepami Jui, a



Jahnapu jomena aditini
huarepami tunirui diada pa-
i



Jahnapu rianu getome-
na Jiquichahuaia
ieru pa, i



huarepami isotini, pitido ajia
cuna, u jainu, anu hua, tu Jui, a jahnapu hua-
ti

Lámina g. Explicaciones en wothuha del proceso de infección de la tuberculosis y de la vacuna del BCG. Conduce a la muerte si no se cura.



Lámina h. Diagnóstico de los gérmenes de la tuberculosis con microscopio por el médico.



Lámina i. Durante dos meses -2 lunas- se toma el tratamiento, todos los días, al amanecer.

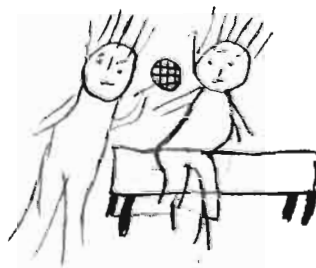
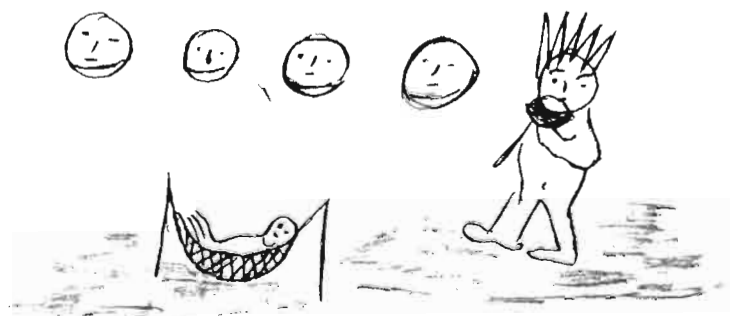
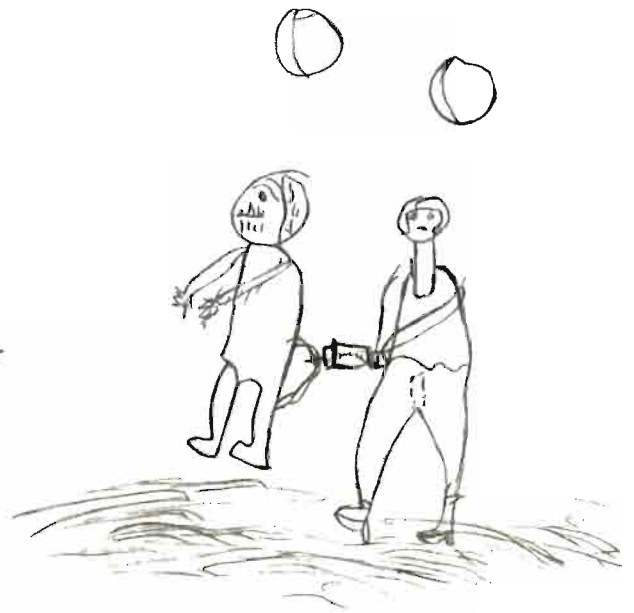
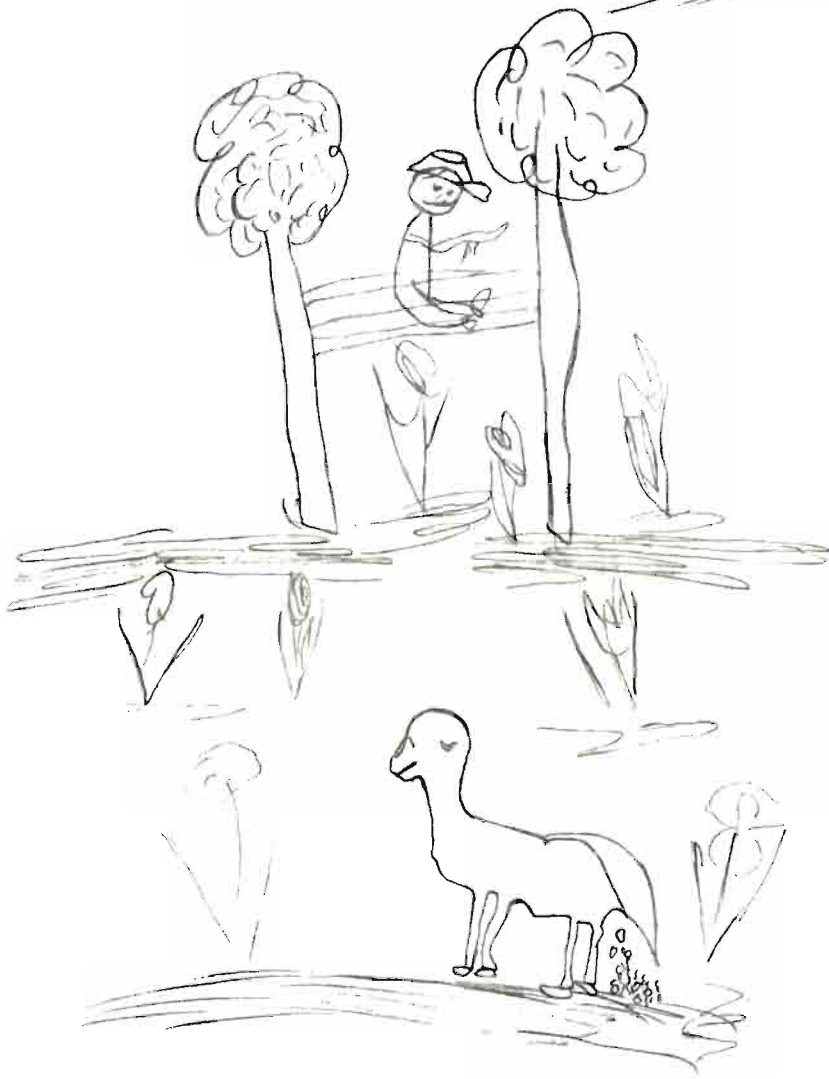
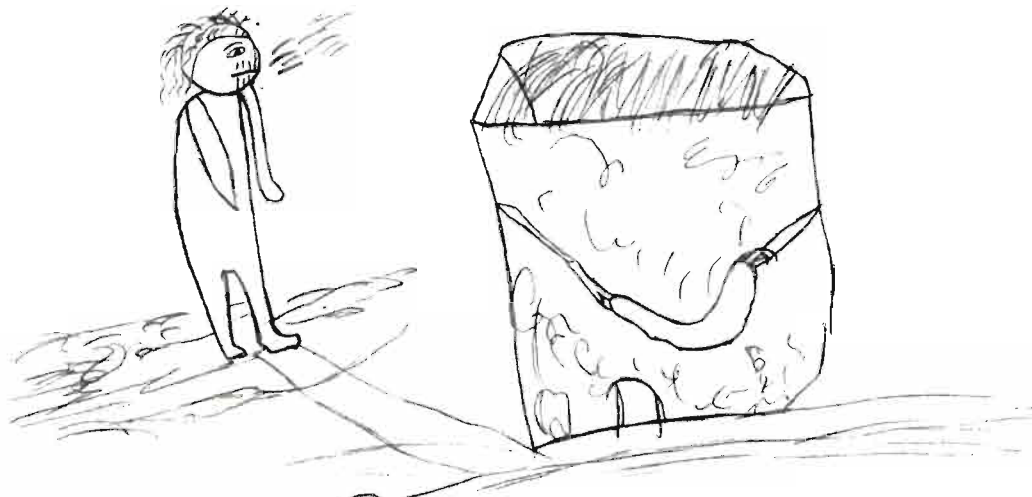
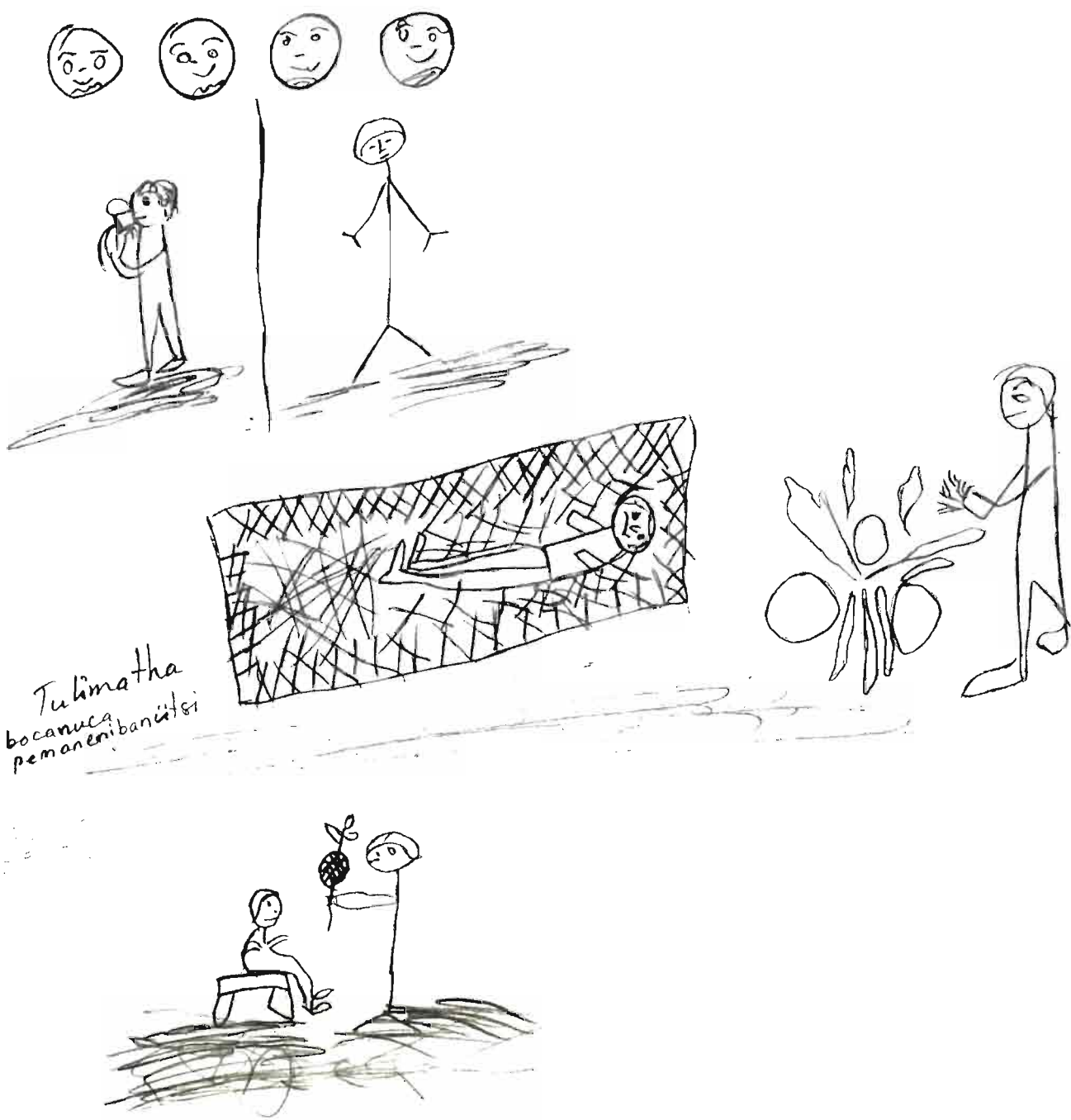


Lámina j. Representación del diagnóstico de la tuberculosis por los Hiwi y de la duración del tratamiento por el shamán.

De arriba por abajo:

- El shamán adivina donde está el animal y se corrobora el hecho buscando las huellas que dejó (excrementos).
- Administrando los medicamentos de la tuberculosis y curando al enfermo durante 2 lunas y cuatro lunas más.
- Shamán buscando plantas para curar al enfermo.
- Curando con maraca.





Láminas k-l. Representación de diagnóstico de la tuberculosis por los Hiwi, del tratamiento médico y conjuntamente de la terapéutica del shamán.

De arriba por abajo:

- El enfermo con tuberculosis.
- Trampa para ver el animal relacionado con la enfermedad.
- El animal deja huellas (excrementos).
- Durante 2 meses -2 lunas- se toma el tratamiento todos los días al amanecer.
- Durante cuatro lunas se toma un día sí, dos días no.
- Shamán curando al enfermo con plantas.
- Curando con maraca.

Autores de los dibujos:

Maihorowë Eliseo Silva (a. d)

Matowë Tomas Borges (c)

Shamamafekosikrerorewë Samuelito Blanco (b)

Pedro Moruo (e)

Antonio Díaz (f. i)

Antonio Pérez (g)

Nina Yavinape (h)

Eliodoro Díaz Rodríguez (j)

Rosa Elena Díaz Rodríguez (k. l)

Referencias

ALÈS C. & J. CHIAPPINO

1981-82 "Approche de la maladie et de la thérapie chamanique chez les Yanomami (Venezuela)". *Cahiers de l'ORSTOM*, série Sciences humaines, vol. XVIII, 4: 531-542.

1985a "Medical Aid, Shamanism and Acculturation among the Yanomami of Venezuela". *ARC/HF/GIA/SL*. Document 53:73-90.

1985b "Chamanisme et médecine: rationalités divergentes ou complémentaires?". *Bulletin d'Ethnomédecine*, 34: 23-48.

ANDUZE P.

1974 *Los Dearura: Dueños de la selva*. Biblioteca de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales, vol XII. 143 pp.

AUGÉ M.

1988 *Le Dien objet*. Paris: Flammarion. 148 pp.

BARANDIARÁN D. de

1962 "Shamanismo yekuana o makiritare". *Antropológica*, n°11: 61-90.

1965 "Mundo espiritual y shamanismo Sanema". *Antropológica*, n°15: 1-28.

1979 *Introducción a la Cosmorisión de los Indios Ye'cuana-Makiritare*. UCAB. Caracas. 272 pp.

BARRETO D.

1992 "Hacia una utopía en la región amazónica. ¿Investigación-aprendizaje-acción en el campo de la salud?". *Enfoque integral de la salud en la Amazonia*. L. Yarzabal, C. Espinal & L. E. Aragón (eds.): 457-475. Caracas: Imprenta UCV.

BASTIDE R.

1970 "L'acculturation formelle". *Le Proche et le lointain*. Paris: Ed Cujas: 137-148.

1971 "Mémoire collective et sociologie du bricolage". *L'année sociologique*, III: 65-108.

BUCHILLET D. (ed.)

1991 *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP. 50+ pp.

BUTT COLSON A. & C. ARMELLADA

1977 "Oposiciones binarias y tratamiento de las enfermedades entre los Akawayo". *Revista Montalbán*. UCAB (6): 183-219.

1985 "El origen de la etiología de enfermedades y su tratamiento en la América Latina". *Revista Montalbán*. UCAB (16): 5-45.

CABILDO, TAITAS Y COMISIÓN DE TRABAJO DEL PUEBLO GAMBIANO

1994 *Diagnostico y Plan de vida del pueblo guambiano*. Cabildo del Pueblo Guambiano ed.. Ter. Guambiano-Silvia. Dto del Cauca. 241 pp.

CAICET

- 1987 *Informe del Seminario-taller: Aspectos Antropológicos y Sociológicos de la Atención Primaria en Salud en el Territorio Federal Amazonas: Evaluación, Diagnóstico y Recomendación*. Puerto Ayacucho, mecanografía, 7 pp.
- 1988 *Programa Experimental de Atención Primaria en Salud de la Población Piaroa del Territorio Federal Amazonas*. Puerto Ayacucho, mecanografía, 16 pp.

CHIAPPINO J.

- 1987 *Medicina tradicional y medicina occidental, un análisis del contraste*. Comunicación al Seminario "Aspectos Antropológicos y Sociológicos de la Atención Primaria en Salud en el Territorio Federal Amazonas", CAICET, Puerto Ayacucho, 29 pp.
- 1991 *Representaciones Yanomami de las enfermedades transmisibles y concepción shamánica de la salud*. Comunicación al Simposio "Antropología de la enfermedad ", ASOVAC, Maracaibo. 20 pp.
- 1992 "Participation caritative ou concertation: Alternatives à l'assistance médico-sanitaire prodiguée aux Yanomami du Venezuela", *Cahiers de l'ORSTOM, série Sciences Humaines*, 28 (1): 99-121.
- 1993 *Warime 89, Fête des masques dans une communauté Wajtuja*. Document audio visuel, ORSTOM-audio visuel: 23 min.
- 1995a "El coloso yanomami frente al 'nuevo' Eldorado. Representaciones del ser humano y del medio ambiente: un envite de la participación comunitaria al desarrollo regional", *Amazonas. Modernidad en Tradición*, A. Carrillo & M.A. Perera (eds.): 175-204. Caracas: GTZ/CAIAH-SADA AMAZONAS.
- 1995b "Corps matériel, pensée chamannique et modernité chez les Yanomami", *Techniques et Culture*, 25-26: 159-192.
- 1995c "La cura shamánica yanomami y su eficacia", por parecer en *Caminos Cruzados*, C. Alès & J. Chiappino eds, Caracas.

CHIAPPINO J. & C. ALÈS (eds.)

- 1996 *Palabras para promover la salud entre los Pueblos Amerindios de Venezuela*. Documentos PROCOMSIVA 1 a 7, 6 volúmenes (versión Chase-, Hiwi-, Kurripako-, Wothiha-, Yanomami-, Ye'kwana-Castellano), Caracas: PROCOMSIVA, 934 pp.

CHIAPPINO J. & MANSUTTI R. A

- 1989 *Introducción a la Antropología Médica del Territorio Federal Amazonas*. Ponencia al "Primer curso de Actualización sobre Enfermedades Transmisibles de la región amazónica", CAICET, Puerto Ayacucho, mecanografía, 20 pp.

CLARAC de BRICEÑO J.

- 1981 *Dioses en Exilio. Representaciones y prácticas simbólicas en la Cordillera de Mérida*. Caracas: Fundarte, Colección Rescate 2.

COLCHESTER M.

1982 "The Cosmvision of the Venezuelan Sanema", *Antropológica*, n°58: 97-174.

EGUILLOR GARCÍA M. I.

1984 *Shamanes y hekuras. Aspectos fenomenológicos del mundo sagrado Yanomami*. Vicariato Apostólico de Puerto Ayacucho, 242 pp.

ESTRELLA E. & A. CRESPO (eds)

1993 *Salud y Población Indígena de la Amazonia*. Vol I-II, Quito: Abya-Yala, 615 pp.

FIGUEROA A. L. & E. MAINBURG

1993 "Formação de indígenas como agentes comunitarios de saude no Alto Rio Negro", *Salud y Población Indígena de la Amazonia*, vol I, Estrella E. & A. Crespo (eds).. Quito: 243-259.

FOSTER G.

1953 "Relationships between Spanish and Spanish American folk medecine", *Journal of American Folklore*, 66: 201-217.

1994 *Hippocrates' Latin American Legacy: Humoral Medecine in the New World*. Gordon & Breach edt.. 242 pp.

HÉRITIER F.

1994 *Les deux Soeurs et leur mère*. Paris: Editions Odile Jacob.

MÁLACA H. MANZANILLA L. M.. TOBA DÁRRIBA M. D. (eds.)

1996 *Proyecto Municipios Hacia la Salud: La experiencia venezolana*. Caracas: OPS-OMS-MSAS. 172 pp.

MANSUTTI R. A.

1988 *Investigaciones socio-antropológicas, Proyecto APS-Piaroa*. Informe de avance, Puerto Ayacucho, mecanografía, 74 pp.

MSAS *Manual normativo para auxiliares de Medicina simplificada y otro personal voluntario del*

1991 *Ambulatorio Rural tipo I*. Caracas, 319 pp.

MSAS. DR del SNS, CAICET, Zona XIX de Malariología, Hospital J.G. Hernández, INN

1995 *Plan de gestión de salud para el Estado Amazonas*. Puerto-Ayacucho, 252 pp.

OCEI

1993 *Censo Indígena de 1992*. Vol I, Caracas: OCEI, Presidencia de la República.

OPS-OMS

1993 *Desarrollo y Fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Salud de los Pueblos Indígenas*. Washington, 21 pp.

OVERING J.

- 1988 "Lessons in Wizardry: Personal Autonomy and Domestication of the Self in Piaroa Society", *Acquiring Culture*. Johoda G., & Lewis I. (eds). London: Croom Helm.

OVERING J. & M.R. KAPLAN

- 1987 "Los Wóthuha (Piaroa)". *Los Aborígenes de Venezuela*, vol III. W. Coppins (ed): 307- 411. Caracas: Monte Avila eds.

RURAL ADVANCEMENT FOUNDATION INTERNATIONAL

- 1994 *Conservación de conocimientos autóctonos: Integración de dos sistemas de innovación*. PNUD. 41 pp.

SEIJAS H. & N. ARVELO JIMÉNEZ

- 1978 "Factores condicionantes de los niveles de salud en grupos indígenas venezolanos. Estudio preliminar", *Ensayos en homenaje a José M. Cruixent*: 253-271. Caracas: IVIC.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VICHADA

- 1988 *Investigación participativa en salud. Una experiencia con Promotores Sikuani*. ETNOLLANO. 40 pp.

TAYLOR K. J.

- 1976 "Body and spirit among the Sanuma (Yanoama) of North Brazil". *Medical Anthropology*; Grolling F. & H.B. Haley (eds); World Anthropology Series. Mouton. The Hague.

TORO LANDAETA J.

- 1992 *Informe sobre la situación malárica en el Estado Amazonas*. MSAS-DGRSMSAA. mecanografía. 5 pp.
1993 *Proyecto de Promotores Indígenas Sanitarios*. MSAS-DGRSMSA. Puerto Ayacucho. mecanografía, 26 pp.

UNICEF

- 1994 *Diagnóstico del niño amazónico*. Caracas. 242 pp.

VÁSQUEZ M.L. & M. MOSQUERA (eds.)

- 1994 *Diarrea y Enfermedades Respiratorias Agudas en Nicaragua. Un estudio de Intervención Educativa 1982-1992*. Universidad Centroamericana. Managua. 235 pp.

WILBERT W.

- 1994 "Bush- spirit encounters in Warao life and lore", *Antropológica*, n°77: 63-92.

YARZABAL L., C. ESPINAL & L. E. ARAGÓN (eds.)

- 1992 "Enfoque Integral de la Salud Humana en la Amazonía". UNAMAZ. Serie Cooperación Amazónica, Caracas: 457-475.

EL PEREGRINAR DE DOS PRÁCTICAS MEDICINALES

Medicina indígena y medicina occidental

*Guillermo Guevara Kukubi*¹

Una de las cosas que se puede resaltar como elemento fundamental para garantizar la vida es la salud o un sistema de salud adecuado y perteneciente a la región amazónica, sin dejar de reconocer otros elementos importantes como son: la educación, la alimentación, las comunicaciones, etc...

En el Estado Amazonas hay una evidente práctica de la medicina que es la de las culturas indígenas. Esta medicina tiene su aval en los conocimientos milenarios de los grupos indígenas en el manejo de la farmacopea, así como en el control de las fuerzas psicológicas y sobrenaturales realizado por los shamanes, los terapeutas más singulares de esas sociedades para conmover la interpretación de un médico occidental.

Los ayunos, baños, aplicaciones de hierbas, oraciones, invocaciones de espíritus, meditaciones, pasos magnéticos y sonidos sugestivos, como el de la maraca y de los cantos, han sido y son eficaces para curar muchas enfermedades. Logran las terapias shamánicas a curar enfermedades de la piel, del estómago, dolores musculares y reumáticos, la cicatrización de algunas heridas, la recuperación de algunas fracturas y la curación de muchos otros malestares.

Desde luego, esta medicina no ha cubierto otras áreas de tratamientos como son, por ejemplo, las infecciones agudas, prácticas de cirugía, propios de la medicina occidental. Estas técnicas están altamente practicadas por los médicos egresados de las universidades, las mismas son acompañadas por una sofisticada tecnología, así como de la utilización de la bioquímica.

En este contexto, subrayamos que la medicina indígena ha sido descalificada por los practicantes de la medicina occidental con la excepción de algunos. La razón principal es que no existen en las universidades para la formación médica las enseñanzas necesarias para entender la medicina indígena y descubrir como ambos tipos de técnicas pueden ser complementarios.

Por lo tanto no hay ahora en el sistema de salud del Estado Amazonas, formulación de mecanismos que propicien la complementariedad de ambas medicinas.

Resulta entonces un malentendimiento, la negación de toda la práctica indígena y la imposición de la medicina occidental, que desvalorizan las culturas, forma de pensar que no resuelve el problema de la salud en la región.

Esto nos permite decir, a grandes rasgos, que el sistema de salud debe prever, para la región, recursos humanos calificados para el contexto cultural, apoyados con una logística apropiada y recursos económicos adecuados. El garantizar el equipamiento a los centros donde se va a practicar las medicinas - la tradicional y la occidental - se hace eminentemente necesario. Es también urgente promover la participación activa de las comunidades.

¹ Profesor. Coordinador General de la Organización Regional de los Pueblos Indígenas de Amazonas.

La Amazonia Venezolana es efectivamente un área bastante extendida de unos 184.000 km². con una gran variedad cultural, cuyos componentes lo conforman los 19 pueblos indígenas con sus distintas costumbres. Las limitaciones de la biomedicina, así como las dificultades logísticas existentes en este medio no permiten cubrir la extensa área, lo que impone ingeniar alternativas válidas para afrontar esta realidad vivida por estas poblaciones aisladas.

En esta región la situación de la salud es muy deprimente, hay muchas parasitosis, diarreas, problemas de la piel, malaria, tuberculosis y otras enfermedades que diezman a nuestra población y hasta ahora las autoridades competentes no han podido responder a este desafío.

Ahora queremos resaltar una experiencia en nuestro estado que fue una de las pocas realizadas en este sentido, la que debe ser tomada en consideración por nosotros y por las autoridades competentes. Esa experiencia² ha tomado en cuenta los conocimientos y la eficacia de ambas medicinas. Enseñando a las poblaciones unos conocimientos, ha respetado la medicina indígena y ha buscado el respeto, no sólo a esa medicina y a la cultura sino, también, de las personas que practican la medicina y las que la reciben. Así es como supo propiciar en un sentido más humano la complementariedad de ambas medicinas: la medicina indígena y la medicina occidental.

Los tratamientos fueron traducidos en distintas lenguas donde se realizó la experiencia, facilitando la comprensión y la comunicación³. La búsqueda de una mejor y mayor capacitación de los promotores daría un mejor desempeño y un apoyo efectivo para los médicos, por un lado, y por otro los médicos tendrán necesariamente su actualización para practicar la medicina en la región. Además, los otros elementos de sanidad: mayor control en la limpieza, higiene, tratamiento del agua, fueron subrayados, lo que refuerza la eficacia y eficiencia de la salud.

La ORPIA, preocupada por la salud en general, y en particular por la de las comunidades indígenas, toma esta experiencia como muy importante y válida para la formulación de los programas de salud para los planes a corto, mediano y largo plazo. Por lo tanto, la misma asume con un sentido pragmático la promoción y difusión de esa experiencia que se ha generado en nuestro estado y, en la cual ha estado involucrada, como institución, activamente para su formulación, desarrollo y evaluación.

Esta experiencia puede trascender los límites de nuestro estado Amazonas, hacia otros estados venezolanos con características similares y, por demás transferirse a otros países amazónicos.

² El Programa PROCOMSIVA, financiado por la Comisión de la Unión Europea.

³ Ver *Palabras para promover la salud entre los Pueblos Amerindios de Venezuela*. Documentos PROCOMSIVA 1 a 7, 6 vol. (Chase-, Hiwi-, Kurripako-, Wothiha-, Yanomami-, Ye'kwana-Castellano), J. Chiappino y C. Alès (eds.), Caracas, 1996.

APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN SANITARIA DEL ESTADO AMAZONAS

Francisco Armada ¹

Características geográficas y poblacionales

Situado al sur de Venezuela, el Estado Amazonas abarca una extensa área cercana a una quinta parte del país con aproximadamente 180.000 km², o sea 19.4% del territorio nacional. Su topografía es básicamente plana a pesar de la presencia de algunas importantes sierras como las de Parima, Magualida y Tapirapeco. Posee una rica red hidrográfica, determinada por la cuenca del río Orinoco que nace en el sureste del estado y lo surca en dirección hacia el noreste y por la porción venezolana de la cuenca del río Amazonas. La cuenca del Orinoco a la que pertenecen sus mayores afluentes como el río Orinoquito, Ocamo, Mavaca, Ventuari, Atabapo y Cuao ocupa los 80% de la superficie del Estado. El resto corresponde a la cuenca del Amazonas con el río Guainia, y el Río Negro. El Brazo Casiquiare comunica ambas cuencas (Boadas, 1983). El ecosistema dominante es el de bosque húmedo tropical.

El Estado Amazonas limita al norte con el Estado Bolívar, al oeste con Colombia y al sureste con Brasil. Geológicamente es una derivación del Escudo o Macizo Guayanés. La mayoría de los suelos de esta región se agrupan dentro del orden de los oxisoles aunque se ha señalado la presencia de los de tipo ultisoles. En general los suelos del Amazonas se caracterizan por su marcada acidez, presencia de óxidos de Aluminio y Hierro, fertilidad natural reducida y baja capacidad de retención de humedad y materia orgánica (MARNR-ORSTOM, 1991).

La temperatura se encuentra estrechamente relacionada con la pluviosidad. Junio, Julio y Agosto corresponden a los meses más frescos mientras que de Enero a Marzo se presentan los valores térmicos más elevados. Sin embargo el grado de humedad es siempre alto.

El estado está dividido en cuatro Departamentos: Atures, Atabapo, Casiquiare y Río Negro. La capital política es Puerto Ayacucho.

En el censo realizado en 1992 se estableció su población en 89.539 habitantes con la más baja densidad del país y con la mayor diversidad étnica nacional. Existen en efecto 19 grupos amerindios, los cuales componen casi la mitad de la población estatal, con 44.512 habitantes, o sea 49,71% del total (OCEI, 1992). Una quinta parte sólo de los que están en edad de tener una cédula de identidad la posee. Entre los 8.071 hogares registrados, un cuarto habita una vivienda de tipo tradicional y más de la mitad recolecta el agua de río o de pozo para cocinar y beber. De las 528 comunidades censadas, 366 no poseen ningún título de tenencia de tierra y 377 no benefician de ningún servicio. En efecto

¹ Médico, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

unas solas 154 benefician de una escuela, 59 de un ambulatorio y 20 de un aparato de radiocomunicación. Además cada uno de estos grupos étnicos tiene una peculiar concepción de la salud y de la enfermedad así como de la vida y de la muerte.

Organización sanitaria del Estado Amazonas

La evolución de las políticas de salud y consecuente acción sanitaria en el Estado Amazonas resulta de la dinámica y permanente interacción que los lineamientos sanitarios, acontecer social y político nacional producen en la región.

Evolución de los servicios

Antes de la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, funcionaban en las capitales de las Entidades Federales y otras ciudades de importancia las llamadas Oficinas de Sanidad encargadas de la salud pública. Los hospitales dependían de los Gobiernos Estatales y Municipales o de compañías privadas.

Las sumas considerables que los Gobiernos de los Estados aportaban a las actividades de asistencia (15 a 20 % de su presupuesto) no lograban tener efecto sobre la salud, debido a la falta de coordinación entre las decisiones de esos Gobiernos y las del Nacional.

A la creación, en 1936, del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) se destacan unos principios de Política de Salud que influyen aún la situación del dispositivo sanitario en el Amazonas. El privilegio de las acciones sanitario-preventivas puras, con una tendencia a su desarrollo administrativo en un ambiente propio y claramente diferenciado de las áreas médico-curativas, dependía de la división de competencias que se estableció, en la época, entre la organización y financiamiento de estos servicios, atribuidos al Gobierno nacional, y la organización y financiamiento de los servicios médico-curativos, compartidos entre la sociedad civil y sus agrupaciones religiosas y filantrópicas. En efecto, la atención médico-curativa estaba concebida como benéfica para la gente sin medios económicos. El Estado practicaría esa beneficencia a través del aporte o ayuda a las instituciones filantrópicas, preferiblemente por intermedio de los Estados Federales o Municipios de manera a mantener alejado el servicio sanitario preventivo del médico-curativo.

Paulatinamente se modificó esta concepción, aumentando la concentración en las actividades curativas hasta establecer un modelo centrado en lo asistencial-curativo.

Sin embargo, desde los principios del MSAS, los funcionarios de la Conferencia Nacional de Médicos Jefes de las Unidades Sanitarias, la Comisión Planificadora de Instituciones Médico-Asistenciales y el Consejo Técnico del Ministerio se pronuncian acerca de la necesidad de la descentralización, de una mayor coordinación entre las diferentes instituciones asistenciales y de la constitución de un ente normativo. En 1952, la Comisión de Estudio de la Organización del MSAS recomienda por su parte “el estímulo de la participación de las comunidades en el desarrollo de las actividades sanitarias locales.”

Además, la acción sanitaria oficial del Amazonas siempre mantuvo una estrecha vinculación con la denominada “Acción indigenista”.

El convenio firmado en 1937 entre la Pía Sociedad Salesiana y el Gobierno Federal de Amazonas asignaba a la primera, a consecuencia de la Ley de Misiones (1915) y su reglamento (1921) tanto la responsabilidad de la acción misionera en el Territorio como una participación en la educación y atención para la salud en los lugares donde faltaba toda presencia oficial.

La creación, en Noviembre de 1947, de La Comisión Indigenista, adscrita al Ministerio de Justicia creada, luego llamada Oficina Ministerial de Asuntos Fronterizos y para Indígenas, adscrita al Ministerio de Educación y hoy en día transformada en Dirección de Asuntos Indígenas otorga a esta institución, mediante las funciones que le pertenecen, un papel en el desarrollo y ejecución de las labores de los organismos y entidades venezolanas que intervienen en los programas de acción social a favor de la población indígena.

Por fin, la Constitución de los Estados Unidos de Venezuela (1947) le asigna al Gobierno federal la responsabilidad de la coordinación, dirección técnica y normativa de los servicios destinados a la defensa de la salud pública. Señala además la posibilidad de nacionalizar esos servicios públicos. Concede a las Municipalidades la posibilidad de organizar servicios asistenciales bajo la coordinación de las normativas nacionales.

A través de esa multitud de instituciones comprometidas con el sector salud se plantea la dificultad de coordinación encontrada por el MSAS.

Estructura de los organismos de atención médica

La estructura establecida para el nivel local a partir de 1936 comprendía las siguientes entidades en el Amazonas:

Las Unidades Sanitarias

De funciones básicamente preventivas y educativas, estas unidades, ubicadas en los centros poblados de mayor importancia, constituían una especie de departamentos de salud urbanos. Aunque fueron creadas en ciudades donde existían también hospitales, administrados por el Estado, Municipio o Ministerio, no dependía directamente de ellas y tampoco de los hospitales, sino que se basaban en el entendimiento personal. El fomento a la participación de las comunidades estaba apenas considerado por las Unidades sanitarias.

El financiamiento de estas Unidades se encontraba básicamente a cargo del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Los aportes de los Gobiernos regionales no obedecían a ningún lineamiento del Ministerio. Estaban destinados en la mayoría de los casos a la distribución de la leche para la población, y dependían sobre todo de las diligencias realizadas por los directores de las Unidades ante los Gobiernos de los Estados. Así es como los cambios de los funcionarios de los Gobiernos estatales y municipales o de los directores de las Unidades sanitarias desencadenaban alteraciones en los aportes, incluso su suspensión.

Estas Unidades sanitarias fueron establecidas en 1938 como organización sanitaria local, y la División de Unidades sanitarias se creó conjuntamente como ente administrativo y enlace entre las dependencias centrales y estas Unidades.

En 1956, la Unidad Sanitaria correspondiente a Puerto Ayacucho se convirtió en Centro de Salud (ver infra).

Las Medicaturas rurales

Destinadas principalmente a prestar asistencia médica curativa a la población rural, con un mínimo de acciones preventivas estas medicaturas estaban administradas tanto por el Ministerio como por los Gobiernos de las Entidades federales.

Creadas en 1936 para asegurar la presencia de médicos en comunidades pequeñas eran supervisadas por la Dirección de Sanidad Rural y Suburbana, encargada del control de los médicos viajeros y residentes. Contaron desde su principio con 77 profesionales en el país, número que fue creciendo paulatinamente hasta que la falta de médicos impidió que continuara su ascenso. La demanda de médicos fue aumentando progresivamente con participación de médicos extranjeros. En efecto, frente a la falta de médicos venezolanos se fomentó el reclutamiento de médicos rurales extranjeros quienes debían cumplir con un curso de aproximadamente 2 meses de duración en relación con la patología nacional y el funcionamiento del MSAS

El personal mínimo de cada medicatura estaba representado por un médico rural, una enfermera auxiliar y un empleado doméstico, con una gran variabilidad de un servicio a otro.

El funcionamiento de las medicaturas se basaba en convenios a través de los cuales el MSAS aportaba la mitad del sueldo de los médicos, equipo inicial, productos biológicos, medicamentos antipalúdicos, antivenéreos y algún material de cura. Por otro lado, las Gobernaciones contribuían a través de Direcciones estatales de Asistencia Social con la otra mitad del sueldo del médico, el pago del personal auxiliar, la construcción o alquiler del local y el aporte de la mayoría de las medicinas.

La dualidad administrativa y técnica compartida entre el MSAS y las Direcciones de Asistencia Social de los Estados representó un serio obstáculo a la integración y uniformización de la asistencia rural.

En 1948 fueron creados para las poblaciones ribereñas de los ríos Orinoco y Apure, los servicios de las Unidades Flotantes “Dr. J. Agosto Méndez”, “Dr. Arnoldo Gabaldón” y “Dr. Pedro Felipe Arreaza Calatrava”. La destinada al río Apure fue suprimida en 1954 (Archilla, 1956).

Mientras las Unidades sanitarias se desarrollaron como organismo del Gobierno Nacional, las Medicaturas lo hicieron como estatales aunque el MSAS, a través de aportes para su sostenimiento, conservó su participación en la orientación y dirección técnica.

En 1961 no se había modificado aún el número de medicaturas descritas diez años antes. Cada una seguía contando con un único médico, todos ellos extranjeros sin reválida. Las mismas se encontraban para el Amazonas en Maroa, San Carlos de Río Negro y San Fernando de Atabapo. (Obregón y col., 1961).

Centros de Salud

Eran unidades creadas en 1950 para prestar servicios médico-curativos y preventivos. Representaban la fusión de las actividades curativas y preventivas en una sola institución, bajo una sola dirección y en un mismo local. Se diseñaron para comunidades de mediana importancia demográfica

donde no resultaba económico el sostenimiento separado de pequeños hospitales y unidades sanitarias. A partir de Julio de 1956 el Hospital de Puerto Ayacucho se une a la Unidad Sanitaria local y pasa a constituir el Centro de salud.

Sostenidos casi completamente con los aportes del Ministerio de Sanidad se pretendía que irradiaran sus labores preventivas hacia las medicaturas rurales vecinas.

