

Germán Freire
Editor

PERSPECTIVAS EN SALUD INDÍGENA

COSMOVISIÓN, ENFERMEDAD Y POLÍTICAS PÚBLICAS



ABYA YALA | UNIVERSIDAD
POLITÉCNICA SALESIANA

GRUPO *de*
ESTUDIOS
ANTROPOLÓGICOS

PERSPECTIVAS EN SALUD INDÍGENA

COSMOVISIÓN, ENFERMEDAD Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Germán Freire (editor)

1era. edición: Ediciones Abya-Yala
Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson
Casilla: 17-12-719
Teléfonos: 2506-247 / 2506-251
Fax: (593-2) 2506-255 / 2 506-267
e-mail: editorial@abyayala.org
www.abyayala.org
Quito-Ecuador

Diseño y
Diagramación: Ediciones Abya-Yala

ISBN 13 Abya-Yala: 978-9978-22-952-1

Impresión: Producciones Digitales Abya-Yala
Quito-Ecuador

Impreso en Quito Ecuador, enero 2011

Los capítulos de los autores: Franz Scaramelli y Kary Tarble, Egleé L. Zent y Stanford Zent, Michel Perrin, Jonathan D. Hill y Myla Oliver, y, José Antonio Kelly fueron traducidos al español gracias al financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS).

Índice

Prólogo	9
<i>Peter Rivière</i>	

Introducción.....	13
<i>Germán Freire</i>	

PARTE I: EPIDEMIOLOGÍA HISTÓRICA

El impacto de las enfermedades del Viejo Mundo en el Orinoco medio: evidencia documental y arqueológica	43
<i>Franz Scaramelli y Kary Tarble</i>	

Historia de las epidemias entre los barí.....	75
<i>Roberto Lizarralde y Manuel Lizarralde</i>	

PARTE II: SALUD INDÍGENA

El mundo intelectual de los yanomami: cosmovisión, enfermedad y muerte con una teoría sobre el canibalismo.....	141
<i>Jacques Lizot</i>	

Ser y volverse jodí: la construcción del yo, el cuerpo y la persona a través de las prácticas curativas indígenas	191
<i>Egleé L. Zent y Stanford Zent</i>	

Cura chamánica, sueños y eficacia terapéutica: el ejemplo de los wayúu	227
<i>Michel Perrin</i>	
Curanderos rituales, salud y medicina moderna entre los curripaco del Amazonas.....	251
<i>Jonathan Hill y Myla Oliver</i>	
Predeterminaciones fatales: la construcción discursiva de la melancolía entre los E'ñepa de Venezuela	287
<i>María E. Villalón y Henry Corradini</i>	
Fitoterapia warao: fundamentos teóricos	307
<i>Werner Wilbert y Cecilia Ayala Lafée-Wilbert</i>	

PARTE III: SALUD PÚBLICA

La economía política de la salud, la enfermedad y la cura entre los piaroa	327
<i>Stanford Zent y Germán Freire</i>	
Narrativas patológicas y epidemias de discriminación hacia la población warao: la epidemia de cólera y los indígenas como ciudadanos de segunda en Venezuela	385
<i>Clara Mantini-Briggs y Charles Briggs</i>	
Equívocos sobre identidad y cultura: un comentario sobre la formulación de políticas para los pueblos indígenas en Venezuela .	417
<i>José A. Kelly Luciani</i>	
Salud y violencia entre los jivi playeros de los llanos colombo-venezolanos.....	463
<i>Arelis Sumabilla</i>	
Sobre los autores	491
Mapa	497

La economía política de la salud, la enfermedad y la cura entre los piaroa

Stanford Zent
Germán Freire

Introducción: la economía política de la salud indígena

Los estados de salud y enfermedad rara vez son determinados exclusivamente por factores biológicos. El contexto económico y político condiciona tanto la salud de las personas como su acceso a los medios de curación, a la vez que genera las condiciones que contribuyen a la propagación de enfermedades (Baer *et al.* 2003; Singer, 2004). Alrededor de mil millones de personas sufren hoy en día de las llamadas ‘enfermedades tropicales desatendidas’, es decir 1 de cada 6 personas en todo el mundo y, a pesar de la magnitud de este problema, la OMS reportó en el año 2007 que ‘menos del 1% de los casi 1.400 medicamentos registrados entre 1975 y 1999 servían para tratar enfermedades tropicales’ (OMS, 2007). Estas enfermedades son ‘desatendidas’ por que afectan principalmente a los pobres, políticamente excluidos de las decisiones que afectan sus estados de salud y económicamente sometidos a condiciones que favorecen su aparición. Las políticas de salud pública son el resultado de luchas de poder y alrededor de ellas se tejen tramas socioeconómicas que tienen más que ver con consideraciones políticas que epidemiológicas.

La importancia de considerar la relación entre los factores económico-sociales y la salud para el desarrollo de la salud pública mundial fue reconocida en la Conferencia de Alma Ata, hoy Almaty, hace más de treinta años (OMS, 1978). En la declaración que surgió de esta conferencia se llamó a los organismos de Naciones Unidas y los gobiernos nacionales y organizaciones no gubernamentales a darle mayor soporte a las políticas de atención primaria en salud, y se reconoció la importancia de involucrar a la población local en la planificación e implementación de estas políticas como estrategia para combatir las tremendas discrepancias que existen entre los indicadores de salud del primer mundo y los del tercero. Estas disparidades, señala la declaración final, se deben a las situaciones de inequidad y exclusión social que derivan del nuevo orden económico mundial, por lo que “la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial” (OMS, 1978). La antropología médica y la medicina social han sostenido, al menos desde los trabajos de Rudolf Virchow en el siglo XIX, que sin esta redistribución de poder es difícil lograr avances significativos en materia de salud pública. Virchow alguna vez declaró que “la medicina es una ciencia social y la política no es sino medicina a gran escala” (citado en Sigerist, 1941: 93).

Sin embargo, la perspectiva de la economía política no se hizo fuerte en estudios antropológicos de la salud hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX. Y aún hoy los estudios de antropología médica a menudo se centran en el análisis de las variables actuales que producen estados de salud y enfermedad, sean sociales, biológicas o simbólicas, dejando de lado el análisis de las condiciones materiales históricas que determinan esas variables y que son imprescindibles para comprender cómo se generan los estados de salud y enfermedad. Farmer (2004) sugiere que esta tendencia deriva, probablemente, del hecho de que el principal método de la antropología, la observación participante, depende sobre todo de datos recabados en su interacción con sociedades vivas de las cuales no es siempre fácil extraer los elementos históricos que permiten tal reconstrucción. Esto se debe, en algunos casos, a las dificultades de establecer una cronología de los acontecimientos importantes para la sociedad en estudio, como sucede entre las sociedades indígenas de las tierras bajas suramericanas, o bien porque al centrarse en el estudio de minorías sometidas a condiciones de pobreza y exclusión sus puntos de vista sobre los acontecimientos pasados no suelen formar

parte de los registros históricos, ya que borrar o manipular la historia es una de las herramientas principales de la opresión (ibid.: 307).

Uno de los resultados de esta omisión recurrente del contexto histórico, económico y político suele ser la confusión o descontextualización de las respuestas indígenas a los procesos de adaptación e interacción con la sociedad mayoritaria, no sólo en temas de salud sino también de adaptación al mercado, participación política, etcétera, dando preferencia a explicaciones que buscan una coherencia estructural a sus respuestas al interior de la cultura (ej. Overing, 1992) o bien analizándolas desde la perspectiva de la interacción entre fuerzas de dominación y resistencia, que a menudo refuerzan el prejuicio de que los pueblos indígenas carecen de alternativas y agencia ante los procesos de cambio social y cultural (ej. Boglar y Caballero, 1982; Meggers, 2001).

Este artículo parte de la convicción de que para comprender las dinámicas que crean las condiciones de salud actuales de los pueblos indígenas, así como sus visiones al respecto, es necesario comprender los factores macro y micro estructurales en las que están inmersas (Morsy, 1996; Crandon-Malamud, 1997). Esta perspectiva permite percibir las condiciones materiales concretas que dan sentido real a la epidemiología, la salud pública, el chamanismo y los factores biológicos o ambientales que intervienen en la aparición de la enfermedad y en el proceso de la cura. En este sentido, trataremos el tema de la salud desde un punto de vista que intenta ver a las comunidades actuales como el resultado de procesos históricos, que incluyen factores globales que interactúan y coevolucionan con sus respuestas locales. La conjunción de ambos niveles genera los escenarios concretos en los que se desarrollan las dinámicas y las luchas por el control de las situaciones de salud y enfermedad en comunidades indígenas contemporáneas. Una contribución importante dentro de la antropología para nuestro análisis es el de la antropología médica crítica, que entiende la salud como al resultado de la lucha por el acceso y control sobre los recursos materiales e inmateriales que permiten una vida plena (Baer *et al.*, 2003: 5). Desde este punto de vista la salud es un concepto relativo que toma forma a partir de la relación dialéctica que se establece entre las personas, el medio ambiente, la sociedad, los medios de producción y distribución, las relaciones políticas, etcétera.

Desde una perspectiva similar, Sidney Mintz demostró que las relaciones que diferentes sistemas coloniales caribeños establecieron con la esclavitud, el momento en que estas relaciones se establecieron y el rol que jugaban en las diferentes sociedades antillanas, así como su in-

serción en la economía global, dieron lugar no sólo a distintos niveles de explotación, sino también a diferentes tipos de sociedades campesinas, que tienen consecuencias palpables en sus vidas contemporáneas: en sus patrones de parentesco, su mundo intelectual, sus relaciones de género, su desarrollo económico, etcétera. (ver. Mintz, 1966, 1992; Mintz y Price 1992). De igual forma, aquí pretendemos mostrar que las relaciones concretas que los piaroa –una sociedad de caza-horticultores de bosque del Orinoco Medio– establecieron con la sociedad criolla venezolana, y sus decisiones y respuestas a las coyunturas históricas concretas, han generado a lo largo de los últimos trescientos años las condiciones de salud específicas que hoy exhiben y las dinámicas de poder que se generan a su alrededor – que forman parte del proceso más amplio de construcción del ‘estado’ a escala local. La relación dinámica entre fuerzas políticas y económicas a nivel macro y agencias socioculturales a nivel micro ha ejercido un impacto importante en la salud de los piaroa, y viceversa, incluso desde antes de su primer encuentro ‘cara a cara’ con los europeos. El contacto y la confrontación interculturales han continuado influenciando sus patrones epidemiológicos hasta el presente.

Aquí proponemos que una perspectiva única sobre estas relaciones se puede obtener examinando las conexiones estructurales que existen entre, por un lado, los mecanismos geopolíticos instituidos para afianzar la hegemonía colonial y poscolonial de la construcción del Estado –tales como la expansión de fronteras, el trabajo misional, la integración al mercado, la transferencia tecnológica, los programas de desarrollo dirigidos por el Estado, burocracia gubernamental, etcétera– y, por otro lado, los mecanismos adaptativos o defensivos adoptados por sociedades indígenas, a pequeña escala, en respuesta a las amenazas a su seguridad y supervivencia. En el caso piaroa, las respuestas biológicas y culturales relevantes incluyeron cambios dramáticos en sus patrones migratorios y de distribución, los patrones de asentamiento, la organización social, las relaciones comerciales, cambios culturales y sus prácticas etnomédicas. Entonces, el balance de sus estados de salud y enfermedad pueden ser interpretados como un síntoma visible de la lucha subyacente entre fuerzas opuestas –dominación vs. resistencia, contacto vs. aislamiento, integración vs. independencia, explotación vs. asistencia– así como de la coevolución de la sociedad piaroa y la sociedad nacional en el contexto amazónico venezolano. Este proceso será analizado desde cuatro perspectivas: 1. Los efectos epidemiológicos y demográficos del encuentro colonial y post-colonial con poblaciones e instituciones (neo-)europeas; 2. Los riesgos sanitarios en el contexto cultural

contemporáneo; 3. Los determinantes económico-políticos de la prestación de servicios de salud en su territorio; y 4. Los procesos de cambio y reestructuración del sistema médico piaroa alrededor de sus nuevos escenarios sociales y de salud.

La epidemiología de la conquista y la resistencia

Como en otras partes de las Américas, la conquista y colonización europea del Orinoco Medio fue pavimentada, aunque involuntariamente, por la introducción de enfermedades infecciosas del Viejo Continente desde los primeros años del periodo de contacto. El record histórico que va de los siglos XVI al XVII da testimonio del brote de numerosas epidemias, que causaron mortalidad en masa entre la población aborigen. Las principales enfermedades mencionadas en esos registros incluyen: viruela, sarampión, escarlatina, influenza, tifo, disenteria, malaria y posiblemente fiebre amarilla (Morey, 1979; Perera, 1982; Zent, 1992; Mansutti, 2003a).

La historia temprana de la epidemiología del Orinoco está estrechamente asociada a la fundación de asentamientos misioneros en la segunda mitad del siglo XVII. La política misional de concentrar grandes cantidades de población en comunidades nucleares misionales, acertadamente llamadas reducciones, facilitó la transmisión directa de enfermedades de colonizadores a indígenas. Al mismo tiempo, la gran extensión de las redes comerciales y sociales de éstos últimos, sumado al hábito de escaparse a sus comunidades de origen cuando surgía un brote epidémico en las misiones, facilitó la propagación de las enfermedades más allá de los límites de los asentamientos misioneros. Otra fuente importante de depredación humana durante este periodo fue el tráfico de esclavos. Milicias indígenas aliadas con oficiales coloniales y empresarios atacaron y capturaron grandes números de personas indefensas para suplir las demandas de fuerza de trabajo de las colonias agrícolas de la costa. El resultado biocultural global de este proceso patógeno de colonización fue la extinción de gran parte de la población nativa y la desintegración de los sistemas socioculturales previos al contacto (Perera, 1982; Whitehead, 1988; Zent, 1992, 2000; Mansutti y Bonneuil, 1994-96).

Pero no todos los pueblos indígenas fueron afectados de igual manera por esta historia de genocidio y etnocidio. Los grupos más afectados fueron los que habitaban a lo largo de las riveras del Orinoco y sus

tributarios principales, como los sáliva, los achagua, los maipure, los ature, los otomaco, los tamanaco y los mapoyo. Estos grupos tenían, además, las poblaciones más grandes y más centralizadas, eran probablemente los más estratificados desde el punto de vista de su organización social y ocupaban posiciones clave dentro del sistema regional socioeconómico. Así, con su extinción o debilitamiento no sólo se despoblaron las riberas de los grandes ríos sino que también se vieron tremendamente afectadas y disminuidas las rutas comerciales y los diferentes vínculos sociales que unían a los grupos de la región (Mansutti, 1990/2005; Zent, 1992; Arvelo y Biord, 1994). Al mismo tiempo, los grupos de asentamiento interfluvial que estaban más distantes de la vanguardia de ocupación misionera y de los traficantes de esclavos escaparon a los peores efectos de este colapso cultural y demográfico. Las referencias escritas sobre los piaroa de los siglos XVIII y XIX se refieren persistentemente a su empecinada aversión y acritud hacia las misiones, así como su preferencia por la selva densa del interior del territorio. La destacada habilidad de los piaroa para sobrevivir al holocausto colonial que arrasó a tantos otros pueblos se debió probablemente a su resistencia cultural y su aislamiento geográfico de las fronteras del contacto colonial (Zent 2000).

Algunos autores proponen que varios aspectos clave de los patrones ecológico-culturales actuales de los piaroa son, de hecho, consecuencia de esta historia colonial, luego de haberse reconfigurado por los riesgos militares y epidemiológicos que emanaban de las poblaciones extranjeras y de aislarse estratégicamente de la zona de peligro. Por ejemplo, su patrón de asentamiento, altamente disperso y móvil, en los bosques de tierra alta del Orinoco Medio, bien podrían responder a una estrategia destinada a esquivar cualquier contacto con extraños (Zent, 1992; Mansutti, 1994). Junto con este patrón disperso, su sistema productivo caza-horticultor provee independencia económica y gran movilidad productiva al pequeño grupo familiar (Zent, 1998). Muchos aspectos de su organización social (parentesco cognático, matrimonio preferencial entre primos cruzados, residencia uxorilocal y la obligación de servicio del novio luego del matrimonio, en lugar de la dote) permiten el libre movimiento de individuos entre comunidades locales, así como la incorporación de personas externas al grupo familiar, facilitando además la asimilación de grupos remanentes y de los sobrevivientes de pueblos de las devastadas zonas ribereñas (Zent, 2009). El liderazgo político estaba concentrado principalmente en los chamanes, cuya influencia política era directamente proporcional a su habilidad para garantizar

la salud y la supervivencia de sus seguidores (Boglar 1971; Overing 1975). Sus creencias ecocosmológicas hacen énfasis en los peligros de enfermedad y muerte que producen la ingesta y el contacto con varias especies animales, así como la necesidad de realizar rituales para prevenir o curar las consecuencias de estos actos (Monod 1970). La tradición oral de los piaroa sugiere que las enfermedades se difundieron desde la región de Puerto Ayacucho (hoy capital del Estado Amazonas, localizado sobre los rápidos de Átures en el Orinoco Medio y cercano al sitio donde se ubicó uno de los asentamientos coloniales más tempranos de la zona) desplazándose río arriba hacia su territorio (Mansutti 2003a). Otro grupo de relatos describen los ataques de tribus caníbales, los *kæriminæ*, de fenotipo caucásico (ej. altos, piel pálida y con barba), una posible referencia a las mortales consecuencias del contacto con traficantes de esclavos y las enfermedades que ellos portaban consigo (Zent 2000; Mansutti, 2005).

Posterior a la independencia de España, en 1823, las dinámicas de contacto y colonización pasaron por un cambio substancial en la medida en que las órdenes eclesiásticas apoyadas por la Corona fueron forzadas a abandonar la región del Orinoco Medio, una ausencia que se extendería por más de cien años. Para ese entonces la mayoría de los grupos indígenas que habitaban las principales riveras habían sido borrados del mapa. Y aunque unos pocos asentamientos permanentes persistieron donde habían estado antes las reducciones, éstos eran invariablemente pequeños y su influencia sobre el resto del territorio era mínima. Los contactos entre éstos y la población indígena circundante eran principalmente económicos en naturaleza, limitados a pequeños encuentros con el propósito de intercambiar productos forestales por objetos occidentales. Viajeros a la región del siglo XIX reportaron que los piaroa estaban acostumbrados a visitar los asentamientos de Átures y maipures en busca de productos importados pero que se rehusaban a asentarse ahí o en las proximidades de estas comunidades por temor a las enfermedades del hombre blanco (Codazzi, 1940: 23-24; 46-47; Michelena y Rojas, 1989: 294; Ayres, 1967 II: 325-26). Al mismo tiempo, la extinción de los grupos étnicos vecinos dejó grandes áreas de tierra inhabitada y subexplotada en la periferia de su territorio, lo que motivó la lenta expansión de los piaroa, desde su zona de ocupación tradicional, en busca de mejores oportunidades para mantener y reestablecer los vínculos vitales de comercio que les permitieran acceso a recursos indígena no locales y a bienes occidentales. La reconstrucción de las migraciones piaroa durante este periodo muestra una expansión centrífuga

gradual en varias direcciones: hacia el norte, llegando a los cursos altos del Suapure, Villacoa y Parguaza; y hacia el sur, dentro de la región del Sipapo (Perera, 1982; Mansutti, 1990; cf. Bueno, 1933: 70; Codazzi, 1940: 49; Michelena y Rojas, 1989: 273). Este proceso estuvo –y está– acompañado, y de alguna forma es fortalecido, por el matrimonio interétnico y la asimilación de miembros de otros grupos devastados por el contacto como los mapoyo y los maipure (Zent, 2009).