Los Hospitales generales y especiales

La asistencia hospitalaria, mucho más antigua que la ambulatoria, se incorporó al MSAS sólo en la década de los 50 con la construcción de hospitales por el Ministerio y el traspaso de algunos de los estatales para que estén directamente administrados por el MSAS. En 1950 suman 16 los hospitales traspasados al MSAS, entre ellos el de Puerto Ayacucho.

En 1951 se funda el Instituto de Hospitales encargado de planificar estas instituciones médico-asistenciales.

La nacionalización de los hospitales fue un proceso que no sólo fortaleció el MSAS quien recibió un apreciable número de institutos hasta entonces a cargo de las administraciones regionales, sino también normalizó el funcionamiento de estas instituciones. Desde su creación al Instituto de Hospitales se le fueron agregando centros para su administración.

Las Oficinas locales de Campañas especializadas

Estaban ubicadas en las zonas donde existían las grandes endémias. Tenían una jurisdicción regional diversa. Pretendían controlar las endemias mayores de las regiones (malaria, anquilostomiasis, lepra, etc...).

La División de Fiebre amarilla instaló en 1937 una oficina en el Distrito de Atures (Puerto Ayacucho).

En 1954, se creó la zona XIX de Malariología abarcando todo el Territorio Federal Amazonas, con base en la Estación de Puerto Ayacucho. Estaba encargada de realizar y registrar censos sobre la malaria, tipos de Plasmodium, regiones endémicas, resistencia a drogas y organizar campañas de erradicación de la enfermedad.

La División de Epidemiología

Fue creada para ocuparse, desde el nivel central, de atender las campañas de inmunizaciones y situaciones epidémicas con personal propio. Encargada de recoger la información epidemiológica en relación a enfermedades transmisibles, clasifica la proveniente de las Medicaturas rurales como procedente de Área de Notificación No-organizada, a diferencia de la proveniente de las Unidades Sanitarias, clasificada como procedente de Área de Notificación organizada.

En general los servicios existentes en el Amazonas durante las primeras décadas siguientes a la creación del Ministerio de Sanidad proporcionaban una escasa asistencia a una población mucho más dispersa que la reagrupada en los alrededores de las pocas aglomeraciones urbanas consideradas por los centros asistenciales descritos. La debilidad de los organismos locales para la educación sanitaria y la elaboración de los planes y programas regionales impuestos por la autoridad central que consti-

tuía el MSAS así como la falta de coordinación entre los servicios acentuaba la falta de participación de las comunidades en la aproximación a la salud.

La intención manifestada desde 1945 de crear Regiones sanitarias como organismos nuevos capaces de planificar y adaptar los programas a las particularidades locales se limitó a unos pocos Estados y por fin al único Estado Aragua. Es así como Amazonas perdió la oportunidad de promover la indispensable coordinación de las labores nacionales, estatales, municipales y privadas que le habría permitido organizar la descentralización administrativa y presupuestaria a consecuencia de la firma de convenios que esta situación propiciaba entre el MSAS y las Gobernaciones.

Estructura actual de los servicios y recursos

La obligación de responder a la demanda de una población creciente y la necesidad de asegurar la salud de las comunidades rurales a cargo para la mayoría de agrupaciones religiosas fueron al origen de la creación, desde los años 60, de una red ambulatoria más compleja que las únicas Unidades sanitarias ya descritas. Comprende, hoy en día y bajo la responsabilidad de la Dirección Regional Sectorial de Salud (MSAS), diferentes entidades de atención médico-sanitaria funcionando en estrecha relación entre ellas y con el hospital.

El Hospital de Puerto Ayacucho (Centro de salud) dispone de 80 camas presupuestadas y capacidad arquitectónica de 90, servicio de medicina general, medicina interna, pediatría, obstetricia, cirugía. Cuenta con servicios de especialidades como traumatología, gastroenterología, neumología, dermatología, oftalmología, psiquiatría, laboratorio, radiología, ecsonografía y servicios generales de apoyo.

La red ambulatoria se compone de 5 Ambulatorios rurales tipo I (Módulos) situados en Puerto Ayacucho. Cada uno ofrece asistencia médica preventiva y curativa. Muchos de ellos proporcionan servicio odontológico permanente. No cuentan con exámenes paraclínicos de apoyo diagnóstico. Además esta red se compone de 11 Ambulatorios de tipo II (Medicaturas rurales), distribuidos en el interior del Estado. Cada uno cuenta con un médico rural y personal paramédico. Los exámenes paraclínicos disponibles son escasos. El ambulatorio de San Fernando de Atabapo se encuentra en reestructuración para su conversión en centro asistencial que cuente con capacidad de hospitalización y visita a las áreas de influencia. El Ambulatorio fluvial “José Ignacio Baldo” recorre la región comprendida entre San Fernando de Atabapo y Ratón, cumpliendo funciones similares a la del resto de los ambulatorios urbanos. Existen por fin 58 ambulatorios rurales de tipo I (Dispensarios) de los cuales se encarga un auxiliar de Medicina simplificada, trabajador usualmente escogido por la comunidad y preparado durante un año en el programa de Asistencia primaria en salud (Medicina simplificada). Realizan no sólo labores preventivas sino también de promoción de salud.

Se encuentran también otros servicios gubernamentales del sector oficial que proporcionan asistencia como los dirigidos por el Instituto de Seguridad Social (IVSS) o afiliados a él como el Instituto de Previsión Social del Maestro (IPASME), los servicios médicos de la Gobernación, Alcaldía y entidades del Gobierno Nacional. Las Fuerzas Armadas tienen algunos servicios médicos aislados y un pequeño centro asistencial en el Comando de la Marina de Puerto Ayacucho. Esporádicamente realizan operativos de asistencia militar y civil.

Tenemos que añadir los servicios prodigados por las instituciones privadas y benéficas.

*Cuadro 1 : Evolución de los recursos de servicios y personal del Amazonas
(MSAS, Anuarios de Epidemiología Estadística Vital, 1969-93)*

	1969	1970	1975	1980	1985	1990	1993
Ambulatorio urbano I					4	3	5
Ambulatorio urbano II				2	1		
Ambulatorio urbano III							
Ambulatorio rural I				40	49	51	51
Ambulatorio rural II	3	4	3	5	6	9	10
Comedores				18	19		50
Hospital	1	1	1	1	1	1	1
Camas	50	50	65	80	80	80	80
Personal							
Médicos	16	17	28	44	71		231
Enfermeros graduados	8	8	21	20	25		52
Auxiliares de enfermería	18	50	60	110	162		362
Odontólogo	2	2	4	2	7		23
Farmacéuticos							
Veterinarios SAS							
Inspectores sanitarios	1	4	11	16	10	11	13
Inspectores de alimentos		1	1	3	1	1	1
Nutricionista					1	2	12
Auxiliar de dietética				2	2	3	4

Los religiosos participan en diversas actividades en el sector salud, especialmente en el interior del Estado. Incluso ejecutan algunos programas oficiales conjuntos así como con algunas organizaciones no gubernamentales. La experiencia más resaltante corresponde al Ambulatorio Fluvial del Orinoco Medio (CESAP-MSAS).

La Asociación civil de las Damas Salesianas mantiene en todo el país centros donde se presta asistencia médico-curativa a precios de gran accesibilidad a la población. En Puerto Ayacucho han prestado diversos servicios clínicos y de apoyo desde hace varios años. En el último quinquenio construyeron un centro asistencial, el Ambulatorio "Sor Carmen Vargas", en una amplia infraestructura, gracias al financiamiento de los Gobiernos nacionales y regionales. En intentos por incorporarlo plenamente a la red ambulatoria urbana, la Dirección Regional de Salud les aportó recursos materiales y humanos. No se ha logrado una incorporación plena al resto de la red por diferencias de concepción de política sanitaria.

Existen algunos servicios médicos privados dispersos y de poca capacidad resolutive. Participan muy poco en la solución de la problemática de la salud pública. No constituyen una red asistencial con el resto de los servicios regionales y el control ejercitado sobre los mismos por las autoridades sanitarias es escaso. El personal que labora en ellos es generalmente el mismo que el empleado por los servicios públicos.

Diversos programas preventivos se desarrollan directamente a través de los centros médico-asistenciales al nivel regional. Son labores dirigidas a patologías importantes para la salud, orientadas hacia el control de la incidencia de enfermedades prevenibles y para evitar sus secuelas. Las labores de inmunizaciones, los programas de Apoyo Alimentario (PAM), clínicas preventivas, programa Materno-infantil y otros corresponden directamente a la Dirección Regional de Salud o a otros institutos dependientes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social como el Instituto de Nutrición y la Fundación Pami a través de sus representaciones regionales.

Existe una sección del MSAS dedicada a la lucha contra las enfermedades endémicas y alteraciones ambientales, es la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental. Dispone de una amplia red de trabajadores que mantienen la vigilancia epidemiológica de la malaria a través de la búsqueda y diagnóstico de casos. Ejercen además su combate con medidas dirigidas al parásito mediante el tratamiento de los casos y al vector alterando su desarrollo como imago o adulto. Además propician el saneamiento ambiental con la construcción de medios para facilitar a las poblaciones rurales el suministro de agua potable, la adecuada disposición de excretas y una vivienda sana.

Las peculiaridades del Estado determinan una importante demanda de investigación biomédica dirigida a establecer los aspectos más importantes del control de endémicas en la zona. Esta función le compete coordinarla al Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales “Simón Bolívar” (CAICET) pues estos programas de investigación proporcionados por el Ministerio de la Familia, Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales Renovables, Servicio Autónomo para el Desarrollo del Amazonas (SADA-Amazonas) o el Instituto Nacional de Nutrición, mediante convenios firmados entre estos organismos y Universidades o Institutos nacionales o internacionales para promover proyectos en diversas áreas de investigación-acción en el sector salud. El CAICET implementa también, además de sus propias investigaciones epidemiológicas de campo, atención local de pacientes. La Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela proporciona por su parte, a través del proyecto Amazonas y del personal de salud vinculado con él (docentes y pasantes), varios trabajos en las áreas de nutrición, medicina y odontología.

Análisis crítica de la estructura

De hecho la asistencia oficial del Estado Amazonas se reduce a Puerto Ayacucho con un centro asistencial de atención meramente curativa. Además este centro presenta diversas fallas técnico-administrativas de funcionamiento y graves deficiencias de infraestructuras. Las responsabilidades del sector salud del interior del Estado dependen más bien de las diligencias que los médicos rurales o responsables de zonas realizan ante la Dirección Regional de Salud.

Lejos de propiciar un mejoramiento de la situación sanitaria del Estado los esfuerzos cumplidos tanto a nivel de la extensión de la cobertura sanitaria (ver mapa de la repartición de la red ambulatoria en Toro en este volumen) como del control de las endemias y de la participación comunitaria propiciada por los auxiliares sanitarios, se encuentran obstaculizados por la debilidad de los organis-

mos locales para la educación sanitaria así como para la elaboración de los planes y programas regionales impuestos por la autoridad central.

Los servicios médico-asistenciales, a medida que se fueron organizando, quedaron en efecto, sujetos a la dependencia del MSAS, reflejo del carácter centralista imperante en la estructura política y económica del país.

Las políticas partidistas y clientelares ejercitadas con mucha frecuencia por autoridades y gremios del sector salud se caracterizan por el desconocimiento de la problemática sanitaria de la región. No logran propiciar el interés del personal para el bien colectivo ni tampoco la participación de las comunidades.

Los programas sanitarios se orientan hacia un modelo hospitalario-curativo occidental, así como lo señala J. Toro L. (1993) a propósito de la política sanitaria para los Pueblos Indígenas en Amazonas, demostrando un desconocimiento de las características étnicas de la población amaznense en el diseño y estrategias, evaluaciones de planes y prestación de servicio, una concentración en la medicina curativa, obligación al traslado de enfermos en busca del servicio, abuso de investigación biomédica incapaz de generar beneficios reales a la población del sector, centralización de los recursos humanos y decisiones en Puerto Ayacucho.

Desvalorizando así el papel que podrían cumplir los ambulatorios rurales tipo I muchos de ellos se encuentran en un estado de desabastecimiento de remedios y su personal se encuentra en un abandono muy perjudicial para el papel de educación que debe cumplir.

Además, el desprecio de los valores tradicionales y de las prácticas de la medicina indígena, manifestado por la mayoría del cuerpo médico deja la población en una parálisis muy negativa frente a los problemas de salud que sólo se pueden controlar con la participación de las comunidades (H. Seijas, N. Arvello-Jiménez, 1978).

Refiriéndose, por fin, a los recursos financieros se señala que han sido desviados hacia intereses distintos al bienestar de la salud colectiva (L. Bello, 1993).

Frente a esta situación se diseñó un nuevo estilo de relación entre la sociedad civil y los organismos médico-asistenciales cuya columna vertebral se plantea a través de la participación comunitaria. Iniciada en los años 1980 y fortalecida con el 1° Congreso sobre los "Aspectos Antropológicos y Sociológicos de la Atención Primaria en Salud en el Territorio Amazonas: Evaluación, Diagnóstico y Recomendaciones", organizado por el CAICET y realizado con participación de la UCV y de investigadores internacionales (ver por ejemplo, J. Chiappino, 1986) esta nueva concepción de la asistencia se concretizó en el marco de un Programa aplicado a las comunidades wotliha (programa APS-Piaroa, ver A. Mansutti 1988) cuyo desarrollo desencadenó acciones de formación como el "1° Curso de Actualización sobre las Enfermedades Transmisibles en la Región Amazónica" (J. Chiappino & A. Mansutti R., 1989).

Después de las dificultades que obstaculizaron este proyecto a consecuencia del giro en las políticas de investigación y de salud pública en la región (Chiappino J., 1992; Rodríguez Ochoa G., 1992) se le reconoce a esta concepción, por un tiempo desacreditada a nivel oficial y dejada a cargo de programas realizados por investigadores aislados o vinculados con ONG, religiosas o civiles, un valor digno del interés oficial.

El efecto reducido sobre la salud del Estado del modelo curativista y racionalista de tipo occidental, la imposición centralista de los organismos involucrados en programas de vivienda (C. Arismendi, 1992), el desconocimiento de los problemas éticos vinculados con los profesionales del

sector salud (J. Toro, 1992; ORPIA, 1994), la invasión del territorio por los garimpeiros y el creciente problema de la tenencia de tierra para las comunidades en pleno desarrollo demográfico, explican la fuerte voluntad compartida tanto por la población como dirigentes más conscientes de la situación de revisar la política sanitaria así como la estructura de los servicios que le debe corresponder.

Resultado de un desconocimiento de las reales necesidades asistenciales de la región y de la poca coordinación en cuanto a lo que se podría esperar de la participación de las comunidades, la situación epidemiológica explica la atención manifestada al programa PROCOMSIVA.

Situación sanitaria del Estado Amazonas

Indicadores básicos de salud

Un componente fundamental para el diagnóstico sanitario regional es la información epidemiológica. La mayoría de la información disponible proviene de la generada o procesada por el Sistema Regional de Salud.

Calidad de la información epidemiológica

Se registra esta información a partir, por ejemplo, de los certificados de defunción elaborados por el personal médico quien señala la causa probable si disponen de base para ello o por la autoridad civil de la localidad. Se carece de servicio anatomo-patológico capaz de corroborar diagnósticos con mayor precisión.

Existen a todo nivel deficiencias en la calidad de la información disponible dadas por fallas propias de los servicios médicos que conllevan a diagnósticos poco precisos.

La baja capacidad resolutoria de muchos servicios por déficit de formación y falta de equipos e incapacidad para diagnósticos paraclínicos o de certeza explican estas deficiencias.

Esta situación se evidencia con la existencia de altos porcentajes de “síntomas y signos mal definidos” tales como fiebre, cefaleas y dolor abdominal que probablemente obedecen a patologías específicas no diagnosticadas.

El sistema de Registro de la información epidemiológica empleado actualmente corresponde a la modalidad nacional sin ninguna modificación. No incluye por lo tanto variables de grandísima importancia para la zona, tales como la étnia. Incluso la división geográfica en uso corresponde a la antigua división política del Estado que no se encuentra acorde a la realidad epidemiológica. Se cumple con un registro paralelo donde se consideran los actuales distritos sanitarios. No se encuentra actualizado salvo tímidos intentos de la Dirección de Endemias rurales en la recopilación de los datos de malaria.

Los frecuentes conflictos gremiales así como las dificultades de acceso y comunicación dificultan la elaboración de registros actualizados. La falta de definición de criterios e intercambio frecuente de personal altera los criterios de clasificación de patologías.

La información demográfica disponible es de deficiente acceso. Se realizaron dos censos: uno de la población criolla y otro de la población indígena. En general no coinciden con los efectuados por los centros asistenciales.

El Sistema oficial de información se basa además en indicadores clásicos de enfermedad: mortalidad y morbilidad en base a causas de enfermedad. No se emplean habitualmente variables de otro índole como las necesidades básicas insatisfechas.

Por otra parte la información epidemiológica analizada corresponde a la recolectada en la red ambulatoria del Estado, donde se emplea un formato preelaborado para registrar las causas de consulta. A pesar de ser obligatorio sólo pocos servicios no dependientes del MSAS proporcionan la información por ellos recolectada.

Dentro de la estructura del propio Ministerio de Sanidad existen sistemas paralelos de información epidemiológica, dependientes de programas con cierto carácter vertical como el Programa de Vigilancia Materno-Infantil, Enfermedades de Transmisión Sexual, Pesquisa del Cáncer del cuello uterino, Salud mental, Zoonosis y todo lo referente al control de las Endemias Rurales (malaria y parasitosis intestinales). Cada uno lleva registros propios, muchos se recolectan directamente a nivel de cada centro asistencial en formatos propios dificultando la concentración de los datos.

Especialmente desarrollada se encuentra la Vigilancia Epidemiológica de la malaria tomando en cuenta numerosos indicadores parasitológicos, entomológicos y analizando el rendimiento de las labores antimaláricas. El registro a cargo de este servicio se basa en un sistema de búsqueda de casos y confirmación a través de exámenes parasitológicos positivos. No coinciden con los casos registrados en los servicios de salud que usualmente presentan un registro mucho más bajo.

Esa multiplicación de la información dificulta su recolección y análisis. En varias ocasiones los datos son contradictorios o no coinciden. La mortalidad o la morbilidad se analizan por la información recolectada por los médicos. En su mayoría quienes recolectan esta información son médicos generalistas recién graduados que se desempeñan como médicos rurales. El análisis de los certificados de defunción y de los formatos, información inicial de estos registros, denota graves fallas de calidad en la identificación en la causa de la muerte o de la enfermedad, situación que trastorna la calidad de los registros (mortalidad y morbilidad no registrada).

Mortalidad y natalidad

Mortalidad general (por Mil habitantes, J. Toro 1993)

<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>
4.14	5.3	5.28	5.28	5.25

Mortalidad infantil (por Mil habitantes, J. Toro 1993)

<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>
50.10	54.80	32.60	33.20

Natalidad (por Mil habitantes , J. Toro 1993)

<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>
30,1	31	30,7	40

Tasa de mortalidad por grupo de edad

	<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>
- 28 días	221,52	150	165,18	300	160,49
1 a 11 m.	29,14	38,31	17,21	16,81	37,84
- 1 año	41,43	47,57	29,38	40,2	48,01
1 a 4 años	3,77	3,5	3,59	1,84	4,14
5 a 9 años	0,6	0,75	0,44	0,44	0,72
10 a 14 a.	0,27	0,53	0,96	0,26	0,6
15 a 24 a.	0,75	0,8	0,96	0,84	1,36
25 a 34 a.	1,45	1,5	1,39	1,97	1,34
35 a 44 a.	1,26	2,32	1,78	1,16	3,39
45 a 64 a.	5,12	3,83	5,21	5,3	25,53
65 a 74 a.	12,03	20,85	7,45	22,24	25,53
75 a. y más	38,05	44,05	2,55	57,53	43,59

Tasa de mortalidad de acuerdo al sexo

	<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>
<i>masc.</i>	2,95	3,66	3,18	3,31	4,3
<i>fem.</i>	2,75	2,75	2,55	2,58	3,52

La existencia de un único hospital en el Estado que extiende su influencia a otras regiones (Dtto. Cedenó, Edo. Bolívar, Dtto. Paéz, Edo. Apure y franja fronteriza colombiana) determina que se refieran pacientes provenientes de otras regiones, alterando la cifras de mortalidad. Por otra parte la baja capacidad resolutive del hospital obliga a la referencia de muchos pacientes fuera de Pto. Ayacucho, algunos de ellos fallecen especialmente por nosologías agudas y no son registrados a nivel estatal.

Los accidentes conservan un lugar importante. Existe una preponderancia de los accidentes de tránsito a pesar de la limitada red de carreteras del Estado.

La mortalidad en menores de 5 años contribuye de manera importante a la general con patologías como diarreas, sepsis y prematuridad.

Primeras causas de muerte en la población en general
(Dirección de Vigilancia Epidemiológica del MSAS)

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Total varones	167	143	133	169	149	157	
Total hembras	96	95	114	116	109	112	
TOTAL	263	238	247	285	258	269	
Amibiasis	1	4	3	4	2	3	
Enteritis y otras enf. diarreicas		12	23	47	39	19	
Inf. intestinal mal definidas	17						
Tuberculosis	6	4	4	4	2	6	6
Tos ferina				1			1
Tetanos	1	1	1				1
Sarampion	2			1			1
Hepatitis	1	5	1		2	2	1
Paludismo varones	1	3	3	1	7		3
Paludismo hembras	2	1	4	3	6	1	6
Cancer	14	19	13	19	28	18	20
Deficiencia nutricional	9	3	7	11	7	10	16
Enf. del corazón	13	16	6	22	22	33	34
Neumonias	15	11	8	22	15	20	17
Cirrosis hepat.	3	6	3	4	5	2	6
Causas obstetricas		2		2	3	1	5
Af. perinatales	25	21	26	16	28	29	21
Signos.sint.,edos.morb.mal def.	71	63	65	38	6		5
Con asistencia médica			1	4	4		4
Sin asistencia médica	71	63	64	34	2		1
Con firma médica	65	53	53	34			
Sin firma médica	8	10	11		2		1
Accidentes	27	16	20	26	18	30	34
Accidentes de tráfico	2	2	5	4	4	10	12

Mortalidad en los niños menores de 5 años

La tasa de mortalidad infantil ha disminuído levemente en los últimos años pero sigue siendo más alta que la nacional. En 1993 se estableció en 33 por mil (Dirección Regional de Salud del Estado), aunque según el reporte nacional es de 21, 98 por mil, por debajo de la nacional establecida ese año en 25, 02 por mil.

Primeras causas de mortalidad infantil

	<i>1987</i>	<i>1988</i>	<i>1989</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>
Total varones	43	56	43	38	45
Total hembras	36	36	37	35	44
TOTAL	79	92	80	73	89
Infec. intestinales	14	40	20	13	27
Amibiasis enteritis y otras enf. diarreicas	1	2	1	2	4
Infec. intestinal mal definida	13	38	19	11	27
Tuberculosis					0
Tos ferina		1			1
Tetano	1				
Sepsis	5	2	2	3	3
Sarampión		1			
Hepatitis					
Paludismo varones	2		1		1
Paludismo hembras					2
Tripanosomiasis			1		
Cancer					
Diabete					
Deficiencia nutricional	3	4	4	7	8
Meningitis		2		2	2
Anemias				1	
Enf. del aparato circulatorio			1		1
Enf. del corazon					
Neumonia	3	4	8	7	5
Bronquitis crónicas, no esp., enfisema, asma			1	1	
Cirrosis hepática					
Nefritis		1			
Causas obstetricas					
Anomalias congenitales	4	5	4	4	6
Afec. de origen perinatal	26	16	28	29	21
Trauma del parto	2		1		
Signos, sint., y edos. morbosos mal def.	18	13	4		1
Accidentes accidentes de tráfico	3	1	3	3	5

Al respecto de la mortalidad infantil durante el año 1993 las primeras causas registradas corresponden a diarreas (31), prematuridad (14), neumonías (13), sepsis (10) paludismo (6) desnutrición grave (5), hipoxia perinatal (3), otras causas (17), por un total de 89 difunciones.

Variaciones mensuales de la mortalidad infantil

Al analizar la ocurrencia mensual de la mortalidad infantil durante 15 años se evidencia la presencia de importantes aumentos durante el periodo comprendido entre mayo y agosto, en un comportamiento que no coincide plenamente con el nacional. Esta variación luce estacional en relación con el patrón de la presentación de las diarreas estrechamente unidas al patrón climático, esos periodos corresponden con la estación lluviosa en la entidad federal.

Mortalidad materna

La mortalidad materna no se determinó con precisión de manera científica durante el año 93.

La evolución de la tasa por 100.000 nacidos se evalúa así:

	<i>1990</i>		<i>1991</i>		<i>1992</i>		<i>1993</i>	
	nº	tasa	nº	tasa	nº	tasa	nº	tasa
Amazonas	2	103,4	3	110.2	1	55,1	6	306.4
Venezuela	338	58.5	315	52.3	299	53,4	33	63

Morbilidad por causas de consulta

Existe un predominio acentuado de patologías infecto-contagiosas en evidente relación con las deficiencias del saneamiento ambiental y la educación sanitaria.

La primera causa de consulta corresponde a las helmintiasis intestinales, seguidas de diarreas, ambas presentan tasas muy por encima de las nacionales.

Las infecciones respiratorias altas aportan un importante porcentaje a la casuística en el Estado con otitis media (7 causa de consulta), faringoamigdalitis (9), rinofaringitis aguda (21) y bronquitis (24). Se evidencia el impacto de estas patologías en la población, en posible relación con factores estacionales; la alta tasa de otitis posiblemente se relaciona con los frecuentes baños de inmersión en los ríos de la mayoría de la población.

Las caries dentales ocupan un lugar destacado a pesar del importante subregistro. La información se saca de los reportes del Departamento Regional de Odontología así como de los informes de los pasantes de Odontología y Medicina de la UCV.

La anemia de origen diverso es usualmente producto de otras patologías no menos destacadas (helmintiasis, desnutrición, paludismo, etc...)

Las enfermedades de la piel representadas por las piodermitis y dermatitis son también una importante causa de consulta. Es importante considerar el posible impacto del cambio cultural a través de la imposición del vestir occidental sin las condiciones y hábitos para su limpieza.

La malaria representa sólo el impacto de esas consultas en 3. El registro confirmatorio de los casos realizado en el Servicio de Endemias Rurales corresponde a un número mucho mayor.

Virosis (5), fiebre (5), dolor abdominal (12) reflejan lo inespecífico del diagnóstico en un importante número de consultas, producto de la baja capacidad resolutive de algunas patologías presentes en la región pero no diagnosticadas. Las zoonosis (leptospirosis, brucelosis, etc...) podría ser un ejemplo de ello pues son compatibles con esa sintomatología y existe una serie de condiciones favorables para su transmisión.

Causas de consultas del Estado Amazonas
(Dirección de Vigilancia Epidemiológica, 1989-1993)

	1989		1990	1991		1992		1993		1994	
	casos	tasas	casos	casos	tasas	casos	tasas	casos	tasas	casos	tasas
Fiebre				1508	2470.1					7022	7220.3
Diarreas				4503	7375.9			4281	6706	4925	5274.5
en <1 año			1495	1609	951.5	1311	50038.2	1535	66972.1	1646	70613.5
1-4 años			1341	1849	18517.8	1220	13297	1614	16800.3	1943	20051.6
5 años y +			1020	1045	2112.5			1132	2179.5	1336	1753.4
Paludismo	2896	3702.99	4964	4821	7896.8			3122	4890.5	4435	4749.7
Virosis			2118	3117	5164.4			3827	5994.9	4159	4454.1
Helmintiasis	4494	5746.29	4417	7316	11983.6			4923	7711.7	4076	4365.2
Cefales			1836	2130	3488.9			2191	3432.1	3187	3413.2
Heridas			2048	2041	3343.2			2033	3184.6	2110	2259.7
Faringoamigdalitis				1746	2860			1853	2902.7	2081	2258.7
<5 años				476	4076.7			740	6219	978	5693.3
>5 años			2015	1220	2572.2			1113	2142.9	1103	1447.6
Dolor abdominal			2364	1930	3161.3			1572	2462.5	1862	1994.1
Asma			1284	1550	2538.9			1321	2069.3	1670	1788.5
Caries dentales			2089	3717	6088.5			1825	2858.8	1602	1715.7
Contusiones										1487	1592.5
Infección urinaria				1282	2099.9			1374	2152.3	1484	1589.3
Anemias	2102	2687.74	2446	3037	4974.6			1662	2603.5	1318	1411.5
Piodermitis			1246	1374	2250.6			1489	2332.5	1261	1350.5
Otitis media			1259	1455	2383.3			2164	3389.8	1191	1275.5
Aguda no sup. <5 años				859	7357			398	3344.8	180	1047.9
sup. y no esp. <5 años				198	1695.8			192	1613.6	361	2101.5
>5 años				398	806.1			574	1105.1	650	853.1
Micosis superficial	884	1130.39	943	1144	1873.9					1098	1175
Catarro	5388	6889.41									

<i>Continuación</i>	<i>1989</i>		<i>1990</i>	<i>1991</i>		<i>1992</i>		<i>1993</i>		<i>1994</i>	
	<i>casos</i>	<i>tasas</i>	<i>casos</i>	<i>casos</i>	<i>tasas</i>	<i>casos</i>	<i>tasas</i>	<i>casos</i>	<i>tasas</i>	<i>casos</i>	<i>tasas</i>
Rinofaringitis aguda				2228	3649.5			783	1226.5	1074	1150.2
<5 años				603	5116.4			521	4378.5	665	3871.2
>5 años			4685	1625	3291.2			262	504.4	409	536.8
(Catarro 5 y +90)											
IRA leve <5 años			2039								
IRA moderada <5 años			572								
IRA grave <5 años		690.48	195								
Abscesos		739.06	1278	1239	2029.5			912	1428.6	989	1059.2
Mialgias Neuritis				1148	1880.4			1203	1884.5	971	1039.9
Sarna (escabiosis)	540		960								
Neumonía y bronconeuminía	578										
Conjuntivitis aguda			914	1065	1744.5			1195	1871.9	922	987.4
Neumonías				4023	65859.7					880	942.2
<1 año				148	93.4					134	5748.6
1 - 4 años				3387	45813					290	1953.3
5 años y +			908	478	968.1					456	598.5
Hipertensión arterial				937	1534.8			918	1438	863	924.2
Amibiasis	499	638.05	829	953	1561					839	898.5
Bronquitis								714	1118.5	808	865.3
Agudas								653	1022.9	753	806.4
Crónicas			83					61	95.6	55	58.9
Alergias								627	982.1		
Tuberculosis			46								
Enf. Esof. Est.				890	1457.8			798	1250		
Dermatitis (todas formas)			438	745	1220.8			727	1138.8		
Disenterias no esp. (2años y +)	667	937.1									
Accidentes <15 años	747	2024.01									
Total 25 primeras causas				55899	91562.7			45662	71525.7	52314	56026.3
Total otras causas				14191	23244			11401	17858.7	15044	16111.6
Total morbilidad			62455	70090	114807.5			57063	89384.4	67358	72137.9

Enfermedades de Notificación Obligatoria
(Dirección de Vigilancia Epidemiológica, 1989-94)

Diarrea - 5 años									3589	29856.1	
Tifoidea							4	6.3			
Tosferina			50	2	3.3	6	9.6	7	11	16.1	
Meningitis			2	3	4.9	9	14.4	26	40.7	18.2	
Parálisis flácida			2	2	6.9	53	180	1	3.3		
Varicela	161	205.85	109	303	496.3	102	163.4	757	1185.8	352	377
SIDA						1	1.6				
Sarampión			14	37	60.6	34	54.5	208	325.8	50	53.5
Rubeola			26	224	366.9	135	216.2	49	76.8	45	48.2
Parotiditis			50	37	60.6	53	84.9	50	78.3	35	37.5
Hepatitis				215	352.2	220	352.4	221	346.2	244	261.3
a			60	30	49.1	161	257.9	39	61.1	11	11.8
b			1	15	24.6	13	20.8	6	9.4	2	2.1
otras hep.viral. espec.			1	26	42.6	4	6.4	3	4.7	1	1.1
otras hep.viral.no espec.			71	144	235.9	42	67.3	173	271	230	246.3
intoxicación alimentaria			62	99	162.2	41	65.7	98	153.5	105	112.5
intoxicación plaguicidas				12	19.7	9	14.4	10	15.7	3	3.2
paludismo				475	778.1	4027	6449.7	3122	4890	4435	4749.7
mordeduras sospechosas			8	76	124.5	33	52.9	74	115.9	151	161.7
Dengue								1	1.6	1	1.1
Gastroenteritis < 2 años	2102	29900.4									
Influenza	189	3									
Tetanos mayor 28 días				4							

Casos de Malaria biológicamente confirmados

<i>Año</i>	<i>Láminas tomadas</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>Vivax</i>	<i>Falciparum</i>	<i>Porcentaje de autóctonos</i>
1980	6931	923	462	458	844
1981	7440	586	313	260	462
1982	8069	832	592	327	648
1983	6924	1277	889	383	897
1984 solo 10 meses hasta octubre	6530	713	467	244	508
1985					
1986				477	901
1987	10319	1154	674	433	1130
1988	10736	1297	860	914	2703
1989	12328	2902	1966	1724	4630
1990	16458	5030	3269	1517	4388
1991	20642	4937	3418		

Fuente: Servicio de Endemias Rurales. Región XIX. T.F. Amazonas
 87-91: (MSAS, 1992)
 80-84: (MSAS, 1984)

Casos de Malaria biológicamente confirmados por étnia

<i>Etnia</i>	<i>Población</i>	<i>Láminas tomadas</i>	<i>IAES</i>	<i>IP</i>	<i>Ipost</i>	<i>Positiva</i>	<i>Vivax</i>	<i>Falciparum</i>	<i>IPF</i>
Criollo	40.000	2129	15.97	3.85	28.35	154	130	23	0.58
Guahibo	9418	1191	37.94	12.64	29.04	119	85	33	3.50
Piaroa	9368	763	24.43	7.79	27.71	73	47	26	2.78
Arawak	5588	195	10.47	5.73	69.02	32	28	4	0.72
Yekuana	2671	253	28.42	8.24	18.56	22	12	10	3.74
Yanomami	13347	679	15.26	10.26	43.53	137	57	74	5.54
Otras etnias	4120	252	18.35	7.04	33.65	29	23	6	1.46
Orro		31			51.89	6	5	1	
No registra		1197			26.87	91	79	12	
Indígenas	44512	3333	22.46	9.26	32.32	412	252	153	3.44
Total	84512	6690	23.75	7.85	30.44	663	466	189	2.24

Otras patologías de importancia en Amazonas

Por deficiencias diagnósticas, de vigilancia epidemiológica y registros estadísticos existen otras patologías de gran importancia en la problemática sanitaria regional que explícitamente no se encuentren reflejadas en los reportes.

La tuberculosis

Existen actualmente 67 casos registrados de tuberculosis de los cuales los Hiwi y los criollos representan por sí solo 33 % (18 casos), los restantes se reparten entre los indígenas de las otras etnias.

La mayoría de los casos provienen del área de acceso terrestre donde se concentran también la mayoría de los recursos diagnósticos y se efectúa la búsqueda de los casos. Otras zonas afectadas corresponden a las de los ríos Ventuari-Manapiare y Guainia-Río Negro.

Durante 1993 Amazonas presentó la mayor tasa de notificación de tuberculosis del país con un 99,8 por 100 000 habitantes ante la media nacional de 25,5. Se considera, debido a las deficiencias del programa de control, que la tasa es aún mayor.

El control de esta enfermedad en Amazonas (que corresponde al Programa Integrado de Control de la TBC-DRSNS del Estado Amazonas) presenta grandes dificultades especialmente en lo referente al tratamiento supervisado de pacientes. La acentuada dispersión de la población rural dificulta el acceso a los servicios de salud.

El alcoholismo

No existen cifras claras que orienten directamente acerca de la magnitud del problema. Existen sin embargo diversos indicadores que apuntan a señalarlo como uno de los principales problemas de salud pública en el Estado. Uno de ellos son las muertes por hepatías que sumaron 6 (cirrosis hepática) en 1993 en el hospital.

La alta incidencia de accidentes de tránsito constituye otro indicador de la magnitud del problema de la ingesta irresponsable de alcohol pues está involucrado en la alta tasa de muerte, directa o indirecta, de los jóvenes de 5 a 14 años y de 15 a 25.

La hepatitis B

Las deficiencias en la red de diagnóstico paraclínico dificultan cuantificar con precisión este problema a pesar de algunos indicadores que orientan acerca de la magnitud del problema como la mortalidad por enfermedades hepáticas, altos porcentaje de sero-positivos detectados en el Banco de sangre de Puerto-Ayacucho y diversos trabajos de investigación serológica.

La oncocercosis

Esta filariasis se encuentra endémica entre las poblaciones Yanomami de algunas áreas de la cuenca del Alto Orinoco. Entre ellas se realizan diversos trabajos de investigación y planes de control con medicamentos como Ivermectina.

La leishmaniasis

Se desconoce la magnitud del problema. Se han reportado diversos casos especialmente provenientes del área de los ríos Ventuari-Manapiare.

Las enfermedades mentales y trastornos psicológicos

La asistencia médica psiquiátrica es prestada por un único especialista en Puerto Ayacucho. Ocasionalmente visita el interior del Estado. Es un servicio de alto rendimiento.

Las primeras consultas realizadas representan un considerable porcentaje de las nacionales, similar o superior al de entidades de mayor población. La eficacia de esta consulta hace de su registro epidemiológico un aporte importante para el análisis de la situación sanitaria de la región.

Diez primeras causas de consultas psiquiátricas (MSAS, División salud mental, unidad de estadísticas, Caracas 1993)

<i>Amazonas</i>	<i>varones</i>	<i>hembras</i>	<i>total</i>	<i>%</i>	<i>nacional</i>	<i>%</i>
Retardo mental	32	24	56	16.52	5.65	
Reaccion de adaptacion	15	40	55	16.22	5.05	8.33
Trastornos neuroticos	16	25	41	12.09	11.26	
Perturbacion de las emociones	18	18	36	10.62	6.03	
Peculiares a niñez y adolescencia						
Trastornos de la personalidad	13	11	24	7.08		
Retardo selectivo del desarrollo	9	14	23	6.78	8.09	
Perturbacion de la conducta	15	3	18	5.31		
No clasificada					9.40	
Epilepsia	7	5	12	3.54		
Abuso de drogas sin dependencia	10	1	11	3.24		
Sindroma de dependencia al alcohol	8	1	9	2.65		
Subtotal	143	142	285	84.07		
Otras causas	36	18	54	15.93		
Total	179	160	339	100.00		
Total nacional	501					

Las causas de psicosis esquizofrénica, afectiva y orgánica transitoria que se registran entre las diez primeras en las consultas a nivel nacional no se encuentran en Amazonas. La reacción de adaptación es mayor con una misma preponderancia de las hembras sobre los varones superior de 40 a 14 o sea 2,7 veces superior. Esta preponderancia se encuentra también para los trastornos neuróticos y retardo selectivo del desarrollo.