La economía extractiva de exportación experimentó una expansión rápida durante el último cuarto de siglo XIX, alimentada por un crecimiento explosivo en la demanda mundial del caucho y de otros productos derivados de algunas pocas especies de árboles. Además del caucho (*Hevea guianensis*), las principales plantas comerciales eran el balatá (*Manilkara bidentata*), el chicle (*Couma spp.*), el chiquichique (*Leopoldinia piassaba*) y la sarrapia (*Dipteryx odorata*). La población inmigrante del territorio creció en la medida en que empresarios y trabajadores itinerantes invadieron la región, y nuevos pueblos y campamentos de procesamiento surgieron cerca de las zonas de extracción. La población nativa constituía la principal fuerza de trabajo para las tareas de extracción y su participación era a menudo asegurada por medios de trabajo abierta o cubiertamente coercitivo, tales como el reclutamiento de trabajadores a punta de pistola o los contratos de avance o peonaje por deuda, que consistían en relaciones esclavistas de trabajo a cambio de bienes occidentales astronómicamente encarecidos por los que los trabajadores indígenas quedaban endeudados con el patrón.

En líneas generales, los piaroa fueron participantes marginales del negocio extractivo. Hoy se pueden encontrar relatos históricos y orales que señalan la presencia de piaroa en las extracciones de caucho y chicle o de comunidades residiendo en las cercanías de los campamentos de extracción. Pero la mayoría de estos relatos se refieren a grupos viviendo a lo largo de la frontera sur de su territorio, en las áreas del bajo Sipapo y el Alto Orinoco. La mayoría de los piaroa, en cambio, se retiró de las zonas de extracción, ocultándose en las cabeceras de los ríos y en las selvas montañosas de su territorio, de manera de escapar de trampas y la servidumbre (Perera, 1982). El río Ventuari, por ejemplo, estuvo prácticamente desierto de sus habitantes nativos durante casi todo este periodo. Esta actitud evasiva se mantuvo no sólo por la notoria violencia que los barones del caucho imponían a sus trabajadores indígenas sino, nuevamente, por el temor a las enfermedades epidémicas que traían consigo los comerciantes y sus trabajadores trashumantes (Tavera-Acosta, 1927; Köch-Grünberg, 1979; Chaffanjon, 1986; Iribertegui, 1987).

Antes de que terminara la segunda década del siglo XX el territorio Amazonas entró en un periodo de recesión prolongado y de pérdida de población. El negocio salvaje del caucho entró en crisis casi al mismo tiempo en toda Suramérica a raíz de un incremento en la producción de caucho cultivado más barato en Asia. Otro factor que contribuyó al colapso de la economía cauchera en Venezuela fue el alzamiento y la caída de la rebelión de Tomás Funes. El famoso caudillo dirigió un alzamiento contra el gobernador regional en 1913 y por los siguientes 8 años gobernó el territorio y sus recursos naturales con mano de hierro, hasta que fue capturado y ejecutado por fuerzas contrarias al gobierno central. Los piaroa recuerdan la era de Funes como un tiempo oscuro de terror y esclavitud a manos de bandas armadas de violentos. Luego de este capítulo sangriento, el gobierno federal decidió reubicar la capital del territorio de San Fernando de Atabapo al recientemente fundado pueblo de Puerto Ayacucho, a orillas de los raudales de Atures en el extremo noroeste del territorio. Aunque esta medida permitió a Caracas mayor control político y militar sobre el sur separatista, también contribuyó a aislar aún más la gran mayoría del Amazonas del resto de la economía y de la sociedad nacional. La economía del caucho atravesó un segundo respiro durante la Segunda Guerra, pero en esa ocasión las condiciones de trabajo fueron más humanas y favorables para los extractores nativos (Iribertegui, 1987).

Si bien hay indicios de que pequeños grupos de piaroas comenzaron a moverse hacia los nacientes asentamientos criollos de Puerto Ayacucho –al oeste– y San Juan del Manapiare –al este– durante los años cuarenta y cincuenta, motivados por las oportunidades de acceso al comercio de bienes occidentales, la gran mayoría de la población piaroa permaneció relativamente aislada del mundo exterior hasta bien entrada la década de los sesenta. Sin embargo, parece ser que con esos primeros contactos la barrera epidemiológica que había existido entre las regiones de río arriba (el corazón de su territorio tradicional) y las de río abajo, que los había mantenido relativamente libres de enfermedades infecciosas hasta entonces, comenzó a resquebrajarse. Varios observadores reportaron que para mediados del siglo XX los piaroa atravesaban una importante transición epidemiológica y demográfica, a raíz de la cual sufrían tasas de mortalidad escandalosamente altas (Tavera-Acosta, 1927; Wavrin, 1948; Baumgartner, 1954; Wilbert, 1958). Estas descripciones son corroboradas por la historia oral de los piaroa (Boglar y Caballero 1982; Zent, 1993). Así, lo que había servido para aislar a los piaroa de los invasores parasitarios en periodos anteriores –es decir, su

patrón de asentamiento disperso, móvil, de tierra adentro y distante—dejaba de ser una estrategia efectiva. Para el final de la Segunda Guerra Mundial las medicinas occidentales y algunas formas de atención médica comenzaban a hacerse más accesibles, provistas principalmente por grupos misionarios que habían vuelto a la región y el estado venezolano. La combinación de un mayor riesgo epidemiológico en sus territorios tradicionales de tierra adentro y el mayor acceso a las medicinas necesarias para salvar sus vidas en la periferia del territorio cambió el balance espacial de seguridad sanitaria a favor de la segunda. El impacto de la biomedicina sobre los piaroa y sus relaciones con la sociedad nacional, así como sobre su evolución sociocultural, se hizo aún más grande en las décadas que siguieron.

Durante los sesenta y los setenta la mayoría de la población piaroa migró desde los bosques de río arriba hacia las zonas periféricas, río abajo, asentándose a lo largo de los principales ríos y carreteras, sobre las zonas de mayor contacto interétnico. En este proceso atravesaron cambios drásticos en el tamaño y distribución de la población, el patrón de asentamiento, la orientación económica, las organizaciones políticas y sus creencias y prácticas culturales. Los factores económico-políticos que estimularon esta transición fueron: 1. Los misioneros y la conversión religiosa que impulsaron, 2. El cúmulo de fuerzas del mercado, 3. Los programas de desarrollo del estado, y 4. La tecnología biomédica occidental.

Luego de aprobada la Ley de Misiones, en 1915, que restauró la autoridad de las organizaciones religiosas —una vez más— como agentes oficiales y administradores de la integración social en las áreas del país ocupadas por pueblos indígenas, varios grupos de misioneros de la Iglesia Católica (Salesianos) y Protestante (Misión Nuevas Tribus) retornaron al territorio Amazonas venezolano. Sin embargo, los misioneros no tuvieron un gran impacto sobre los piaroa hasta la década de 1960. En ese momento, los Salesianos establecieron internados en los pueblos criollos de Isla Ratón, San Fernando de Atabapo, San Juan de Manapiare y otros, y reclutaron niños piaroas y de otros grupos para sus escuelas. Los estudiantes de estas escuelas aprendían español y una base del currículo nacional, además de ser expuestos a los valores culturales y los hábitos de la sociedad nacional. Los estudiantes, sin embargo, no eran los únicos afectados por las escuelas parroquiales. Sus familias eran persuadidas a reubicarse en las cercanías de las escuelas, río abajo. Además de constituir vínculos cruciales entre el mundo piaroa y el criollo, algunos de estos asentamientos pioneros también se volvieron sitios en los que se estable-

cán escuelas primarias nacionales y donde se concentraba el acceso a otros bienes exóticos y servicios occidentales, sirviendo así de puntos de referencia para posteriores oleadas de inmigrantes provenientes del interior del territorio piaroa. Con el tiempo estas comunidades crecieron en tamaño, o se multiplicaron en comunidades satélite, consolidando su relación con un territorio determinado y apresurando así un cambio fundamental en sus patrones de asentamiento y costumbres tradicionales que, poco a poco, dejaron de estar dominados por comunidades pequeñas y semi-nómadas para convertirse en comunidades cada vez más grandes y sedentarias. Más o menos a la par de esto, grupos de misioneros extranjeros afiliados a la organización de base norteamericana Nuevas Tribus visitaban asentamientos piaroa de los ríos Parguaza y Manapiare, a principios de los sesenta, donde comenzaron a aprender la lengua piaroa, predicar las creencias cristianas y persuadir a los piaroa de mudarse a su centro misional en Tamatama (Alto Orinoco) –al sur del territorio piaroa– donde profundizaban sus estudios de la Biblia. También los estimulaban a establecerse río abajo y fundar grandes comunidades evangélicas (Earle, 1972; Findley, 1973; Yount, 1973).

El proceso de conversión religiosa se extendió luego, cuando los piaroa educados en estas misiones retornaron a sus comunidades y comenzaron a hacer proselitismo entre sus propios parientes y vecinos (Zent, 2009). La conversión religiosa pasó entonces a formar parte de las dinámicas internas de diferenciación grupal que entre los piaroa siempre estuvieron asociadas al rol de guía espiritual y curador ritual (cf. Overing 1975), usada para reafirmar diferencias políticas entre grupos de coesidentes o entre comunidades vecinas. Aún hoy en día es frecuente encontrar a todos los miembros de una facción política –dentro de las comunidades nucleares– afiliados a una misma religión y a todos los miembros de un grupo o facción antagónica afiliada a otra. Así, muchos de los roces y discusiones que surgen entre estos grupos y que son atribuidos a diferencias religiosas (como en el caso del consumo de alcohol o drogas rituales por parte de las facciones no evangélicas y su fuerte rechazo por parte de los evangélicos), son a menudo sólo expresiones objetivas de luchas internas que tienen motivaciones más políticas que religiosas y que suelen tener una manifestación económica en, por ejemplo, el acceso a los recursos colectivos de la comunidad, tales como los puestos asalariados gubernamentales, los programas de desarrollo, la distribución de la tierra alrededor de las comunidades, etcétera.

El colapso final de la economía de extracción forestal a principios de los sesenta dejó a los piaroa sin fuentes de acceso seguro a los

bienes occidentales. Este vacío se llenó poco a poco con la venta de productos agrícolas en los crecientes poblados criollos. Como resultado de esto, para 1970 los piaroa se habían convertido en una de las principales fuentes de mañoco (harina de yuca/mandioca) y otros productos para la venta en el Territorio Amazonas (Anduze, 1974). Las dificultades de transportar el mañoco se convirtieron en otro estímulo para la migración y la reubicación de sus comunidades en las cercanías de un centro urbano con mercado y a lo largo de ríos de fácil navegación o carreteras. En la medida en que los mercados agrícolas se saturaron, los más aventureros, especialmente los jóvenes, comenzaron a buscar trabajo como jornaleros en fincas de campesinos y ganaderos colonos, lo que los alejó (al menos temporalmente) aún más de sus territorios ancestrales.

Así, las migraciones río abajo crecieron de manera exponencial durante los años setenta, lo que coincidió con una expansión drástica en el número y el enfoque de los programas de desarrollo del Estado, estimulados por uno de los auges petroleros más grandes del siglo pasado. Entre estos programas destacó la ambiciosa 'Conquista del Sur' (CODESUR), que buscaba asegurar la presencia y consolidación permanente del Estado en estos territorios, así como la integración económica y social de la población indígena, para lograr el control de esta vasta región fronteriza que se creía rica en recursos naturales (específicamente minerales y biodiversidad). Los planes de integración intentaban seducir a la población nativa a reubicarse en sitios más accesibles y de manera más estable, a la vez que se los estimulaba a incrementar sus actividades comerciales. Con este fin, varias agencias del gobierno fomentaban la creación de pueblos permanentes, nucleares y orientados a la economía del mercado, a través de una variedad de beneficios sociales y materiales: la construcción de infraestructura (soluciones habitacionales, transporte, electricidad), servicios sociales (escuelas de comunidad, enfermerías), financiamiento de proyectos agrícolas (créditos para la producción de cultivos de mercado y la cría de animales, maquinaria agrícola), asistencia económica directa (creación de puestos asalariados en la comunidad, becas escolares, donaciones de comida y subsidios) y títulos de propiedad sobre la tierra (que, sin embargo, rara vez se concretaron y tenían poco valor legal real; cf. Freire, 2003). Muchas de las grandes comunidades piaroa que hoy se encuentran en el Estado datan de esta época.

La biomedicina jugó un papel central en este proceso de migración y cambio cultural (Zent, 1993). Además de la introducción de

medicamentos farmacéuticos industriales, los programas de salud del estado incluían el establecimiento de enfermerías en las propias comunidades indígenas y en los pueblos criollos de la zona, la preparación de miembros de la comunidad como Auxiliares en Medicina Simplificada (AMS), programas de vacunación, fumigaciones periódicas para el control de la malaria y programas de complemento nutricional. Estas medidas son responsables de una disminución significativa en las tasas de mortalidad y el consecuente crecimiento poblacional acelerado que estas comunidades comenzaron a experimentar desde entonces. No obstante, la mayoría de estos servicios fueron concentrados (y continúan siéndolo) precisamente en las comunidades periféricas cercanas a los asentamientos criollos y a las que se accede por medios de transporte motorizados. En contraste, los grupos que permanecieron en el interior del territorio no han tenido acceso a los beneficios de la biomedicina, como consecuencia de lo cual presentan altos niveles de inseguridad epidemiológica. Esta diferencia fundamental ha acentuado el desequilibrio que existe entre las comunidades de río arriba y las comunidades de río abajo, aumentando el poder político de las segundas sobre las primeras e intensificando el estímulo a mudarse lo más cerca posible de la sociedad nacional, entre otras cosas para romper las relaciones de dependencia (Mansutti, 1988). Este proceso de cambio socioespacial ha estado acompañado por numerosos cambios socioculturales, si bien los piaroas son una sociedad que ha mantenido y adaptado de manera más o menos exitosa sus creencias y prácticas tradicionales a las nuevas circunstancias socio ambientales que este proceso ha generado (Freire, 2002/2003/2007; Rodd, 2004; Heckler, 2006).

Desde hace unos 10 a 15 años, este proceso de migración y búsqueda de consolidación del acceso a los servicios y bienes de la sociedad nacional entró en una nueva fase. Durante este periodo un creciente número de piaroas se han mudado a la ciudad y áreas suburbanas de Puerto Ayacucho y las otras capitales municipales (San Juan de Manapiare, Isla Ratón, San Fernando de Atabapo). Un censo piaroa conducido por Glida Hidalgo (2005-06) encontró más de 100 familias viviendo en Puerto Ayacucho y sus barrios circundantes, lo que convierte a la capital del Estado en uno de los asentamientos piaroa más grandes en el presente. Adicionalmente, un número significativo aunque indeterminado de piaroas también se mueven entre la ciudad y sus comunidades de origen regularmente, motivados por aspectos que van desde los negocios hasta el entretenimiento. Es muy común, por ejemplo, encontrar visitantes y residentes temporales en las casas de los piaroa

asentados en la ciudad en cualquier momento del año. Esta nueva etapa en la evolución socioecológica del grupo parece estar siendo estimulada por las mismas razones por las que previamente se mudaron de las cabeceras de los ríos a sus desembocaduras. En entrevistas realizadas a algunas de estas familias residentes en la ciudad se mencionaron como causas para la migración: 1. Mejores oportunidades educativas (especialmente en lo que refiere a educación secundaria y de tercer nivel), 2. Oportunidades de trabajo asalariado (generalmente trabajos mal pagados y no especializados), 3. La oferta de actividades relacionadas con la iglesia (especialmente entre los miembros de la iglesia evangélica), 4. El deseo de vivir cerca de sus parientes cercanos establecidos previamente ahí, y 5. El mejor acceso a los servicios de salud y a otros servicios sociales (G Hidalgo, comunicación personal).

Cambio cultural y riesgos sanitarios actuales

La aculturación y la integración sociocultural de los piaroa a la sociedad nacional durante las últimas cuatro décadas refleja un cambio estratégico en el balance del poder político, económico, tecnológico y demográfico del centro a la periferia de su territorio tradicional. Hemos sostenido que los beneficios para la salud asociados al mejor acceso a la biomedicina han jugado un rol importante en esta transición histórica, especialmente en relación a las expectativas de supervivencia frente a las enfermedades infecciosas agudas. Al mismo tiempo, sin embargo, es importante reconocer que la población piaroa más aculturada que vive en la periferia aún sufre de numerosos problemas de salud cuyos factores de riesgo podrían ser eventualmente exacerbados por las condiciones sociales y ecológicas prevalecientes en estas zonas, cada vez más intensamente pobladas. El vínculo entre el cambio cultural y la salud puede ser establecido a través de los estados y tendencias de ciertas enfermedades en relación con el ambiente modificado en el que ocurren. Estos incluyen enfermedades asociadas a problemas de sanidad ambiental, vectores ambientales, densidad poblacional, movilidad, nutrición y desordenes de ajuste social.

La mayoría de las comunidades piaroa de hoy son mucho más grandes y longevas que en el pasado, especialmente aquellas ubicadas en las zonas fronterizas de su territorio. Una de las consecuencias de tener más gente viviendo por periodos de tiempo más largos en un mismo territorio es que las condiciones sanitarias y la calidad del agua

en ese territorio tienden a deteriorarse a lo largo del tiempo, a menos que se realicen las modificaciones residenciales necesarias y se adopten nuevos hábitos que contribuyan a preservar la higiene del ambiente (cf. Wirsing, 1985). Aunque en muchas de estas comunidades se han construido casas de estilo criollo, con techos de zinc, paredes de bloque y pisos de cemento, la mayoría de los piaroa continúan construyendo churuatas de barro y hojas de palma en la parte trasera de las casas, en donde de hecho pasan la mayor parte de su tiempo debido que están mejor acondicionadas para soportar el inclemente calor del día y su techo de palma y pisos de tierra les permiten hacer fuego para cocinar en el interior. Las casas construidas por el gobierno, por otra parte, carecen de los servicios básicos más elementales: no tienen tuberías ni sistemas de drenaje, los baños no tienen inodoros funcionales, agua corriente, ni servicio de gas o de ningún otro tipo. Las costumbres sociales de los piaroa dictan, por otro lado, que los miembros de la familia y sus invitados compartan frecuentemente los utensilios para comer, así como otros ítems personales, normas de etiqueta que seguramente tenían poco impacto en la relativa baja incidencia de enfermedades infecto-contagiosas en las que vivían cuando era una población relativamente aislada, pero muchas de las cuales sirven de vectores para la transmisión de gérmenes de una persona a otra en las condiciones de hiperexposición a algunos elementos patógenos en la que vive la mayoría de su población en la actualidad.