La reacción de adaptación, definida como trastorno leve y transitorio propios de los individuos de cualquier edad sin trastorno mental aparentemente preexistente, está usualmente circunscrito a una situación determinada. Reversible. este trastorno está vinculado con acontecimientos generadores de tensión, como la pérdida de un ser querido, separación y migración.

Estos últimos hallazgos fortalecen las afirmaciones de Rodríguez (1992) quien identifica esta situación como uno de los factores generadores de estos trastornos psicológicos en el proceso de cambio cultural evidenciado por la vergüenza étnica, la confusión con respecto a las creencias ancestrales y presiones para el cambio de patrones culturales. En este contexto las mujeres indígenas sufren, en comparación con los hombres, una doble discriminación como indígenas y como mujeres sumándosele a la ansiedad y la depresión vinculadas con la búsqueda de trabajo en el sector informal o de servicios, los riesgos de su función reproductiva, puesto que están expuestas a la violencia y al abuso sexual (Fernandez, 1993).

Las enfermedades sexuales

Están nombradas por Fernández (1993) dentro de las enfermedades que conforman el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas con mención especial a los abusos sexuales a los que están sometidas las mujeres indígenas.

Las inmunizaciones

El esquema de inmunizaciones seguido en Amazonas corresponde al establecimiento por el nivel central del Ministerio para todo el país. Incluye la vacunación contra el sarampión, la tuberculosis (BCG), la difteria, el tétanos y la tos ferina (vacuna "triple").

La tasa de abandono de vacunación corresponde a la relación entre los que inician y los que completan un esquema de vacunación. En el caso de las vacunas antipoliomietítica y "triple", se considera completo el esquema al alcanzar los niños su tercera dosis. En condiciones ideales esto debería ocurrir en el primer año de vida. Durante 1994 las tasas de abandono en Amazonas duplicaron las nacionales, ubicándose los valores para ambas vacunas cerca del 45%.

	<i>Polio 1 dosis</i>	<i>Polio 3 dosis</i>	<i>tasa</i>	<i>Triple 1 dosis</i>	<i>Triple 3 dosis</i>	<i>tasa</i>
Amazonas	1909	1043	45.36	1640	906	44.76
Venezuela	520158	405772	21.99	484558	352243	27.31

Para concluir, la situación de salud del Estado Amazonas está relacionada no sólo con los factores biológicos y de funcionamiento que vimos, sino también con el grado de satisfacción de las necesidades humanas elementales de una población por la mitad rural, analfabeta y disponiendo - para más de la tercera parte- de ningún servicio sino de prácticas ancestrales.

El intercambio con la cultura occidental, la fuerte imposición de desconocidos y muchas veces contradictorios elementos religiosos, políticos y agroalimentarios determina e influencia notablemente el perfil sanitario de la región. Las diversas aproximaciones al desarrollo económico con pro-

motores y detractores de muy distintas concepciones afecta definitivamente el comportamiento sanitario del Estado. La minería, la presencia humana en nuevas áreas, los cambios de patrones alimenticios, provocan la aparición de nuevas nosologías. Los conflictos de la tenencia de la tierra son un factor de gran importancia en la dinámica del Estado e incluso se relacionan directamente con la ocurrencia de muertes. La presencia depredatoria de las actividades de los buscadores de oro genera conflictos hasta interétnicos de negativas y rápidas consecuencias de deterioro de las condiciones de salud y en general de subsistencia por la contaminación del medio ambiente, el ahuyentar la caza, la introducción de patógenos exógenos causantes de epidemias de malaria, gripe y otras enfermedades. El ejemplo de los efectos entre los Yanomami es muy relevante (ver M. Borges, C. Alès en este volumen).

Las distintas cosmovisiones de los pueblos indígenas destacan la fuerte relación de la vida con la tierra y el medio ambiente. Fernández, sociólogo wayuu, destaca la importancia de la propiedad de la tierra para la salud de los pueblos indígenas y el impacto negativo del despojo de tierras y migraciones hacia las ciudades atendiendo falsas expectativas en la situación sanitaria de las comunidades indígenas.

El acelerado crecimiento poblacional debido a importantes migraciones provenientes de otras regiones a consecuencia de la atracción por la explotación de los recursos naturales de la región, la alta tasa de natalidad pero también de mortalidad infantil, así como la importancia en tal situación de las diarreas, de las neumonías y de la malaria en ciertas zonas, imponen una revisión imperativa de la política sanitaria del Estado. En esta perspectiva, paralelamente al mejoramiento de la eficacia de los servicios de salud y de la estimulación de las investigaciones biológicas, se deben integrar todos los medios susceptibles de estimular la participación de las comunidades al control de la salud y promover sólo las alternativas de una economía respetuosa del ambiente, tan frágil en estas regiones.

Paralelamente al fortalecimiento de los programas preventivos -principalmente en el control de la cadena de frío- y médico-curativos, se debe reactualizar y desarrollar los programas de apoyo institucional hacia el fomento de la producción, autogestión en distribución, a través de investigaciones y proyectos para lograr la sustitución de los productos entregados por alimentos autóctonos tal como existen principalmente para los Hiwi y Wothiha; los de formación de un personal obrero indígena, tal como, se planteó en la zona ye'kwana para el control de la malaria, o microscopista como se inició en la región del Alto Orinoco para los Ye'kwana y los Yanomami, a fin de promover la participación comunitaria en el control de esta endemia. Fácilmente reforzados entre sí, estos programas corresponderían a una visión global de la salud pública particularmente adaptada a la región y a sus habitantes. Para lograr tal propósito, es inevitable promover una reformulación del Programa Nacional de Medicina Simplificada, siguiendo el proyecto tímidamente probado a través de los promotores sanitarios escogidos por las comunidades y considerados como facilitadores del proceso educativo de este servicio en las comunidades.

A consecuencia del éxito de los intentos realizados por las diversas asociaciones filantrópicas o ONG trabajando en la región así como de los mayores resultados obtenidos en el marco del programa PROCOMSIVA que son la producción de cartillas bilingües adaptadas al entendimiento de la mayoría de los grupos étnicos del Estado (ver J. Chiappino en este volumen) y la evaluación de la integración y formación de un personal autóctono realmente formado para promover la participación comunitaria, se puede concluir que esta visión de la salud pública en el Estado no puede ser más considerada como una pura utopía. Depende de la coordinación del conjunto de esos proyectos y del deseo de que no dejen de concretizarse sus efectos sobre la salud de la región.

Referencias

ARISMENDI C.

1992 *Amazonas: Tierra de selva*. Ed. Ramón Meneses, Puerto-Ayacucho

BELLO L.

1993 "Situación de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas en el Estado Amazonas", *La Iglesia en Amazonas*, 62-63: 3-9.

BOADAS A. R.

1983 *Geografía del Amazonas venezolano*. Edit. Ariel-Seix Barral venezolana, Caracas, 200 pp.

CHIAPPINO J.

1986 "Medicina tradicional, medicina moderna: un análisis del contraste", *doc. CAICET*, Puerto-Ayacucho, 29pp.

CHIAPPINO J.

1992 "Participation caritative ou concertation: Alternatives de l'assistance sanitaire prodiguée aux Yanomami du Venezuela", *Cahiers de l'ORSTOM*. sér. Sciences Humaines "Anthropologies et Santé Publique", vol. 28, n°1: 92-121.

MANSUTTI RODRIGUEZ A.

1988 *Investigaciones socio-antropológicas*, proyecto APS Piaroa, doc. tip. Puerto- Ayacucho, 88pp.

MSAS

1969-93 *Anuarios de Epidemiología Estadística Vital*.

ORPIA

1994 *Ante el paro médico indefinido de Amazonas*, El Nacional, 20/11/94.

RODRIGUEZ OCHOA G.

1992 "Situación de salud en el Territorio Federal Amazonas, Venezuela", *Enfoque integral de la salud humana en la Amazonia*, L. Yarzabal C. Espinal & L. E. Aragon (eds), 407-426. Caracas: UCV, Serie Cooperación Amazónica, 10.

SEIJAS H., ARVELLO JIMENEZ N.

1978 "Factores condicionantes de los niveles de salud en grupos indígenas venezolanos. Estudio preliminar", *Unidad y Variedades. Ensayos en Homenaje a José M. Cruxent*, 253-271. Caracas: IVIC, Centro de Estudios Avanzados.

TORO LANDAETA J.

1993 "Problemática Sanitaria de los pueblos indígenas den Amazonas", *La Iglesia en Amazonas*, 62-63: 40-43.

ECONOMÍA Y SALUD

en el Amazonas Venezolano

*Martín Toro*¹

Este trabajo trata sobre algunos aspectos económicos de lo que podría llamarse un proyecto de sensibilización indígena a los conocimientos y prácticas médicas occidentales conforme al objetivo general planteado por el programa PROCOMSIVA² en el marco del cual se realizó esta investigación.

El estado Amazonas es casi una entidad sin memoria, sin registros escritos llevados sistemáticamente que permitan apreciar en el tiempo que ha significado la salud y la enfermedad y cuales problemas se han suscitado en esta materia.

Esta carencia es comprensible en sociedades ágrafas, mas no en aquellas para las cuales se presume que el mantenimiento de registros escritos y algún grado de procesamiento de la información es parte vital de su quehacer cotidiano. La información sanitaria disponible es de carácter fragmentario, ocasional, más cualitativa que cuantitativa y algunas veces celosamente guardada por las instancias administrativas y otros entes protagónicos relacionados con la salud. Llama la atención el hecho curioso y característico del Amazonas venezolano por el cual la salud, en lugar de ser un área de consenso, es el campo privilegiado para la confrontación de los distintos intereses que aparentan representar el estado central, la autoridad estatal y las administraciones descentralizadas. A esos conflictos habría que agregar otros de fecha más reciente y que oponen los sindicatos y gremios médicos a la institución sanitaria.

El análisis económico se realizó en tres etapas, correspondiendo a la primera una indagación sobre el funcionamiento del sistema sanitario en el Estado Amazonas. Este segmento de la investigación se orientó a la búsqueda de los antecedentes y de la experiencia histórica del sistema sanitario en Venezuela. En una segunda parte se evaluaron los aspectos económicos y financieros del sistema de salud amazónico en el periodo que transcurre entre los años de 1984 y 1995. La elección de un lapso tan largo no obedeció sólo a la preocupación de brindar una perspectiva histórica al análisis sino también a la inquietud de precisar las incidencias de circunstancias económicas específicas, tales como las monetarias y las cambiarias, sobre los costes, el funcionamiento y la eficacia del sistema sanitario. El estudio está fundamentado en una reconstrucción de las políticas de gastos en salud, realizada mediante la reactualización del valor de la inversiones en activos y sin la cual es imposible obtener

¹ Economista, Caracas.

² El propósito de analizar la economía de la salud en el Estado Amazonas era evaluar la posible realización del plan de formación. El análisis económico se realizó en tres etapas, correspondiendo a la primera una indagación sobre el funcionamiento del sistema sanitario en el personal indígena, planteado por el programa de formación-participación comunitaria al control de la salud PROCOMSIVA, así como las adaptaciones de la política sanitaria que implicaba la integración de este personal y su formación.

series de costos de la organización sanitaria amazónica. Tal reconstrucción es incompleta, toda vez que no se dio igual tratamiento a los pasivos, labor que deberá realizarse en otra ocasión. En una tercera parte se presentan breves comentarios sobre el proyecto alternativo de salud y de sensibilización del indígena a la medicina occidental.

La institucionalización de la salud en el Estado Amazonas

En el estado Amazonas la institucionalidad se nutre y se plantea dentro de un espacio histórico, ambiental y cultural asaz diferente a la Venezuela situada al norte del Orinoco. La inmensa cobertura geográfica que logró el dispositivo sanitario nacional, en un lapso de tiempo relativamente corto, de 15 a 20 años, durante los años cuarenta y cincuenta, se fundamentó en la uniformidad y homogeneidad del lenguaje en Venezuela, situación que garantizó, por un lado, una sencilla formulación de política y una relativamente poco costosa instrumentación y, por otro lado, la difusión rápida de principios básicos de la práctica médica moderna en las zonas centro-occidental y nor-oriental del país. Estas características de homogeneidad o de prevalencia de un lenguaje no ocurrió, como tampoco ocurre hoy, en el Amazonas venezolano, en donde además del español, hablado principalmente por los criollos y circunscrito a la zona metropolitana y áreas adyacentes, coexisten los lenguajes hablados por 14 o 17 sociedades distintas. Si se define la organización de la salud en el Amazonas, en términos del patrón institucional venezolano, convendría distinguir un sistema sanitario similar al prevalente en el país y del cual se benefician quienes hablan español, de otro sistema, en proceso de institucionalización y cuya consolidación depende de la manera como las otras culturas, entiendan, asimilen y asuman como suyos los contenidos del lenguaje médico-sanitario, lo cual no depende de la voluntad de las étnias sino también del esfuerzo que se realice para hacer comprensible la medicina occidental en términos de los lenguajes propios a cada cultura.

El problema de la institucionalización de la salud en el Amazonas, escapa del área médica y de la organización tradicionalmente existente para plantearse dentro de contenidos más amplios, en donde la antropología, especialmente la médica, y ciencias afines como la lingüística, desempeñan un papel decisivo y decisorio. La consolidación de la institucionalidad sanitaria venezolana en el Amazonas se plantea, entonces, en términos de futuro, vale decir de proyecto. Esta circunstancia parece que no se termina de entender, toda vez que se siguen construyendo dispensarios, sin resolver el obstáculo que los hace inútiles, cual es, el de significar en contenidos de cada uno de los lenguajes presentes en la zona, el conocimiento médico previo que justifica la construcción y el funcionamiento de los centros de atención médica.

Otro elemento que diferencia la institucionalidad de la práctica médica en el Amazonas con respecto al resto del país, lo constituye el hecho de que no toda la medicina está concebida en términos laicos, vista la presencia de diversas organizaciones no gubernamentales, esencialmente de carácter religioso, que asocian, deliberadamente o no, a sus objetivos evangélicos una visión muy peculiar de la salud y de la enfermedad que frecuentemente no coincide ni con el interés de las étnias ni con aquel del Estado venezolano. En pocas palabras, se observa en la región amazónica una clara interferencia y mediatización de la concepción de la salud, francamente laica, que anime siempre al Estado venezolano.

Una tercera característica del sistema sanitario del Amazonas está definida por la oposición que existe entre su visión urbana, curativa y hospitalaria y una realidad rural que se expresa tanto por su extensión territorial como por la existencia de una población, no urbana, no menor al 40 % de la población total. Esta visión médica urbana y, eminentemente curativa, distancia el dispositivo sanitario de un entorno que exige una atención distinta y ajustada a la dispersión geográfica de los pobladores del Amazonas. La conformación urbana de la organización sanitaria se hace más evidente cuando se observa que más del 60 % de los centros de atención médica y de las inversiones en salud están concentrados en las zonas más pobladas, con acceso vial u otras facilidades de comunicación terrestre y en la ciudad de Puerto Ayacucho.

Hay un cuarto elemento, éste más bien de naturaleza funcional, que le imprime una característica singular al perfil institucional del sistema amazónico. Se trata del desfase o disparidad existente entre los presupuestos anuales y los plazos requeridos para el ejercicio de la práctica médica.

Contrariamente a otras zonas del país, mejor integradas y con facilidades de aprovisionamiento energético, la organización sanitaria del Estado Amazonas debe enfrentar por un lado, los obstáculos que opone la geografía a la prestación rápida de servicios asistenciales y, por otro lado, las dificultades para el mantenimiento de equipos de laboratorio básicos y de los sistemas de refrigeración necesarios a la preservación de los medicamentos y otras sustancias perecederas indispensables a la actividad sanitaria.

A estas dos limitantes, que alargan los plazos del ejercicio médico, se añade el retardo en la transferencia de los recursos financieros por la vía presupuestaria. Se tiene así, que los plazos más largos del ejercicio médico-sanitario y los más cortos, que imponen razones de carácter administrativo, reducen la atención médico sanitaria a periodos menores de un año, confiriéndole a la organización un perfil de emergencia permanente, particularmente acentuado hoy en el presente, como consecuencia del aumento reciente de los combustibles.

Las relaciones entre lo económico y la salud en esta región se manifiestan alrededor de los recursos financieros y materiales, contabilizados como gastos de salud en las administraciones públicas, principalmente en la central, representada por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS); en la administración descentralizada, representada por la Corporación Venezolana de Guayana, el Instituto Nacional de Nutrición y en la estatal encarnada por la Gobernación del Estado Amazonas.

En términos generales, se puede decir que esas relaciones se expresan alrededor de la competencia existente entre los objetivos de salud y aquellos relacionados con el empleo, por la distribución o adjudicación de los recursos : en la escasa representatividad de los presupuestos de salud y en la contradicción cada vez más acentuada, entre el patrón de la inversión y el costo creciente de los recursos financieros, situación que reduce la cobertura real, encarece el costo de la salud y restringe su acceso.

Para concluir esta primera parte, se insistirá en que para muchos de los pobladores del Estado Amazonas la salud no existe en los términos en que los entiende el dispositivo sanitario y, si para otros la salud puede ser un proyecto, lo cierto es que el sistema sanitario existe, fundamentalmente para quienes hablan español y aun, para estos, con frecuencia no funciona.

La organización de la salud

La organización ambulatoria

Se entenderá por Organización de la Salud la racionalización administrativa de las distintas formas de atención médica para curar o prevenir la enfermedad, con la mayor eficiencia y al menor costo. Tal racionalización se expresa, físicamente, por la existencia de los Ambulatorios Rurales I, que atienden y resuelven la morbilidad menos compleja; los Ambulatorios Rurales II que disponen de una capacidad de resolución médica mayor; los Ambulatorios Urbanos I, II y III capaces de atender situaciones más complicadas y que disponen de una cierta capacidad de hospitalización y finalmente los Hospitales, cuyo nombre ya indica el papel que desempeñan en la gestión médico-asistencial.

En el estado Amazonas esa organización está representada en el presente (1995-1996) por 58 Ambulatorios Rurales I, concentrados en un 90 % en los distritos Atures y Atabapo; 9 Ambulatorios Rurales II, (ver el mapa de distribución de los ambulatorios) casi todos situados en el curso medio del Orinoco y en los ríos Guania y Negro; 5 Ambulatorios Urbanos I, ubicados en la Ciudad de Puerto Ayacucho y, finalmente, 1 Hospital con una capacidad hospitalaria real de 75 personas y que, según algunos médicos, desempeña en el presente las funciones de un Ambulatorio Urbano II. Entre estos tipos de centros de atención médica, existe una relación orgánica mediante la cual, por ejemplo, los Ambulatorios Rurales I están adscritos o forman parte de la zona de influencia de los Rurales tipo II. Entre estos y los Urbanos debería existir una relación similar a la prevaleciente entre los Rurales, no obstante dadas las distancias y las dificultades de comunicación pareciera que tal vinculación o dependencia no es todo lo fluida y complementaria que debería esperarse. El hospital representa, teóricamente, la última instancia de atención médica. Sin embargo, en los últimos años, la calidad del hospital, según entendidos, no es mayor a la de un ambulatorio urbano II y de hecho no presta muchos de los servicios con los que estuvo dotado originalmente.

Características de los ambulatorios y del hospital

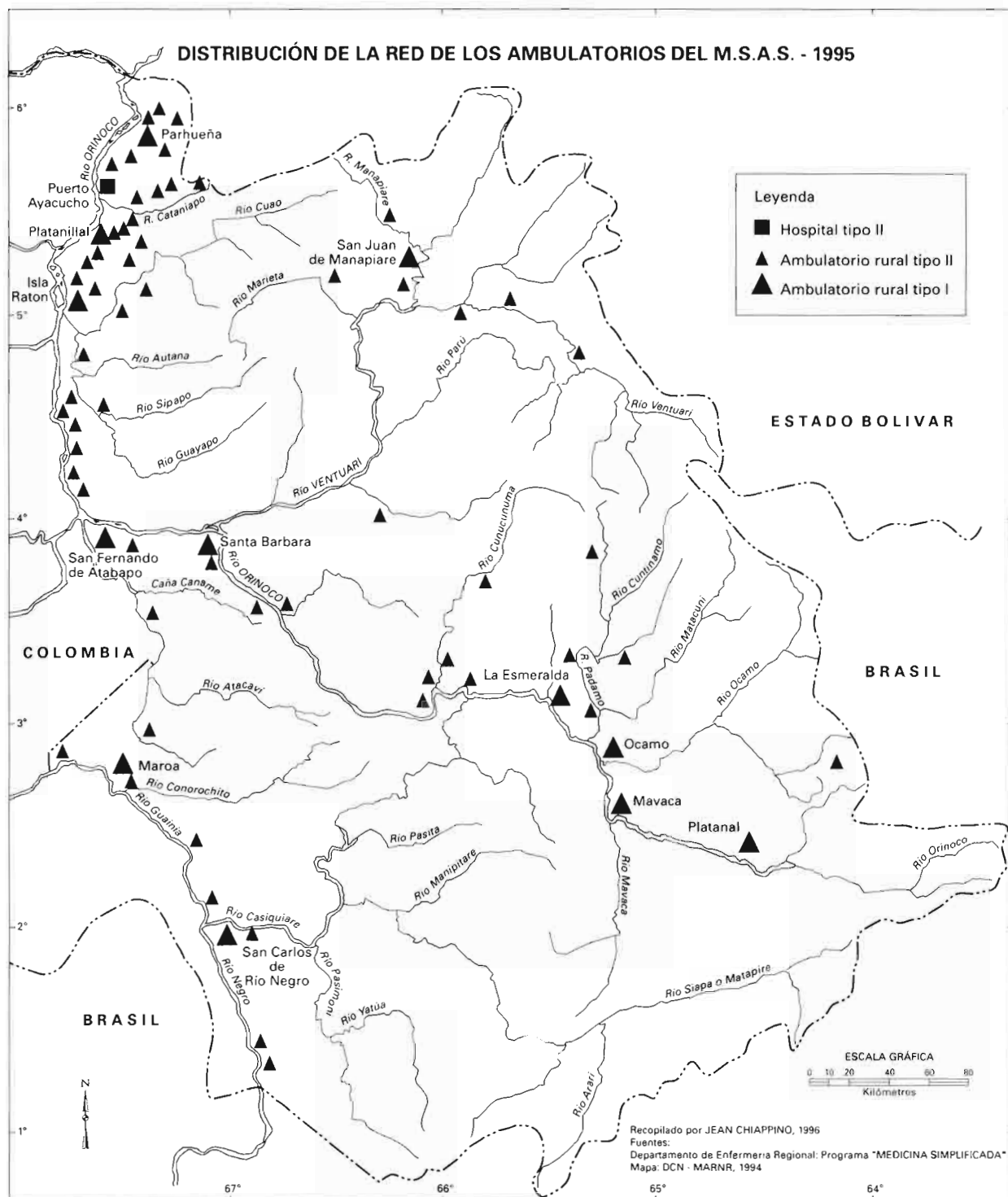
El Ambulatorio Rural I

Este centro asistencial de 200 metros cuadrados de construcción sirve a poblaciones no superiores a los 1.000 habitantes. No tiene presupuesto propio y está atendido, permanentemente, por un auxiliar de enfermería, el cual dispone de un entrenamiento previo de seis meses a un año y se escoge, preferiblemente, entre las personas radicadas en la zona.

El ambulatorio es visitado, teóricamente, una vez por mes por un médico rural que supervisa y evalúa, conjuntamente con el auxiliar, la morbilidad y las necesidades del establecimiento.

El equipo de este tipo de centro asistencial está representado por el siguiente material: 2 escritorios, 2 sillas de escritorio, 12 sillas plegables de metal, 2 juegos de estantería, 1 carro de cura, 2 equipos de cirugía menor, 3 equipos de cura, 6 bandejas de materiales, 6 recipientes de material de cura, 1 estetoscopio, 1 tensiómetro, 1 peso talla, 1 equipo de Rnl, 1 diván clínico, 1 esterelizador y 1 máquina de escribir.

DISTRIBUCIÓN DE LA RED DE LOS AMBULATORIOS DEL M.S.A.S. - 1995



El Ambulatorio Rural II

Este tipo de ambulatorio tiene, teóricamente, 400 metros cuadrados de construcción. En la realidad, en el Estado Amazonas, no alcanza los 300 metros cuadrados. Atiende a las poblaciones que oscilan entre 1.000 y 10.000 habitantes. Algunos de ellos tienen presupuestos, propios o algunos gastos apartados, presupuestariamente, en el Ministerio de Sanidad.

El local se distribuye en 1 consultorio médico, 1 sala de cura, 1 depósito, 1 baño y algunas veces, una edificación complementaria para el Programa de Asistencial Materno-Infantil (PAMI).

Está atendido permanentemente por un médico general, usualmente con poco tiempo de graduado y en consecuencia recién salido de las aulas y cuya estancia es de aproximadamente 1 año. prorrogable de acuerdo a las necesidades de las autoridades sanitarias.

Acompañan al médico, 2 auxiliares de enfermería con un entrenamiento mínimo de seis meses : una camarera encargada del mantenimiento y la limpieza, 1 chofer y, eventualmente, 1 almacenista encargado de recibir y mantener en buen estado los recursos alimentarios enviados a través del PAMI.

Los recursos materiales que posee suman dos veces la dotación de un Ambulatorio Rural I e incluye, además, 1 refrigerador, 1 equipo de odontología, 1 equipo reducido de farmacia y 1 auto-clave.

El Ambulatorio Urbano I

Al igual que el Ambulatorio Rural II este dispensario tiene 400 metros cuadrados de construcción y respecto de su presupuesto, merece los mismos comentarios hechos sobre ese mismo ambulatorio. Dispone de 1 médico, de 3 a 5 auxiliares de enfermería, 1 chofer, 1 camarera y 1 almacenista PAMI. Sus recursos materiales son semejantes a los del rural II contando adicionalmente con 3 divanes de observación, servicios de laboratorios más elaborados, 1 microscopio y aire acondicionado.

Sus actividades son, también, muy similares a las de un rural II con la diferencia de que no hay penetraciones rurales, pero sí las propias a una hospitalización restringida.

El Hospital

En materia de recursos financieros el hospital cuenta con recursos propios, es decir, no depende administrativamente ni de la Dirección Regional de Salud ni de la Gobernación estatal. El hospital de Puerto Ayacucho es de los llamados tipo I, de aproximadamente 8.000 metros cuadrados de construcción, con una capacidad teórica de 75 camas, de las cuales 16 son obstétricas, 14 son de cirugía, 25 de medicina general y 25 de pediatría. En el mismo hospital funciona el servicio público de laboratorio, el cual según personal calificado es cualitativa y cuantitativamente insuficiente para satisfacer la demanda actual.

El personal que labora en este centro de salud está representado por : 1 médico-director, 1 médico de salud pública III, 2 médicos de salud pública II, 5 médicos especialistas II, 12 médicos especialistas I, 1 enfermera especialista IV, 3 enfermeras especialista III, 3 enfermeras hep, 1 enfermera Instructor, y 24 enfermeras I.

En el área de servicios trabajan 2 bioanalistas, 2 dietistas, 2 auxiliares de laboratorio clínico III, 5 auxiliares de laboratorio clínico II, 1 auxiliar de farmacia, 1 auxiliar de dietética II, 3 auxiliares de

dietética III, 1 técnico radiólogo, 1 auxiliar de histopatología médica, 1 técnico de trabajador social, 2 técnicos electro mecánicos II, 1 técnico electro mecánico I, 1 técnico histólogo, 2 inspectores de salud pública I, 2 asistentes de personal. 3 mecánicos III, 5 mecánicos II, 1 intendente de hospital I, 1 contabilista, 1 auxiliar de almacenamiento II, 1 auxiliar de almacenamiento I, 1 recepcionista y 1 auxiliar de estadística.

La organización epidemiológica

La organización epidemiológica del estado se reparte en cinco zonas o distritos epidemiológicos.

El primer distrito corresponde al área de Puerto Ayacucho y sus zonas aledañas. Como se puede ver en el mapa, en esa zona están concentrados el hospital, los cinco ambulatorios urbanos, 20 ambulatorios rurales, de los cuales 2 son del tipo II y 18 de tipo I.

El segundo está subdividido en dos áreas : una correspondiente a la isla de Ratón con 7 ambulatorios rurales I y 2 ambulatorios rurales II ; y otra denominada Atabapo, en la cual se encuentran 1 ambulatorio rural II y 9 ambulatorios rurales I.

El tercero, ubicado alrededor de San Juan de Manapiare, dispone de 1 ambulatorio rural II y 8 ambulatorios rurales I.

El cuarto abarca la región del Alto Orinoco y concentra 4 ambulatorios rurales II y 13 ambulatorios rurales I.

Finalmente, el quinto distrito reúne la zona del Casiquiare, con 5 ambulatorios rurales, de los cuales 4 son del tipo II y 1 del tipo I, y la región del Río Negro con igual número y calidad de ambulatorio. Esto nos da un total de 78 ambulatorios repartidos en los cinco distritos. Sin embargo, otra fuente de datos nos ofrece 71 ambulatorios. La diferencia estriba en que la segunda fuente no registra los ambulatorios rurales que están inactivos por deterioro físico.

La creación de los distritos sanitarios expresa, ciertamente, la voluntad de las autoridades sanitarias de aproximarse a la morbilidad del estado partiendo de su diversidad epidemiológica. En 1993, se señalaba que uno de los objetivos fundamentales de la política sanitaria era desconcentrar el sistema regional de salud en distritos concebidos bajo criterios socio-antropológicos y se hacía énfasis que, en el caso específico de la malaria, era necesario adecuar técnica y operativamente el programa antimalárico según variables ecológicas y antropológicas epidemiológicamente definidas (Toro Landadeta, 1993).

Como se mencionó antes, hay una franca intención de cercar epidemiológicamente el problema de la salud en el estado. Sin embargo, se desconocen las premisas antropológicas y ambientales sobre las cuales se ha afinado el criterio epidemiológico. De igual forma, se ignora cuál ha sido la información de carácter estadístico que sustenta la división del estado en los cinco distritos mencionados, mas cuando sólo en fecha muy reciente -abril de 1966- se creó, en el hospital de Puerto Ayacucho, la unidad procesadora de estadísticas vitales y epidemiológicas.

Los distritos sanitarios coexisten con otras formas de organización del estado, entre ellas la político-administrativa que divide el territorio en cuatro municipios: Ature, Atabapo, Río Negro y Casiquiare. Con la sola excepción del distrito sanitario N° 3, correspondiente a la región de San Juan de Manapiare, la departamentalización epidemiológica concuerda con la organización político-territorial.

Apreciaciones críticas sobre la organización sanitaria

Algunas veces se tiene la impresión de que la organización de la salud en el Amazonas estuviese fragmentada en subsistemas independientes los unos de los otros. No se trata, aquí, de las diferencias existentes entre lo urbano y lo rural, sino de las diferencias que separan a un indígena de otro aculturizado y de estos últimos, del no-indígena, en la apreciación del significado o valor cultural de la salud y la enfermedad. No es suficiente para el análisis de la organización conocer el número de ambulatorios y la calidad del personal de que dispone. Es también necesario saber si la medicina que se practica tiene un fundamento o proyección social, porque una organización sanitaria sin beneficiario carece de sentido. Pues bien, algo de esto pareciera que acontece en el Amazonas. En ese estado se pueden apreciar, grosso modo, tres áreas en donde los conceptos de enfermedad, salud y muerte, respecto de sus contenidos culturales se definen en forma diferente: se tiene, una zona en que la salud y la enfermedad se expresan y se entienden en español, otra en donde estos conceptos están compartidos entre la concepción occidental y la visión autóctona y una tercera en donde la cobertura del lenguaje médico es escasa o menos sistemática.

En la región de Puerto Ayacucho y en algunas de sus zonas próximas, la salud y la enfermedad se entienden en términos de la medicina occidental. Mas allá de esta ciudad, y a lo largo del río Orinoco, el concepto de salud se comparte entre la visión médica y la propia a las culturas de las étnias. En las regiones del Casiquiare, Río Negro y Alto Orinoco la presencia del lenguaje médico institucional tiene un alcance limitado, no obstante los esfuerzos realizados hasta el presente.

Por otra parte, cabría preguntarse sobre el significado que tiene para el indígena una organización sanitaria basada en el concepto de la atención médica ambulatoria, la cual supone en el paciente, por un lado, algún conocimiento, si no de la práctica médica, de al menos de sus beneficios y, por otro lado, una responsabilidad y una relación respectivamente compartida y permanente con la organización administrativa sanitaria. Es decir, un comportamiento desconocido o una disciplina social ajena al indígena.

Resulta interesante conocer la opinión que tienen los profesionales de la medicina del Amazonas sobre la organización sanitaria en donde trabajan. Tal opinión resalta la excesiva centralización y desarticulación del sistema sanitario; las limitaciones y obstáculos geográficos y el rechazo social que genera. Asimismo, reconocen la existencia de diversas concepciones de los procesos de salud, enfermedad y muerte que obedecen a la pluralidad étnica y cultural del Estado Amazonas y admiten la necesidad que tiene el sistema sanitario, para ser realmente operativo, de buscar un punto de coincidencia entre la medicina autóctona y la occidental.

Señalan, igualmente, fallas dentro de la misma organización, al permitir que se usen, indiscriminada y descontroladamente, algunos fármacos para el tratamiento de ciertas enfermedades; la no correspondencia entre los recursos materiales solicitados y los realmente enviados; la ausencia de servicios de mantenimiento sistemático de los ambulatorios y del equipo médico y la inexistencia de una política de selección y supervisión del personal médico y para-médico.

Cuando se revisa el archivo de historias médicas del hospital de Puerto Ayacucho, se encuentran casos de indígenas ingresados pero no diagnosticados por incomunicación entre enfermo y médico y, otros casos, en los cuales los indígenas, aun cuando fueron diagnosticados, abandonaron el hospital y el tratamiento.

De acuerdo a las cifras del Censo indígena de los años 80, el 73,3 % de las comunidades amazónicas carecía de asistencia médico-asistencial. En el año de 1992, el Censo indígena arroja los siguientes resultados: el 88,8 % de las comunidades indígenas del Amazonas carece de dispensario; el 66.1 % de los dispensarios no dispone de agua; el 49,1 % no tiene servicios de luz; el 72.8 % no tiene médico asignado y el 67 % no ha recibido ayuda de la Dirección de Malariología. Por otra parte, el Departamento de Enfermería Regional de la Dirección Regional de Salud del Estado Amazonas manifiesta que 13 ambulatorios rurales están en malas condiciones físicas.

Estas últimas cifras aceptan, sin duda, variadas interpretaciones. Una de ellas pretende demostrar el estado de abandono y desinterés por parte del sistema sanitario respecto al indígena. Quizás, tales cifras muestran algo diferente a la condición dramática que vive el indígena, y más bien revelan el fracaso de la organización sanitaria en imponer, sin mediación y adaptación alguna, un lenguaje y un conocimiento médico que las comunidades indígenas no están en capacidad de apreciar en los términos en los cuales se formulan. El abandono, entonces, sería recíproco y debe ser así porque la salud no se reduce únicamente a una organización administrativa, es por encima de todo un compendio de conocimientos de toda índole y dentro de ellos los científicos, tecnológicos y médicos elaborados durante siglos, dentro de unos determinados cánones de pensamiento.

No obstante la incapacidad del sistema sanitario para enfrentar la salud, la enfermedad y la muerte frente a comunidades que no entienden ese lenguaje, se siguen abriendo ambulatorios porque se cree que la expansión física de la organización sanitaria es sinónimo de salud o de progreso sanitario y si se admite que esta visión es parcialmente cierta -como seguramente lo es- ocurre que tan sólo se disminuye el carácter letal de ciertas enfermedades, sin afectar su causa y frecuencia. Por ejemplo, se podrán estabilizar procesos diarreicos mediante sueros y antibióticos, sin modificar ni la incidencia ni las causas que los provocan. Los programas del PAMI, quizás, puedan tener una influencia benéfica, momentánea, sobre el estado nutricional de los infantes pero no resuelven el problema de fondo de la desnutrición o mal nutrición.

Desafortunadamente, la organización sanitaria del Amazonas se satisface con medidas paliativas, con acciones superficiales en las que encuentra justificación, aun cuando se tenga la íntima convicción de que la medicina occidental está en capacidad de ofrecer soluciones, en profundidad, al problema de la salud y la enfermedad en las comunidades indígenas.

Método y material utilizado para el análisis económico de la organización sanitaria

El análisis de los costos del sector salud se realizó para el periodo comprendido entre 1984 y 1995, lapso durante el cual la inflación ha provocado en Venezuela distorsiones notables en los registros contables, estadísticos o económicos que se tienen en esta materia.

La influencia de la inflación sobre los resultados obtenidos en cualquier actividad que disponga de un perfil económico definido, ha sido ampliamente tratada, toda vez que las distorsiones que introduce la inflación hacen inexactos los resultados nominales al cabo de una determinada gestión, e induce a error a los diseñadores de política y en el caso específico que nos interesa, a las autoridades y planificadores responsables de la salud en el Estado Amazonas. En concreto, temas tales como la correcta valoración de las inversiones realizadas y la determinación de los resultados en un entorno

inflacionario, como el que conoce el Estado Amazonas en los últimos quince años. representan materias de capital importancia, no sólo en si mismas, sino también porque se encuentran en la base de la toma de decisiones.

Por esta razón, en este trabajo insistimos en la conveniencia de aplicar criterios contables y de registro cuantitativo diferentes a los tradicionales, de manera que el sistema sanitario refleje los aumentos reiterados de precios que tienen lugar, de manera evidente, desde el año de 1983. Dicho de otra manera, en un trabajo como éste, en donde se pretenden obtener conclusiones relevantes sobre el valor de la salud y sus instituciones, en un periodo de presiones inflacionarias de distinta incidencia, inevitablemente debe ser planteado el problema de la necesidad de ajustes, o de un tratamiento y reconsideración heterodoxo, del registro de toda la información económica que se produce en el área sanitaria.

En la determinación del valor de las inversiones, se adoptó la pauta de revalorizar las mismas en función del crecimiento de los precios internos y externos que afectan directa o indirectamente la inversión, con la finalidad de cuantificar el valor y el incremento del inmovilizado material o del acervo de equipos de que dispone el sector. Es evidente que, al proceder de esta manera, obtenemos las ganancias de capital, por concepto de revalorización de activos, ocurridas durante el periodo en estudio.

El segundo criterio seguido, ha sido mostrar las pérdidas soportadas por concepto de un registro inadecuado de la depreciaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, visto que éste contabiliza los valores de reposición de los activos en función de su costo inicial o de adquisición y no, como debería ser, a su valor de reposición.