Las enfermedades asociadas a una sanidad ambiental deficiente incluyen parásitos intestinales, disentería, otras infecciones diarreicas y hepatitis. Los datos disponibles sobre infecciones de parásitos (helminthos, protozoarios) de un número de comunidades piaroa sugieren que las personas viviendo en asentamientos longevos y nucleares exhiben niveles superiores de prevalencia y carga parasitaria que aquellas que residen en las zonas más tradicionales de estilo de vida más nómada (Garrido *et al.*, 1991; Zent, 1993; Gómez *et al.*, 2004; CAICET, 2004). Las diarreas y la gastroenteritis constituyen unas de las causas principales de mortalidad en el Estado Amazonas y la mayor parte de los casos están asociados a infecciones virales, parasitarias y bacterianas. De acuerdo con un estudio llevado a cabo en San Juan de Manapiare, un pueblo étnicamente mixto en el que el 20% de la población es piaroa, el número de casos registrados de disentería y diarrea aumentó pronunciadamente entre 1990 y 1996. Los investigadores que llevaron a cabo el estudio atribuyeron este patrón a las pobres prácticas sanitarias de la zona, que contribuyen a la contaminación del agua y los alimentos (CEN-

DES/UCV/CAICET, 1997). En relación con la hepatitis B, estudios de prevalencia llevados a cabo en comunidades piaroa de los ríos Cataniapo y Autana han mostrado niveles de hiperendemicidad, que indicaban que entre el 17% y el 50% de la población había sido expuesta al virus (CAICET, 2004; Cardona *et al.* 2004, 2008; Velásquez Melo, 2007). Un estudio llevado a cabo en cuatro comunidades piaroa relativamente cercanas a Puerto Ayacucho encontró que 7,5% de los individuos analizados tenían infecciones agudas (medida por el antígeno AgsHB). Los investigadores también detectaron un incremento proporcional en la prevalencia de acuerdo al grupo etario, que sugiere una alta incidencia de transmisiones horizontales en esta población (es decir, transmisiones que no están asociadas a la relación padres-hijos). Las intervenciones dentales quirúrgicas y extractivas fueron identificadas como un factor condicional de relevancia (CAICET, 2004).

Las enfermedades transmitidas por insectos, como el dengue o la malaria, son tremendamente afectadas por las condiciones ambientales locales (ej. abundancia de vectores o especies que sirven de reservorio a los parásitos, presencia de agua estancada, tipo de vivienda, condiciones climáticas) y los patrones de conducta (ej. movilidad, contactos sociales, rutinas y ubicación de las actividades diarias, uso de mosquiteros, búsqueda de asistencia médica). Aunque no existen estudios que permitan medir el impacto del cambio cultural sobre la transmisión de estas enfermedades, algunos investigadores han observado que la tendencia a habitar los corredores fluviales más amplios, el flujo de extranjeros y un patrón de vida asociado a actividades no tradicionales aumenta la incidencia de malaria. Por ejemplo, en la región de Manapiare los hombres y mujeres piaroa que practican la minería aurífera itinerante exhiben tasas más altas de infección que los que no la practican (CENDES/UCV/CAICET, 1997). Un brote reciente (agosto, 2008) de 18 casos de malaria vivax en San Pedro de Cataniapo, donde las tasas de malaria suelen ser menores que en otras comunidades periféricas, fue relacionado con la llegada de dos visitantes infectados de regiones distantes (G. Hidalgo, comunicación personal). En otras comunidades de río abajo, sobre la misma cuenca (todas asociadas al área de Gavilán, una de las comunidades más grandes de la cuenca), se presentan niveles estacionales constantes de infección muy altos, que los piaroa mismos asocian a una serie de modificaciones ambientales producto del mal uso del bosque (como parte de un programa de desarrollo de los años 1960 que aún tiene efectos visibles en la vegetación del área circundante a la comunidad; cf. Freire, 2007) y a una serie de lagunas artificiales creadas du-

rante la construcción de la carretera que une a la comunidad con la capital del Estado y con el río Cataniapo, que por fallas técnicas y pobre planificación bloqueó varias quebradas (vías de drenaje natural), generando zonas inundables en la cercanía de las comunidades. Es interesante destacar que los piaroa tradicionalmente han considerado las zonas cercanas a los reservorios de agua estancada o lagos (*dubora*) zonas poco aptas para la construcción de viviendas, por estar asociadas a males como la malaria y la fiebre amarilla, por lo que su cercanía a éstas es vista por ellos mismos como parte de un proceso de deterioro ambiental y sanitario (Freire, 2002: 107).

Por otro lado, datos más generales sugieren que el problema de la malaria está en crecimiento no sólo entre los piaroa. Las estadísticas oficiales de salud de Venezuela muestran un incremento dramático en los casos de malaria en años recientes (Rodulfo *et al.*, 2007). La malaria es considerada la primer causa de morbilidad en el Estado Amazonas (CENDES/UCV/CAICET, 1997) y los piaroa son uno de los grupos de población más afectados por ésta. De acuerdo a los registros estadísticos compilados por la Dirección de Vigilancia Epidemiológica-Sanitario Ambiental del Ministerio de Salud en el Estado Amazonas, en las primeras 33 semanas del año 2008 hubo 1.125 casos reportados de malaria sólo entre los piaroa. Esto representa una tasa de prevalencia anual de 102,4 casos por cada 1.000 habitantes, que es 17% más alta que la del promedio del Estado y 85 veces mayor que el promedio nacional. Un estudio llevado a cabo en el Municipio Atabapo, entre una población descrita como mayoritariamente piaroa, encontró que 28,5% de los individuos examinados habían estado expuestos a malaria falciparum o vivax (Rodulfo *et al.*, 2007). Otro estudio realizado en Betaña del Topocho, ubicada en las cercanías de la carretera que une al Estado con el resto del país, al norte, encontró una tasa previa de infección del 53% (Nieves *et al.*, 2008). No hay datos específicos sobre el dengue entre los piaroa pero en el año 2006 se registraron varios brotes en el estado (G Sánchez, comunicación personal). En la medida en que más y más piaroas se establecen en zonas urbanas o suburbanas es lógico pensar que esta enfermedad incrementará su prevalencia.

Cambios en el impacto ambiental, en los patrones económicos, en el acceso al mercado y a los bienes occidentales (incluidos alimentos procesados), contacto intercultural y otros factores producen cambios en los patrones alimenticios que tienen un impacto directo en la salud nutricional. Los datos disponibles a este respecto entre los piaroa presentan un cuadro complejo y muy variable de un sector de su terri-

torio al otro, por lo que aquí sólo podemos presentar algunas tendencias generales al respecto. Un alto porcentaje de niños piaroa presentan valores de talla y peso para la edad por debajo de la norma comparados con poblaciones de referencia, que normalmente serían considerados indicadores de malnutrición compensada crónica. Sin embargo, exhiben valores adecuados para la relación talla/peso, por lo que no está del todo claro si los valores absolutos de talla y peso se deben a estrés nutricional o a diferencias genéticas o medioambientales entre los piaroa y las poblaciones usadas como referencia para estos estudios. Entre tanto, un número importante de niños padece de sobrepeso (entre el 11% y el 22% dependiendo de la edad y el sexo, en el estudio de G. Hidalgo, 2002), probablemente asociado a una dieta de baja calidad y a niveles bajos de actividad física.

Entre los piaroa más aculturados uno de los problemas nutricionales más importantes es la anemia. En los sitios en los que se ha medido la hemoglobina la norma es encontrar niveles deficientes en más de la mitad de la población y es un problema particularmente fuerte (>66%) entre los niños pequeños y las mujeres (Holmes y Kelsey s/f; Hidalgo, 2002; Nieves *et al.*, 2008). En la comunidad de Betaña de Topocho un 94% de las mujeres en plena edad reproductiva (21-40) y un 100% de los niños de 1 a 3 años eran anémicos, lo que sugiere una deficiencia de hierro y codependencia entre madres e hijos (Nieves *et al.*, 2008). Además de esta deficiencia de hierro, los investigadores encontraron deficiencias importantes de ácido fólico y vitamina B12 en varios grupos etarios de ambos sexos. Las posibles razones para este patrón generalizado de anemia son una dieta baja en hierro y el efecto de co-infecciones que afectan tremendamente a los piaroa, tales como los parásitos intestinales y la malaria (Hidalgo, 2002; CAICET, 2004). Son necesarios estudios clínicos y nutricionales más detallados para aclarar esta duda (CAICET, 2004; Freire y Zent, 2007).

Las más altas densidades poblacionales y la concentración de asentamientos en zonas más restringidas, así como la mayor circulación de personas entre comunidades, también pueden favorecer la propagación de enfermedades altamente contagiosas, tales como las enfermedades respiratorias agudas. Aunque con un acceso apropiado a servicios y tratamientos biomédicos, especialmente antibióticos, éstas no debían representar la amenaza que una vez representaron para el ser humano, pero hay indicios de que siguen representando un problema de salud serio para los piaroa. En el estudio de Manapiare mencionado anteriormente, los investigadores encontraron una tendencia a la alza en la in-

cidencia de neumonía, síndromes de resfrío viral y asma (CENDES/UCV/CAICET, 1997). Los piaroa han padecido además de tuberculosis (TB) desde por lo menos los años cuarenta del siglo XX y la evidencia disponible sugiere que ha sido un problema de salud importante entre las comunidades de río arriba por varios años (Morales y Chacare, 2004; Zent, notas de campo). Morales y Chacare (2004) consideran que la incidencia de TB en las comunidades del río Cataniapo está disminuyendo, o por lo menos se está estabilizando, reflejando la tendencia nacional, debida a la aplicación de métodos más efectivos de inmunización (BCG) y de tratamiento durante los últimos cinco años. Sin embargo, una comparación de la prevalencia de TB en comunidades remotas realizado antes de este intervalo no revela diferencias significativas entre ellas, indicando que las fuentes de infección no han sido aún eliminadas y que los niveles de transmisión son más o menos iguales en ambos lados (CAICET, 2004). Esto parece sugerir que aunque la TB no ha empeorado a raíz del cambio cultural, continúa siendo un padecimiento persistente entre los piaroa (ver también CENDES/UCV/CAICET, 1997).