La determinación del valor de las inversiones parte, por consiguiente, de un nuevo cálculo del valor de los activos, mediante la actualización de sus valores a través de índices de precios, adecuados a la estructura de la inversión con la finalidad de reducir la inexactitud que resultaría de aplicar un solo deflactor, como sucedería de emplearse el correspondiente a la Formación Bruta de Capital Fijo.

Para los cálculos arriba mencionadas se partió de la siguiente igualdad :

$$I_{ni} = (I_{ni-1}) (1+pi) - A_i + I_{Ai} (1+pi/2)$$

Siendo :

I_{ni-1} = La inversión en el año $i-1$

pi = La tasa de crecimiento del índice de precio en el año i

A_i = La dotación de amortización del año i

I_{Ai} : La nueva inversión o desinversión en el año i

La identidad anterior puede rehacerse, para su mejor entendimiento y aplicación operativa, de la manera siguiente :

$$I_{ni} = \{ I_{Ni-1} (A_{ci} + I_{Ai}) \} + (I_{Ni} - x_{pi} + I_{Ai} x_{pi/2}) - (A_i - A_{ci})$$

El término $A1$ recoge la variación de la inversión que arrojan los datos contables ; el $B2$ expresa las ganancias de capital por revalorización del activo y el $A3$ refleja las mayores dotaciones de amortización derivadas de la alta valoración de la inversión, así como también las pérdidas anuales de no ajustarse la depreciación al incremento de los precios.

El financiamiento de la salud

El costo de los recursos financieros dedicados a la salud ha experimentado, desde 1984, cambios notables como consecuencia de la incidencia de dos elementos estrechamente vinculados. Por un lado, el aumento reiterado de los precios internos distanció al sistema sanitario de la población que dice servir y, por otro, las sucesivas devaluaciones del valor del bolívar, respecto a las monedas usualmente empleadas como medios de pagos internacionales han contribuido a aumentar el costo interno de la salud y han obstaculizado el acceso a los que, tradicionalmente, constituían para el país los mercados internacionales, proveedores de tecnologías, equipo médico y farmacopeas.

El costo creciente de la salud observado en los últimos catorce años, la merma en términos reales de los ingresos y disponibilidades financieras del país originadas, entre otras causas, por la disminución del poder adquisitivo de la moneda nacional, más la incidencia de un considerable servicio de deuda, externa e interna, sobre los presupuestos de salud; la relativa estabilidad de los precios del petróleo y el crecimiento de la población en el Amazonas, está provocando una percepción distinta de las tecnologías necesarias para enfrentar la salud, en el sentido de que se están valorando más aquellas que usan intensivamente el trabajo y ahorran o emplean menos inversión de capital en costosas y refinadas tecnologías y equipos físicos.

Respecto de este último punto destaca, por un lado la adquisición de material médico fabricado con tecnologías obsoletas y costo mínimo y la compra de equipo al costo residual que resulta de su total amortización. Por otro lado, es cada vez mas frecuente el recurso a la farmacia genérica que reduce los costos, al menos en una proporción equivalente a los pagos realizados por concepto de Royalties, Marcas y Patentes. Este proceso de sustitución de capital por trabajo encuentra una restricción de importancia en el corto plazo, toda vez que si bien es cierto que dentro del país y en el Amazonas se encuentra mano de obra no calificada y profesionales universitarios de la medicina, no existe mano de obra capacitada y calificada.

Para el Estado Amazonas, el aumento del costo de los recursos tiene una importancia particular, dado que sus posibilidades de generación y obtención de medios propios es extremadamente limitada. En materia de asignación de recursos presupuestarios, la administración central privilegia, tradicionalmente, los estados nor-occidentales y más recientemente a los nororientales y ello no porque exista un trato preferencial hacia esas regiones, sino porque hay una inelasticidad, una rigidez en la distribución del gasto presupuestario impuesto por la importancia económica y socio-política de esas zonas, de tal manera que no obstante la importancia política del Estado Amazonas por su carácter fronterizo, difícilmente esa administración puede beneficiarse de aportes presupuestarios centrales adicionales para gastos sociales como los de salud.

El estado Amazonas, no dispone sino de tres posibilidades, tres acciones para resolver sus problemas de financiamiento.

La primera, que tendría efectos en el corto plazo, es mejorar la eficiencia de sus procedimientos y plantel administrativo, medida que comenzaría por resolver la competencia existente en la asignación de los recursos entre el empleo y la salud. En este sentido, las experiencias de Carabobo, Bolívar, Monagas y Sucre son aleccionadoras.

Las dos acciones restantes tienen efecto en el mediano plazo y estarían orientadas a corregir el criterio perverso que priva en las decisiones de inversión y de gastos en salud. Una de ellas sería la reformulación de la organización sanitaria, mediante el cambio de patrón de la inversión sanitaria

que ha demostrado ser, además de costoso, inefectivo en el Amazonas. Se trataría, en esencia, de poner mayor énfasis, dentro de la organización sanitaria, a la medicina preventiva, no entendida ésta, solamente, como gastos en la aducción de aguas negras y blancas o en las campañas de vacunación, sino en transformar algunas prácticas o disciplinas sociales, tales como la higiene, en usos individuales. Se trataría, también de formar ese personal técnico intermedio del cual carece el Amazonas.

La tercera iniciativa, que debe estar precedida por una elevación de las capacidades administrativas de la entidad regional es la de abandonar, gradual pero definitivamente, el concepto de la gratuidad de la atención médica y crear tasas e impuestos regionales orientados al financiamiento de la salud. En este campo algunas experiencias recientes de autogestión y co-gestión hospitalaria son alentadoras. Sin embargo, el rendimiento de un sistema de tasas o impuestos depende del ingreso personal disponible y éste a su vez esta supeditado al grado de monetización de la economía y depende, en última instancia, de la productividad del trabajo y ésta no mejorará mientras, por ejemplo, se sigan desviando recursos de la salud a la creación y al subsidio de empleos.

Los entes financiadores de la salud

Los entes administrativos proveedores de recursos financieros a la organización sanitaria son, fundamentalmente, tres: la administración central a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; la administración estatal por el intermedio de la Gobernación del Estado Amazonas y la administración descentralizada representada por la Corporación Venezolana de Guyana.

En el transcurso de los últimos seis años la participación de cada una de esas instancias ha variado en proporciones equivalentes a la quiebra de la administración descentralizada; a la pérdida de importancia político-económica del estado central y a la reformulación de las responsabilidades y competencias administrativas correspondientes a las entidades estatales. Así, se observa una disminución de la participación financiera del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de un 80 % a una proporción cercana al 40 %, en el financiamiento total del dispositivo sanitario.

La administración descentralizada disminuye en magnitudes que no se lograron estimar, pero que parecieran ser similares a la de la administración central. La administración estatal, es decir la gobernación del Estado Amazonas, aumenta su financiamiento nominal en relación directa a la disminución de los dos entes primeramente mencionados (Ver Tabla 1).

Tabla N° 1 Gastos en Salud del Ministerio de Sanidad y la Gobernación del Amazonas (Millones de Bolívares)

<i>Instituciones</i>	<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>
Ministerio de Sanidad	36.8	107.6	159.4	172.0	177.3	395.0	255.9
Gobernación Amazonas	5.0	58.4	89.4	110.4	176.3	427.0	312.1
TOTAL	41.8	166.0	248.8	282.4	353.6	822.0	568.6
<i>Proporciones</i>							
Ministerio de Sanidad	88.03%	64.8%	64.06%	60.9%	50.1%	48%	45%
Gobernación Amazonas	11.97%	35.2%	35.94%	39.1%	49.9%	52%	55%

Sin embargo, la modificación de las contribuciones de cada ente administrativo, en el total de los recursos aportados a la salud, no deben interpretarse, ni como cambios cualitativos en la organización ni, tampoco, como una modificación substancial de la importancia del control de las administraciones centralizadas y descentralizadas sobre el sistema sanitario del Amazonas. Esto, que parece ser un contrasentido, se entiende al especificar la naturaleza de los gastos en que incurre cada una de las administraciones.

El Ministerio de Sanidad financia los sueldos y salarios de la totalidad del personal médico y para-médico y más del 40 % de los gastos del personal obrero no calificado, dependiente de la organización sanitaria. Asimismo, aporta la casi totalidad de los equipos y dotaciones de que dispone el sistema sanitario sea directa, o, indirectamente a través de institutos autónomos tales como el Fondo de Inversiones Médico-Asistenciales, el Instituto Nacional de Nutrición y algunas fundaciones, para las cuales el Ministerio de Sanidad decide el monto de sus presupuestos anuales. Incluso, los recursos dedicados a la salud por la administración descentralizada, dependen hoy en día de las decisiones de ese ministerio.

La Corporación Venezolana de Guyana ha orientado montos substanciales a la construcción de obras de saneamiento preventivo, tales como acueductos y sistemas de aguas negras y blancas. Participa, también, en programas epidemiológicos de salud, como el Convenio Anti-malárico, mediante el cual se busca repotenciar el Servicio de Endemias Rurales y la construcción de siete dispensarios rurales en los últimos cinco años.

La administración estatal, financia algo que se ha dado en llamar los Gastos de Funcionamiento del sector salud y de los cuales se desconoce el detalle y significado, si bien, nominalmente, están orientados o gastados en el área sanitaria. Un aspecto adicional que deberá tomarse en consideración en análisis posteriores, a los fines de precisar las participaciones financieras de los entes nombrados y su relación con el costo de la salud en el Amazonas, se refiere a la influencia que tiene la gestión administrativa del Ministerio de Sanidad en los mismos, en el sentido de que existe un costo que antecede y sobre el cual se sobrepone el costo propio de la salud en ese estado, el cual está, de alguna manera afectado por la oposición existente entre los plazos más largos que requiere la práctica médica en el Amazonas y los más cortos que impone el retardo de la administración de los recursos de ese ministerio.

Los presupuestos de salud

Los presupuestos de salud del estado no son explícitos en cuanto a los montos de los recursos dedicados a la salud. Tampoco son muy explicativos respecto de los objetivos que se persiguen. Su nivel de precisión no va más allá de los objetivos enunciados y contenidos en la ley que crea el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, sí son muy reveladores, especialmente en los últimos cinco años, de la contradicción existente entre los fines que persigue la organización y los objetivos institucionales del sistema sanitario.

Efectivamente, los presupuestos reflejan la fragmentación institucional, derivada de la inflación, entre el personal organizado que labora en el sistema sanitario y los objetivos de salud que, supuestamente, debe lograr.

La organización, por la vía del presupuesto, obtiene satisfacción para sus aspiraciones remunerativas y los incrementos que dicho presupuesto ha registrado en los últimos años no significan que se le ha dado a la salud una mayor importancia. Tan sólo expresan el mantenimiento de un cierto estandard de vida o nivel de ingreso de su personal y el uso que se le ha dado a ese gasto para resolver los conflictos sociales que engendra el deterioro del ingreso y el desempeño que enfrenta, en el presente, el estado Amazonas.

Por esta razón, en líneas anteriores, se comentaba que los presupuestos de salud, en el Amazonas, expresan mejor que en cualquier otro estado del país, la competencia entre objetivos sanitarios y los correspondientes al empleo, en la asignación y uso de los recursos. En base a esta apreciación, quizás, se pueda comprender el significado de los Gastos de Funcionamiento de la Gobernación de ese estado.

Sin embargo, y contrariamente a lo anteriormente expresado, en relación a la poca influencia de ese gasto sobre la calidad de la salud, es posible que algunos entiendan que su incidencia es positiva, toda vez que una persona con empleo y remunerada se alimenta mejor y, siendo menos susceptible a la enfermedad, es una carga menos para la organización sanitaria.

Como quiera que sea, los presupuestos estatales son reveladores del divorcio existente entre la gestión médica y la economía y la administración de los recursos, porque cuando no se elaboran sin relación alguna a los objetivos de salud, se establecen metas sin saber si se dispone de los medios para cumplirlas. De allí, que sea ya una práctica común en esa entidad, que luego de sancionarse legalmente los presupuestos, se revisen, se modifiquen, se recorten y se reasignen las partidas de gastos. Sin duda, que ese proceder contribuye a consolidar ese perfil de emergencia que, se decía, caracteriza a la organización sanitaria del Amazonas.

Los costos del sistema sanitario

El estudio económico de la organización sanitaria se planteó en dos vertientes, por un lado se estimaron los costos imputables a la inversión en infraestructura y equipamiento médico y, por otro lado, se calcularon las cargas atribuibles a los conceptos de personal y dotación de material operativo.

En relación a los costos de la infraestructura, hubo necesidad de reconstruir la inversión realizada desde el año de 1984 hasta el presente, toda vez que el valor de la red sanitaria, por ese concepto, no se correspondía con la realidad y la evolución de los precios ocurrida en el país, visto que los procedimientos contables, utilizados en los registros fiscales, amortizaron esas inversiones a sus precios de construcción o adquisición, sin ajustarlas a los valores o precios de reposición. Además de la deformación que introduce este proceder en las relaciones entre los costos, sobre todo si se tiene en cuenta las elevadas tasas de inflación interna y de devaluación del bolívar, no se está tomando en consideración la incidencia de las pérdidas de capital resultantes sobre el dispositivo sanitario.

La actualización de la inversión se realizó, tal como se dijo antes, para el periodo que transcurre entre los años 1984 y 1996, con la finalidad de obtener una visión panorámica de lo que ha sido la política de inversión sanitaria en el Amazonas, espacio de tiempo, por otra parte, bastante rico en nuevas experiencias y situaciones que han afectado, de manera irreversible, la visión y el marco institucional dentro del cual funciona el sistema sanitario en el Amazonas. Los resultados o las series

numéricas obtenidas nos ofrecen un resultado preliminar de la inversión fija total, para cada uno de los sub-sectores o sub-sistemas que integran la organización médico-asistencial descrita en páginas anteriores.

Hubiese sido útil acompañar esta visión de conjunto presentada para la inversión fija, con una similar, y para igual periodo de tiempo, para los gastos o erogaciones realizados por concepto de personal y dotación operativa. Desafortunadamente, para estos dos últimos rubros sólo se dispuso de información estadística para los años que corren entre 1992 y 1995. (Ver Tabla N°1).

Filnalmente, los costos totales -fijos y operativos- se han referido al número total de pacientes atendidos en la red sanitaria por concepto de las primeras causas de morbilidad de ese estado, a fin de precisar cual ha sido el costo unitario en el cual ha incurrido la organización.

Se repite que este estudio tiene un carácter preliminar y necesita ser complementado, y seguramente corregido, partiendo de una óptica distinta. Es decir, hay que revisar los resultados partiendo de una visión, diríamos micro, por oposición a la global propia a esta investigación. Pero hay una razón adicional que argumenta en favor de una investigación micro, y no por adicional menos importante, y está representada por el hecho de que una interpretación eminentemente económica y administrativa de la organización de la salud, no ofrece respuesta, no termina de dar cuenta del vínculo que se establece en materia de salud, entre el dispositivo sanitario, representado, digamos, por un ambulatorio rural II y las culturas indígenas a las cuales pretende servir.

Comentarios sobre los resultados

1) De acuerdo a la Tabla N°2, el valor de la red sanitaria del Estado Amazonas en 1996 alcanza un monto ligeramente superior a los un mil millones de bolívares.

Los extremos del dispositivo sanitario, es decir la red ambulatoria rural I y el hospital, son de lejos la más importante. Efectivamente, el valor de la inversión que registra el hospital es de setecientos dos millones de bolívares y el correspondiente a la red ambulatoria suma ciento sesenta y tres millones de bolívares.

La Dirección Regional de Salud admite que una porción, cercana a un sexto, de los ambulatorios rurales I está en condiciones físicas tales que los hace inoperativos, razón por la cual es procedente disminuir el monto de la inversión, en ese tipo de ambulatorio, en una proporción equivalente.

La inversión hospitalaria representa, en 1996, el 70.2% de la inversión total. Si a ese monto se le añade el valor de la red ambulatoria urbana, se obtiene una proporción, respecto del total invertido, aproximada a un 74%, lo cual significa que la inversión fija de la organización sanitaria es urbana en idéntico porcentaje.

Proporciones similares, algunas veces superiores a la reseñada, se obtienen en años anteriores, lo cual es una evidencia del carácter urbano que caracteriza, ya desde 1984, a la red sanitaria del Amazonas. Esta concentración se ve reforzada cuando se constata que más del 60% de los ambulatorios rurales está ubicado en el Municipio Atures y alcanza un porcentaje equivalente al 80% al sumar el municipio Atabapo.

El ritmo de la inversión, y no la inversión en sí, en ambulatorios rurales I ha disminuido en los últimos años, sobre todo a partir de 1989, fecha en la cual se cerraron 7 ambulatorios de los 59 existentes. Si bien desde el punto de vista del valor representa la red más importante, luego del hospital,

desde un criterio funcional habría que asimilarla a la correspondiente de los ambulatorios rurales II, dado que depende de esta última. La inversión en rurales II tiende a consolidarse y ocupa, en cuanto a costos totales, el tercer lugar, por encima de los urbanos. Sin embargo, si se toma en cuenta la dependencia entre ambulatorios I y II, esa red sanitaria es la más importante, luego de la hospitalaria.

*Tabla N° 2 Estado Amazonas. Valor del dispositivo Sanitario
(Millones de Bolívares)*

<i>Red Sanitaria</i>	<i>1984</i>	<i>1985</i>	<i>1986</i>	<i>1987</i>	<i>1988</i>	<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>
AMB. RURALES I													
Inversión neta Nacional	4.6	5.14	6.74	8.46	9.05	15.62	19.0	23.01	28.21	40.15	53.8	94.82	163.50
Inversión neta importada	0.62	0.58	0.52	0.54	0.39	3.16	3.84	3.76	3.17	2.49	14.96	18.27	35.45
SUB-TOTAL	5.22	5.72	7.26	9.00	9.44	18.78	22.84	26.77	31.33	46.64	68.76	113.09	198.95
AMB. RURALES II													
Inversión neta Nacional	0.76	0.85	1.1	1.38	1.48	4.75	6.23	7.41	8.89	15.36	21.93	30.66	50.44
Inversión neta importada	0.12	0.12	0.10	0.11	0.08	1.11	1.35	1.28	1.02	1.06	6.13	6.71	13.33
SUB-TOTAL	0.88	0.97	1.20	1.49	1.56	5.86	7.58	9.29	9.91	16.42	28.06	37.37	63.77
AMB. URBANOS I													
Inversión neta Nacional	1.28	1.41	1.25	2.32	2.47	4.64	6.23	7.30	10.5	17.5	22.87	31.03	49.17
Inversión neta importada	0.31	0.29	0.26	0.27	0.19	1.37	1.64	1.32	1.96	2.66	8.5	8.74	15.49
SUB-TOTAL	1.57	1.70	1.51	2.59	2.66	6.01	7.89	8.62	12.46	20.16	31.37	39.77	64.66
Hospital J.C. Hernández													
Inversión neta Nacional	21.6	24.38	32.21	40.38	43.11	84.6	109.2	128.55	151.16	206.23	266.35	362.76	572.32
Inversión neta importada	2.31	2.2	2.09	2.51	2.14	11.02	13.13	11.94	14.81	14.83	58.34	63.49	129.7
SUB-TOTAL	23.91	26.56	34.3	42.89	45.25	95.62	122.38	140.49	165.47	220.56	326.69	426.25	702.02
TOTAL	31.58	34.45	44.27	55.97	58.85	126.5	160.61	184.77	219.7	300.28	454.9	606.5	1014.4
%Inversión neta Nac.	89.4	90.9	28.3	93.9	95.3	88.9	87.6	90.1	90.7	90.7	80.7	84.2	82.6
%Inversión neta import.	10.6	9.1	6.7	6.1	4.7	13.1	12.4	9.9	9.3	9.3	19.7	15.2	18.4

Estas precisiones pretenden expresar que, aparentemente, se está produciendo un cambio en el sistema sanitario de aquel estado, en el sentido de que pareciera abandonar su perfil original y adoptar uno de naturaleza rural, más acorde a su entorno espacial y humano. Si se toma como indicador de esa transformación, la importancia de los costos imputables a cada subsistema, se tiene que el rural pasa de una participación, en el costo fijo total sanitario, del 32% en 1992 al 37% en 1995 y a una cifra similar en la estimación que se hizo para 1996.

Cuando se describió la organización, se mencionaba que no existía un patrón que diferenciara, verticalmente, en cuanto a construcción, un ambulatorio rural I de otro tipo II y, ciertamente, pareciera que desde los años 90, ambos subsistemas se fundieran en uno solo, transformándose los rurales II en el pivote de la organización sanitaria del Estado Amazonas.

2) Llama la atención la participación tan baja del componente importado de la inversión fija. Se esperaba que este se situara alrededor del 30 o 35% del valor de la inversión total. Quizás estas cifras deban ser reprocesadas. Sin embargo, hay indicios de que los porcentajes obtenidos son cercanos a la realidad, visto que los costos de construcción de un ambulatorio rural en el Estado Amazonas es tres veces inferior a los registrados por los promedios nacionales y ello como consecuencia, entre otras razones, a la ausencia de factores de costos, tales como los representados por los dispositivos y circuitos eléctricos, algunas estructuras metálicas y de comunicación presentes en las zonas urbanas del norte del país que son en su totalidad importados. De todas maneras, el componente importado de la inversión refleja bastante bien el impacto que, sobre su valor, han tenido las variaciones del tipo de cambio registradas en Venezuela desde 1983 y sobre todo desde 1990.

3) Cuando se relacionan los costos totales al número de personas afectadas por las primeras 25 causas de morbilidad en el estado, se obtienen los siguientes resultados en cuanto a costos unitarios por persona atendida: 4.227.5 bs por persona en 1992, 4.662 bs en 1993; 8.333 bs en 1994; 5.531 bs en 1995 y 8.339 bs en el año de 1996.

El comportamiento atípico del año 1995 es explicable, toda vez que desconocemos qué proporción del crédito adicional otorgado a ese estado fue realmente gastado en salud. No obstante, si admitimos que todo fue orientado a la salud, el promedio de los costos unitarios por persona en ese año de 1995 asciende a 8.300 bs.

4) Como dato interesante en relación a los costos promedio de la salud rural en el Estado Amazonas, vamos a realizar el siguiente ejercicio, que sólo es válido para el costo de la salud en los primeros seis meses de 1993 y para el ambulatorio rural II de San Carlos de Rio Negro.

El costo total de la red ambulatoria rural II para 1993 fue de 14,9 millones de bolívares y, existiendo para aquella fecha 10 ambulatorios de ese tipo, se obtiene que el costo por ambulatorio rural II fue de 1,49 millones de bs anuales y 0,74 millones semestrales. El número de personas atendidas en ese ambulatorio, en el transcurso de los seis primeros meses de 1993, fue de 2.161.

Al relacionar ambas cifras, se obtiene un costo unitario total de 346 bs, cifra muy inferior al promedio de 4.662 bs registrado en la totalidad de la red sanitaria en ese mismo año.

Estas diferencias, a pesar de no ser concluyentes, subrayan el carácter preliminar de este trabajo y nos hacen pensar que es necesario completar la investigación, mediante evaluaciones de costos localizadas e individualizadas según periodos, áreas, étnias, medio ambiente y tipo de centros asistenciales.

5) Finalmente, de lo expresado en páginas anteriores se extraerán algunas conclusiones interesantes al proyecto de sensibilización que se mencionaba en la introducción.

La administración regional de la red sanitaria es menos autónoma de lo que aparenta ser. Su capacidad de tomar decisiones está severamente limitada por el control presupuestario que ejerce la

administración central en la asignación de recursos financieros. Su iniciativa, difícilmente, puede ir más allá del ámbito que define, o que impone sin definir, la organización y la jerarquía del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Por otra parte, como la participación real de la gobernación del Estado Bolívar en el financiamiento de la salud es marginal, la administración regional no pasa de ser una ficción.

El sistema sanitario está distanciado de la población indígena, no sólo por la brecha existente entre el lenguaje médico y los indígenas sino, también, por la separación entre los criterios médicos y los administrativos que encuentra su origen en la devaluación del lenguaje médico en beneficio de una visión administrativa de la salud, obsoleta, a través de la cual, los progresos en sanidad se miden en función de la disponibilidad de recursos y las inversiones físicas realizadas.

Lo anticuado de los procedimientos administrativos en el área de la salud terminará por reducir, a una mera enteléquia, lo que todavía es operativo en el sistema sanitario, ya que no se están constituyendo las reservas de amortización y de capital necesarias a la sustitución y renovación de los activos.

La noción de ambulatoriedad, en la cual se fundamenta la organización sanitaria del sistema amazónico debe ser reformada y reinterpretada, toda vez que ésta exige comportamientos y responsabilidades sociales que nos se adaptan a las culturas indígenas. Quizás, esa noción, reducida hoy al terreno del tratamiento y asistencia médica deba ser extendida o ampliada al nivel del conocimiento, de manera tal de hacer de éste un conocimiento ambulatorio. Las inversiones y el gasto en salud deberán, entonces, estar orientados principalmente al campo de la traducción y difusión inteligible del conocimiento médico y a la formación médica de los autóctonos en términos de los contenidos idiomáticos de sus lenguas.

Hacia un proyecto para una sensibilización recíproca de dispositivos sanitarios posiblemente complementarios

El programa en el cual fue realizado este trabajo tiene como objetivo primordial hacer comprensible y compartible el lenguaje médico occidental con las culturas autóctonas del Amazonas, de manera tal que éstas puedan integrar, consciente y voluntariamente, a su cuerpo de ideas el conocimiento médico implícito en las prácticas médicos-asistenciales de la organización sanitaria.

Este proyecto supone, por parte de los protagonistas no-indígenas, médicos, antropólogos, especialistas en antropología médica, lingüistas, para-médicos, técnicos etc, abandonar la visión, eminentemente administrativa, que tiene la organización sanitaria de la salud y la enfermedad y partir del principio de que la práctica médica con los indígenas exige como requisito, la formulación del lenguaje médico en los lenguajes de cada étnia en particular.

Quizás esta parte del proyecto se pueda resumir como un intento de ampliación de la noción de ambulatoriedad, reducida hoy a la asistencia y tratamiento de la enfermedad, al campo del conocimiento. Vale decir, transformar la idea de enfermedad, cura y salud, subyacente en el ejercicio médico, en un conocimiento ambulatorio y compartido por las étnias amazónicas y la organización sanitaria.

Un segundo objetivo, más ambicioso y de más largo aliento sería crear en función de los resultados obtenidos de la primera intención, el centro docente amazónico de investigaciones lingüísticas en

materia de salud, medicina, y enfermedad y en relación a esta idea, se intuye que la calidad de los logros que se puedan obtener del primer objetivo, dependerán de esta actividad.

Mediante la formación del docente indígena se persigue crear un grupo de personas que, además de conocer perfectamente sus lenguas, estén capacitadas en el manejo de conocimientos referidos a la práctica médica, a la higiene, la dietética y nutrición y diestras en el manejo y mantenimiento de cierto instrumental, tal como el microscopio y en técnicas sencillas de análisis de laboratorios.

Tabla N° 3 Amazonas. Costo de la atención Sanitaria
(Millones de Bolívars)

<i>Ambulatorios</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>
RURAL I					
Costo Fijo	1.76	2.48	4.00	5.25	11.54
Personal	24.32	31.50	60.10	54.90	96.07
Materiales	7.53	11.35	28.53	17.00	29.70
TOTAL	33.61	45.33	92.63	77.15	137.31
RURAL II					
Costo Fijo	.86	1.10	1.80	2.60	5.40
Personal	7.00	8.60	33.17	32.29	58.10
Materiales	4.50	5.20	5.60	6.20	12.40
TOTAL	12.36	14.90	40.57	41.09	75.90
URBANO I					
Costo Fijo	1.25	1.94	3.45	4.81	10.00
Personal	4.50	33.80	16.00	17.66	31.78
Materiales	4.50	5.10	5.00	8.90	15.60
TOTAL	10.25	40.84	24.45	31.37	57.38
HOSPITAL					
Costo Fijo	14.84	26.37	29.22	40.34	76.86
Personal	48.50	70.10	117.12	109.58	182.13
Materiales	18.00	15.40	132.00	18.26	36.76
Cred. Adc.				200.00	
TOTAL	81.34	111.87	278.34	368.34	295.75

Este personal así formado constituiría el núcleo intermediario entre el conocimiento médico occidental y su versión y adaptación a las lenguas y culturas indígenas .

La razón de ser de esta primera etapa en la cual contribuyó PROCOMSIVA con la adaptación de los protocolos médicos que realizó (ver J. Chiappino, en este volumen), es la de corregir el error en

el cual aparentemente se ha incurrido, al formar al Auxiliar Médico Indígena en español, sin haber tomado en consideración que los conocimientos y significados médicos son recibidos en base a una experiencia cultural distinta.

En este primer periodo participarían activamente, antropólogos, especialistas en medicina, lingüistas, médicos, para-médicos y técnicos y indígenas duchos en el manejo y análisis de sus lenguajes. Se estima que esta primera etapa duraría de 12 a 18 meses.

En la formación e instrucción de los auxiliares médicos indígenas, la participación del Docente indígena es decisiva y la Supervisión y Evaluación de los resultados obtenidos deben hacerse dentro y fuera de la red ambulatoria.

Para concluir, el costo de un proyecto de esta naturaleza no sobrepasa los Ciento Ochenta mil dólares de Estados Unidos (180.000. US \$), de los cuales el 40% corresponden a Costos fijos y el 60% a los Variables. El monto señalado, en términos de bolívars, representa una cifra cercana al 20% de los gastos totales en salud realizados en el estado en 1996, menos del 50% del valor de la inversión en la red ambulatoria rural y un porcentaje equivalente del costo de la salud en el año mencionado (ver tabla n° 3). Vale la pena señalar, que la red ambulatoria rural apenas resuelve, si acaso lo hace, el 40% de los problemas de la salud de las comunidades indígenas si ésta se reduce y se mide considerándola como un problema meramente estadístico. Finalmente, quizás, podrá pensarse que este proyecto deba, más bien, constituir un programa de educación mediante el cual el personal médico-sanitario y las comunidades amazonenses aprendan cómo luchar juntos para participar en el control de las mayores endemias regionales gracias a un acercamiento de las acciones terapéuticas y profilácticas bien diferenciadas que cada cultura, occidental y amerindia, domina.

Referencias

CHARMAN F. & .P. SANDILANS

1975 *Inflation Accounting*. Report of the Inflation Accounting Committee, London, HMSO. Cmnd 6225.

GUTIERREZ F. & E. FERNANDEZ

1985 *La Empresa Española y su Financiamiento*. Banco de España, Servicios de Estudios Económicos. N° 38.

OCEI

1993 *Censo Indígena (1992)*. Oficina Central de Estadística e Informática, Caracas.

KOPCKE, R. W.

1976 "Current Accounting Practices and Proposals Reform", *New England Economist Review*, Federal Reserve Bank of Boston, September-October.

TORO LANDAETA J. A.

1993 *Resumen de la situación sanitaria del Estado Amazonas*. Informe administrativo, Servicios de Endemias Rurales, Región XIX de Malariología y Saneamiento Ambiental, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Pto Ayacucho.

EL PROBLEMA DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Pedro Jaro[†]

En el Amazonas venezolano habitan unos 19 pueblos o etnias indígenas diferentes. Es necesario subrayar la difícil situación que hoy día, más que nunca, atraviesan estos pueblos puesto que sus posibilidades de supervivencia física y cultural se encuentran cada vez más amanezadas.

Es en este sentido que se destaca la grave situación de la salud, cada vez más crítica, víctima de las dificultades de los servicios sanitarios que alcanzan los índices más bajos y más deficientes del país en donde nuestros pueblos y comunidades indígenas situadas en el interior del Estado sufren la problemática sanitaria más sensible con los ataques de las enfermedades llamadas endémicas.

Esta situación se ve empeorada por el número deficiente de médicos y enfermeros presentes en el interior de estas tierras para atender la población indígena dispersa, la falta de abastecimiento de medicinas, lo que, junto con el acceso difícil debido a las condiciones geográficas, limita las posibilidades de atención.

Un caso que amerita una mención especial es la situación en la que vive la etnia yanomami situada en el alto Orinoco, pueblo que, por sus condiciones de vida, no recibe la atención médica necesaria y suficiente.

Por consiguiente opinamos que los gobiernos regionales no han diseñado un programa integral de salud enfocado hacia las comunidades indígenas pues las acciones se caracterizan por ser "inmediatistas". Sólo se actúa en los casos de emergencia lo que hace que nuestros indígenas sufran por este error.

La Organización Regional de los Pueblos Indígenas proponemos que se defina una política sanitaria que integre la calificación del personal necesario tales como los promotores indígenas y la colaboración de las comunidades indígenas.

En este orden de ideas debemos aprovechar la ocasión para reconocer el trabajo de investigación y de aplicación de las investigaciones que, con mucha responsabilidad y eficiencia, ha realizado PROCOMSIVA para la salud del pueblo amazónico y fundamentalmente por el bien de las comunidades indígenas. El tema de la salud tradicional y de su compatibilidad con la salud occidental, como la utilización de los idiomas autóctonos para la educación de los promotores y de las comunidades en salud que ha desarrollado este programa es fundamental para el futuro de los pueblos indígenas. Desde nuestro punto de vista, se debe seguir la implementación de este trabajo en el sistema de salud actual que esta vigente en el Estado Amazonas y involucrar la participación de las comunidades al control de su salud.

[†] Auxiliar sanitario, Coordinador de la Área Salud de la Organización Regional de los Pueblos Indígenas de Amazonas.

REINVENTANDO LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN MÉDICA

para las comunidades indígenas: el papel de las medicinas tradicionales

Stanford Zent¹

En este trabajo, se quiere hacer una breve contribución desde el punto de vista antropológico a la tarea de señalar algunas contradicciones de los sistemas de atención médica existentes, sugerir líneas de investigación potenciales y planes críticos de acción para reinventar tales sistemas en las comunidades indígenas, que constituyen una porción considerable de la población fronteriza. Se piensa sustentar los argumentos con datos recolectados entre los Wothîha (Piaroa), grupo indígena con quienes el autor ha trabajado por más de 10 años.

La salud humana en el marco de una perspectiva ecológica

Desde una perspectiva ecológica, la salud humana es el producto de la interacción dinámica entre una gama de variables tanto socioculturales como biofísicas, tales como los parámetros climatológicos y biológicos del medio ambiente, los ciclos de vida de los organismos de enfermedades del entorno, los vectores y modos de transmisión de las enfermedades, la dieta y estado nutritivo del grupo humano, sus costumbres higiénicas, los patrones de contactos y relaciones sociales, las creencias y prácticas médicas autóctonas, y hasta las relaciones políticas entre las poblaciones locales y las nacionales. El análisis ecológico de problemas sanitarios requiere entonces que se identifique el complejo de variables ambientales que influyen mayormente en un locus espacio-temporal específico con respecto a este fenómeno. Por otra parte, la salud constituye uno de los factores más preponderantes en el proceso de adaptación ecológica y en este sentido puede ser un agente causal de las transformaciones culturales (McElroy & Townsend 1989; Brown & Inhorn 1990).

El factor salud y el cambio cultural: el caso wothîha

La tecnología médica moderna ha sido uno de los motores principales del proceso de cambio cultural entre los indígenas de las regiones fronterizas en los últimos 30 años. Aunque tal tecnología ha influido positivamente sobre las condiciones sanitarias de las poblaciones indígenas, también ha sido responsable de fomentar una serie de cambios ecológicos, demográficos y culturales con consecuencias negativas para el cuadro de salud indígena. Como caso de estudio, presentamos los datos pertinentes del cambio cultural entre los indígenas wothîha de los Estados Amazonas y Bolívar, y del impacto de la medicina occidental en este proceso de transformación.

¹ El autor es antropólogo del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, organización adscrita al MSAS y dedicada a la investigación básica y aplicada, con una trayectoria de más de 40 años trabajando en de salud, medicina, y áreas afines.

Hasta los años sesenta de este siglo, los Wothîha mantuvieron en gran medida su independencia económica y cultural del mundo no indígena; la mayoría habitaban las zonas interfluviales selváticas y montañosas del medio Orinoco. evitaban los grandes ríos navegables y los sitios de poblados criollos, y se resistían a la adopción de las conductas y creencias culturales de la población colonizadora. El patrón de asentamiento tradicional, caracterizado por comunidades pequeñas, dispersas, y seminómadas, fue al parecer una respuesta adaptativa a un ambiente hostil desde los puntos de vista militar y epidemiológico (cf. Beckerman 1980). La economía tradicional wothîha se orientaba hacia la subsistencia y estaba basada en el cultivo itinerante de tala y quema y la caza-recolección (Zent s.f.).

Además de las actividades directamente dirigidas hacia la obtención de alimentos, existía una prolífica industria artesanal autóctona que abarcaba la manufactura de varios artefactos: cestas, alfarería, talla en maderas, tinturas, venenos, tejidos, mecates, antorchas, plumaje, collares, ceras, gomas, máscaras, cerbatanas, flautas, tela de corteza de árbol, y totumas. Las variadas actividades económicas y tecnológicas de los Wothîha dependían de un conocimiento muy amplio y detallado de la flora y fauna de su hábitat. La gran sabiduría etnobiológica del Wothîha se refleja en su reputación histórica de ser el arquetipo del hombre selvático, el experto en las artes de la vida en la selva (Giliy 1965), reafirmado en su propia autodenominación: *dearuwa*, el dueño de la selva (Anduze 1971).

Un aspecto importante de la etnobiología wothîha es su conocimiento de las plantas medicinales. El autor llevó a cabo investigaciones etnobotánicas entre los Wothîha tradicionales del Alto Río Cuao y registró que los habitantes de esa región reconocen al menos 114 taxa etnobotánicos de uso medicinal.

A continuación se presenta en la tabla 1 la distribución por frecuencia de taxa etnobotánicos según la categoría de uso medicinal. Es interesante observar que para las siguientes afecciones existe una gran variedad de plantas conocidas por los Wothîha que presentan propiedades curativas, es decir para dolencias como picaduras venenosas (24), diarrea (22), dolor de estómago (17), piojo (10), y lechicina (10), el afectado tiene una gama amplia de recursos disponibles para encontrar alivio.

La distribución del conocimiento y uso de plantas medicinales entre los miembros de la comunidad es amplia, difusa, y generalizada; tanto mujeres como hombres, jóvenes y adultos exhiben un conocimiento de muchas plantas medicinales. En contraste, el conocimiento de los cantos y soplos curativos shamánicos es mucho más especializado; solamente los shamanes reconocidos conocen los cantos particulares con los cuales curan diferentes enfermedades. Por otra parte, la recolección, preparación y administración de la mayoría de las plantas medicinales corresponde a una actividad al parecer profana, sin aparente significado espiritual o religioso. Los cantos shamánicos, al contrario, contienen un elemento semántico sagrado explícito.