El cambio cultural es a menudo asociado a la erosión de formas tradicionales de relacionarse y de los mecanismos de control social. La patología social es a su vez expresada a través de ciertos desordenes psico-fisiológicos, tales como una tendencia al aumento de las enfermedades de transmisión sexual y el alcoholismo. En la región del Manapiare, por citar otro caso, se detectó una tendencia al aumento de los casos de gonorrea en los noventa, que estaba asociada, por un lado, a un incremento en el número de transeúntes que viajaban entre las comunidades circundantes y la capital municipal, San Juan, y entre San Juan y la ciudad de Puerto Ayacucho, y por el otro a un incremento en la cantidad de dinero circulando producto de la minería aurífera y otras actividades comerciales, así como una mayor promiscuidad (CENDES/UCV/CAICET, 1997). En comunidades piaroa cercanas a Puerto Ayacucho el alcoholismo es un problema creciente y una fuente importante de conflicto en las comunidades, que incluye algunos casos de violencia doméstica. Los autores de este capítulo conocen casos de suicidio entre los piaroa en los que el alcohol fue un factor contribuyente.

En suma, la población piaroa está atravesando una transición epidemiológica de grandes proporciones desde hace unas cuatro décadas que ha estado acompañada de un proceso paralelo de cambio socioeconómico. Una faceta importante de esta situación de cambio es el incremento en la aparición de nuevas enfermedades que en algunos casos, como la hepatitis y la anemia, está alcanzando proporciones pan-

démicas. Si bien la biomedicina ha ayudado a aliviar algunas de estas patologías, es evidente que los servicios actuales son deficientes y no se dan abasto para satisfacer todas las necesidades sanitarias de la población. Esta deficiencia es en parte debida a razones políticas y económicas de los sistemas de salud que los atienden.

Determinantes político económicos del sistema de salud

Como en otras áreas de la política pública, el sistema institucionalizado de salud toma forma en el proceso de negociaciones entre diferentes grupos de intereses de la sociedad nacional. En este sentido, éste determina y es determinado por las relaciones políticas que se establecen entre el Estado y la gente, incluyendo por supuesto a las comunidades indígenas. Al mismo tiempo, porque el sistema es un recurso administrativo, con costos y beneficios propios, es en alguna medida también determinado por las condiciones económicas prevalecientes a nivel nacional, regional y local. Estos condicionantes básicos deben ser tomados en cuenta cuando se analiza la organización, distribución y efectividad de la red de servicios de salud que atienden a los piaroa y a cualquier otro grupo en el país.

Primero que nada es necesario considerar que la provisión de servicios biomédicos en territorio piaroa ha estado supeditada siempre a consideraciones que no respondían al objetivo humanitario de prevenir o curar enfermedades. Los dos principales proveedores históricos de atención y dotación biomédica en el territorio son las organizaciones misioneras y las agencias del gobierno; si bien las primeras han visto disminuida su influencia en el territorio durante los últimos tres años a raíz de la expulsión de parte de las Misiones Nuevas Tribus de los territorios indígenas del país. Desde los años cincuenta, los misioneros han utilizado la biomedicina y otro tipo de estrategias de soporte médico (ej. medios de transporte de emergencias, alertas epidemiológicos, etcétera) como material de seducción para convencer a los piaroas de reubicar sus comunidades en las vecindades de las misiones, donde pueden ser convertidos al cristianismo. Con esto en mente los misioneros han privilegiado intencionalmente a aquellos grupos que se han sometido a su labor proselitista para la prestación de asistencia médica. Este tipo de servicio ha estado generalmente limitado a las comunidades donde residen misioneros o las que se encuentran en la vecindad y por tanto el impacto de este servicio de salud sobre la salud global de la población

piaroa ha sido muy limitado. Sin embargo, los beneficios en términos de salud de que gozaban las comunidades cristianas desde los años sesenta y setenta constituyeron un elemento de fe trascendental para la conversión de gran parte de la población piaroa a la nueva religión, en detrimento de su tradicional sistema político-religioso asociado al chamánico (Zent, 1993).

El gobierno nacional, por su parte, ha sido la fuente principal de atención médica en todo el país desde 1936, cuando se creó el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), hoy Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Pero para comprender cualquier aspecto de salud pública venezolana es necesario, ante todo, aclarar un par de puntos sobre la racionalidad económica y política que gobierna todas las acciones del Estado y que está, desde antes de la creación del MSAS, estrechamente vinculada a la economía petrolera.

A pesar de tener más de 180 años de historia republicana, el desarrollo de las primeras ideas de un proyecto nacional y una economía capitalista coinciden en Venezuela con el inicio de la producción petrolera, y ambos procesos se dieron de forma muy brusca a mediados del siglo pasado (Baptista y Mommer, 1992). En escasos 40 años, entre los veintes y los sesenta, Venezuela pasó de ser un país eminentemente rural a uno donde más del 80% de la población vive en zonas urbanas (Díaz, 1987), mientras su economía pasaba de ser predominantemente agroexportadora a una donde el petróleo representa más del 90% de sus exportaciones. Este rápido proceso de transformación social y económico fue acompañado y estuvo estimulado por el desarrollo de las primeras políticas de un estado moderno y benefactor, financiadas por las crecientes ganancias petroleras. El efecto de la exagerada dependencia del petróleo, sin embargo, inhibió el desarrollo de otros sectores de la economía, a la par que se desmantelaba la infraestructura de producción agrícola, consolidando un modelo económico y político altamente dependiente de la renta, más que del desarrollo de capital productivo (Baptista y Mommer 1992). La economía nacional pasó así a depender de los vaivenes del precio internacional del petróleo, altamente volátil, lo que generó ciclos fiscales constantes de abundancia y escasez que afectaban en igual medida el gasto público. Estos ciclos dificultan la planificación a largo plazo, pues dependen más de variables internacionales que internas, estimulando políticas cortoplacistas y electorales que sólo contribuyen a aumentar la dependencia de la renta petrolera. Al mismo tiempo, las luchas por el acceso a la riqueza petrolera se impusieron por encima de la producción de otras formas de riqueza y el apro-

vechamiento racional de los recursos, lo que, entre otros factores, ha desencadenado una gran inestabilidad política y económica, además de burocracia, corrupción y clientelismo. Este proceso es una variante de un patrón económico que los economistas llaman la ‘enfermedad holandesa,’ que Karl caracterizó, más específicamente para el caso de las economías petroleras, como la “paradoja de la abundancia”, (Karl, 1997).

Así, los ciclos de la renta petrolera impiden el desarrollo de empresas de largo plazo a todo nivel, y esta visión ha afectado también la evolución del sistema de salud pública (Trujillo, 2004). Cualquier intento del Estado por reestructurar la infraestructura sanitaria o ampliar la cobertura, se ve seriamente amenazada por la inseguridad de financiamiento con la que suele actuar la administración pública, así como la exagerada carga burocrática generada por la administración de los picos de distribución de la renta petrolera. La relación entre los piaroa y el Estado venezolano no ha sido ajena a estas dinámicas y, por el contrario, en la pequeña escala en la que se dan las relaciones sociales en Amazonas muchos de estos aspectos se han visto exaltados (Freire s/f). Por esto, si bien no cabe duda de que las deficiencias del sistema nacional de salud en Amazonas pueden ser atribuidas a numerosos factores estructurales y contextuales, su evolución está, inevitablemente, vinculada a la cambiante fortuna de la economía nacional, así como a los cambios en orientación política (Trujillo 2004).

La creación de una política de atención médica institucional en el territorio Amazonas comenzó a tomar forma durante las dos décadas siguientes a la fundación del MSAS, bajo la coordinación y financiamiento del Estado a raíz de la apertura de oficinas regionales del MSAS y de otras agencias de salud en Puerto Ayacucho. Entre ellas se encontraban: una oficina para el control de la fiebre amarilla (1937), la Unidad Sanitaria en 1938, una Unidad Flotante de Medicatura Rural en 1948, la transferencia administrativa del hospital de Puerto Ayacucho al MSAS en 1950, la apertura de la Zona XIX de Malariología en 1954 y la creación de un Centro de Salud en 1956 (Armada, 1997).

El programa de medicina simplificada, sin embargo, que comenzó en 1961, es el que ha tenido mayor impacto entre la población indígena del Amazonas venezolano (Mirabel de Prato, 1995; Sánchez, 2004). Este programa estaba compuesto por dos partes interrelacionadas: 1. El establecimiento de Ambulatorios Rurales establecidos en las comunidades mismas, abastecidos con medicamentos industriales y algunos equipos médicos básicos y 2. La formación profesional de Auxiliares en Medicina Simplificada (AMS), preparados en primeros auxilios,

técnicas de diagnóstico simple y niveles primarios de atención. Los AMS viven por lo general en las comunidades en las que prestan servicio y reciben un salario para atender un perímetro que incluye algunas comunidades vecinas. Al principio del programa la mayor parte de los AMS fueron misioneros y criollos, pero desde los años ochenta hasta el presente la gran mayoría son miembros de las comunidades mismas, asignados para trabajar en los límites de su propio grupo étnico. Para el 2003, habían unos 39 Ambulatorios Rurales operando en comunidades piaroa, de los cuales unos 36 correspondían al nivel más básico de atención y dotación (AR-I) y tres tenían una capacidad de diagnóstico y tratamiento mayor e, idealmente, incluyen un médico y dos enfermeros (AR-II) (Freire y Zent, 2007). Estos puestos sirven además de puntos de articulación para la entrada de otros programas y servicios a las comunidades, tales como la visita de doctores especializados, las campañas de vacunación, de educación, prevención, la distribución de suplementos nutricionales y la canalización de proyectos de investigación médica (Mirabel de Prato, 1995).