En resumen, la etnomedicina wothîha se divide en dos sectores globales: (1) el conocimiento profano y generalizado de las plantas medicinales, y (2) el conocimiento sagrado especializado de los cantos curativos y otras actividades shamánicas.

Actualmente, la mayoría de los Wothîha llevan una vida muy diferente a la de sus antepasados. Entre 1960 y 1980 hubo una gran migración de personas y comunidades completas río abajo con el resultado de que las selvas cabecereñas, que antes formaban el núcleo de asentamiento wothîha, han sido casi abandonadas y la mayoría de las comunidades hoy en día se encuentran concentradas a lo largo de ríos navegables o carreteras de vehículo de motor, en zonas periféricas a su territorio tradicional (ver la figura 1).

Tabla 1. Distribución por frecuencia de taxa etnobotánicos según uso medicinal

Tipo de mal o condición	Número de plantas que son curativas
Picaduras venenosas	24
Diarrea	22
Dolor de estomago	17
Piojo	10
Lechina	10
Herida cutánea	8
Dolor de diente	8
Dolor de estómago	7
Pinta leishmaniasis	66
Dolor de cabeza	6
Vitamina	5
Sarna	4
Huevo de larva	4
Sarampión	4
Tosferina	3
Picapica	2
Tuberculosis	2
Dolor muscular	2
Dolor de oído	2
Conjunctivitis	2
Gonorrrea	2
Afrodisíaco	2
Hepatitis	2
Fractura de hueso	1
Retención de placenta	1
Calambre	1
Quemadura de labio	1
Dolor de los riñones	1
Sinusitis	1
Parto de niño	1
Tumor	1

Las comunidades contemporáneas son mucho más grandes y permanentes que en el pasado, con el resultado de que los habitats naturales alrededor de los asentamientos han sido mucho más alterados por las actividades humanas. En el plano social, son mucho más frecuentes los contactos sociales y económicos entre las poblaciones wothíha y la criolla venezolana. La economía de subsistencia se ha transformado en una economía capitalizada y orientada a la producción de excedentes; los Wothíha venden productos naturales tanto agrícolas como silvestres, artesanía y mano de obra, y compran herramientas, utensilios culinarios, ropa occidental, alimentos industriales, y hasta

Figura 1

máquinas eléctricas y de combustible. Se han observado otros cambios igualmente drásticos en otras áreas culturales: organización social, política, religión, cultura expresiva e intelectual y recreación (Mansutti 1990; Zent 1992; Olham 1995). Simultáneamente, las formas tradicionales de la cultura *wothilha* sobreviven solamente en unas pocas regiones muy remotas, como los cursos altos de los Ríos Cuao, Parguaza y Samariapo.

La transición geográfica y cultural de los *Wothilha* mencionada arriba coincide en términos temporales y espaciales con la introducción y difusión de servicios modernos de atención médica a sus áreas de ocupación, y precisamente debido a tal correlación podemos inferir que estos servicios constituyen uno de los motores causales del patrón observado de cambio cultural. Después de la Segunda Guerra Mundial, tanto las organizaciones misioneras (católicas y protestantes) como el gobierno venezolano iniciaron la prestación de servicios médicos científicos occidentales a los indígenas del Territorio Federal Amazonas (TFA). En los años cuarenta, programas incipientes de vacunación, investigación de condiciones sanitarias, y tratamiento de enfermedades fueron llevados a cabo por médicos afiliados a la Unidad Sanitaria de Puerto Ayacucho y al Instituto Nacional de Nutrición. En los años cincuenta, establecieron un hospital pequeño en la capital del TFA, Puerto Ayacucho, y abrieron las operaciones de la Dirección de Malariología, ente encargado del control de la malaria adscrito al MSAS.

En los años sesenta, se establecieron medicaturas rurales en otras localidades del territorio (Isla Ratón, San Fernando de Atabapo, y San Juan de Manapiare). En los años setenta, se instaló la Comisionaduría de Salud Pública, adscrita al MSAS en Puerto Ayacucho, encargada de organizar las campañas de vacunación y de administrar el Programa de Medicina Simplificada. En los años ochenta, se fundó el Centro Amazónico para la Investigación y Control de Enfermedades Tropicales "Simón Bolívar" (CAICET), organismo dedicado fundamentalmente a la investigación básica y aplicada de las enfermedades endémicas de la zona, y que también ha desarrollado programas de vacunación y control de epidemias.

Debido al carácter eminentemente rural del Estado Amazonas, el mismo cuenta con escasos servicios de salud privados, siendo el sector público el responsable de prestar la mayor atención de salud a la población. Es probable que el Programa de Medicina Simplificada (PMS) constituya el aspecto de la cobertura sanitaria pública que ha tenido más impacto en las comunidades indígenas, precisamente porque significa la implantación y adaptación de la tecnología moderna directamente al habitat local. El PMS fue diseñado, instituido, administrado, y financiado por el MSAS con el fin de prestar la atención primaria de salud en una forma accesible, continua, permanente, integral, eficiente y de bajo costo a la población rural dispersa. Según diferentes opiniones, está dirigido a "proporcionar a la población rural dispersa atención de Salud en forma permanente, continua, accesible y eficiente" (Becerrit 1990:17), y "ejecutarse acciones de Promoción, Prevención y Protección de la salud a nivel primario a la población rural dispersa, promoviendo la participación comunitaria, educación para la salud, acción intersectorial, así como el desarrollo de tecnología propia (Mirabel de Prato 1995:15)". El PMS consiste en dos partes fundamentales: (1) los Ambulatorios Rurales tipo I, que son unidades básicas ubicadas en poblaciones dispersas (< 1000 personas por área), abastecidos con medicinas y equipos médicos, y atendidas por Auxiliares de Medicina Simplificada; y (2) los Auxiliares de Medicina Simplificada (AMS), o para-médicos, quienes son personas residenciadas en las comunidades donde trabajan, capacitadas en la prevención primaria, secundaria y terciaria de

salud, que a su vez corresponden a la promoción, prevención, protección, restitución, rehabilitación, y educación de la salud (Mirabel de Prato 1995: 22-23). Aunque en teoría, las intenciones del PMS son meritorias, especialmente en el sentido de ubicar los recursos y acciones de atención médica dentro de las comunidades rurales e indígenas mismas, y así hacerlos más accesibles a la población rural e indígena, sin embargo en la práctica ha generado algunos resultados contraproducidos. La doble cara del sistema actual de administración de la medicina occidental es el próximo tópico de discusión.

Impactos positivos y negativos de la tecnología médica occidental entre los Wothïha

El mayor impacto positivo de la tecnología médica moderna sobre la salud de los Wothïha se registra en las cifras demográficas. En este sentido, se observa que la disponibilidad de esta tecnología está directamente correlacionada con la disminución de la mortalidad y aumento de natalidad (Zent 1993). Estos datos indican que la medicina occidental ha dado la posibilidad a los indígenas de protegerse de enfermedades letales y además, ha incidido positivamente en la salud de las mujeres en edad reproductiva. El resultado demográfico global de esta intervención es una población wothïha en proceso de crecimiento rápido. Si los datos censales son correctos y abarcan la mayoría de la población wothïha, al comparar los censos indígenas de 1982 y 1992, se hace evidente que el grupo étnico wothïha acrecentó su número en una extraordinaria proporción de un 64% en la última década, oscilando las cifras desde 7.030 en 1982 hasta 11.539 en 1992 (OCEI 1985: OCEI 1993). Ello demuestra un patrón demográfico expansivo acorde con las realidades de los otros pueblos indígenas de la guayana venezolana, quienes también han experimentado contactos sanitarios más frecuentes con el resto del país (Huber & Zent 1995: 47). La salud demográfica asegura no solamente la sobrevivencia genética de esa población humana endémica, sino también constituye una condición necesaria para la sobrevivencia del grupo como entidad etno-cultural diferente. Los beneficios sanitarios del acceso a la medicina occidental se perciben obviamente no solamente por los que manejan todas las cifras demográficas pertinentes, sino también por los mismos wothïha. Como se mencionó anteriormente, la historia de migración de asentamientos wothïha en los últimos 20-30 años refleja un patrón definido de movimiento desde las zonas de río arriba a las zonas de río abajo, precisamente hacia donde están más accesibles los servicios médicos modernos. Una conclusión clara de esta tendencia es que el acceso a los recursos médico-sanitarios occidentales se ha convertido en una atracción para los Wothïha, cuya tecnología médica tradicional está mal equipada para curar enfermedades de origen exógeno (Zent 1993: 57). Además, la respuesta más popular a las indagaciones acerca de porqué se mudaron desde el interior de la selva a las comunidades río abajo, es porque en la selva no contaban con las medicinas ni los doctores de los criollos y temían morir en el caso de caer enfermos (véase también Boglar y Caballero 1979: 66).

Por otra parte, la distribución y disponibilidad actual de la tecnología médica moderna es muy desigual, estando mucho más concentrada en las zonas de río abajo, o de más fácil acceso a los centros urbanos criollos, siendo así más accesibles en tanto más cerca se está de la periferia del territorio de ocupación tradicional wothïha. Los servicios disponibles no alcanzan a cubrir ni beneficiar a los pocos grupos tradicionales que todavía permanecen asentados en el interior, para los que en la mayoría de los casos su única opción es viajar fuera de su territorio para encontrar los tratamientos de salud

que necesitan. De los 18 AMS en el Distrito Sanitario de Atures del Estado Amazonas (Mirabel de Prato 1995: 2), ninguno se encuentra viviendo ni trabajando regularmente dentro del rango tradicional de territorio tribal. Debido a que la accesibilidad a la biomedicina occidental ha requerido un cambio drástico de residencia y en consecuencia de vida social, económica, ecológica y cultural, podemos señalar que implica una mayor dependencia en la asistencia externa suministrada principalmente por el sector público; un aspecto importante de este mismo proceso de dependencia es la devaluación de la tecnología médica tradicional o autóctona. Tanto el proceso de cambio cultural generado por la migración río abajo como el uso y dependencia más prevalente de la medicina occidental han contribuido a la degeneración y la pérdida de interés y transmisión del conocimiento y la práctica de la medicina tradicional. A través de un estudio sistemático sobre la variación de conocimiento etnobotánico entre la comunidad wothíha aculturada de Gavilán, Río Cataniapo, se determinó que los jóvenes varones de esa comunidad están perdiendo rápidamente el conocimiento tanto de plantas en general como de las plantas medicinales en particular (Zent s.f. 1996). En primer lugar, se observó una declinación abrupta de conocimiento etnobotánico en los varones adolescentes y adultos jóvenes (< 30 años). Además del factor de la edad, se observó que este proceso ha sido fomentado directamente por la capacidad bilingüe de los individuos (hablantes de wothíha y castellano) e indirectamente por la educación formal (años de escolaridad). En segundo lugar, se observó una relación directa entre la capacidad de identificar plantas y señalar correctamente el uso medicinal correspondiente (ver las Figuras 2 y 3).

La progresiva dependencia de las comunidades indígenas con respecto a la medicina occidental del sector público ha constituido en realidad una estrategia contraproducente y vulnerable, dada la desmejora substancial de estos servicios médico-sanitarios desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo. Es decir, al depender de los servicios sanitarios públicos han perdido progresivamente su otra capacidad de automedicarse, lamentablemente han ido perdiendo su conocimiento medicinal tradicional. Al mismo tiempo, el Estado ha ido perdiendo vertiginosamente su capacidad de continuar ofreciendo los servicios sanitarios ya establecidos, debido a la depresión económica que ha confrontado desde la década de los ochenta. En este sentido, se evidencia un reciente deterioro en los servicios médico-sanitarios disponibles para toda la población, lo que ha traído como consecuencia una degradación en las condiciones de salud global. Los indígenas wothíha expresan su frustración al respecto en términos lacónicos y elocuentes cuando señalan que no visitan las medicaturas pues no encontrarán medicinas allí, que no se nombran requeridos AMS puesto que no hay recursos para nuevos cargos, o que los ambulatorios no hacen los recorridos de rigor pues no tienen combustible o medios de transporte para ello, entre otras cosas. Al mismo tiempo, muchos lamentan el hecho de que han olvidado las medicinas naturales usadas por sus abuelos, aquellas disponibles en su ambiente y sin requerir dinero para obtenerlas. En otras palabras accederían a ellas sin depender de nadie.

Posibles líneas de investigación y vías de solución

El núcleo de la solución a la problemática tratada en este artículo estriba en adaptar los sistemas de atención médica al ambiente local en lugar de intentar moldear el contexto local indígena a los sistemas de salud occidental importados. Un gran paso se daría al menos en reconocer la necesidad de revertir la ecuación o al menos balancear la importancia de los sistemas de salud indígena y occi-

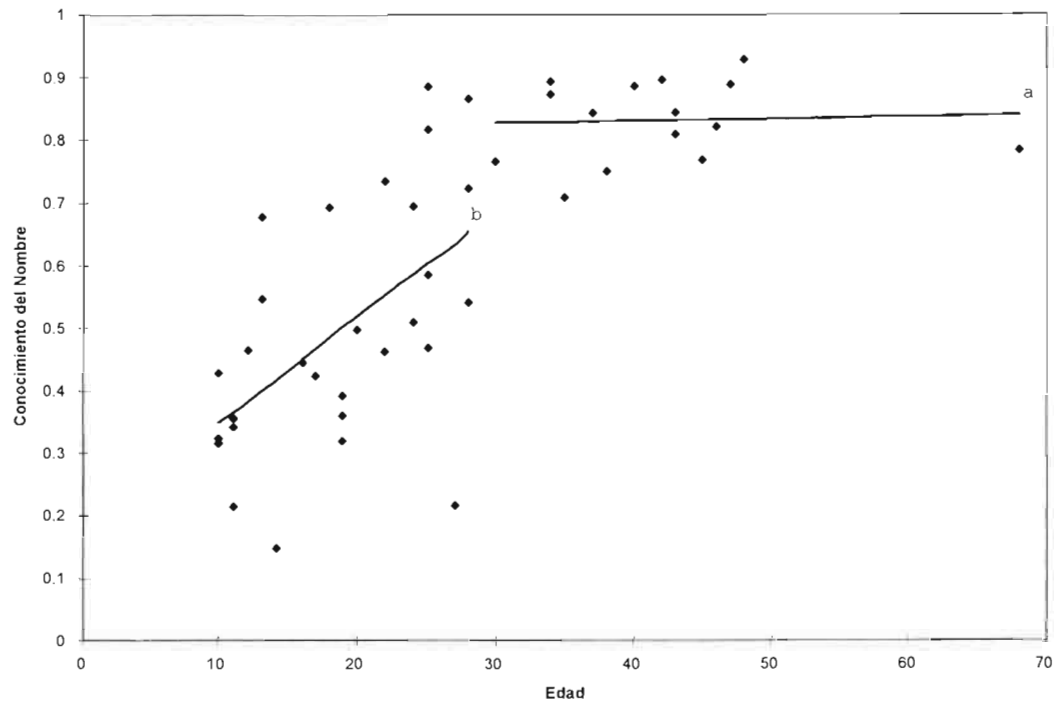


Figura 2. Regresión Linear de la Edad y el Conocimiento Etnobotánico (de la Nomenclatura Básica de las Plantas), según los Subgrupos de Edad. Las líneas de regresión representadas en la gráfica son: (a) modelo lineal para el grupo de ≥ 30 años ($r^2 = .002$; $y = .8176 + .00032x$, $p > .8$); y (b) modelo lineal para el grupo de < 30 años ($r^2 = .296$; $y = .1786 + .017x$; $p < .003$)

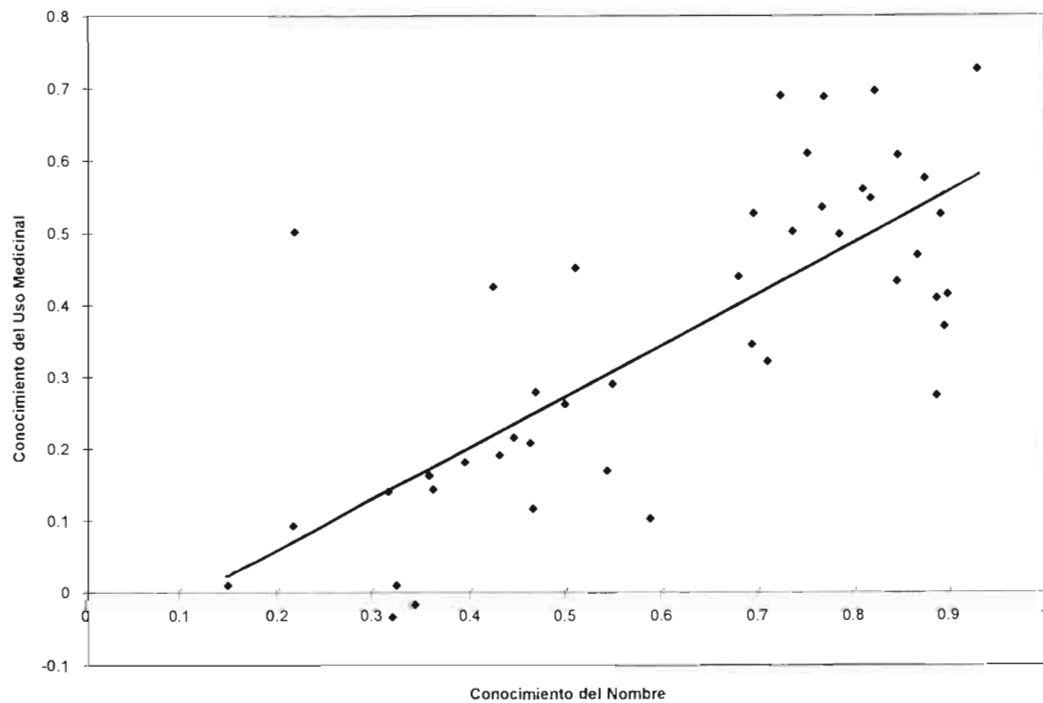


Figura 3. Regresión Linear del Conocimiento Etnobotánico del Nombre Básico y del Uso Medicinal de las Plantas. La línea de regresión representada en la gráfica corresponde al modelo lineal ($r^2 = .559$; $y = -.082 + .711x$; $p < .001$).

dental. En esta línea de reflexión, existe ya un mínimo intento de cambio expresado en el programa de AMS, aún, este no es suficiente. Es necesario re-orientar toda la ideología del sector salud dirigido a los indígenas. El primer paso para iniciar este proceso de cambio sería emprender una re-evaluación de las prácticas médicas tradicionales, en particular el uso de sustancias naturales con propiedades terapéuticas. Debe subrayarse en este contexto, la urgencia de reconocer el valor de estudiar la medicina tradicional no desde el punto de vista occidental -que implica sólo la conversión simplificada desde la forma tradicional hasta la forma occidental- sino con la finalidad de preservar, extender y estimular su aplicación dentro de las comunidades indígenas mismas donde la necesidad y el impacto son mayores. En términos simples, dado que la medicina tradicional formó parte por muchos años de una estrategia de sobrevivencia no sólo cultural sino biológico, debe restituirse su valor dentro de la dinámica biocultural indígena. Esta sugerencia no implica la negación de la importancia de la medicina occidental sino más bien la integración de lo tradicional y lo occidental dentro de un solo sistema comprensivo más integral. En este contexto, la medicina occidental sin duda alguna ha jugado un papel trascendental con respecto a las enfermedades letales introducidas, y de hecho se ha sugerido que se extienda este beneficio a las poblaciones rurales más aisladas e inaccesibles.

El fortalecimiento de la medicina tradicional podría beneficiarse a través de la promoción de programas educativos, entre los que se encuentran las dos siguientes orientaciones:

1. El aprendiz de shamán, en el que se designan individuos con un fuerte estímulo para aprender los conocimientos de un sabio tradicional. Esta perspectiva es más adecuada cuando el tipo de conocimiento es más especializado y limitado a ciertas personas. La figura del AMS puede ofrecer los primeros candidatos idóneos para llevar a cabo este plan de acción.
2. La enseñanza sistemática en las escuelas de nombres, identificaciones, usos, dosificaciones, etc. de sustancias naturales terapéuticas, como por ejemplo plantas, hongos, animales medicinales. Esta perspectiva corresponde más al tipo de conocimiento generalizado como por ejemplo las plantas medicinales de los Wothíha descritas arriba. Un ejemplo muy meritorio de esta orientación lo constituye la publicación en elaboración que el Dr. Werner Wilbert de la Fundación La Salle está preparando para los Warao del Delta Orinoco.

En conclusión, las pautas sugeridas en este trabajo para la re-invenición de los sistemas médico-sanitarios en las comunidades indígenas, pretenden que los indígenas accedan a los recursos médicos de una manera más económica, eficiente, equitativa y efectiva. La integración de los dos sistemas de salud indudablemente ayudará además a elevar la autoestima étnica de los pueblos indígenas contribuyendo a la continuidad cultural, lo que fue el propósito y el interés del programa llamado PRO-COMSIWA. Resulta fundamental que esta línea de pensamiento se incorpore explícitamente a la política gubernamental en este momento y no se postponga indefinidamente o que reciba sólo un apoyo implícito inactivo.

Referencias

ANDUZE, P.

1974 *Los Dearuwa: Dueños de la selva*. Biblioteca de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales. Vol.XIII, 143pp.

BECERRIT, D.

1990 *Extensión de Cobertura en los Sistemas Locales de Salud. Medicina Simplificada*. Publicación SILOS.

BECKERMAN, S.

1980 "On Ecology, Choice and Amazonian Settlement Patterns", *Current Anthropology* 21 (5):704-705.

BOGLAR, L. & J. CABALLERO

1979 "Piaroa Revisitados: un caso de asimilación forzada", *Neprijzi Ertesitó* 61, 65-82.

BROWN, P.J. & M.C. INHORN

1990 "Disease, Ecology and Human Behavior", en T.M. Johnson & C.F. Sargent (eds), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, New York: Praeger.

GILIJ, F.S.

1965 *Ensayo de Historia Americana o sea Historia Natural Civil y Sacra de los Reinos y de las provincias Españolas de Tierra Firme en la América Meridional*. Biblioteca de la Academia Nacional de la Historia. Vols., I, II, III, Caracas.(1º edición, 1783)

GORINSKY, C.

1990 "Ethnobiology and Medecine", en D.A. Posey & W.L. Overal (eds), *Ethnobiology: Implications and Applications*, Vol. II, Belem: Museu Paraense Emilio Goeldi: 119-123.

HUBER, O. & S. ZENT

1995 "Indigenous people and vegetation in the venezuelan Guayana: some ecological considerations", en H.D. Heinen, J.J. San Jose & H. Caballero Arias (eds.) *Naturaleza y Ecología Humana en el Neotrópico*, Serie de Scientia Guaianae N°5, Caracas: REFOLIT C.A.: 37-64.

MANSUTTI, A.

1988 "Pueblos, comunidades y fondos: los patrones de asentamiento Uwotjuja", *Antropológica* 69: 3-36.

1995 "Demografía, Ocupación del espacio y Desarrollo Sustentable entre los Piaroas del Estado Amazonas", *Amazonas: Modernidad en Tradición*, GTZ/CAIAH-SADA Amazonas. Caracas: 63-85.

MELROY, A & P.K. TOWNSEND

1989 *Medical Anthropology in Ecological Perspective*. Boulder, Col.: Westview Press.

MIRABEL DE PRATO, M.L.

- 1995 *Rol del Auxiliar de Medicina Simplificada y los Factores Socio-Sanitarios de la Etnia Piaroa*. Tesis de licenciatura en enfermería. Universidad Central de Venezuela, Facultad de medicina, Escuela Experimental de Enfermería, Caracas.

OCEI (Oficina Central de Estadística e Informática)

- 1985 *Censo Indígena de Venezuela: nomenclador de comunidades y colectividades*. Caracas: Taller Gráfico de la OCEI.
- 1993 *Censo Indígena de Venezuela 1992*. Tomo I., Caracas: OCEI.

OLDHAM, P.

- 1995 "Organizaciones Indígenas y Desarrollo Sustentable en el Amazonas venezolano: Una experiencia con los Piaroa", in *Amazonas Modernidad en Tradición*, GTZ/CAIAH-SADA Amazonas, Caracas: 63-85.

PLOTKIN, M.

- 1993 *Tales of a Shaman's Apprentice: An Ethnobotanist Searches for New Medicines in the Amazon Rain Forest*. New York: Viking Penguin.

SOEJARTO, D.D. & N.R. FARNSWORTH

- 1989 "Tropical rain Forests: Potential Source of New Drugs?". *Perspectives in Biology and Medicine* 32(2): 244-256.

WILBERT, W.

- 1996 *Fitoterapia Warao*. Fundación La Salle de Ciencias Naturales. Instituto Caribe de Antropología y Sociología, Monografía N° 41, Caracas: Editorial COQUI, C.A.

ZENT, S.

- 1992 *Historical and Ethnographic Ecology of the Upper Cuao River Wothiha: Clues for an interpretation of Native Guianese Social Organization*. PhD Dissertation, Columbia University.
- 1996 *Acculturation and Ethnobotanical Knowledge Loss among the Piaroa of Venezuela*. Comunicación presentada en el Congreso "Endangered Languages, Endangered Knowledge, Endangered Environments", University of California at Berkeley, 25 - 27 de octubre.
- s.f. "The Quandary of Conserving Ethnoecological Knowledge: A Piaroa Example", en T. Gragson & B. Blount (eds), *Ethnoecology: Knowledge Resources and Rights*, University of Iowa Press.

III. ENSAYOS SOBRE LOS EFECTOS DEL CONTACTO

LO PROPIO Y LO ADQUIRIDO: *Complejidades sobre la pobreza y la salud entre los pueblos indígenas de Guayana en Venezuela*

Alexander Mansutti Rodríguez¹

En artículos recientes llamamos la atención acerca de fenómenos socio-espaciales y demográficos que están cambiando el marco de la reproducción social de los pueblos indígenas de la Guayana venezolana (Mansutti Rodríguez 1993; 1995). Planteamos que, luego de más de trescientos años de balances demográficos negativos o sin crecimiento sostenido, la población de la mayoría de los pueblos indígenas de esta región está en plena transición demográfica y por ende en una etapa de crecimiento poblacional. Simultáneamente, sugerimos que se está fortaleciendo la subordinación formal de los procesos de trabajo de las formas de producción indígenas al mercado capitalista de bienes y servicios y respondiendo a ello, se está imponiendo el reordenamiento acelerado de su población alrededor de los centros poblados criollos de manera que comienza a aparecer una red notablemente jerarquizada de asentamientos, similar a la que es característica de la sociedad occidental.

Este proceso está íntimamente imbricado a los cambios de expectativas, hábitos y símbolos que se han venido dando entre los pueblos indígenas a consecuencia de la densificación de sus relaciones de intercambio con la sociedad capitalista contextual y cuyos dinamizadores más potentes han sido el aparato escolar, las misiones y las organizaciones políticas, bien sean estas últimas criollas o étnicas.

Aquí trataremos de reflexionar sobre las consecuencias que estos procesos pueden tener sobre la salud y calidad de vida de las poblaciones indígenas.

Reflexiones sobre el concepto de pobreza y los indígenas

Al contrastar el concepto común de pobreza (Bethencourt G. & C. Fernández 1995; Dávila 1995) con lo que los indígenas conciben como tal, constatamos las dificultades que debe enfrentar el analista al valorar con criterios occidentales el disfrute de los bienes y atributos que se poseen en sociedades donde las expectativas de acumulación y riqueza son diferentes. ¿Como definir, por ejemplo, que se entiende por necesidades básicas insatisfechas (NBI) para un Yanomami de la Sierra Parima? ¿cual es la línea de pobreza de un Wothilha (Piaroa) del Alto Cuao? Si el patrón de comparación que permite medir la insatisfacción es la proyección de las necesidades propias de Occidente, como por ejemplo, el monto del ingreso per capita, una casa de bloques y cemento, agua corriente, electricidad, atención bio-médica oportuna y acceso a la escuela, entonces evidentemente que los pobladores de tan alejadas regiones deben ser definidos como pobres entre los pobres.

¹ Antropólogo, Universidad Nacional Experimental de Guayana, Ciudad Bolívar

En contraste, si el patrón de comparación es cuan seguros se sienten ellos, cuan abundantes y fáciles de obtener son los alimentos que consumen, cuan poderoso es el hombre que cuida la casa y el entorno en que se desenvuelve, entonces nos encontraremos con sociedades de suaves jerarquías en el que hay grupos locales ricos y pobres para los que las diferencias tienden a oscilar entre límites relativamente cercanos. Como en todo sistema discontinuo, marcador de particularidades, la jerarquización en estas sociedades se reglamenta por normas de comportamiento que regulan las relaciones entre los diferentes. Este fenómeno de jerarquización y estratificación social, poco estudiado por una etnología profundamente influenciada por el mito del igualitarismo amerindio, es parte de la cotideaneidad de los pueblos indígenas y de él queremos partir en nuestro análisis.

Los Wothilha, un pueblo al que le debo buena parte de mi experiencia etnográfica, tienen una palabra que define la condición de riqueza: *ruwa*. Así, al constructor y jefe de una churuata le dicen *itsode'ruwa*, al dueño de una piara de báquiros *ime'ruwa* y al beneficiario del derecho de hacer una fiesta *warime* le dicen *warime'ruwa*. Todo aquel que es dueño de algo, por haberlo construido o heredado, es definido como su *ruwa*.

En oposición al concepto de riqueza está el de pobreza, pobreza que suele aludir a carencias espirituales o materiales de aquel a quien se juzga y que están relacionadas con aspectos de su competencia técnica, política o simbólica. Para referirse a la pobreza, el Wothilha la nombra *utsura* y al individuo que es pobre le dice *utsura'itsa*. Esta palabra quiere decir paralítico, alguien que tiene poca capacidad para satisfacer sus necesidades debido a la carencia de la capacidad de moverse.

Si, a partir de estas nociones, usted preguntara a los Wothilha más tradicionales las razones por las cuales unos Wothilha son considerados *ruwa* y otros *utsura*, el mayor peso del juicio sería dado a su capacidad o incapacidad para negociar con los dueños del mundo invisible el flujo de energía y materia que necesita el sistema social para mantenerse prolífico. Así, aquellos que son dueños de muchos tipos de animales y plantas, cuya abundancia se refleja en las comidas de todos los días, son grandes *ruwa*, hombres capaces de mantener la riqueza de los predios por ellos regentados mientras que aquellos que no logran mantener cotos y placeres llenos de caza y pesca son pobres -*utsura*-. Ser rico es, entonces, una función directa de la sabiduría que permite al hombre sabio negociar con los dueños espirituales de los recursos, hasta lograr que liberen en el territorio por él custodiado todos los bienes animales y vegetales que son necesarios para que todo el mundo: hombres, animales y plantas se mantengan bien alimentados. Sabiduría que sólo puede ser conseguida si previamente se es espiritualmente rico en poderes shamánicos; y poderes shamánicos que son aprendibles y controlables si quien los desea está integrado a una red rica en hombres y mujeres sabios (Mansutti Rodríguez 1991). La riqueza es, por tanto, un nivel de calidad de vida bien valorado que es consecuencia de la acumulación de valores que están íntimamente ligados a las capacidades shamánicas, es decir a los conocimientos que se tienen de la lógica y los métodos y procedimientos que aceitan los engranajes de un universo donde no existe lo natural "independiente del hombre y sus poderes de pensamiento" y que por ende está profundamente socializado -"cultivado" diría Descola (1992)- merced a los poderes de ciertos individuos -los shamanes- sobre los otros mundos que coexisten con el de los hombres. En consecuencia, lo étnico delimitaría un primer nivel de aproximación al contraste entre riqueza y pobreza a partir de la relación entre el hombre y su capacidad para generar, mantener y viabilizar la explotación de la riqueza de su entorno.

Este contraste de riqueza/pobreza, profundamente imbricado con el de calidad de vida cotidiana, se transforma substancialmente cuando salimos del ámbito étnico. En efecto, los Wothilha, para

seguir con nuestro ejemplo, consideran que ellos son pobres en comparación con los *ruwa* criollos de las materias duras. Incluso, el más rico *ruwa* tradicional puede estar en desventaja frente al más pobre de los criollos. La diferencia tiene un claro origen mítico; Puruna, personaje probablemente tomado como préstamo cultural del Purunaminarri² de sus vecinos maypures, avanís y quirubas, quien creó a los criollos y a ellos dio todos los metales mientras que Wahari, el creador de los Wothíha, sólo los dotó de materiales blandos, susceptibles de pudrirse. Puruna era cuñado de Wahari y, como él, poderoso shamán pero nunca pudieron entenderse de manera que esta relación conflictiva fue heredada a sus criaturas, wothíha y criollos, entre quienes se estableció una diferencia ontogénica.

Así, desde la perspectiva wothíha, un plano doble define a la pobreza. Por un lado, la capacidad de gestión de lo social desde los poderes shamánicos y, por el otro, la capacidad de acceder a los bienes occidentales por ellos deseados.

Al reflexionar la situación de cada indígena desde el proceso de cambio del sistema de asentamientos que caracteriza su mundo actual y a partir de los objetivos estratégicos implícitos en la opción asumida por cada grupo local al crear un asentamiento, tendríamos tres opciones situacionales básicas: 1) grupos tradicionalistas, generalmente periféricos, 2) grupos rurales directamente articulados a Occidente entre los que habría varias clases atendiendo al nivel de integración a la red occidental de poblados y 3) grupos urbanos. La ubicación del grupo local, asumido este como unidad de análisis, será un punto en un continuum valorativo que va desde aquel que estima más importante la riqueza shamánica y poco sustantivos aquellos bienes occidentales diferentes a los instrumentos de trabajo que hoy facilitan su vida (machetes, hachas, motores fuera de borda, pólvora, etc.) hasta el que asume como propios los patrones de riqueza de la sociedad urbana actual.

Lo que une a situaciones aparentemente dispares es que ellas son opciones de vida asociadas a la migración. Si el protagonista decide quedarse en las regiones interfluviales donde permanecieron sus ancestros durante siglos, entonces será considerado como un wothíha de montaña refractario al cambio. Si él determina que no es suficiente ser rico de manera tradicional, sino que además desea acercarse al gran pueblo donde tantos bienes y servicios lo atraen, entonces estará entre el grupo de los articulados, es decir, aquellos que han decidido equilibrar beneficios y riesgos asociados al aprovechamiento combinado de los estilos de vida aborigen y occidental. Si, finalmente, ha decidido migrar a la gran urbe, entonces pertenece al grupo de hombres, pioneros o no, que han decidido optar abiertamente por un estilo de vida donde lo occidental será dominante. Tomemos, pues, este proceso como centro de nuestro análisis y sigamos adelante.

Migraciones y pobreza

Hemos mostrado en otros textos (Mansutti Rodríguez 1987: 1990: 1992: 1995: Mansutti Rodríguez & Bonneuil 1996), que el actual panorama poblacional es el producto de una enorme sacudida demográfica que ocasionó, entre 1700 y 1900, la desaparición del 80% de los grupos indígenas nombrados por los cronistas de la colonización jesuita y, probablemente una proporción similar de sus efectivos individualmente considerados. Igualmente, hemos adelantado la hipótesis de que los factores que ocasionaron tal catástrofe -enfermedades de origen europeo, esclavización masiva y desor-

² Si esto es correcto, es muy probable que la relación simbólica entre los Wothíha y sus antiguos vecinos haya sido, como lo es hoy con los criollos, desfavorable para los miembros de este grupo y que, en este sentido, nosotros sólo hayamos ocupado el lugar de los Arawak en el discurso wothíha.

ganización social- no actuaron con la misma agresividad frente a todos los grupos indígenas y que tenían mayores posibilidades de sobrevivir aquellos cuyo hábitat estaba en las regiones interfluviales y mostraban un patrón de asentamiento disperso (Mansutti Rodríguez & Bonneuil 1996; Mansutti Rodríguez 1995b).

Las consecuencias geográficas más notables de este fenómeno fueron la aparición de enormes espacios vacíos y un proceso de reocupación del espacio por parte de los grupos que mejor soportaron la debacle, incorporando en sus filas a los que quedaron de los grupos más golpeados. A este fenómeno, que convirtió en demográficamente fuertes a grupos que tenían en su mayoría pequeñas poblaciones relativas y eran ocupantes de regiones interfluviales al momento del contacto, lo hemos denominado de gravitación demográfica.

Por otra parte, los pueblos indígenas de la Orinoquia no eran, al menos al momento del contacto, agregados de comunidades autosuficientes y autosubsistentes que se relacionaban con el otro por el solo placer de hacerlo. De hecho, las redes de intercambio eran un poderoso e insustituible mecanismo, esencial para la reproducción del sistema. Estas fuerzas, que empujan la circulación de los bienes y servicios producidos fuera del área restringida donde fueron producidos, nunca han dejado de imponer su lógica sobre la ocupación del territorio por los indígenas y hoy son, igualmente, parte de la explicación. De hecho, la reocupación indígena de los territorios, abandonados por la fuerza de los acontecimientos, no estuvo promovida sólo por la existencia de espacios vacíos y recursos naturales abundantes. Ello tuvo una direccionalidad asociada a los enormes esfuerzos desplegados por los sobrevivientes para reconstituir, aun cuando fuera parcialmente, las redes de intercambio que permitían el flujo de bienes de origen indígena que tuvieron tropiezos o habían dejado de circular por la desaparición de productores e intermediarios (Mansutti Rodríguez 1990). Igualmente respondieron a la necesidad de ir fortaleciendo las redes de intercambio con los enclaves españoles, portugueses y británicos establecidos en las guayanas, de donde los indígenas obtenían los instrumentos de hierro y ciertos adornos que se habían hecho indispensables para su cotidianidad.

La ocupación de los espacios vacíos y el acercamiento de los grupos interfluviales hacia los sectores navegables de los ríos ha sido un hecho bien documentado para varios grupos orinoquenses. Ya hablamos del texto donde nosotros analizamos el proceso *wothiha* (Mansutti Rodríguez 1990); Alès (1984), Chagnon (1977) y Lizot (1988) han evaluado el punto para los Yanomami, Henley (1988) para los E'niepa, Urbina para los Pemon (sf), y Silva Monterrey (1991) para los Ye'kwana. Quiere decir que hay entonces un fenómeno geográfico casi general que ha aproximado los grupos indígenas a su fuente más importante de instrumentos de trabajo: el mercado occidental, en lo que puede considerarse como el epílogo de una larga transformación que comenzó en el Orinoco Medio cuando las armadillas de caribes llevaron los primeros instrumentos de hierro, probablemente durante el siglo XVI.