A finales de los sesenta y setenta hubo una expansión importante del gasto estatal con miras a la creación de un Estado de bienestar, impulsado por las crecientes ganancias petroleras. De acuerdo con Briceño León (2000) fue en este periodo que se impuso el modelo hospitalario de atención, substituyendo la visión más preventiva y sanitaria que había dominado hasta entonces. Durante los ochenta, la merma sostenida en las ganancias petroleras y una recesión económica que se extendería hasta finales del siglo produjo cortes importantes en el gasto público del país, lo que hizo difícil darle continuidad y mantenimiento a las políticas e infraestructura creada en las décadas anteriores.

En 1989 se inicia un proceso radical de cambios de corte neoliberal en el país, conocidos como El Gran Viraje, que en 1992 convirtieron al territorio Amazonas en Estado. Los efectos de esto fueron diversos. En primera instancia, su cambio de estatus produjo una expansión considerable del presupuesto regional y en el tamaño de la burocracia local. El gasto público se duplicó en este periodo pero un 80% de éste se destinaba a mantener la creciente carga burocracia estatal y en programas de corte meramente clientelar, concentrados principalmente en la capital del Estado y en menor medida en las capitales de municipio. Por esta misma vía, el gasto en salud se concentró en Puerto Ayacucho. A mediados de los noventa, por ejemplo, un estudio de gasto en salud en Amazonas encontró que en el interior del Estado, donde se concentra la población indígena, el gasto era 13 veces menor que en

la capital (Toro, 1997b), a pesar de ser ahí donde se encontraba la mayoría absoluta de la población del Estado y de representar un territorio equivalente a dos veces el área de Portugal. En los años noventa este cuadro empeoró considerablemente, producto del declive sostenido de las ganancias petroleras.

En el campo de la salud, la serie de medidas impulsadas por el BM y el FMI tendían a la descentralización y privatización de los servicios de salud en todo el país, que se aplicó a rajatabla en casi toda América Latina basada en los modelos chileno y colombiano. A raíz de estas políticas, para 1997 el 73% de los gastos de salud en Venezuela eran privados, mientras que el estado calamitoso en el que se encontraba la mayor parte de la infraestructura se mostraba como prueba irrefutable de la incapacidad del Estado para administrar estos servicios (Muntaner *et al.*, 2008). Entre otras, las medidas que pretendía esta movida hacia la privatización incluían el cobro por servicios de emergencia y el traspaso de la administración de los fondos de seguridad social y salud a manos privadas (*ibíd.*). Esta ola de reformas neoliberales fue bruscamente interrumpida más tarde, en 1998, por la llegada de Hugo Chávez al poder.

En lo que toca a la distribución e impacto del sistema nacional de salud en territorio piaroa, puede decirse que, como en el caso de los misioneros, estos servicios han estado siempre concentrados en unas pocas áreas en la periferia del territorio, principalmente comunidades accesibles y cercanas a los centros de ocupación criolla más importante de la zona, especialmente alrededor de Puerto Ayacucho. Esta distribución forma parte de la agenda más grande de construcción del Estado nacional, destinada a transformar a los indígenas en ciudadanos que estén mejor capacitados y dispuestos a contribuir al desarrollo de la región y su integración al resto de la nación. La estrategia básica para promover esta transformación social consiste en ofrecer una variedad de bienes y servicios subsidiados por el Estado de manera de romper su larga trayectoria de aislamiento cultural y económico. Las medicina alopáticas (junto con escuelas, casas, electricidad, medios de transporte, trabajos asalariados, créditos y subsidios a la producción) forman una parte integral del generoso paquete que ofrece el Estado benefactor. Pero además de proveer mejoras en su estado de salud, la prestación de este y otros servicios formaban parte de la agenda –explícita– de asimilarlos a la sociedad y la cultura mayoritaria (CODESUR, 1970). Si se lograba convertir al indígena en un criollo, se suponía que se convertiría también en un defensor más efectivo de la soberanía nacional a la hora de confrontar las aspiraciones de naciones extranjeras e ideologías

hostiles. Visto así, los servicios médicos gratuitos fueron diseñados y desplegados como agentes para promover del cambio cultural, el control social y la seguridad geopolítica, más que por sus beneficios terapéuticos. De manera que las ventajas y desventajas del tipo de asistencia médica que fue prestada por los misioneros fueron intensificadas y ampliadas por el gobierno. No es casual que los pueblos indígenas nunca fueron involucrados en ninguna de las etapas de diseño e implementación de estas políticas. Esta desigualdad fundamental en el acceso a la tecnología biomédica ha sido uno de los estímulos más importantes en la migración de gran parte de la población piaroa hacia las zonas periféricas de su territorio, dejando escasamente habitado el territorio interior donde estos servicios no llegan (Zent, 1993).

Si bien podría decirse que el acceso a la biomedicina ha tenido un impacto positivo sobre la salud general de los piaroa, especialmente en lo que refiere a una reducción de sus tasas de mortalidad (Zent, 1993; CAICET, 2004; Freire y Zent, 2007), esto no debe confundirse con la prestación de un servicio adecuado ni efectivo. Al contrario, numerosos observadores han denunciado el Estado deplorable en el que se encuentra el sistema nacional de salud en el estado (Rodríguez-Ochoa, 1992; Bello, 1993; Toro Landaeta, 1993; Armada, 1997; Toro 1997a; Freire y Zent, 2007). Las principales críticas apuntan a que el sistema presenta huecos serios en su distribución y funcionalidad, cambios y carencias permanentes en financiamiento, dotación, infraestructura, entrenamiento y administración, que limitan la calidad y cantidad del servicio que de hecho alcanza a la población. Es común encontrar en los Ambulatorios de comunidades que presentan exceso en la dotación de algunos medicamentos (a menudo vencidos) y carencias de otros que son en cambio vitales en la zona, basado en sus patrones epidemiológicos. El suero antiofídico, por ejemplo, es una rareza en comunidades piaroa en las que se presentan casos de mordedura de serpiente con frecuencia y donde la muerte por emponzoñamiento ofídico es, de hecho, un factor significativo en la relación total de mortalidad anual. En algunos ambulatorios de comunidades piaroa donde se implementaron programas de apicultura en los noventa no había ninguna dotación de antialérgicos, adrenalina, ni preparación para tratar las posibles reacciones alérgicas a picaduras de abeja que son muy comunes en este tipo de empresas (Freire, notas de campo). Adicionalmente, algunos AMS han sido pobremente entrenados y en la mayor parte de los casos los Ambulatorios Rurales donde prestan servicio no son supervisados regularmente. Los problemas para conseguir gasolina para hacer rondas mé-

dicas son numerosos y persistentes, así como la carencia de motores fuera de borda y otros medios de transporte (lo que es particularmente paradójico siendo que Venezuela es uno de los principales exportadores de petróleo del mundo y uno de los países con la gasolina más barata, estimada en US\$ 0,04 por litro). Por otro lado, la mayoría de los ambulatorios carecen de agua corriente o electricidad, funcionan en estructuras inapropiadas para ello y el equipamiento no funciona debido a la falta de mantenimiento. Es muy frecuente que los piaroa se rehúsen a ser hospitalizados porque no tienen dinero para pagar el viaje a Puerto Ayacucho, no pueden comunicarse con el personal médico, se sienten maltratados por personal insensible a sus necesidades y puntos de vista, pasan hambre debido a lo terriblemente inadecuado de las dietas y se niegan a permanecer solos en el hospital, mientras que sus acompañantes tienen problemas para proveerse de alimentos y un sitio para dormir en la ciudad (Freire y Zent, 2007).

Aparte de los problemas de escasez de recursos económicos y mala administración, otro factor que contribuyó al estado actual del servicio de salud en la región fue la rápida tasa de crecimiento poblacional, provocado en parte por el acceso mismo a la biomedicina, sumado a migraciones y la concentración de población que antes no era tenida en cuenta (como es el caso de la población piaroa de tierra adentro). Sólo los piaroa, por ejemplo, crecieron en su número de personas registradas por los censos nacionales de unas 7 mil en 1982 a unas 15 mil en el 2001; mientras la población de Puerto Ayacucho viene creciendo a un promedio del 100% intercensal desde la década de 1950 (Freire, 2002: 27). Este acelerado crecimiento poblacional, sin embargo, no ha estado acompañado por un aumento proporcional en el número de ambulatorios ni en la formación de personal médico y auxiliar. Más aún, en áreas donde ha habido un flujo de inmigrantes asociado a la explotación minera, por ejemplo, no ha habido un aumento en la cobertura del sistema, pero estas migraciones han traído consigo enfermedades y problemas sanitarios que no han sido atendidos, colapsando los escasos servicios disponibles (cf. CENDES/UCV/CAICET, 1997). Al mismo tiempo, en los noventa el país atravesó un agudo proceso recesivo e inflacionario, con promedios anuales que llegaron a superar el 100% de inflación, acompañados por una devaluación sostenida de la moneda nacional. Si se toma en cuenta que en Venezuela muchas medicinas son importadas, entonces mientras el sistema contaba cada vez con menos recursos, el costo de mantenerlo se multiplicaba en proporción inversa. Más aún, dada la relativamente pequeña población del Estado y su escasa contri-

bución al producto interno bruto nacional, y por tanto su poca importancia electoral, las asignaciones presupuestarias del Estado se comenzaron a desplazar a áreas más populosas y productivamente más importantes (Armada, 1997; Toro, 1997a).

Otros problemas que afectaron al sistema regional de salud fueron: 1. La exclusión de las comunidades locales en la planeación y administración del sistema nacional de salud, que es casi exclusivamente manejado desde el nivel central; 2. La proliferación desmedida de instituciones transversales, unidades, subunidades y la desarticulación de esfuerzos y actividades entre ellas; 3. La competencia y los permanentes conflictos que se establecen entre, por un lado, los empleados y sus sindicatos, luchando por mejorar sus condiciones laborales, y los costos de mantener el sistema en marcha, para ninguno de los cuales suele haber suficientes fondos; 4. La disparidad entre el los periodos de gasto del presupuesto anual y los periodos reales necesarios para llevar a cabo políticas de salud pública de impacto sostenido, que llevan a las organizaciones encargadas de la red de salud a trabajar en constante estado de emergencia; 5. El manejo corrupto de fondos; 6. La deficiencia y desorganización de la data epidemiológica, que dificultan hacer predicciones y planificar con anticipación; 7. El predominio de un modelo de atención urbana en un estado principalmente rural e indígena; 8. La poca atención prestada a las especificidades culturales, lingüísticas y medioambientales de la población residente en el Estado; y 9. La brecha comunicacional y cultural que ha imperado históricamente entre el personal médico del Estado y la población local (Bello, 1993; Toro Landeta, 1993; Armada, 1997; Toro, 1997a).