El acercamiento masivo a las urbes occidentales o a sus vías de comunicación es indicador de un punto de inflexión o no retorno que ocurrió cuando los grandes circuitos de interdependencia aborígen se demostraron ineficientes para satisfacer las exigencias más elementales de los socios que en él participaban. Entonces, los grupos locales indígenas reorientaron la inmensa mayoría de sus relaciones de intercambio hacia Occidente como surtidor privilegiado de los bienes necesarios para satisfacer sus necesidades. A partir de ese momento, que a nuestro juicio ocurre hace unos 40 años para los *Wothiha*, el mercado occidental de bienes y servicios se hizo hegemónico y los desplazamientos y migraciones rotativas o ajustadas a la dirección impresa por las ancestrales rutas mercantiles

intra e inter-étnicas, da lugar a asentamientos desarraigados de la red aborígen y orientados individualmente a Puerto Ayacucho o Ciudad Bolívar generando así un nuevo sistema de asentamientos donde el regulador básico de los desplazamientos es la cercanía y/o accesibilidad al centro urbano criollo. Comienza entonces a generarse un nuevo tipo de ocupación del territorio, desconectado de las necesidades de reproducción del agonizante sistema aborígen de interdependencia regional.

Una característica, desde el punto de vista socio-geográfico, de este proceso de redistribución y reordenamiento poblacional es la aparición, al inicio del proceso, de una suerte de sistema regional del tipo "solar" en el que cada asentamiento orienta de manera autónoma sus actividades de intercambio mercantil hacia el nodo occidental. La configuración del sistema tiende a densificarse a medida que aparecen comunidades indígenas capaces de convertirse en intermediadores entre el nodo y las comunidades con menos recursos.

Otra consecuencia fácilmente discernible ha sido la progresiva concentración de asentamientos alrededor de los centros poblados criollos y/o de las vías que conducen a ellos y que puede ejemplificarse con el caso wothíha (ver mapa). Finalmente, es de destacar un aumento notable de la población promedio por asentamiento que en los sitios estratégicos multiplica varias veces a la figura tradicional que nos fue ofrecida por quienes trabajaron con los Wothíha en las décadas de los sesenta y setenta (Kaplan 1975; Monod 1987).

Este proceso migratorio ha generado un nuevo panorama poblacional muy similar al que puede ofrecernos cualquier lugar de Venezuela: un sistema de asentamientos jerarquizado, con nodos de primer, segundo y tercer nivel, estos últimos de naturaleza indígena y en pleno proceso de conformación y consolidación, a cuyo derredor se establecen redes de relaciones con asentamientos dependientes.

La incorporación de las redes de asentamientos indígenas al patrón y sistema de asentamientos típicamente occidentales y a los beneficios que desde estos se aporta en atención médica, educación escolarizada y salarios, frena las continuas mudanzas características del período previo y ancla a los miembros de las unidades residenciales en el gran pueblo. El indicador más interesante de la madurez de este proceso de sedentarización es que el asentamiento sobrevive al deceso de los fundadores. La consecuencia de la sedentarización de pueblos de grandes dimensiones es un aumento de la presión sobre los recursos aledaños, los cuales implican impacto severo sobre la disponibilidad de los recursos. Puede evidenciarse entonces un aumento de la distancia entre el sitio de residencia y los sembradíos, cotos de caza y placeres de pesca.

Las áreas densamente pobladas, como las establecidas en la cercanía de las carreteras o del río Orinoco, tienen escasez de animales de cacería y tierras para conuco. Ello se ve compensado por un aumento en la intensidad de la explotación del río, un aumento en el tiempo de explotación del conuco y la disminución del período de barbecho de las tierras sembradas. He aquí indicadores de empobrecimiento que muy probablemente se ven compensados por la facilidad con la que los Wothíha mejor integrados a Occidente acceden a los bienes de origen industrial y servicios médicos y escolares, además de los programas sociales del Estado articulados a ambos.

En la periferia del sistema nos encontramos con un grupo de comunidades de pequeñas dimensiones que mantienen la tradicionalidad wothíha en algunos de sus perfiles más típicos. A pesar de ello, los asentamientos forman parte de la red y sus miembros dependen también del flujo de bienes occidentales que obtienen de los socios que viven en otras comunidades indígenas, generalmente mejor relacionadas con las fuentes de bienes industriales. Pueden definirse como grupos locales que

viven en una situación de relativa abundancia de cacería y tierras cultivables pero que tienen enormes dificultades para reproducirse como segmento diferenciado de la sociedad. tal como Zent (1992; 1993a) lo ha demostrado para los grupos wothilia del Alto Cuao que muestran un balance demográfico negativo a consecuencia de la alta tasa de fallecimientos o de las pérdidas derivadas de los que emigran a los asentamientos más cercanos a Puerto Ayacucho. Revertir esta tendencia y permitir que sobreviva adecuadamente el concepto más tradicional de riqueza entre los Wothilha, implica implementar medidas, sobre todo sanitarias, que permitan impedir las numerosas migraciones que se dan en busca de estos servicios. He aquí otro indicador de pobreza, característico en este caso, de los grupos tradicionalistas.

El reordenamiento socio-espacial de la población y su orientación por el sistema mercantil-capitalista, asociado a la aparición de nuevas expectativas entre los grupos que se formaron en el contacto masivo con la escuela, las iglesias y los partidos, esta llevando a la conformación de un tercer núcleo de población: los indígenas urbanos.

Uno de los resultados más resaltantes del censo indígena de 1992 (Venezuela 1993) es la sinceración de las cifras de población urbana para la mayoría de los grupos indígenas del país. En efecto, el hecho de que un 42% de esta población sea clasificada como urbana (ver Tabla 1 y mapa), a pesar de que estos números fueron groseramente subestimados para los Pemón, nos indica que el proceso de migración rural-urbana se ha desencadenado entre los indígenas.

Si desglosamos la información por grupo étnico y nos concentramos en los estados Amazonas y Bolívar, entonces podemos constatar que el porcentaje de población indígena urbana en ambos baja a 11% y 3% respectivamente (Venezuela 1993). Ello es indicador de que el proceso está en una etapa precedente a la alcanzada por los grupos zulianos, donde los Añu y Wayúu llegan hoy a cifras urbanas que rondan el 60% del total de la población.

El que el proceso de migración rural-urbano no se haya evidenciado en algunas étnias mientras que en otras la distribución de sus cifras se acercan al de la población nacional, nos indica la riqueza de situaciones presentes y evidencia el carácter desigual de su desarrollo. Así, el desglose de la información censal por grupo étnico entre aquellos cuya población urbana es superior al 10% y los que no alcanzan al 5% (tablas 2 y 3) establece que hay enormes diferencias en el comportamiento socio-espacial entre los grupos. En efecto, en contraste con los Hiwi (Guahibo) del Amazonas, cuya población urbana asciende a un tercio de su población global, nos encontramos con grupos como los Yanomami, Hoti y E'niepa que no tienen población urbana registrada. Quiere decir que hay un significativo registro de situaciones étnicas diferenciadas.

Si consideramos sólo a los Wothilia y vemos que en apenas 10 años la población urbana pasó de 70 a 170 efectivos, entonces podemos presumir que el proceso se encuentra en su etapa inicial, pudiendo inferirse que la tendencia debe ser a seguir una curva logística o en ese (S) según la cual, ahora estaríamos en el momento de arranque y aceleración del proceso migratorio que en su desarrollo debe movilizar hacia la ciudad a más de la mitad del grupo y conformar barrios étnicos al estilo de aquellos de los Wayúu de Maracaibo.

Para este proceso, el ejemplo hiwi es altamente ilustrante. Todos sabemos que este es un grupo que se destaca por su enorme flexibilidad y capacidad de adaptación socio-cultural. Si hay algún nicho potencial al cual puedan incorporarse, ellos lo hacen rápida y eficientemente. De hecho, los Hiwi son hoy el grupo que mayor versatilidad tiene para aprovechar las posibilidades marginales que ofrece la urbe y cuyo territorio se expande a mayor velocidad. Sabemos que están masivamente incor-

Tabla 1

<i>Pueblo</i>	<i>Venezuela</i>	<i>Urbana</i>	<i>%Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>%Rural</i>
Akawaio	807	0	0%	807	100%
Arawak	248	0	0%	248	100%
Añu	17437	10844	62%	6593	38%
Baniva	1150	269	23%	881	77%
Bare	1210	150	12%	1060	88%
Bari	1520	97	6%	1423	94%
Eñepa	3133	0	0%	3133	100%
Guahibo	11064	2933	27%	8131	73%
Jodi	643	0	0%	643	100%
Kariña	11141	1574	14%	9567	86%
Kuiva	375	22	6%	353	94%
Kurripako	2806	259	9%	2547	91%
Mako	345	0	0%	345	100%
Mapoyo	177	0	0%	177	100%
Pemón	18871	21	0%	18850	100%
Piapoko	1331	113	8%	1218	92%
Piaroa	11103	170	2%	10933	98%
Puinave	773	48	6%	725	94%
Pume	5415	59	1%	5356	99%
Saliva	79	0	0%	79	100%
Sanema	2058	8	0%	2050	100%
Sape	28	0	0%	28	100%
Uruak	45	0	0%	45	100%
Warao	23957	823	3%	23134	97%
Warekena	409	89	22%	320	78%
Wayuu	168310	107444	64%	60866	36%
Yanomami	7069	0	0%	7069	100%
Yavarana	318	1	0%	317	100%
Yekuana	4408	105	2%	4303	98%
Yeral	731	84	11%	647	89%
Yukpa	4173	83	2%	4090	98%
Total	301134	125196	42%	175938	58%

porados en Puerto Ayacucho al comercio informal, reciclan la basura en esta ciudad y en Ciudad Bolívar, y fungen de jornaleros agrícolas en los estados Bolívar y Guárico. En Amazonas, ellos tienen la población indígena con mayor presencia urbana alcanzando en 1992 a 2.870 Hiwi viviendo en Puerto Ayacucho, lo cual representa el 31% de su población total en el estado.

Nuestra experiencia con los Wothiha nos indica que el proceso migratorio no difiere substancialmente de otros similares. En un primer momento, un grupo de pioneros se instala en la urbe y aprende a aprovechar algunas oportunidades. Luego, a este núcleo inicial se van incorporando familiares o amigos que aprovechan las relaciones establecidas por los pioneros para instalarse. Rápidamente, estos núcleos de avanzada van explorando nuevos nichos urbanos que pueden ser aprovechados y a su alrededor se establecen nuevos inmigrantes quienes a su vez se instalan y repiten

Tabla 2

Tabla 3

<i>Pueblo</i>	<i>Amazonas</i>	<i>Urbana</i>	<i>%Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>%Rural</i>	<i>Bolivar</i>	<i>Urbana</i>	<i>%Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>%Rural</i>
Akawaio						807	0	0%	807	100%
Arawak						248	0	0%	248	100%
Añu										
Baniva	1129	269	23%	860	77%	21	0	0%	21	100%
Bare	1209	150	12%	1059	88%	1	0	0%	1	100%
Bari										
Eñepa	139	0	0%	139	100%	2994	0	0%	2994	100%
Guahibo	9221	2870	31%	6351	69%	1462	15	1%	1447	99%
Jodi	257	0	0%	257	100%	386	0	0%	386	100%
Kariña						3391	821	24%	2570	76%
Kuiva	30	2	7%	28	93%					
Kurripako	2760	259	9%	2501	91%	46	0	0%	46	100%
Mako	345	0	0%	345	100%					
Mapoyo						177	0	0%	177	100%
Pemón						18871	21	0%	18850	100%
Piapoko	1167	113	10%	1054	90%	164	0	0%	164	100%
Piaroa	8938	170	2%	8768	98%	2156	0	0%	2165	100%
Puinave	773	48	6%	725	94%					
Purme	1	0	0%	1	100%	34	0	0%	34	100%
Saliva	79	0	0%	79	100%					
Sanema	393	0	0%	393	100%	1665	8	0%	1657	100%
Sape						28	0	0%	28	100%
Uruak						45	0	0%	45	100%
Warao						33	0	0%	33	100%
Warekena	409	89	22%	320	78%					
Wayuu										
Yanomani	7069	0	0%	7069	100%					
Yavarana	318	1	0%	317	100%					
Ye'kuana	2679	80	3%	2539	97%	1789	25	1%	1764	99%
Yeral	731	84	11%	647	89%					
Yukpa										
Total	37587	4135	11%	33452	89%	34327	890	3%	33437	97%

el ciclo. De manera que, a medida que se vaya ampliando el número de inmigrantes, estos irán aprovechando mayor número de nichos, lo cual a su vez creará condiciones para que se sumen más inmigrantes.

Es evidente que los criterios para medir la riqueza o pobreza de los grupos indígenas urbanos deben ser una variante de los que utilizamos para evaluar la situación de los pobladores ciudadanos convencionales pues su sola presencia en la urbe es indicadora de un cambio en su opción de vida, la valoración de sus necesidades, el tipo de satisfactores deseados y los medios de obtenerlos. No nos resulta difícil prever que su inserción en el mercado de trabajo urbano ocurrirá en desventaja frente a la mayoría de los sectores criollos, dadas las deficiencias en escolarización, el escaso arraigo de los hábitos culturales que promueven la iniciativa privada capitalista y las pocas herramientas y habili-

dades técnicas y profesionales útiles en Occidente de que disponen. En consecuencia, engrosarán muchos el ejército industrial de reserva o se incorporarán a ramos no competidos o que exijan bajo nivel de preparación, todos ellos mal pagados, sumándose así estos indígenas a los sectores de pobreza crítica nacional.

Cambio social y salud

La epidemiología de los pueblos indígenas en la Guayana venezolana ha cambiado sustancialmente desde la primera mitad del siglo XVIII cuando grandes epidemias de viruelas, sarampión, tosferina y otras enfermedades infecciosas de origen occidental hicieron estragos y, en virtud de las catástrofes demográficas que inducían, transformaron el panorama poblacional (Mansutti Rodríguez 1994/1996: 1995b). Luego pasamos por un largo período de transición durante el cual la cadena epidemiológica que permitió los grandes estragos del Siglo XVIII no pudo reconstituirse, ya que de ello se encargaron la acción de las patologías convencionales que mantenían regularmente alta la morbi-mortalidad en estos pueblos y los efectos extraordinarios de las epidemias de enfermedades infecto-contagiosas, cuyos efectos eran limitados en virtud de la escasa población y su dispersión.

Es apenas a partir de la década de los cincuenta que tenemos referencia de las primeras vacunaciones llevadas adelante por el Dr. Baumgartner, médico en ejercicio en Puerto Ayacucho quien nos deja una importante obra sobre sus actividades en la zona (Baumgartner 1954). Este acto médico, que desde entonces se ha masificado, genera por primera vez barreras epidemiológicas que han limitado el poder destructivo de las epidemias de enfermedades como el sarampión, la viruela y la tosferina, y crea, por primera vez en los últimos trescientos años, las condiciones para el crecimiento sostenido de la población.

De hecho, las estadísticas de morbi-mortalidad a las que tenemos acceso, tanto oficiales como privadas, nos indican que las epidemias de tosferina y sarampión son bastante raras³, mientras que las de viruela han desaparecido.

Hoy en día, las estadísticas epidemiológicas que conocemos nos hablan de indígenas que se enferman y mueren por cuadros agudos de diarreas, gripes, accidentes, tuberculosis, malaria (vivax y falciparum), hepatitis B y D y que están afectados por parasitosis, enfermedades de la piel, y enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y la gonorrea (Silva Monterrey 1996; Zent 1993b; Yarzabal et al. 1992).

Tan interesante como este cambio, lo es también el hecho de que la inmensa mayoría de los pueblos indígenas guayaneses han tenido algún tipo de experiencia con la bio-medicina a la cual reconocen virtudes curativas desde ópticas y perspectivas diferentes. Nosotros hemos tenido oportunidad de ver shamanes medicando con farmacopea occidental pero ritualizando su administración. Igualmente, hemos sido testigos de esfuerzos por abrir espacios semánticos al gesto bio-médico desde la perspectiva indígena para hacerlo inteligible.

En el contexto de cambio social y epidemiológico descrito, puede verse con facilidad la dificultad de elaborar estrategias simples para enfrentar los problemas de salud que de él se desprenden. En

³ Zent reporta una epidemia de tosferina para el Alto Cuao en 1986 y enfermos de sarampión en fecha indeterminada (Zent 1993b) y Lizarralde y Seijas (1991) una de sarampión entre los Pumé del estado Apure, también en 1986.

primer lugar, cada grupo étnico tiene una manera particular de aproximarse a las enfermedades y sus etiologías, con lenguas y lenguajes propios, y terapéuticas que tienen sus peculiaridades, aunque se desprendan de una suerte de sustrato común pan-amazónico.

Cuando enfrentamos el reto de intervenir los procesos sociales asociados a la salud y la enfermedad entre los grupos indígenas nos enfrentamos en el primer nivel a un problema similar al que le toca dilucidar a aquel que define la pobreza desde parámetros occidentales: ¿como incluir en mi diseño de diagnóstico elementos que me permitan ir más allá del diagnóstico convencional construido a partir de síntomas clínicos e indicadores de laboratorio? ¿que sistema de causalidad proponer? ¿que tratamiento dar? ¿como definir lo social de la salud?. En resumidas cuentas, ¿con cual lenguaje interpretar? ¿como hacer efectivo el mandato de la Organización Mundial de la Salud de considerar a la salud como un estado de bienestar bio-sico-social?.

En segundo lugar vemos que mas allá de lo aparente, bio-medicina y shamanismo tienen espacios de colaboración. En efecto, los pueblos indígenas muestran una marcada vocación para aceptar intervenciones preventivas y curativas desde otros sistemas médicos, quizás por la larga experiencia de intercambio simbólico con Occidente, quizás por la conformación misma de su sistema de interpretación de la salud y la enfermedad, y muy probablemente gracias a arraigados hábitos de intercambio de información y procedimientos terapéuticos con sus vecinos.

En tercer lugar, es evidente que esa suerte de catálogo de situaciones sociales diversas que muestran la casi totalidad de los pueblos indígenas guayaneses⁴ atenta contra todo intento de homogeneización de estrategias de intervención desde la medicina occidental. En efecto, aún cuando la mayoría de los indígenas que pertenecen a un mismo grupo étnico comparten la idea que atribuye a los shamanes el poder de enfermar y sanar, las circunstancias en las que ellos se encuentran y su capacidad para comprender la racionalidad misma del acto bio-médico, son diferentes. Para aquellos que han pasado por la escuela y se han quedado en la ciudad, los gestos médicos son simple ejercicio de técnicas mientras que lo shamánico queda asignado a los especialistas étnicos e, incluso, criollos⁵. Para quienes se quedaron en la selva y restringieron sus contactos con Occidente a lo estrictamente necesario, el acto bio-médico está cargado de significaciones shamánicas, así como quienes lo ejercen.

Todas estas características nos imponen tener cuidado en nuestras acciones. Igual que podemos convertir en pobres a quienes se consideran ricos, la imprudencia puede enfermar a quienes están sanos.

Marshal D. Sahlins (1977), hace notar que las sociedades domésticas son opulentas en virtud de que el poco monto de las necesidades sentidas por sus miembros son ampliamente cubiertas por los recursos disponibles y los medios técnicos a su disposición. Parafraseando a los economistas, se dice que son sociedades de recursos abundantes y necesidades escasas, lo cual contrasta con el modelo occidental donde los recursos se perciben y manejan como escasos mientras que las necesidades se consideran ilimitadas.

De aquí que hablar con pertinencia de pobreza y riqueza entre los indígenas nos impone establecer de cuales necesidades insatisfechas estamos hablando a fin de impedir convertir retóricamente en pobres a quienes de hecho son y se sienten ricos o, peor aún, a quienes además de sentirse ricos desde sus propios parámetros, también cuentan con suficientes tierras y riquezas en recursos como para ser caracterizados como ricos desde la óptica occidental; ejercicio retórico que en muchos

⁴ Con la sola excepción, por el momento, de los Hoti.

⁵ Tenemos referencias de la asistencia de Wothiha urbanos a yerbateros y brujos criollos.

casos ha sido el argumento para expropiarlos con la excusa de que la explotación capitalista de sus recursos por agentes criollos permitiría darles trabajo asalariado y/o calurosas e inadecuadas casas de bloques y/o asistencia médica eventual y/o etc, etc.

En todo caso esperamos haber dejado claro que las nociones de pobreza y salud no refieren a realidades sociales homogéneas, sino a una medida de parámetros de calidad de vida cuya definición y jerarquía son culturalmente definidas. Por ello, la manera como la pobreza y la salud son entendidas presume en todo caso un juicio de valor asociado a la presencia o ausencia de bienes o atributos y, por ende, enfrentarlos como problemas exige el reconocimiento de lo peculiar de cada situación a partir del esquema valorativo del beneficiario de la acción interventora.

Para ello, es necesario afinar mecanismos participativos que involucren a los sujetos de la intervención a fin de validar que parámetros de la pobreza y la salud que se pretenden atacar son un problema. En el caso de los indígenas, donde la distancia cultural entre el que planifica y/o ejecuta y el beneficiario de la acción genera diferencias substanciales de valoración, esta participación, más que deseable, es obligada so pena de terminar atacando problemas que no son percibidos como tales o causando mucho más daño que bien.

Finalmente, esperamos haber dejado claro que la heterogeneidad de la manera como son percibidos y deben ser atacados los problemas en los mundos indígenas es también la consecuencia de los procesos de cambio en sus expectativas y necesidades y en la conformación de sus sistemas sociales, cuyos indicadores más resaltantes han sido el reordenamiento ocurrido en la ocupación del territorio y los procesos de migración rural-urbana, procesos ambos que se están desarrollando de manera desigual en los diferentes pueblos indígenas atendiendo al nivel de dependencia establecido con relación al mercado occidental de bienes y servicios. Se genera en el nuevo sistema una enorme diversidad de situaciones entre las etnias y al interior de cada una de ellas que depende de los contactos e influencias a los que han estado sometidos los pueblos, del conjunto de las oportunidades que les ofrece el contacto y la capacidad que se tiene para percibirlos y utilizarlos, del cierre de oportunidades que ocurre al interior de sus sistemas tradicionales y del nivel de maduración alcanzado por los nichos de pioneros urbanos, entre algunos de los más destacados.

Referencias

ALÈS, CATHERINE

1984 "Violence et ordre social dans une société Amazonienne. Les Yanomami du Venezuela", *Etudes rurales*. 95-96:89-114.

BAUMGARTER, JUAN

1954 "Apuntes de un médico indigenista sobre los piaroa de Venezuela". *Boletín Indigenista Venezolano II* (1-4): 111-125.

BETHENCOURT G. LUISA M. & C. BEATRIZ FERNÁNDEZ

1995 "¿Que sabemos sobre la pobreza en Venezuela?", *Espacio Abierto* 4(1) : 5-18.

CHAGNON, NAPOLEON

1977 *Yanomamö: the fierce people*. New York, Chicago, San Francisco, Atlanta, Dallas, Montreal, Toronto, Londres: Holt, Rinehart and Winston.

DAVILA, JORGE

- 1995 "Enmascaramiento del incumplimiento de los Derechos Humanos: los programas contra la pobreza en Venezuela", *Espacio Abierto* 4(1): 19-51.

HENLEY, PAUL

- 1988 "Los Eñepa (Panare)", en *Los Aborígenes de Venezuela*, vol. III., Etnología Contemporánea, W. Coppens (ed): 215-306. Caracas: Monte Avila /Fundación La Salle de Ciencias Naturales.

LIZARRALDE, ROBERTO & HAYDÉE SEIJAS

- 1991 "Una epidemia de sarampión en 12 comunidades Pumé de los llanos de Apure, Venezuela", *CEVIAP*, N° 2: Caracas.

LIZOT, JACQUES

- 1988 "Los Yanomami", en *Los Aborígenes de Venezuela*, vol. III., Etnología Contemporánea, W. Coppens (ed): 479-583. Caracas: Monte Avila /Fundación La Salle de Ciencias Naturales.

MANSUTTI RODRIGUEZ, ALEXANDER.

- 1987 "Enfermedades exógenas, mortalidad y panorama poblacional en la cuenca del Medio Orinoco durante los siglos XVII y XVIII". Ponencia presentada en el marco del *I Seminario-taller sobre Atención Primaria de Salud en el Territorio Federal Amazonas* realizado en el CAICET. Puerto Ayacucho.
- 1990 *Los Piaroa y su territorio*. CEVIAP, N° 8., Caracas.
- 1991 *Sans guerriers, il n'y a pas de guerre: étude sur la violence chez les Piaroa du Venezuela*. Mémoire de DEA-EHESS: Paris.
- 1992 "Hipótesis sobre el poblamiento en el Orinoco Medio durante el período proto-histórico temprano", *Antropológica* 78: 3-50.
- 1993 "Una mirada al futuro de los indígenas de Guayana", *Boletín Antropológico* 29: 51-67.
- 1995a "Demografía, ocupación del espacio y desarrollo sustentable entre los piaroa del Estado Amazonas", en *Amazonas. Modernidad en tradición*, A. Carrillo y M.A. Perera (eds): 63-85. Caracas: GTZ/CAIAH-SADA-Amazonas.
- 1995b "Epidemias y poblamiento en el Orinoco Medio entre los siglos XVI y XVIII", por aparecer en *Caminos Cruzados*, C. Alès & J. Chiappino (eds.), Caracas.

MANSUTTI RODRIGUEZ, ALEXÁNDER & NOËL BONNEUIL

- 1994-96 "Dispersión y asentamiento interfluvial llanero: dos razones de sobrevivencia étnica en el Orinoco Medio del post-contacto", *Antropológica* 84: 43-72.

MONOD, JEAN

- 1987 *Wora: La déesse cachée*. Paris: Les Editeurs Evidant.

OVERING, JOANNA

- 1975 *The Piaroa: a people of the Orinoco basin. A study in kinship and marriage*. Oxford: Clarendon Press.

OVERING, JOANNA & M.R. KAPLAN

- 1988 "Los Wothuha (Piaroa)", en *Los Aborígenes de Venezuela*, Etnología Contemporánea, W. Coppins (ed.), vol. III: 307-411. Caracas: Monte Avila /Fundación La Salle de Ciencias Naturales.

SAHLINS, MARSHAL

- 1977 *Economía de la Edad de Piedra*. Madrid: Akal Editor.

SILVA MONTERREY, NALÚA ROSA

- 1992 *La constitution du groupe local: relations généalogiques et territoriales. Le cas de Jyüwütüña*. Memoria de DEA, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.
- 1996 *La situación de la salud entre las poblaciones indígenas del Estado Bolívar*. Congreso de Microbiología, Caracas, (Noviembre)

URBINA, LUIS

- sf *Development and social change among Pemón-Arekuna Indians of southern Venezuela*. Ms.

VENEZUELA (República de)

- 1993 *Censo Indígena de Venezuela 1992*. Tomo I, OCEI. Caracas.

YARZABAL, LUIS, CARLOS ESPINAL & LUIS E. ARAGÓN.

- 1992 "La salud humana en la Amazonia: síntesis y conclusiones", en *Enfoque integral de la salud humana en la Amazonia*. UNAMAZ-UCV. Caracas: 503-533.

ZENT, STANFORD (RHODE)

- 1992 *Historical and ethnographic ecology of the Upper Cuao River Wothuha: clues for an interpretation of native Guianese social organisation*. Tesis de Ph.D., Universidad de Columbia, New York.
- 1993a "Discriminación cultural de la biomedicina occidental y extinción cultural entre los indígenas piaroa. estado Amazonas. Venezuela", en *Salud y población indígena de la Amazonia*, Eduardo Estrella y Antonio Crespo (eds), vol I: 227-242. Quito: Editorial Abya-Yala.
- 1993b *Las consecuencias culturales y demográficas de la distribución desigual de servicios médicos modernos entre los indígenas piaroa del estado Amazonas, Venezuela*. XIX Congreso Latinoamericano de Sociología, Caracas.

COSTUMBRES NUTRICIONALES Y CAMBIOS DE PATRÓN CULTURAL

en las comunidades hiwi y wothiha

Glida Hidalgo'

Las comunidades indígenas adyacentes a los ejes carreteros de Puerto Ayacucho en el Municipio Atures del estado Amazonas, se han ido sedentarizando desde la década de los años 70 (1), incrementando en forma acelerada su densidad poblacional, acompañado todo este proceso de movimientos migratorios progresivos, e intercambios constantes con la cultura occidental (2). Este intercambio ha favorecido el proceso de aculturación de estos grupos étnicos, introduciendo cambios en sus patrones de asentamiento, movilidad, actividades económicas y patrones alimentarios, entre otros (1,2,3). En búsqueda de mejores condiciones de vida se han ido fijando, cambiando sus patrones de vida, aumentando su densidad poblacional, agotando los recursos comestibles del entorno y dependiendo cada vez más de los programas del estado, creando de esta forma problemas no sólo de índole social, sino nutricional y de salud.

Los grupos étnicos más predominantes en esta área son los Wothiha (Piaroa) y los Hiwi (Guahibo). La población de los Wothiha en el Estado es de 8.938 hab. representando el 21,05 % con respecto a la población indígena total (4). Ocupa la región de los ríos Orinoco-Ventuari con predominio de sus asentamientos al noroeste del Estado: la cuenca del río Cataniapo, algunas áreas de los ejes carreteros norte y sur de Puerto Ayacucho; el resto de las comunidades se encuentra disperso en un territorio comprendido entre Punta Piaroa en el Alto Orinoco y Los Pijiguaos en la cuenca del río Suapure (4). Los Hiwi representan el 21,16% de la población indígena del Estado Amazonas, con un total de 9.221 hab. para 1992 (4). Geográficamente se ubican en Venezuela al noroeste del Estado Amazonas en las áreas de sabana, y en los límites occidentales con el distrito Cedeño Edo. Bolívar, y al sur, sureste y noroeste del Edo. Apure (4,5).

Esa serie de cambios que mencionamos en la dinámica social de estos grupos, ha afectado en primer lugar la alimentación y la salud (1). El contacto progresivo por más de 300 años a sometido a estos grupos étnicos a fuertes presiones, alterando su sistema social y económico (1).

Con el presente trabajo se pretende demostrar como ese proceso continuo de contacto con la cultura occidental ha influido en su patrón alimentario, en comunidades que desde hace 20 a 30 años han consolidado sus asentamientos, en las áreas mencionadas; impactando severamente el ambiente que los circunda, haciendo cada vez menos productiva la caza, la pesca y la recolección, e incorporando cada vez más a la dieta tradicional productos occidentales adquiridos.

Para ello se evalúa el estado nutricional, mediante el análisis de la dieta de las étnias Wothiha y Hiwi, midiendo en unas comunidades seleccionadas el balance de nutrientes del consumo en general,

1 Nutricionista, Centro Amazónico de Investigación para el Control de las Enfermedades Transmisibles Simón Bolívar.

y entre el aporte alimenticio tradicional y los productos accidentalmente adquiridos. Además, se determinó la dieta tradicional ante las endemias más predominantes de la población estudiada.

Metodología

El área de estudio esta conformada por los ejes carreteros adyacentes a la ciudad de Puerto Ayacucho: el eje norte, del Burro a Puerto Ayacucho; eje este, de Puerto Ayacucho a Gavilán y eje sur, de Puerto Ayacucho a Samariapo. Las comunidades estudiadas son wothíha y hiwi.

El trabajo se realizó en dos fases, una fase inicial de tipo exploratoria y una segunda fase descriptiva. En la fase inicial se determinó la dieta tradicional de las étnias a estudiar y la dieta tradicional ante las endemias. Para obtener los datos sobre la dieta tradicional se utilizaron varios cuestionarios². Los mismos se presentaron a informantes que manejaban la información tradicional: shamanes, maestros, auxiliares de medicina simplificada y promotores de salud; así como, esposas de estos líderes.

La obtención de los datos sobre la dieta tradicional ante las endemias se logró a través de la técnica de la entrevista con preguntas abiertas a los informantes claves antes señalados; además se pudo recolectar algunas muestras de plantas medicinales para su identificación botánica, utilizadas por los Hiwi.

En esta fase se trabajó con las siguientes comunidades:

a) Para el grupo wothíha: Las Pavas, Gavilán, Paria Grande, y Autana Atubi. Esta última comunidad se sale del área de estudio, pero se consideró ya que la información sobre la dieta tradicional ante las endemias no era manejada por los informantes de las comunidades del área seleccionada.

b) Para el grupo hiwi: Mirabal, Agua linda, Progreso Galipero, Alcabala Guahibo y La Danta.

Las variables consideradas en la determinación de la dieta tradicional son: la alimentación del niño recién nacido hasta los seis meses de edad, alimentación del niño de seis meses al año de edad, alimentación del niño de un año de edad en adelante, alimentación de la mujer embarazada y alimentación de la mujer lactando.

Las endemias consideradas como más importantes en estos grupos étnicos, según el marco epidemiológico de la Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud (DRSNS), son: las diarreas en la población infantil, la tuberculosis y la malaria.

Para la determinación de la dieta tradicional ante las endemias se tomó en cuenta las siguientes variables: alimentación del niño menor de un año de edad con diarrea, alimentación del niño con diarrea de uno a cinco años de edad, alimentación de la persona con tuberculosis y alimentación de individuo con malaria.

En la segunda fase, investigación de tipo descriptiva, se determinó la adecuación de la dieta utilizando como instrumento encuestas de consumo de alimentos a nivel familiar; para el diseño de la

² Elaborados por Jean Chappino. Coordinador del Programa Procomsiva, y por el autor.

encuesta se consideró la propuesta de la Fundación Cavendes(6). y la encuesta del Censo Indígena 1992 (4). esta última para la selección de las variables socioeconómicas. Para ello se seleccionó para cada grupo étnico dos sub-grupos, uno más dependiente y otro menos dependiente económicamente de la ciudad de Puerto Ayacucho; la conformación de los sub-grupos a estudiar se puede observar en el cuadro No. 1.

El criterio de selección de dependencia económica de las comunidades con la ciudad de Puerto Ayacucho. consistió en la facilidad del acceso de las familias a la ciudad y la frecuencia del intercambio económico entre las comunidades indígenas y el mundo occidental.

La población objeto corresponde a las familias nucleares que habitan en una vivienda, y para la misma se consideró una muestra representativa. El universo de estudio esta conformado por el total familias nucleares que habitan en viviendas individuales de las comunidades ya señaladas en esta fase. Para ello se utilizaron los datos del Censo Indígena 1992. Para la determinación de la muestra de los grupos familiares a estudiar, se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{N \times p \times q}{(N-1) D + p \times q}$$

donde:

n = Tamaño de la muestra

N = N° Total de viviendas donde habita una sola familia.

p = 0.5 de probabilidad de familias con dietas adecuadas

q = 0.5 de probabilidad de familias con dietas no adecuadas

D = 0.0156 25

El total de familias encuestadas puede ser observado en el cuadro No.2.

Cuadro No.1

Comunidades seleccionadas para el análisis de la adecuación de la dieta.

<i>Sub-Grupos</i>	<i>Comunidades wothîha</i>	<i>Comunidades hiwi</i>
Económicamente más dependientes	<i>Gavilán, San María y Las Parás, (eje carretero este)</i>	<i>Barrio Monte Bello, ubicado en Pto. Ayacucho.</i>
Económicamente menos dependientes	<i>Betania de Topocho y Paria Grande, (eje carretero norte).</i>	<i>Mirabal II, Alcabala de Gualibo, Pte. Gomez y Platanillal, (eje carrretero sur).</i>

Cuadro No. 2
Número total de familias encuestadas según categorías.

<i>Sub-Grupos</i>	<i>No. total de familias</i>	<i>Familias encuestadas</i>
Wothíha + dependientes	111	11
Wothíha - dependientes	91	16
Hiwi + dependientes	56	10
Hiwi - dependientes	93	14
Total	351	51

A cada grupo familiar estudiado se le realizó una encuesta de consumo. La técnica utilizada para la obtención de los datos fué la combinación del registro (pesada directa de los alimentos) y recordatorio de un día de alimentos a consumirse para el día de la encuesta (6).

Para la interpretación de los resultados, primero se homogenizó los datos en unidades comunes, en este caso a gramos, tanto a alimentos sólidos como a líquidos, y las cantidades obtenidas en peso bruto se transformaron a peso neto. Luego a cada grupo familiar se le determinó las unidades de consumo, cifra ésta que indica la asistencia de los miembros de la familia a las comidas durante la encuesta (6). Seguidamente se determinó la adecuación del consumo, entre la cantidad de nutrientes realmente consumidos y las Recomendaciones Vigentes de Energía y Nutrientes para la Población Venezolana (6.7). La adecuación se expresa en valores porcentuales y se considera como valores normales los comprendidos entre 90 y 110%³.

Resultados y análisis de los datos

Alimentación tradicional wothíha y variación con el contacto

Los cambios socio-económicos que han venido modificar el patrón alimentario⁴ han afectado también los criterios de selección de los alimentos adecuados durante la niñez, el embarazo o en el período de lactancia (etapas vulnerables tanto para el niño como para la madre), así como la importancia de la lactancia natural, y cual es el período de destete⁵ adecuado.

De las cuatro comunidades wothíha estudiadas, todas muestran algunas diferencias en cuanto cual debe ser la alimentación adecuada durante la niñez, específicamente la edad correcta en que se debe iniciar el período de destete; al mismo tiempo muestran algunas semejanzas en el tipo de alimentos a introducir (ver cuadro No. 3).

³ Valores sugeridos por el Instituto Nacional de Nutrición (1984)

⁴ Sobre la dieta de los Wothíha, ver los trabajos de M. Melnyk (13) y de S. Zent (14).

⁵ Se entiende por período de destete el momento en que se inicia la introducción de nuevos alimentos diferentes a la leche materna.

La lactancia natural pasa a ser el alimento ideal para el recién nacido wothíha y es absoluta hasta los seis meses para los habitantes de Las Pavas. Los habitantes de Gavilán y Paria inician el período de destete cerca del año de edad. En la comunidad de Autana Atubi se le da al recién nacido la leche natural de la madre hasta que el lactante gatea o comienza a pararse, y además la complementan con miel y agua rezada (cuadro No. 3).

Entre las preparaciones tradicionales que se dan en el período de destete destacan los caratos de verduras y de frutas cosechadas de su conuco, así como: yucuta caliente⁶ de mañoco o casabe, yucuta de algunas frutas del conuco, como la piña o túpiro, y otros frutos del conuco como el cambur, temare, lechosa, entre otras. Es importante destacar que para los Wothíha, todas las preparaciones iniciales deben ser cocidas y dárseles al niño a temperatura ambiente o tibio, incluyendo las frutas (Cuadro No. 3.).

Esto permitiría inferir que el aporte de algunas vitaminas lábiles al calor, como la vitamina C, en la alimentación que complementará la lactancia natural, sea escasa. A medida que el niño avanza en edad, tiene más opción en cuanto a la temperatura de las preparaciones y al tipo de alimento.

La fuente de proteína inicial a suministrar es el pescado de tamaño menor, luego sigue en importancia las aves pequeñas y finalmente algunos animales de cacería. Generalmente, cuando el niño ya ha alcanzado el año de edad puede probar fuentes de proteínas de mayor tamaño y el producto de la recolección. Existen diferencias en las comunidades estudiadas en la edad de suministro de estos alimentos, unos los incorporan en la dieta del niño lactante, al inicio del período de destete y otros cuando el niño alcanza el año de edad (cuadro No. 3).

La introducción de alimentos no tradicionales dependerá del grado de aculturación de los grupos étnicos, de la capacidad de los grupos familiares de comprarlos y del acceso a los mismos.

Es importante resaltar el significado del rezo del shamán para los Wothíha, sobre todo en las etapas vulnerables del individuo. El rezo significa purificar, sanar para la vida, salvar los cuerpos, prevenir enfermedades. Se debe rezar todo lo que se da por primera vez. Antes de iniciar la lactancia materna, se rezan los senos de la madre para que su leche sea la mejor y produzca suficiente, se reza el agua de beber cuando tienen dieta prescrita por el shamán o cuando están enfermos, cuando se quiere destetar al niño, y cuando han pasado de cinco a nueve meses de un tratamiento tradicional. Existe la figura de nodriza, cuando la mamá muere, si la mamá postiza es sana, el shamán le reza los senos, le da de beber yucuta caliente rezada para que pueda amamantar al bebe wothíha.

Las técnicas tradicionales de conservar el exceso de alimento son el asado, embojotado en hojas de plátano y cocinado (tipo sopa); cuando tienen excedente, por ejemplo, de pijiguao en la época de recolección elaboran una masa de pijiguao. La misma consiste en cocinar el pijiguao, luego se pila sin semillas, se coloca en una especie de mapire, se envuelve en hojas de platanilla y se sumerge en el río; allí puede mantenerse aproximadamente durante un mes. También elaboran harina de pescado cuando hay excedente del mismo, es una forma de conservar el pescado por mayor tiempo.

⁶ Preparación a base de agua, mañoco o casabe; que se cocina hasta espesar.

Cuadro No. 3
Alimentación tradicional wothiha según variables consideradas

<i>Variables</i>	<i>Gavilán</i>	<i>Las Pavas</i>	<i>Paria</i>	<i>Autana Atubi</i>
Alimentación del niño recién nacido hasta los seis mese de edad	lactancia materna absoluta	lactancia materna absoluta	lactancia materna absoluta	miel y agua rezada en la mañana y la tarde lactancia materna
Alimentación del niño de seis meses al año de edad	Al cumplir 1 año lactancia materna mas pequeñas cantidades de caratos calentados de tubérculos y de frutas del conuco.	sopa de pescados pequeños y de cacería (sin la cabeza). yucuta caliente y cataros calentados de frutas del conuco, más : com-pota, sopas deshidratadas, galletas. leche en polvo. azúcar. Lactancia materna en complemento.	lactancia materna absoluta hasta el año de edad: después se complementa con yucuta caliente de mañoco o casabe, miel. yucuta de piña o de túpiro cocinada. carato de yuca dulce o de ñame.	lactancia materna y la miel con agua rezada. Al gatear se añaden puré de tubérculos cocinados o asados, yucuta de piña cambur o platanó cocinado o asado. u otros frutos del conuco.
Alimentación del niño de un año de edad en adelante	el consumo de carne de pescados pequeños. aves y animales de cacería se inicia al año de edad; los pescados grandes y otros alimentos no tradicionales Luego se introducen luego: el destete se realiza a los dos años de edad.	animales grandes de la pesca y cacería asados o cocinados -sopas-), otros alimentos no tradicionales (arroz. pastas, carne de res. huevos. pan, margarina. mantequilla, se coñen progresivamente. Se sigue la dieta familiar al cierre de la fontanela. El destete se realiza a los dos años.	el consumo de otros alimentos y caratos de frutas del conuco se inicia al caminar el niño: las sopas de pescados pequeños cocinados se inician a los 2 años; . luego se inicia el consumo de pescados grandes, animales de cacería y alimentos de recolección, más carne de res, huevos. queso, etc.	sopa de pescados pequeños, otros alimentos del conuco; la lactancia materna hasta que la madre quede nuevamente embarazada; el consumo de pescados grandes, alimentos que se recolectan y animales de cacería se inicia a los tres años.

Alimentación tradicional wothïha ante las endemias

Cuando el niño tiene diarrea⁷, si es menor de seis meses le dan miel y agua rezada por lo menos dos veces al día, por tres días, manteniendo la lactancia materna. Si el niño tiene de seis a nueve meses le dan miel y agua rezada, lactancia materna y además podrá consumir caratos de tubérculos (batata, ñame, yuca) y frutas del conuco (cambur cocinado o asado). De nueve meses al año de edad le dan miel y agua rezada, mantienen la lactancia materna y el niño puede consumir pescados pequeños cocinados⁸ (tipo sopa) y animales silvestres de menor tamaño. A partir de los tres años de edad, en caso de diarrea, se le da al niño una mezcla de agua rezada, la raspadura de un bejuco llamado *khaka'raca*, la misma se calienta y es de sabor amargo; además el niño se mantiene en ayuno durante un día. Para los Wothïha, la diarrea “enfriá el cuerpo”, por eso le dan de beber preparaciones tibias para “dar calor al cuerpo” (ej. yucuta caliente).

En la tuberculosis, la dieta consiste en tomar miel y agua rezada por shamán, dos veces por cuatro días (en la mañana y en la tarde): se le restringe al paciente wothïha con tuberculosis la piña, el túpiro, caña de azúcar, ocumo y tupirito, porque según ellos, estos alimentos pueden provocarle tos al enfermo. No pueden comer alimentos grasosos como pescados grades (bocón, valentón, etc.) y animales de cacería de gran tamaño, porque ellos “empeoran las condiciones del enfermo”; además el shamán le da de beber, una preparación de corteza de un árbol especial que llaman “palo mono” y “palo cunaguaro”, para provocarle náuseas al enfermo, esto representa para ellos “sacarle la enfermedad del cuerpo”. La miel utilizada para el tratamiento de la tuberculosis solo puede ser de ciertas abejas, como por ejemplo: *ojuome'tumaya*, *ñuriñã maya*, *isoja'tu maya*, *isawitu maya*.

En la malaria, la dieta que prescribe el shamán consiste en el consumo de agua rezada, además de caratos de verduras (batata, ñame), de frutas del conuco como la piña y el consumo normal de los demás alimentos. No guardan ayuno durante la malaria, y las restricciones como se puede observar son pocas.

Para los Wothïha la alimentación de los niños es responsabilidad de los padres; cuando un niño se desnutre es por falta de atención o descuido de los padres, por “no llevar al niño enfermo inmediatamente al shamán”.

Adecuación de la dieta wothïha

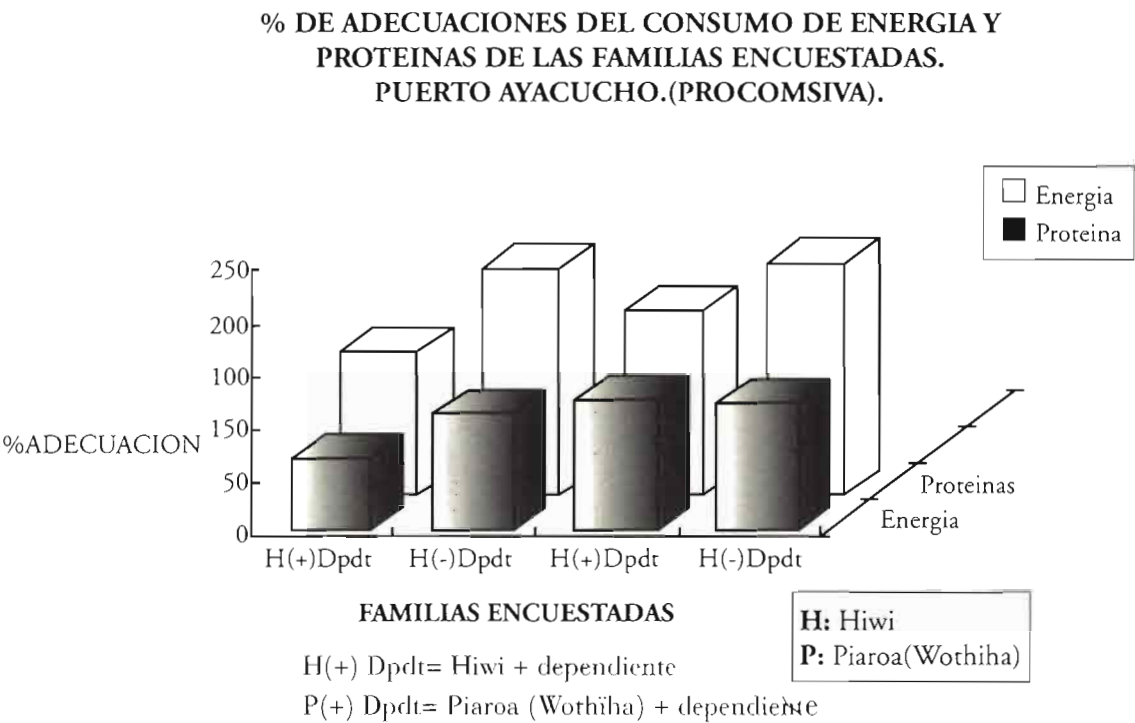
De las 26 familias wothïha estudiadas, el porcentaje de adecuación del consumo calórico persona/día de las familias menos dependiente económicamente de Puerto Ayacucho (118%) no mostró una diferencia significativa con las familias más dependientes (122%); ambos valores se hallan por encima del rango normal (90-110%).

La adecuación del consumo de proteínas para los grupos familiares más dependientes fué 172% y para el menos dependiente de 217%. Ambos valores están elevados, las familias menos dependiente muestran un porcentaje que duplica los valores normales; esto pudiera deberse al hecho de que las encuestas se realizan en el tiempo de sequía, época en que la práctica de la pesca está

⁷ La información fué suministrada por el shamán de la Comunidad Autana Atubi.

⁸ Este tipo de preparación (pescado cocinado) es muy semejante a la sopa pero sin verduras, solo lleva agua, el pescado y la sal (que han aprendido a usarla con la cultura occidental), y en ocasiones para los adultos se le bota la primera agua de la preparación y luego se vuelve a montar al fogón pero con yare o catara.

garantizada y en el caso de las familias menos dependiente, de una u otra forma practican la caza. El consumo de productos de la caza eleva considerablemente el aporte real de proteínas en la dieta, ya que estos alimentos se consumen una gran parte de la cacería en su totalidad y una pequeña porción la regalan a sus familiares (ver gráfico No. 1, ver también gráficos 2 y 3).



% de Adec.	Hiwi (+) Dptes	Hiwi (-) Dptes	Wothiha (+) Dp	Wothiha (-) Dp
Energía	66	108	122	118
Proteínas	133	212	172	217

Gráfico 1

Alimentación tradicional hiwi y variación del patrón cultural

Tradicionalmente los Hiwi explotan su ambiente por medio de tres patrones de subsistencia: el cultivo seminómada y estacional, el cultivo sedentario en poblados, y la caza y recolección nómada: estos patrones son centrados sobre la fluctuación estacional de las precipitaciones, y reflejan una adaptación a dos nichos ecológicos bien definidos: la sabana y el bosque de galería (8, 9). La mayoría de los Hiwi se han sedentarizado en comunidades adyacentes a los ejes carreteros, y ya existe pequeños grupos que habitan en barrios de Puerto Ayacucho, como Monte Bello, Quebrada Seca, Africa, Bagre, Cataniapo, Brisas del Aeropuerto, Zamuro, entre otros(3); existen muy pocos grupos que llevan un patrón de subsistencia seminómadas, como Alcabala de Guahibo y La Esperanza. Este cambio tan drástico que ha presentado este grupo étnico, ha tenido efectos bien marcados en su estilo de vida, en su tipo de dieta y en su sistema de subsistencia.

Según el censo de 1992 (3), del total de la población económicamente activa de los Hiwi (55%), el 45% realizaban sus actividades económicas de subsistencia, el 32% se dedicaba a ser trabajador por cuenta propia (limpiando patios de viviendas, recogiendo latas, etc.), y el 12% poseía un trabajo fijo asalariado (obreros); y de la población económicamente inactiva (45%), el 60% eran estudiantes. Esto refleja parte de los cambios en su estilo de vida que vive este grupo étnico, que al igual que los Wothliha, a medida que se sedenteriza y aumenta su densidad poblacional, cambia la estructura de su modo de vivir, su sistema de subsistencia, aumenta el contacto con la cultura occidental y por ende el grado de aculturación.

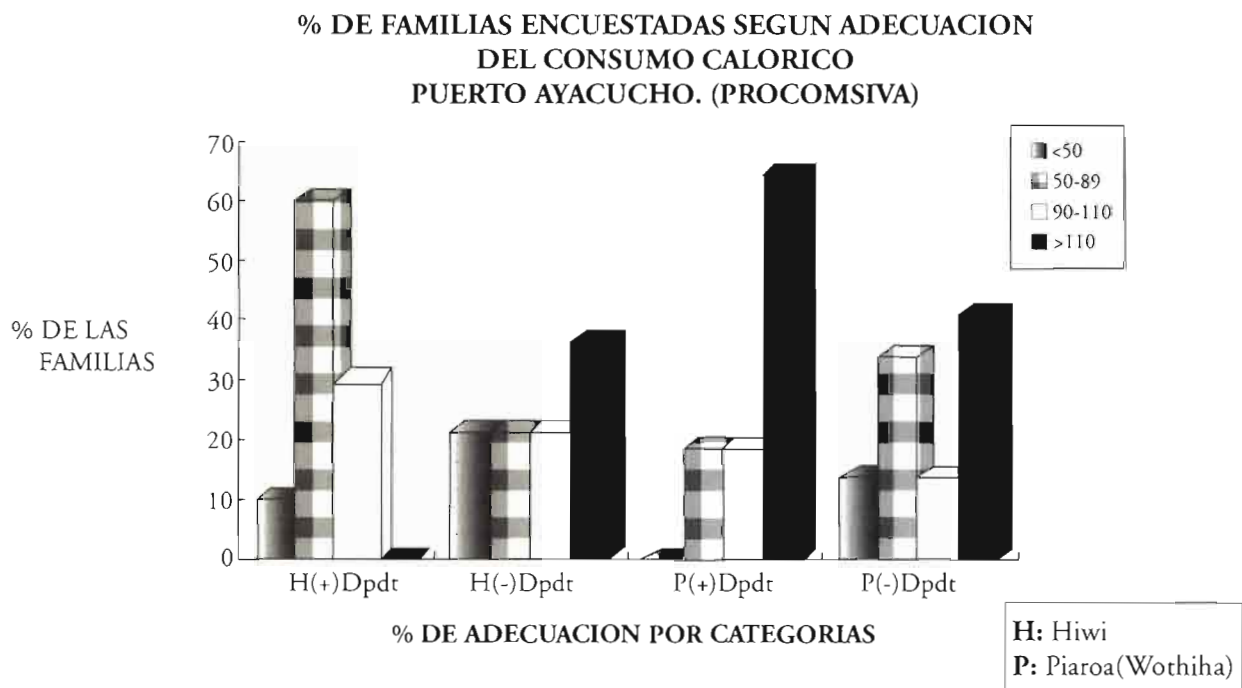
Estos factores han llevado a los Hiwi a dar mayor importancia al cultivo sedentario a gran escala como patrón de subsistencia, así como vivir en grandes poblados influyendo en forma determinante en el patrón alimentario tradicional. Antes se practicaba el cultivo itinerante o de tala y quema, basado principalmente en la yuca amarga (*Manihot sculenta*), la cual se utiliza para la elaboración del casabe y del mañoco, alimentos que conforman la base de la dieta y que es consumido a diario y en todas las comidas; y para elaborar: la bebida fermentada (el *yarake*) utilizada en las fiestas, y la catara utilizada para condimentar saucos y comidas. En menor escala siembran otros rubros como el ñame (*Dioscorea alata*), mapuey (*Dioscorea tryphylla*), yuca dulce (*Manihot dulcis*), ocumo (*Xanthosoma sagittifolium*), ají picante (*Capsicum protescens*), entre otros. Los grupos hiwi más aculturados cultivan frijol y maíz para vender al mercado.

El cultivo de la yuca amarga está orientado a la subsistencia, y las técnicas para su cultivo son tradicionales. La demanda de su conuco es relativamente constante, y permite cubrir las necesidades nutricionales del grupo familiar, además debe producir excedentes para cubrir la alimentación de los invitados y en las reuniones ceremoniales (9).

La caza es considerada tradicionalmente como una actividad socio-económica fundamental para los Hiwi. Sin embargo, la contribución de la misma en la dieta es relativamente pequeña y esporádica, debido a que la práctica de la misma generalmente es difícil e infructuosa; en la medida que los poblados se sedentarizan más, escasean los alimentos del entorno y más largo será el camino por recorrer(8); y a medida que aumenta el grado de aculturación de estas comunidades disminuye la práctica de la misma, cobrando mayor importancia la pesca y la compra de alimentos occidentales.

La pesca proporciona una buena parte de las proteínas necesarias en la dieta y se torna cada vez más importante a medida que se extiende el cultivo y se hacen más sedentarios los poblados. Por lo general, el producto de la pesca se consume de inmediato, pero si es muy abundante y no pueden consumirlo en pocos días, lo ahuman, o lo asan para luego pillarlo (*hiyapabéne*), lo que llaman pescado pilado, el cual dura por largos períodos, y se consume cuando escasea las carnes en la estación de lluvias, cuando hacen viajes largos o cuando se va al conuco; algunas veces utilizan el salado como método de conservación del pescado. El almacenamiento y preservación de alimentos es poco común entre los Hiwi y sólo se practica cuando “han tenido muy buenos resultados, gracias a un golpe de suerte”. Cuando ellos elaboran el *hiyapabéne* (pescado pilado o harina de pescado), parten del pescado ya disecado luego lo trituran en un pilón de madera incluyendo las espinas hasta pulverizarlo, lo que sugiere ser una importante fuente de proteínas y calcio en tiempos difíciles en las comunidades donde escasea el mismo.

En las comunidades más aculturadas, por ejemplo las que se ubican en los barrios de Puerto Ayacucho, la práctica de la pesca se realiza generalmente con una frecuencia menor, ya que las nuevas ocupaciones de los Hiwis en poblados urbanos no les permiten realizar las mismas todos los días,



H(+) Dpdt= Hiwi + dependiente

P(+) Dpdt= Piaroa (Wothiha) + dependiente

además cuando alcanzan tener recursos económicos es más fácil para ellos comprar el pescado; son muy pocas las familias hiwi ubicadas en el casco urbano que practican la pesca en forma diaria, y el lugar para la misma se realiza en el río Orinoco.

Tradicionalmente la recolección de plantas silvestres, pequeños animales e insectos era extremadamente productiva y proveía a los Hiwi alimentos, productos rituales y medicinales, y materia prima para manufactura. En la actualidad esta actividad requiere caminar grandes distancias y se hace también infructuosa, por lo tanto su frecuencia también ha disminuído. Algunos frutos silvestres como los de la palma de moriche (*Mauritia flexuosa*), de seje (*Jessenia bataua*) y cocurito (*Maximiliana regia*), maduran durante la estación de las lluvias. Muchas palmas además de producir frutos están infectadas de varios insectos muy apreciados por los Hiwi: permitiéndoles recoger varias especies de larvas de las cuales la más apreciada es la larva de moriche, que ellos denominan gusano de palma de moriche, ellos lo consideran una exquisitez y lo consumen crudo o asado. La mayoría de las veces los Hiwi derriban la palma cercana al poblado, de manera que su tronco en putrefacción atrae a los insectos. También recolectan grandes hormigas bachacos (*Atta sp.*) cuando enjambran al principio de la estación de las lluvias. Estos pequeños animales silvestres (orugas, hormigas bachacos, entre otros) son un aporte protéico importante en la dieta hiwi en esa época del año, y además sugiere ser también una alternativa en tiempos difíciles de la caza y la pesca.

Alimentación tradicional del niño hiwi

Durante los primeros 6 meses de edad del niño, la lactancia es absoluta, siendo para los Hiwi el alimento ideal. Las familias más aculturadas, y la mayoría de las madres jóvenes hiwi que habitan en los barrios, complementan la lactancia natural con leche maternizada en forma precoz. Hay que subrayar que con el inconveniente de no saber prepararla a la dilución correcta y en condiciones sanitarias bastante precarias, esa nueva práctica origina episodios de diarrea frecuentes en la población infantil menor de un año, como en los casos en los que se da precozmente agua rezada, afectando de esta forma el estado nutricional del lactante.

El momento de iniciar el período de destete, se da generalmente cuando el niño ya se logra sentarse (de 5 a 6 meses de edad), y parte de la inquietud del niño en comer lo que la madre está consumiendo; esta solicitud del niño a la madre se manifiesta a través del llanto, y generalmente el alimento que se da por primera vez es la carne de pescado pequeño, el cual debe ser rezado previamente antes de ser consumido por el lactante; de allí en adelante se considera al niño en capacidad de probar nuevos alimentos, los cuales deben ser rezados y se le da a oler de ser consumidos por el menor. En el caso de los Hiwi, el rezo no necesariamente debe hacerlo el shamán, sino cualquier persona que sepa rezar, como ayudantes del shamán y ancianos.

El período de destete, el niño hiwi no sólo aprende nuevos sabores y diferentes consistencias de los alimentos, sino que también se le estimula el sentido del olfato aprendiendo a distinguir nuevos olores, diferentes a los de su progenitora.

En la alimentación durante el embarazo y el período de lactancia, se hace énfasis a las restricciones, que llamamos tabúes alimentarios. Los mismos parecieran indicar que las prohibiciones consisten en evitar adquirir mágicamente alguna característica del alimento en etapa fisiológica impor-

tante y en momentos cruciales, como son las enfermedades vinculadas con algunas actividades, generalmente del padre, que atenten con la preservación de sus vidas ya que puede el irrespecto de los tabúes agravar las enfermedades.

Alimentación tradicional hiwi antes las endemias

Para los Hiwi las enfermedades son productos de los *máguarís* (espíritus) y de la brujería, los cuales producen según su concepción “debilidad al cuerpo”: para solventar ese problema acuden al brujo, curandero o shamán bueno, y si el problema no es resuelto a ese nivel, entonces recurren a la medicina occidental.

El shamán a parte de utilizar sus métodos tradicionales para curar las enfermedades, le indica oralmente una dieta, que generalmente manifiesta las restricciones o prohibiciones que el paciente debe tener, considerando no sólo la alimentación sino la actividad del paciente.

Cuadro No. 4
Alimentación tradicional Hiwi ante las endemias

<i>Endemias</i>	<i>Características de la dieta tradicional</i>
<i>Diarreas en población Infantil</i>	Niño menor de un año con diarrea: se mantiene la lactancia materna: se le suministra agua rezada, yucuta caliente; puede consumir pescados pequeños rezados, todas las aves pequeñas comestibles y animales de cacería de menor tamaño, frutos silvestres y plantas comestibles del conuco, otras preparaciones como Amawari (plantano con batata cocida). Se le prohíbe el consumo de pescados grasosos, grandes, o de cuero (ej. valenton, toruma, yaqui, etc.), animales de cacería grasosos o muy gordos (danto, chiguire, etc.), animales de recolección como las larvas (gusanos de palma) y frutos silvestres y bebidas como el seje, fruta del chiquichique, cambur maduro, yucuta fría y jugo de merey; y otros alimentos grasosos. (margarina, mayonesa, etc.)
<i>Tuberculosis</i>	Se prohíbe el contacto sexual, así como consumir mono araguato, alimentos grasosos (gusano de palma, palometa, cochino, otras carnes gordas y grasosas), frutos silvestres grasosos como el seje, fruto de chiquichique; y otros alimentos grasosos como la margarina y la mayonesa. Se puede consumir frutos silvestres no grasosos y plantas comestibles del conuco, pescados de menor tamaño: el tipo de preparación sugerida es en sopas y jugos: se le indica principalmente líquidos con sal.
<i>Malaria</i>	Se prohíbe alimentos grasosos, como: pescados de gran tamaño, carnes grasosas, larvas de palmas, margarinas, mayonesa, aceite. Se puede consumir: caldos de pescados de menor tamaño con poca sal y jugos de frutas silvestres no grasosas y del conuco.

La dieta durante la diarrea en menores de un año, se caracteriza por la restricción de alimentos grasos, manteniendo la práctica de la lactancia materna (ver cuadro n°4), se le permite al paciente una variedad de alimentos tradicionales silvestres, de la pesca, la caza y plantas comestibles del conuco; sin embargo, el problema se presenta cuando esos alimentos permitidos no se encuentren disponibles en su entorno. como ocurre actualmente por el progresivo cambio socio-económico que presenta esta etnia. Cuando el niño es más grande, aproximadamente dos años de edad generalmente no es necesario acudir al shamán o curandero, si no que le dan un tratamiento casero que combina el ayuno de 24h y el consumo de bebidas de plantas medicinales (ver cuadro No. 5); si no logran solventar el problema con este tratamiento entonces acuden al shamán, y en última instancia a los servicios de salud occidentales.

La tuberculosis para los Hiwi es una enfermedad que produce tos, debilidad, desnutrición, que quita el apetito, y que fué traída por el criollo. En el tratamiento que prescribe el shamán resalta con énfasis la prohibición del sexo, ya que esta actividad debilita mucho según los Hiwi; tampoco puede comer mono araguato porque es considerado como muy caliente y como la tuberculosis, para ellos, es caliente entonces empeora la enfermedad (ver cuadro No. 4); los alimentos grasos se prohíben porque son considerados también como calientes. Los alimentos permitidos son considerados como refrescantes, y por lo tanto sugieren que mejora la enfermedad.

Cuadro No. 5

<i>Planta medicinal</i>	<i>Preparación</i>
Caña la india (Costus sp.)	Se prepara una bebida con agua tibia y las hojas de la planta y luego se le da de beber al niño. Otra forma de prepararla consiste en machacar el tallo de la planta de aprox. un metro con un palo, se le saca el jugo y se le da a beber al niño, no lo ligan con agua; este zumo del tallo de la planta tiene un sabor agrio, y la dosis utilizada es tres veces al día por 24 h. o hasta que se le quite la diarrea.
Pepita de alcarrobe	Se chamusca, cuando hace brazas se echa al agua. finalmente se le da de beber al niño, el agua con las cenizas, sin las semillas.
Fruto verde de la guayaba y raíz de guayaba (Psidium guajava)	Se cocinan ambas con agua y se le da de beber al niño
Raíz de guayaba.	Se cocina en agua; la infusión lista se le da de beber al niño a cada rato o hasta que se le quite la diarrea; generalmente inician el tratamiento en la mañana y termina en la tarde. También utilizan raíz de parchita o raíz de lechosa.

Para los Hiwi, la malaria es una enfermedad más caliente que la tuberculosis, capaz de producir desnutrición y debilidad. Entre el tratamiento dietético tradicional se le prohíbe también alimentos grasos, entre ellos pescados grandes y gordos, carnes grasas, larvas de palmas, etc. Puede consumir caldos de pescados pequeños con sal y jugos de frutas.

Adecuación de la dieta hiwi

De las familias hiwi estudiadas, el subgrupo más dependiente mostró, según la encuesta realizada, un porcentaje de adecuación del consumo de energía de 66% (ver gráfico No. 1), valor éste que se ubica por debajo de la norma y que refiere un subconsumo calórico. Este resultado confirma una vez más lo que se ha venido describiendo en párrafos anteriores: se trata de familias que han percibido en forma drástica sus cambios socio-económicos, que han abandonado sus actividades de subsistencias tradicionales. Muy pocas trabajan todavía el comuco, la pesca se realiza a veces semanal mientras la mayoría posee un trabajo asalariado a nivel de obrero en las Instituciones del Estado con una participación de la mujer en el campo laboral como doméstica o bedel, en las casas de familias de criollos o en las Instituciones del Estado respectivamente. Otro oficio a que se dedican los Hiwi y que les generan algún ingreso ocasional es el de recogedor de latas de aluminio, actividad que se puede observar con frecuencia en las calles de Puerto Ayacucho.

Si comparamos ese resultado con el del grupo menos dependiente económicamente de la ciudad de Puerto Ayacucho, se observa una gran diferencia, ya que el porcentaje de adecuación de consumo de energía fue de 108%, el cual se ubica en el rango de normalidad (ver gráfico No. 1, ver también gráficos 2 y 3). Estas familias a pesar de mantener algún grado de aculturación, de depender económicamente en cierta forma de Puerto Ayacucho, mantienen todavía actividades de subsistencia como la agricultura en mayor grado. Les permite cubrir el consumo familiar y les da excedentes para la venta. Además practican la pesca, algunas con una frecuencia diaria y otras semanal: en épocas de lluvia esta actividad sólo cubre el consumo familiar, y en épocas de sequía da para la venta a intermediarios o, algunas veces, para la producción de harina de pescado. La recolección se practica con una frecuencia menor, pero en épocas de lluvia cobra importancia la recolección de niña (*Humiria balsamifera*), manaca (*Euterpe oleracea*) y seje (*Jessenia bataua*).

El consumo de proteínas mostró una adecuación de 133% para el grupo más dependiente, ubicándose en los valores normales, y de 212% para el grupo menos dependiente, encontrándose por encima de la norma. Ambos valores sugieren una dieta rica en alimentos protéicos, siendo mayor para las familias del subgrupo menos dependiente. Esto es válido y se puede demostrar por el alto consumo de pescado característico de las familias hiwis, con la diferencia que ambos grupos lo obtienen de forma diferente: las familias más dependientes que se ubican en Puerto Ayacucho generalmente lo tienen que comprar y las familias menos dependientes que viven en los márgenes de las carreteras adyacentes a Puerto Ayacucho, la mayoría todavía lo puede obtener directamente del caño o del río Orinoco.

A diferencia de los Wothiha cuyos subgrupos no mostraron diferencia significativas, en los Hiwi la diferencia en el aporte calórico es significativa. Estas diferencias entre ambos subgrupos obedece a que las estrategias de subsistencia empleadas por estos grupos étnicos dependreán de los patrones culturales tradicionales. Los Wothiha dedican tradicionalmente gran parte del tiempo en la búsqueda de

alimentos y sus conucos siempre se han distinguido por la variedad de rubros. en cambio, los Hiwi se han caracterizado por ser nómadas y su dieta tiende a ser más homogéneas (pescado, casabe, yucuta de casabe y frutos silvestres según la estación del año). por lo que esto determina el planteamiento de nuevas estrategias de subsistencia adaptadas al mundo occidental.

Al concluir este estudio, sugerimos cuatro recomendaciones que serían muy importante tomar en cuenta para mejorar la nutrición y la salud de las poblaciones indígenas: *considerar como población objeto a capacitar a la mujer indígena* como responsable directa del cuidado del niño y de alimentarlo, con énfasis en aquellas comunidades de alto riesgo desde el punto de vista epidemiológico; *rescatar las preparaciones tradicionales* utilizadas en la alimentación de la población infantil; *rescatar la clasificación tradicional de alimentos* en los grupos étnicos con el fin de adaptar las políticas de educación nutricional; así como *rescatar la tradición de la práctica de la lactancia natural* en las madres jóvenes aculturadas y en las mujeres en edad fértil, a través de la promoción de la práctica de la lactancia materna como estrategia de prevención de las casos de diarrea en menores de 1 año.

Referencias

- (1) CERDA, JULIO Y COLS.
1979 *Distribución preliminar de la fauna silvestre del T.F.A.* Codesur-Div. de la fauna, serie Inf. Cient. DGIIA/IC703/79, Caracas: MARNR.
- (2) MANSUTTI, ALEXANDER
1988 *La pesca entre los piaroas (oirotjuja) del Orinoco y la Cuenca del Sipapo.* Memoria Sociedad de Ciencias Naturales, tomo XLVIII, No. 130, Julio/Dic., Caracas: Fund. La Salle de Ciencias Naturales.
- (3) OCEI
1993 *Censo Indígena (1992).* Caracas: OCEI, Presidencia de la República.
- (4) INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN
1993 *Necesidades de Energía y Nutrientes. Recomendaciones para la Población Venezolana.* Publicación No. 48, Serie de Cuadernos Azules, Caracas: I.N.N.-Fund. Cavendes.
- (5) PERERA, MIGUEL A.
1986 "Subsistencia, sedentarismo y capacidad de mantenimiento para grupos amerindios del Amazonas Venezolano". *Rev. Española de Antrop. Amer.* No. XVI, Edit. Univ. Compl., Madrid.
- (6) BOLETÍN INDIGENISTA VENEZOLANO
1984-85 Pub. Esp. Tomo XXI No. 19, Caracas: D.A.I. M.E.

(7) OCEI

1992 *Censo de la Poblacion Venezolana (1990)*. Caracas: OCEI.

(8) METZGER, DONALD Y COLS.

1983 *Los Hiwi (Guajibos)*. Monografía No. 29, Vol. 1., Fund. La Salle de Ciencias Naturales, Caracas: Inst. Carb. de Antrop. y Sociol., 125pp.

(9) SANTOS, ISABEL

1989 *Los Guajibos. Aspectos Culturales de la Comunidad Guajiba de la Reforma T.F.A.* Monografía No.5, Vicariato Apostólico de Pto. Ayacucho.

(10) I.N.N.

1994 *Tabla de composición de alimentos para uso práctico*. Publicación No. 49, serie de Cuadernos Azules, Caracas.

(11) U.C.V., Fundacredesa, I.N.N., U.L.A., L.U.Z

1987 *Manual de encuestas de consumo de alimentos*. Caracas: Fund. Cavendes.

(12) MÉNDEZ DE P., BETTY

1989 *Análisis Nutricional Antropométrico: Una encuesta de salud en tres grupos de la Amazonia Venezolana*. Ediciones Faces/U.C.V. Caracas: U.C.V.

(13) MELNYK, MARY

1995 *The contribution of Forest Foods to the livelihood of the Huottuja (Piaroa) people of Southerne Venezuela*. Ph.D. Thesis, University of London.

(14) ZENT, STANFORD

1992 *Historical and Ethnografic ecology of upper Cuao River Wothiha: Clues for an Interpretation of Guianese social Organization*. Ph. D. Thesis, Columbia University (microfiche).

EVALUACIÓN PRELIMINAR DEL ESTADO NUTRICIONAL EN POBLACIÓN INFANTIL

de dos grupos del Amazonas Venezolano

Jesús M. Oyalbis Ch.¹

Partiendo del criterio según el cual la salud puede considerarse como un recurso renovable, la determinación del estado de salud de una población constituye un objetivo necesario para la implementación de cualquier política gubernamental que tienda a optimizar la calidad de vida de los individuos.

Los estudios de nutrición han tenido gran relevancia, ya que se ha demostrado la existencia de una correlación entre ésta y el nivel de salud de una determinada población, así como también por cuanto la nutrición refleja, en síntesis, parte de las estrategias adaptivas que los grupos humanos ponen en práctica en el establecimiento de su interacción con el medio ambiente, lo que necesariamente refleja los patrones culturales asociados a este proceso.

La investigación tendiente a la evaluación del estado nutricional de una población ha centrado mayormente sus esfuerzos en el reconocimiento y determinación del nivel nutricional de la población infantil, debido a que se considera a este grupo como el más susceptible de sufrir los efectos que una mala nutrición genera.

En tal sentido, es notorio el interés que este aspecto ha generado en organizaciones nacionales e internacionales, evidencia de lo cual se tiene en los esfuerzos que éstas realizan hacia la atención de la población infantil. Adicionalmente, las contrastantes condiciones de vida que se observan entre los países industrializados y los llamados países en vías de desarrollo, han motivado la atención y acción de estos organismos en las poblaciones consideradas como vulnerables.

El trabajo que se desarrolla actualmente se enmarca dentro de estos criterios, es decir, se pretende determinar la situación nutricional de las poblaciones infantiles correspondiente a dos grupos indígenas (Wotlúha y Hiwi) ubicados espacialmente en la zona de influencia de Puerto Ayacucho.

Se toma como referencia este espacio geográfico, pues se parte de la hipótesis de que la facilidad de movilización de estos grupos hacia el centro urbano, genera una drástica modificación de los patrones de consumo, con el consecuente abandono o desplazamiento de las prácticas tradicionales de alimentación y la adopción de pautas alimentarias en ocasiones distorsionadas que pueden producir efectos nocivos en las mencionadas poblaciones.

Nuestro trabajo enfoca el problema nutricional a partir de la utilización de la antropometría como un indicador indirecto ampliamente recomendado para el establecimiento del estado nutricional de la población infantil.

¹ Antropólogo físico, Escuela de Antropología U.C.V., Caracas.

Los indicadores nutricionales antropométricos pueden clasificarse como simples, que incluyen el peso-edad, la talla-edad y el peso-talla, o como complejos que incluyen la estimación del área muscular y el área grasa.

La utilización de variables antropométricas como el peso y la talla, en combinación con la edad del individuo, permite establecer indicadores sencillos del estado nutricional, los cuales deben ser complementados con los indicadores complejos de forma tal que sea posible obtener una estimación apropiada del estado nutricional actual.

El indicador talla-edad se acepta como una variable que determina la desnutrición pasada o crónica y se considera más sensible que específico, es decir, tiende a clasificar como malnutridos a los individuos que verdaderamente lo están. El indicador peso-edad, por su parte tiende a diagnosticar la desnutrición actual aguda. Ambos indicadores son utilizados como el reflejo del efecto acumulativo de estados de malnutrición pasada. El indicador peso-talla evidencia el estado nutricional actual y está correlacionado con las condiciones biológicas y fisiológicas del individuo.

A la par de éstos, es necesaria la utilización de indicadores más precisos, tal es el caso del área grasa y el área muscular, que estiman los niveles de reserva calórica y protéica, así como el índice de masa corporal.

Metodología

La investigación, cuyos datos preliminares se adelantan, se realizó en cuatro comunidades wothíha (Gavilán, Betania, Paria Grande y Las Pavas) y tres comunidades hiwi (Alcabala de Guahibo, Mirabal y Platanilla), todas cercanas a la carretera que conduce a Puerto Ayacucho y con medios de transporte parcialmente accesibles para la población.

La población de estudio incluyó a los niños matriculados en las escuelas de dichas comunidades. Se evaluó un total de 361 niños en edad escolar, cuyas medidas antropométricas fueron tomadas según las recomendaciones del programa Biológico Internacional, estimando la edad decimal para la clasificación de los grupos etáreos.

Se tomaron seis variables antropométricas: la talla, el peso, la circunferencia del brazo izquierdo y los pliegues de grasa correspondiente a la zona tricipital, subescapular y supraílica.

Se utilizan como referencia para el establecimiento de la normalidad, los valores reportados por el Proyecto Venezuela (1994), en consideración al criterio propuesto por diversos investigadores en el sentido de utilizar referencias nacionales, cuando se disponen, para la determinación del estado nutricional a partir de la antropometría.

Resultados

Tal como se señalara en este texto, se presentan resultados preliminares de la investigación en curso, referentes a los indicadores simples, que indiquen una tendencia general en las poblaciones estudiadas.

Los valores reportados para los indicadores sencillos correspondientes a la población hiwi infantil evaluada indican niveles sensibles de déficit para los indicadores peso-edad y talla-edad (ver

cuadro). Sin embargo, al evaluar conjuntamente ambos indicadores se tiene que el 13,23% de la población hiwi analizada registra valores por debajo de la norma tanto para el peso como para la talla.

Hiwi

Porcentaje de individuos por debajo de la norma para los indicadores antropométricos simples

Indicador	Proporción
Peso-Edad	17,35
Talla-Edad	33,00
Peso-Talla	4,13

Al discriminar la población según el sexo, se observa que la proporción de individuos por debajo de la norma es mayor en las niñas que en los niños. El análisis conjunto de los indicadores peso-edad y talla-edad, muestra para los varones una proporción de 8,9% de déficit mientras que para las niñas es de 16,9%.

Hiwi

Porcentaje de individuos por debajo de la norma para los indicadores antropométricos simples

	Niños	Niñas
Indicador	Proporción	Proporción
Peso-Edad	10,70	17,35
Talla-Edad	32,14	33,00
Peso-Talla	3,57	4,13

En lo que respecta a la población infantil wothiha, se observa una disminución importante en los niveles de déficit en relación con los niños hiwi, sin embargo es importante destacar la coincidencia que se observa en el déficit del indicador talla-edad con una proporción aún mayor que la registrada para los Hiwi. La evaluación conjunta de los indicadores peso-edad y talla-edad muestra niveles de déficit para un 8,33% de la población wothiha.

Wothiha

Porcentaje de individuos por debajo de la norma para los indicadores antropométricos simples

Indicador	Proporción
Peso-Edad	8,33
Talla-Edad	42,98
Peso-Talla	0,8

Al igual que lo observado para el caso de los Hiwi, las niñas presentan mayores niveles de déficit que los varones. El análisis conjunto de los indicadores peso-edad y talla-edad discriminado según el sexo muestra niveles de déficit en el 2.5% de los varones y de 14,67% de las niñas.

Wothiha
*Porcentaje de individuos por debajo de la norma
para los indicadores antropométricos simples*

	Niños	Niñas
Indicador	Proporción	Proporción
Peso-Edad	4.20	14.67
Talla-Edad	38.65	45.67
Peso-Talla	1.68	-

Se debe tomar en cuenta que estos indicadores por sí solos no son recomendables para la determinación del estado nutricional de la población, por cuanto pueden reflejar no sólo niveles de déficit nutricional, sino también la expresión de su disposición genética por lo que su consideración sin otras variables puede distorsionar la evaluación misma.

Los resultados preliminares aquí expuestos reflejan la necesidad de completarlos con un estudio más preciso, el cual se encuentra en proceso que incluya la información más detallada de la clasificación antropométrica según la escala percentilar propuesta como punto de corte, además de lo relativo a los restantes indicadores (área grasa, área muscular e índice de masa corporal) cuya interpretación debe estar relacionada con los resultados que se deriven de la encuesta nutricional llevada a cabo en estos grupos.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN

MALÁRICA EN POBLACIONES YANOMAMI

de la Cuenca del Alto Orinoco

**Jaime R. Torres R¹, Magda Magris², Leopoldo Villegas²
María A. Torres V³, Betty Gómez³, Luís Suarez⁴
Henry Rivera⁵, Romelia Ramirez⁵ y Carlos Vivas⁵**

La población yanomami aislada de algunas comunidades de la cuenca del Alto Orinoco (Edo. Amazonas), ubicada en el área inabordable del foco meridional de transmisión malárica en Venezuela, muestra patrones de transmisión de tipo holoendémico o hiperendémico, con una alta prevalencia de esplenomegalias crónicas significativas en pacientes adultos sin evidencia de parasitemias maláricas patentes, que en gran medida corresponden al síndrome de esplenomegalia malárica hiperreactiva (EMH) y han sido afectadas por la ocurrencia de una devastadora y prolongada epidemia de hepatitis severa por los virus de la hepatitis B y Delta (1, 2).

El síndrome de esplenomegalia malárica hiperreactiva (EMH), anteriormente conocido como síndrome de esplenomegalia tropical, es una complicación de la malaria caracterizada por el desarrollo de esplenomegalia masiva crónica, en pacientes residentes o con visitas frecuentes a áreas de transmisión malárica, quienes presentan niveles elevados de IgM sérica y de anticuerpos anti-*Plasmodia*, inmunidad clínica a la malaria, al igual que una respuesta favorable a la administración prolongada de agentes antimaláricos (3). Aunque los diversos aspectos patogénicos de la EMH no han sido completamente esclarecidos, se acepta en la actualidad que el síndrome se origina por la falta de regulación de las células T sobre la respuesta humoral al estímulo antigénico de la infección malárica recurrente, si bien el mecanismo exacto de dicho trastorno a nivel celular aún no ha sido establecido (4, 5).

La ocurrencia de anemia es una complicación común en los pacientes con el síndrome de esplenomegalia malárica hiperreactiva (EMH). A diferencia de la anemia observada durante la malaria -la cual es debida primariamente a la destrucción de los glóbulos rojos parasitados en asociación con la esplenomegalia y con la activación de los macrófagos, así como por la inhibición de la respuesta medular asociada con la hipoplasia o displasia eritroide causada por la liberación del factor de necrosis tumoral (TNF)- la anemia crónica de la EMH, junto con la leucopenia y la trombocitopenia concomitantes, parecen ser debidos al aumento de tamaño del bazo *per se* (6). En algunos pacientes con EMH, pueden ocurrir episodios súbitos de anemia severa, los cuales se superponen al estado hemolítico crónico usualmente compensado característico de la afección. A pesar de ser bien

¹ Instituto de Medicina Tropical, Sección de Infectología, Universidad Central de Venezuela.

² Distrito Sanitario 4, Dirección Regional de Salud del Estado Amazonas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

³ Instituto de Hematología y Oncología, Universidad Central de Venezuela.

⁴ Servicio de Medicina, Centro de Salud "José G. Hernández", Puerto Ayacucho.

⁵ Instituto de Inmunología Clínica, Universidad Central de Venezuela.

conocidos desde hace más de tres décadas, la etiopatogenia de tales procesos hemolíticos agudos, aún no ha podido ser esclarecida (7).

Según observaciones del grupo médico destacado en el área, durante los dos años previos se había notado la ocurrencia de un apreciable número de episodios recurrentes de anemias agudas severas de tipo hemolítico en pacientes adultos, no asociados con parasitemias maláricas patentes, ni con la ingestión de medicamentos de cualquier índole, en individuos de etnia yanomami pertenecientes a las comunidades locales de Ocamo y Mavaca. Distrito Sanitario 4 (Dto. Río Negro), del Estado Amazonas, correspondiente a la cuenca del Alto Orinoco. Dichos procesos hemolíticos, los cuales requirieron sólo durante el año 1994, del traslado de 38 pacientes adultos afectados, sobre una población total de aproximadamente 550 personas (es decir, el 7% de la población general), al Centro de Salud de Puerto Ayacucho, para la realización de transfusiones sanguíneas, se presentan en individuos portadores de cuadros de hepato-esplenomegalias crónica y en algunos casos, se observa una marcada poiquilocitosis en los extendidos de sangre periférica.

Con el propósito de profundizar en el conocimiento de la epidemiología de la infección malárica en una comunidad yanomami aislada con alta tasa de transmisión, al igual que para precisar los mecanismos patogénicos involucrados en algunas de las complicaciones inusuales de la afección observadas en estas mismas poblaciones, se inició una investigación clínico-epidemiológica prospectiva, durante el lapso de 2 años (1994-1996), en la población general de las comunidades antes mencionadas y en aquellos individuos que presentaran evidencia de hemólisis masiva activa o una historia reciente de episodios recurrentes de hemólisis aguda.

Materiales y métodos

La medicatura de Ocamo, ubicada en las inmediaciones del afluente del río Orinoco del mismo nombre, sirve a una población yanomami aproximada de 550 personas, ubicados en cuatro *shabono* circundantes y adicionalmente recibe pacientes ocasionales provenientes de otros *shabono* más distantes, al igual que de la misión católica y la escuela granja ubicadas en la misma comunidad.

Con el fin de establecer el patrón de transmisión de la malaria en la población, se analizaron los datos recolectados prospectivamente por el personal médico destacado en la medicatura de Ocamo durante el año anterior. En tal sentido, se realizó un registro de los motivos de consultas médicas llevadas a cabo durante la estación de máxima transmisión malárica local, la cual se extiende normalmente entre los meses de mayo a diciembre y coincide con el periodo de mayor intensidad de precipitación pluvial a lo largo del año. A todos los individuos que acudieron a la consulta por razones diversas se les practicaron en forma rutinaria estudios de extendidos y gotas gruesas coloreados con Giemsa para la búsqueda de hemoparásitos.

En combinación con los médicos destacados en el área y los pertenecientes al Servicio de Medicina Interna del Hospital "José G. Hernández", se evaluaron en forma detallada desde el punto de vista clínico-epidemiológico y de laboratorio a 12 pacientes con el cuadro clínico de hemólisis aguda, severa y recurrente, antes mencionado, al igual que 13 pacientes sin crisis hemolíticas que presentaban sólo los criterios clínico-serológicos del síndrome de EMH. Diez de tales pacientes fueron hospitalizados de urgencia durante el transcurso del estudio, debido a la ocurrencia de procesos hemolíticos agudos, con el fin de administrarles transfusiones de concentrados globulares y estudios

diagnósticos de laboratorio y paraclínicos básicos. Tres pacientes adicionales con EMH, fueron hospitalizados en el mismo centro por procesos infecciosos agudos diversos.

En el Instituto de Inmunología Clínica de la UCV, se practicaron estudios de fenotipaje de subpoblaciones de linfocitos T con fenotipo CD4+, CD8+ y CD3+ en sangre periférica mediante Citofluorometría). los niveles séricos de factor reumatoide e inmunoglobulinas séricas IgG, IgA e IgM se determinaron cuantitativamente por nefelometría cinética automatizada (Nefelómetro QM-300 Sanofi Pasteur, USA). Los complejos inmunes circulantes se determinaron por el método del ensayo inmunoenzimático (enzyme-linked immunoassay, ELISA, Abbott Laboratories) y los marcadores séricos de infección por los virus de la hepatitis B y C por el método de ELISA y de radio inmuno ensayo (radio immuno bounded assay, RIBA, Abbott Laboratories).

Se determinó en el suero de cada paciente la presencia y concentración de anticuerpos totales específicos (IgM + IgG) contra *P. vivax* o *P. falciparum*, mediante técnicas convencionales cuantitativas de ELISA, utilizando antígenos crudos obtenidos a partir de formas asexuadas de cada especie.

En el Instituto de Hematología y Oncología de la UCV, se analizaron todos los extendidos de sangre periférica coloreados con Giemsa y mediante técnicas serológicas estándar se practicaron estudios de determinación de anticuerpos aglutinantes en suero con células pantallas I y II, a la temperatura del laboratorio (crioaglutininas) y posteriormente se precisó su termolabilidad a través de panel frío y caliente, así como su asociación con positividad en la reacción de antiglobulina (Coomb's) indirecta. Igualmente, se investigó la ocurrencia de anticuerpos contra glóbulos rojos fetales y la eventual presencia de anticuerpos aglutinantes en la superficie de los eritrocitos en pacientes seleccionados mediante la reacción de antiglobulina (Coomb's) directa.

Con el fin de tener una población comparable de la misma etnia, que no estuviera expuesta constantemente al riesgo de infección malárica, se evaluaron clínicamente y se analizaron muestras de suero de 14 yanomami adultos asintomáticos, moradores de la región de Parima B (Dto. Río Negro), sin evidencia de parasitemia malárica activa y sin historia reciente de malaria clínica.

Los resultados de variables continuas determinadas para cada grupo de individuos, fueron analizadas mediante la prueba t de Student, y las no continuas mediante la prueba de chi-cuadrado (χ^2), con el fin de precisar las variaciones que reflejasen significación estadística con un nivel de $p < 0.01$ o menor.

Resultados

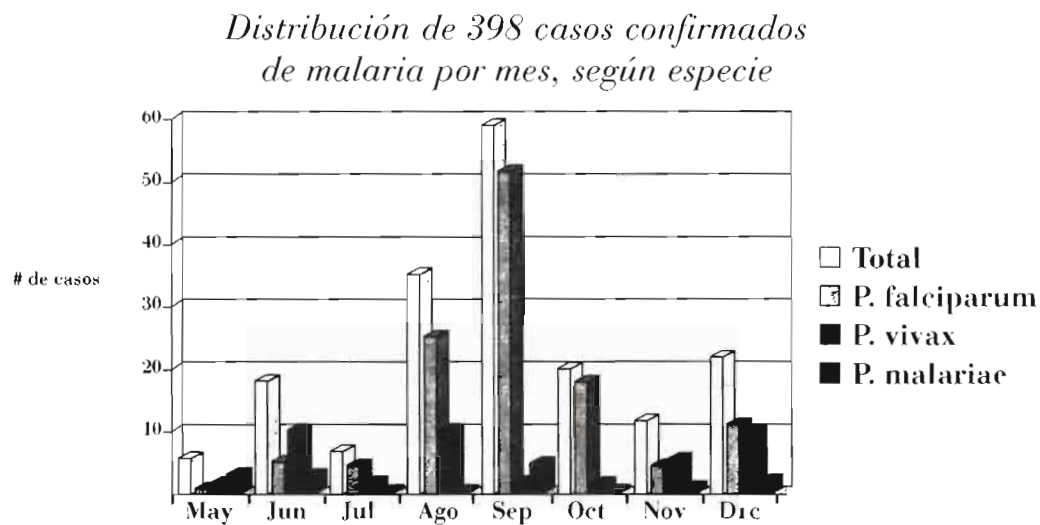
Durante el período transcurrido entre abril y diciembre de 1993, se practicaron en la medicatura de Ocamo un total de 798 consultas médicas en 498 pacientes, el 48% de los cuales eran individuos menores de 15 años de edad. En 321 ocasiones (40% del total de consultas, correspondientes a su vez a 241 pacientes individuales), fue posible demostrar la presencia de *Plasmodia spp.* en los extendidos o gotas gruesas de sangre periférica.

En 68,6% de los casos, la especie involucrada en la infección fue el *P. falciparum*, en 23,4% el *P. vivax* y en 8% el *P. malariae*. En 3% de los casos, se trató de infecciones mixtas. La distribución de las infecciones plasmódicas tanto globales como discriminadas según las diferentes especies del parásito, fue similar en ambos sexos, ocurriendo 53,5% de ellas en hombres y 46,5% en mujeres respectivamente (Figuras 1 y 2). La distribución de las infecciones por mes mostró un marcado pre-

dominio (67,2%) de las infecciones activas durante el período Agosto-Octubre, de las cuales, el 83,3% se asociaron con la presencia de *P. falciparum*. Igualmente, se observó un moderado repunte del número de infecciones en Mayo y Junio, con predominio en este caso de *P. vivax* y *P. malariae* (75%) con respecto a *P. falciparum* (25%), tal como se aprecia en la Figura 2.

La totalidad (100%) de 108 pacientes evaluados mostraron elevados títulos séricos de anticuerpos específicos contra las tres especies de *Plasmodia* detectadas en el área (Figura 3). El aumento de dichos títulos en general fue más marcado en el caso de *P. falciparum*, en comparación con las otras dos especies, en concordancia con los resultados parasitológicos antes descritos.

La prevalencia global de esplenomegalia en la comunidad estudiada fue de 32,3%; sin embargo, en el grupo etario de menores de 10 años fue de 27,6% y en los mayores de 20 años dicha prevalencia alcanzó el 63,1% ($p < 0.001$). Aún más, al analizar la prevalencia de esplenomegalia por grupo



Fuente: Dra. Magda Magris. Dto. sanitario #4. Estado Amazonas



Fuente: Dra. Magda Magris. Dto. sanitario #4. Estado Amazonas

Figura 2.

etario según su grado en la escala de Hackett, se observa que esplenomegalias grado II o mayores (clínicamente significativas) fueron observadas en 10,4% de los individuos menores de 10 años, mientras que en los mayores de 20 años la tasa alcanzó el 40,1% (Figura 4).

Aproximadamente 48,2% de la población total de etnia yanomami en la comunidad de Ocamo sufrió de malaria confirmada en el lapso de los nueve meses estudiados. El 59,3% de las infecciones observadas ocurrió en individuos menores de 15 años y la distribución de las infecciones fue similar para ambos sexos.

Todos los 25 pacientes estudiados en detalle desde el punto de vista clínico y de laboratorio presentaban evidencia de esplenomegalia clínicamente significativa (Hackett II o mayor). Doce de ellos fueron hospitalizados para el tratamiento de urgencia de crisis agudas de anemia hemolítica severa. En 4 de tales individuos se constató la ocurrencia de hepatopatía crónica avanzada desde el punto de

*Niveles sericos de anti-plasmodia (IFA) según especie
en 107 casos confirmados*

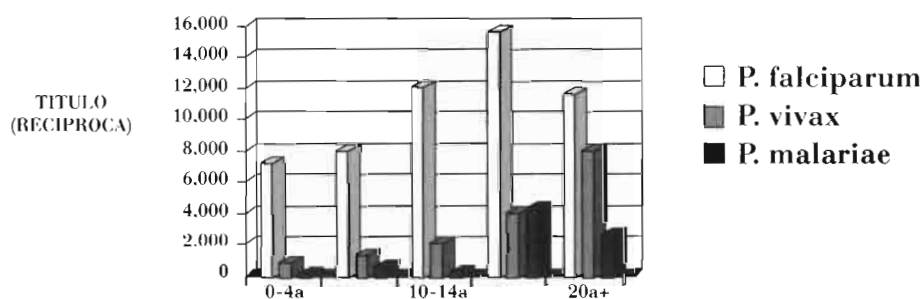


Figura 3.

*Esplenomegalia masiva Vs. edad
en 507 Yanomami-Ocamo 94*

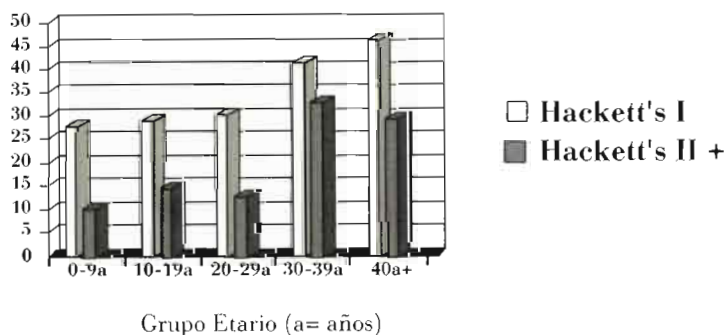


Figura 4.

vista clínico-laboratorial, anemia severa, leucopenia y trombocitopenia (hiperesplenismo), evidenciándose igualmente hallazgos ecosonográficos característicos de hipertensión portal. En los extendidos de sangre periférica, se demostró la presencia de acantocitosis marcada ("spur cells") y reticulocitosis.

Ninguno de los 25 pacientes presentó parásitos maláricos en las preparaciones de gotas gruesas. Sin embargo, en todos se constató la presencia de altos niveles de anticuerpos totales contra *Plasmodia*, reflejando una exposición reciente o pasada a la infección.

En 4 de los 12 pacientes con procesos hemolíticos agudos, se constató la ocurrencia concomitante de procesos febriles con compromiso respiratorio clínico y alteraciones radiológicas del tipo de infiltrados intersticiales unilaterales con áreas de exudado alveolar confluentes.

Diez pacientes con procesos de hemólisis aguda fueron evaluados para documentar la presencia de anticuerpos específicos para el virus de Epstein-Barr (VEB) y para *Mycoplasma pneumoniae* por la técnica de ELISA. En 5 de tales pacientes fue posible demostrar niveles elevados de anticuerpos IgM específicos sugestivos de infección reciente para cada patógeno, aunque en tres casos, dos de ellos con síntomas de infección respiratoria concomitante, se demostraron anticuerpos contra ambos patógenos simultáneamente. De la misma manera, todos los 10 pacientes mostraron niveles detectables de IgG específicos contra ambos agentes.

Ocho de los 12 pacientes con procesos hemolíticos agudos y todos los trece pacientes restantes, presentaban además de hepato-esplenomegalia severa, otros criterios diagnósticos del síndrome de EMH, tales como: hiperesplenismo, elevación marcada de IgM séricas, niveles elevados de anticuerpos anti-Plasmodio e inmunidad clínica para la infección malárica.

En general, en 9 de las 21 (42,8%) muestras evaluadas para marcadores séricos de infección viral hepática crónica, se pudo confirmar la ocurrencia de infección por el VHB (6 casos) o el VHC (3 casos). De la misma manera, en 3 de los 4 pacientes con el diagnóstico de anemia de células espiculadas, se constató la ocurrencia de infección crónica por el VHB (2 casos) o el VHC (1 caso).

Por otro lado, en 15 de 21 (71,4%) individuos evaluados, fue posible demostrar la presencia de crioaglutininas en el suero, en 13 de ellos la actividad aglutinante se mantuvo hasta por lo menos 37°C y en 3 de tales sueros se constató la ocurrencia de una reacción de antiglobulina indirecta positiva. Diez de 16 pacientes evaluados mostraron la presencia de anticuerpos contra glóbulos rojos fetales.

En relación con la determinación de subpoblaciones de linfocitos en sangre periférica, aunque se apreció en 11 de 18 (61%) muestras con EMH evaluadas, una disminución del número total de linfocitos en sangre periférica y/o del conteo de linfocitos CD4+ por debajo del nivel normal, no se observaron alteraciones en relación con los niveles de CD8+ y CD3+ e índice CD4+/CD8+. Igualmente, no se apreciaron diferencias significativas estadísticamente con respecto a ninguna de estas variables, entre los pacientes complicados con hemólisis, con respecto a aquellos que solo presentaban EMH.

Discusión

El estudio realizado, mostró que un elevado porcentaje (aprox. 50%) de la población total de etnia yanomami en la comunidad de Ocamo, sufrió de malaria parasitológicamente confirmada en el lapso correspondiente al período de transmisión estacional de la afección. La mayoría de las infec-

ciones (aprox. 70%) ocurre durante el lapso Agosto-Octubre y son determinadas fundamentalmente (más del 80% de los casos), por el *P. falciparum*. Igualmente, se observó un moderado repunte del número de infecciones en los meses de Mayo y Junio, con predominio en este caso (75%) de *P. vivax* y *P. malariae*, en relación con los fenómenos de recaídas tardías observados con la primera especie y de incubación clínica prolongada con la segunda. La mayor parte de las infecciones observadas (60%) ocurrió en individuos menores de 15 años y la distribución de las infecciones fue similar para ambos sexos.

Los altos índices de transmisión encontrados están en consonancia con datos simultáneos colectados por investigadores de la Dirección de Investigaciones de Malariología en el área de estudio (Yasmín Rubio, comunicación personal), quienes, mediante la utilización de voluntarios humanos, constataron que el mosquito vector local, *Anopheles darlingii*, pica a cada persona adulta de la comunidad un promedio de hasta 46 veces en una sola noche: es decir, más de 16.500 veces cada año. Dicho individuo sufriría aproximadamente 122 picaduras potencialmente infectantes, de las cuales 69 veces corresponderían a vectores portadores de *P. falciparum*, 37 con *P. vivax* y 16 con *P. malariae*. Más aun, los resultados serológicos de los pacientes evaluados, así como aquellos colectados por nosotros con anterioridad en la misma comunidad, indican una exposición universal a la infección malárica desde muy temprana edad y durante toda la vida del individuo (1).

En un área de transmisión hiperendémica de malaria, el predominio marcado de esplenomegalia clínicamente significativa en los grupos etarios de adultos en comparación con los individuos menores de 10 años, es contraria a lo usualmente encontrado en cualquier población, donde los niños son habitualmente más afectados que los adultos por la infección malárica debido a la carencia de inmunidad adquirida previa. Nuestros inusuales hallazgos en cuanto a la mayor frecuencia y severidad de la esplenomegalia en grupos de mayor edad podría ser explicada por la conocida ocurrencia de EMH en estas poblaciones (1).

Los resultados iniciales muestran que tales episodios de hemólisis aguda severa ocurren en dos grupos de individuos: a) En forma minoritaria, se identifican pacientes con evidencia de hepatopatía crónica severa, en algunos casos asociada con evidencia de infección crónica por los virus de hepatitis B o C. Desde el punto de vista diagnóstico, el síndrome clínico corresponde a un proceso de Anemia Hemolítica de Células Espiculadas ("Spur Cell Hemolytic Anemia"), similar al observado en pacientes con cirrosis avanzada u otras formas de enfermedad hepática parenquimatosa severa. b) La mayoría (81%) de los pacientes llenan más bien los criterios clínicos del síndrome de EMH. En tal sentido, debe destacarse que procesos hemolíticos agudos similares, sin explicación aparente, han sido reportados en pacientes con EMH de otras áreas geográficas del mundo (4). En dichos pacientes no se ha observado la ocurrencia de esferocitos u otras anomalías diagnósticas en la morfología de los eritrocitos y las pruebas directas de Coombs han sido consistentemente negativas. La excelente respuesta a la prednisona en algunos pacientes ha sugerido una base inmunológica del proceso, pero esta hipótesis no ha sido confirmada aún con estudios serológicos detallados a nivel local (8).

De gran interés ha sido la constatación que todas las 12 muestras de pacientes con hemólisis recurrente estudiadas presentaban niveles elevados de crioprecipitinas en suero, la mayoría con actividad mantenida hasta los 37°C de temperatura y en algunos casos, con reacción de Coombs indirecto positiva. Tales autoanticuerpos aglutinantes de eritrocitos, pudieran explicar la ocurrencia de procesos de hemólisis marcados desencadenados por exposición al frío (en especial a nivel periférico distal) y en el caso de los pacientes con anticuerpos con actividad a 37°C, bajo cualquier circunstancia.

Estudios más detallados al respecto están siendo llevados a cabo en los Institutos de Medicina Tropical y Hematología y Oncología de la UCV, respectivamente.

Es conocido que la síntesis policlonal de crioaglutininas puede estar incrementada en respuesta en respuesta a ciertas infecciones, especialmente por *M. pneumoniae*, VEB, citomegalovirus y protozoarios tales como *Trypanosoma* y *Plasmodium* (9, 10). La posible asociación etiológica entre la presencia de anticuerpos aglutinantes en nuestros pacientes con la ocurrencia de infecciones agudas por *M. pneumoniae* y/o VEB es plausible, en vista de la presencia de niveles elevados de anticuerpos IgM específicos en 50% de los pacientes evaluados.

Sin embargo, una explicación alternativa es que se trataría más bien de reacciones serológicas inespecíficas, compatibles con la bien conocida estimulación policlonal de IgM inducida por los parásitos maláricos, que se observa en los pacientes con EMH.

Por otro lado, los niveles de las diversas subpoblaciones linfocíticas en pacientes con EMH, revelaron en algunos de nuestros pacientes alteraciones variables en el número total de linfocitos en sangre periférica y en el nivel de la subpoblación de células T con fenotipo de CD4+ (ayudadoras), sin elevaciones de las subpoblaciones de células T con fenotipo CD8+ (supresoras/"killer"), diferente a lo reportado anteriormente en pacientes de EMH provenientes de otras áreas geográficas del mundo como Africa y Asia (11, 12).

El marcado incremento en la tasa de esplenomegalia entre los individuos mayores 20 años (63.1% vs. 10.9% en menores de 10 años) y el predominio de bazos grado II o mayores en la escala de Hackett en este grupo etario, indica la ocurrencia de otros factores etiológicos asociados con esplenomegalias masivas, tales como el síndrome de EMH y procesos de hepatopatías crónicas severas (ej. hepatitis B, Delta y C), en esta población (1, 2).

En conclusión, se profundizó en el conocimiento de la epidemiología y patogenia de la infección malárica en comunidades amerindias de etnia Yanomami con situaciones clínicas especiales. Se constató el alto grado de exposición natural y transmisión de la infección en la población estudiada. Por otra parte, se ha documentado por primera vez en el país, la ocurrencia a nivel de una comunidad amerindia o no, de múltiples casos de anemia hemolítica de células espiculadas en relación con procesos de hepatopatías crónicas severas. Igualmente, se confirmó la existencia de otros procesos hemolíticos severos recurrentes, no asociados con parasitemias maláricas patentes, en pacientes con el síndrome de EMH, en una población con alta prevalencia de malaria. La ocurrencia de estos procesos severos de tipo hemolítico es un factor potencial adicional de complicación de la anemia causada por la infección malárica activa y por el síndrome de EMH en dichas comunidades.

Los hallazgos antes descritos ilustran las dificultades encontradas en la implementación de programas tales como los propuestos por el proyecto PROCOMSIVA, dirigidos a mejorar el estado de salud de las comunidades indígenas de Estado Amazonas mediante la aplicación de pautas sanitarias sencillas a ser incorporadas como patrones de conducta por la población, cuando se enfrentan situaciones especiales desde el punto de vista patogénico o epidemilógico. En la población Yanomami de las comunidades estudiadas en el Alto Orinoco, la malaria reviste características particularmente complejas, no observadas en otras poblaciones amerindias del país, ni siquiera en otras comunidades del Estado Amazonas pertenecientes a la misma etnia. La exposición universal a la infección desde muy temprana edad y la intensidad de la transmisión a lo largo de la mayor parte del año, en una población aislada y genéticamente seleccionada, permite el desarrollo de complicaciones de tipo

inmunopatológico inusuales tales como el síndrome de EMH que requieren un manejo especial desde el punto de vista terapéutico y preventivo. Por ejemplo, a diferencia de los individuos sin la afección, los pacientes con EMH deben recibir tratamiento profiláctico con medicamentos antimaláricos efectivos por tiempo indefinido con el fin de revertir las diversas alteraciones inmunopatológicas que caracterizan el síndrome, las cuales son determinadas por la ocurrencia de infecciones maláricas subclínicas o asintomáticas a repetición. En tal sentido, las alternativas medicamentosas que pudieran aplicarse en este contexto son muy limitadas, ya que las cepas de *P. falciparum* presentes en la región son habitualmente resistente a la cloroquina u otros medicamentos disponibles de uso común como la combinación pirimetamina-sulfadoxina (Fausidar®) y compuestos antimaláricos tales como la quinina, las tetraciclinas y la mefloquina, pueden inducir efectos colaterales tóxicos mucho más frecuentemente, tienen un costo mayor, o simplemente no pueden ser utilizados en grupos especiales de la población como los niños o las mujeres embarazadas.

Referencias

- (1) TORRES J.R., NOYA O., MONDOLFI A. y cols.
1988 "Hyperreactive malarious splenomegaly in Venezuela." *Am. J. Trop. Med. & Hyg*; 39: 11-14.
- (2) TORRES J.R., MONDOLFI A.
1994 "Protracted outbreak of severe delta hepatitis in an isolated population of the Upper Orinoco Basin". *Rev. Infect. Dis.*, 13: 52-55.
- (3) FAKUNLE Y.M.
1981 "Tropical splenomegaly . Part I: tropical Africa". *Clinics in Hematology*, 10: 963-975.
- (4) CRANE G.G.
1992 "The anemia of hyperreactive malarious splenomegaly". *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 25: 1-5.
- (5) CRANE G.G.
1986 "Hyperreactive malarious splenomegaly (tropical splenomegaly syndrome)". *Parasitology Today*, 2: 4-9.
- (6) PRYOR D.S.
1967 "The mechanism of anaemia in tropical splenomegaly". *Quarterly Journal of Medicine*, 36: 337-356.
- (7) HAMILTON P., GEBBIE D., HUTT M. y cols.
1967 "Anaemia in pregnancy associated with "big spleen disease"". *British Medical Journal*, 3: 823-825.

(8) FLEMING A.F., ALLAN N.C.

1969 "Severe haemolytic anaemia in pregnancy in Nigerians treated with prednisolone", *Brit. Med. J.*, 4: 461-466.

(9) JACOBSON L., LONGSTRETH G., EDINGTON T.

1973 "Clinical and immunologic features of transient cold agglutinin hemolytic anemia", *Am. J. Med.*, 54: 514-521.

(10) FEIZI T., TAYLOR-ROBINSON D.

1967 "Cold agglutinin anti-Y and Mycoplasma pneumoniae". *Immunology*, 13:405.

(11) PIESSEN W.F., HOFFMAN S.L., WADEE A.A. y cols.

1985 "Antibody-mediated killing of suppressor T lymphocytes as a possible cause of macroglobulinemia in the tropical splenomegaly syndrome," *J. Clin. Invest.* . 75:1821.

(12) HOFFMAN S.L., PIESSENS W.F., RATIWAYANTO S. y cols.

1984 "Reduction of suppressor T lymphocytes in the tropical splenomegaly syndrom". *NEJM* 310:337.

LOS EFECTOS DE LA INVASIÓN MINERA

Un relato yanomami

*Matowë Borges*¹
Traducido por *Catherine Alès*

Antes que los garimpeiros invadieran,
pensé que yo no quería eso.
Hemos pensado que era mentira que otra gente viniera a instalarse
sobre nuestro territorio.
Dicen que ayudarían a los Yanomami, pero yo sabía que era mentira.
Son ladrones. Vienen para buscar oro.
Vienen a buscar mucho oro donde hay y vienen a expulsar a los Yanomami.
Unos Yanomami dijeron que unos extranjeros estaban llegando y regalaban bienes.
Pero era una trampa.
Ellos quieren robar,
quieren robar nuestra tierra.
Quieren eliminarnos.
Nos quieren matar.

Primero, entraron por el Este.
Fue entonces que mataron a Yanomami.
Robaron comida. En aquel momento ellos dañaron la selva,
envenenaron el agua de todos los ríos.
También violaron mujeres yanomami,
y muchos Yanomami se enfermaron.
Están enfermando a todos los Yanomami.

Muchos Yanomami ignoraban todavía como son los garimpeiros
y pensaban que ayudarían a los Yanomami.

Entonces, otros garimpeiros entraron a Venezuela por otra parte,
robaron mujeres y mataron a otros Yanomami.
Entonces los Yanomami se defendieron
y los garimpeiros mataron otra vez a otros Yanomami.

¹ Representante del pueblo yanomami.

Una vez que los Yanomami tomaron mucha agua,
todos se enfermaron.
Muchas enfermedades se expandieron del lado venezolano,
por todos lados.

Ellos robaron mujeres. tambien mataron a Yanomami.
Mataron a Yanomami,
es por esta razon que ellos tambien intimidaron a los mineros.

Ahora los Yanomami saben lo que son los mineros.
Protegen a su territorio.

Ahora. aunque antes no había todas estas enfermedades.
hoy en día hay enfermedades diferentes que han aparecido:
hepatitis, diarreas. malaria, gonoreas, sífilis...
Muchos Yanomami se enfermaron a causa de los garimpeiros.

¿Cómo eso puede seguir así?, pensé.

Ahora que los soldados no actúan eficazmente. yo me pongo bravo.
Aunque se les pide para expulsar a los garimpeiros,
ellos dicen a uno que no hay combustible (para su transporte),
y eso me pone bravo.

Ahora mismo, estamos muy bravos.
Aunque les avisamos que los garimpeiros entraron de nuevo,
se nos contesta: “¡mas luego. mas luego!”

No es verdad, yo pienso, no van a ir.
y estoy a punto de ponerme aún más bravo.

Aunque yo fui a Caracas para explicar todo².
que había que actuar en contra de los garimpeiros,
para expulsar a todos ellos,
después de haberlo hecho una primera, y una segunda vez,
se paró todo.
No continuaron.

² Se refiere a una intervención que hizo en el Congreso Nacional a propósito de la masacre de los Yanomami de Hashimu que ocurrió en 1993.

Fue en ese momento que los garimpeiros regresaron
y que exterminaron a otros Yanomami,
a la gente de Hashimo.

Después (de esta tragedia) yo pensé que no había más garimpeiros.
Pero no hace mucho tiempo, muy cerca de aquí al norte de nuestro territorio,
mineros mataron a unos Yanomami,
y me pregunto: ¿porqué los soldados no logran expulsarlos?

Dicen que no tienen combustible.
Aunque los informamos de nuevo:
los Yanomami trajeron billetes de dinero brasileño para probar su presencia.

¿No sé porqué no se les da los medios para que puedan actuar.
ya que los mineros siguen regresando y exterminando a otros Yanomami?

Allá, allá, cerca de Delgado Chalbaud, unos garimpeiros se acercaron.
Por allá, cerca de Shitoyo,
en muchas partes otros más se acercaron también.
Trabajaron en el agua.
Entonces los Yanomami se enfermaron
y, con las visitas que los Yanomami hacen, las epidemias se propagaron.

Los Yanomami tomaron agua sucia, muchos se murieron.
También los peces se murieron por causa del mercurio.
¡En todas partes, muchos Yanomami se murieron!

Yo fui a Caracas, yo fui a Puerto Ayacucho (para explicar la situación):
“¿si ahora no protegen a Venezuela, que va a ocurrir?
¡No sólo nosotros, los Yanomami, nos vamos a morir,
sino nosotros todos (los venezolanos)!
Hay un solo río, el Orinoco, con sus afluentes distantes:
¡cuando se reúnen, si uno toma el agua, muere!
No es solamente nosotros, es todo el mundo quien sufrirá si no se protege el territorio.
Si Uds protegen el territorio, nosotros todos tendremos buena salud.
Yo estoy contando la verdad.”

Ahora, como no lograron protegerlo (el territorio),
las enfermedades se están propagando.
el agua está muy sucia en las cabeceras del río Ocamo

donde, recientemente, han extraído oro,
unos Yanomani lo vieron.

Nosotros queremos estar solos en nuestra tierra.
no queremos que hayan muchos extranjeros en ella.
No queremos a los mineros.
Estaremos felices de vivir tranquilos.

Nuestros hijos podrían multiplicarse:
¿si no defendemos nuestro territorio que sucederá?
Nosotros todos nos vamos a morir.
Es por eso que yo quiero defender a mi tierra.

Este libro es publicado bajo los auspicios de la

Comisión de la Unión Europea

con la participación del:

Institut Français
de Recherche Scientifique
pour le Développement en Coopération
(ORSTOM)

Servicio Autónomo
para el Desarrollo Sustentable
del Amazonas
(SADA-Amazonas)

*Las informaciones y opiniones emitidas por los autores de los textos son de su exclusiva responsabilidad
y no comprometen legalmente a las instituciones patrocinantes, ni a los editores y/o árbitros.*

1993, Año Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, fue el inicio de diversos proyectos en favor de ellos. Como parte de éstos ve la luz el presente libro que reúne a sabios autóctonos e investigadores para meditar sobre el estado sanitario de estas poblaciones y la atención que se les prodiga. Nos invita a una estimulante reflexión acerca de la salud que asume la diversidad de las prácticas médicas y que también está argumentada por los propios actores quienes, a través de sus palabras y de una colección de ilustraciones, nos ofrecen una visión de su mundo cargada al mismo tiempo de magia y certero realismo.