Con la llegada de Hugo Chávez a la presidencia en 1998, el Gobierno Nacional inició un proceso de transformación política, económica y social que incluyó cambios importantes en la planificación y administración de las políticas de salud pública. En 1999 fue aprobada una nueva constitución que estableció la fundación teórica de un modelo de gobierno basado en los principios de la democracia participativa y el respeto por los derechos humanos. En esta nueva carta la salud fue reconocida como un derecho social fundamental cuyo acceso debe ser garantizado por el Estado, dando participación a los ciudadanos en la implementación de los programas que los afectan. Estas reformas estuvieron acompañadas por un aumento sostenido de los precios internacionales del petróleo, que generaron un aumento importante en la capacidad de gasto del estado, orientado principalmente a las clases tradicionalmente menos atendidas. Basados en los

principios de descentralización administrativa y financiera, el gobierno adoptó, en primer término, un modelo de atención integral en salud con una fuerte orientación hacia la prevención. Recientemente, se crearon una serie de programas sociales, llamadas misiones, que pusieron el énfasis en la reducción de la pobreza y de las inequidades sociales. Éstas tienen un esquema de administración centralizada y un financiamiento paralelo al de las instituciones regionales tradicionales. Parte de la lógica de las misiones fue, precisamente, saltarse las tremendas barreras burocráticas que afectan el desempeño de los organismos públicos, creando sistemas de administración más ágiles e independientes. En este marco se insertó la mayor parte de las políticas de salud del país a partir de 2003.

La misión más importante en lo que toca a salud es la Misión Barrio Adentro (MBA), que con el tiempo se ha constituido en un sistema nacional de salud paralelo al del Ministerio de Salud –mejor financiado y equipado y con mucha más presencia en los sectores más pobres. El objetivo general de la MBA es proveer atención primaria en salud a los sectores más desposeídos de la población a través de la construcción de consultorios populares, centros de diagnóstico integral, centros de rehabilitación, clínicas populares y otros, en donde se presta atención médica continua y gratuita de primer y segundo nivel, largamente basado en el modelo cubano de medicina social (Briggs y Mantini-Birggs, 2007; Muntaner *et al.*, 2008). La MBA es además complementada con otros programas de asistencia nutricional, planificación deportiva, y movilización de pacientes a centros especializados de atención (tanto en Venezuela como en Cuba), todo lo cual intenta darle un carácter integral a los esfuerzos del gobierno por mejorar la salud de los sectores más pobres. La MBA cuenta con unos 30 mil profesionales, gran parte de los cuales son médicos cubanos que trabajan en Venezuela como parte de un convenio de intercambio de petróleo por asistencia médica y de otro tipo que firmaron ambas naciones. Aunque este programa se inició, como su nombre lo indica, en las zonas pobres de las principales ciudades del país, llamadas barrios en Venezuela, rápidamente se extendió a las zonas rurales e incluyó zonas indígenas. Para el año 2006 habían unos 7 consultorios de Barrio Adentro operando en territorio piaroa, cuatro de ellos en capitales de municipio y tres en comunidades propiamente piaroa cercanas a Puerto Ayacucho. Como en el resto del país, tanto los médicos como los tratamientos provistos por la MBA gozan de una gran popularidad y aprobación entre la población piaroa (Freire y Zent, 2007). La mayor parte

de las quejas de hecho provienen de las comunidades donde no residen estos médicos, que suelen reclamar ser incluidas como base de un consultorio de la MBA, aun en casos en los que un consultorio está disponible a escasos minutos de ésta. Una de las ventajas de la MBA y su política de atender a los pacientes *in situ* es que, en donde está, ha aumentado la cobertura y el apego al protocolo médico de sectores de la población piaroa que anteriormente no recibían tratamiento alguno o que se negaban a dirigirse al hospital por las razones que describimos anteriormente. La presencia de los ‘cubanos’, como son popularmente conocidos, en comunidades piaroa y su permanencia en ellas por largos periodos de tiempo (que en algunas comunidades han incluso tenido hijos) da mayor seguridad a este sector de la población que, si bien se niega a movilizarse a Puerto Ayacucho y ser internado, tiene menos problemas en recibir asistencia en una comunidad piaroa de la periferia, donde suelen tener familiares y conocidos.

Algunos de los problemas de la MBA tal cual ha sido implantada hasta el presente, no obstante, se refieren a la limitada cobertura dentro del territorio piaroa y a la poca flexibilidad que su implementación ha tenido para adaptarse a las condiciones especiales de trabajo que requiere el Amazonas. Los recursos de la MBA han sido localizados en comunidades en las que ya existían Ambulatorios Rurales, mejorando efectivamente su capacidad de atención médica, con la inclusión de por lo menos un médico profesional, pero también duplicando de alguna manera la presencia del sistema de salud, lo que en algunos casos ha hecho redundante al AMS emplazado previamente en el ambulatorio (Sanchez, 2004). Si bien las ventajas de transformar un ambulatorio rural en un consultorio de la MBA son incuestionables, la acumulación de recursos en áreas que ya ejercían una importante atracción sobre la población del interior sólo acentúa la tendencia de los últimos cincuenta años; acentuando también los problemas que este patrón ha traído –y potencialmente podría traer– a las comunidades, referentes a concentración de población, agotamiento de recursos, inseguridad alimenticia, etcétera. Otros programas que han acompañado a la MBA, tales como la instalación de almacenes de bajo precio (Mercal) y programas de complementación nutricional (Comedores Populares), han exhibido un patrón similar, si bien su impacto relativo sobre la población total piaroa es mucho menor que la MBA. A partir del año 2006, más aún, la MBA y otros programas han experimentado problemas recurrentes de escasez de personal y recortes presupuestarios, que han resultado en una disminución en la variedad y el volumen de los servicios y productos disponi-

bles, por lo que está por verse cuales serán los efectos y la sostenibilidad a largo plazo de estas políticas; especialmente preocupante en el contexto de la crisis financiera actual y el carácter altamente inestable del mercado petrolero. Botto y Graterol (2007) comentan que todavía existe una brecha importante entre los principios de seguridad social que establece la ley y los pobres indicadores de salud que exhiben los registros epidemiológicos del Estado Amazonas. Uno de los aspectos donde estas nuevas políticas están más atrasadas es el que tiene que ver con la participación que, aparte de un par de experiencias descritas por Kelly en este volumen, es una materia pendiente del gobierno que podría garantizar el funcionamiento futuro y la adaptación real de estos programas a las necesidades y puntos de vista de la población piaroa.

Respuestas culturales a las nuevas condiciones epidemiológicas

Los piaroa no son simples huéspedes pasivos de las condiciones epidemiológicas que han resultado de la expansión de la economía de mercado y del proceso neocolonizador dirigido por el Estado. Hasta aquí nuestro análisis ha resaltado los impactos transformativos de la migración, la nucleación residencial, el contacto interétnico, el desarrollo de lazos comerciales, las innovaciones tecnológicas, la dependencia de los programas de bienestar del gobierno, los programas de desarrollo y la medicina occidental sobre la salud de la población piaroa. Pero además de describir los determinantes económico-políticos de la salud desde una perspectiva global, también es importante echar una mirada a algunas de las respuestas culturales a las condiciones cambiantes en el terreno de los riesgos sanitarios y el acceso a recursos médicos. Por esto, en esta sección consideraremos la evolución reciente de las conductas de promoción de la salud, las prácticas curativas y las creencias etnomédicas de los piaroa, así como la relación de éstas con los ámbitos más amplios de sus escenarios contemporáneos de interacción social y ecológica.

Muchas de las descripciones etnográficas previas sobre las creencias y comportamientos médicos de los piaroa se han enfocado en la importancia primaria, si no exclusiva, de los chamanes tradicionales, sus conocimientos esotéricos mítico-cosmológicos y el uso de drogas alucinógenas con fines curativos y adivinatorios (Monod, 1970; Ove-ring y Kaplan, 1988; Oldham, 1997; Rodd, 2004). Si bien estas repre-

sentaciones podrían describir verazmente un momento etnográfico pasado, es evidente que las opciones curativas disponibles hoy en día son considerablemente más numerosas y diversas. La llegada de la biomedicina ha implicado la introducción de una variedad de expertos médicos que difieren de acuerdo a su nivel y especialidad, tipo de práctica, ubicación, afiliación institucional y proximidad social. Estos incluyen auxiliares en medicina simplificada (AMS), médicos (generalmente un estudiante de medicina cumpliendo su año rural obligatorio de residencia), patólogos especialistas, el personal del hospital (enfermeros, médicos, técnicos de laboratorios, ayudantes), dentistas, farmacéutas (que también son vistos como un tipo de curandero y son frecuentemente consultados sobre el tipo de medicina más recomendable para un malestar dado), investigadores médicos, oficiales de salud pública (que llevan a cabo campañas de vacunación y educación) o trabajadores del servicio de control de malaria (que reparten cloroquina y fumigan las casas con DDT). Al mismo tiempo, el contacto con los criollos y con otras poblaciones indígenas ha expandido el rango de los curanderos populares. Esta clase de curanderos no tradicionales está típicamente identificada como criollo (venezolano, colombiano, brasilero) o indígena no piaroa (ej. curripaco, jivi) y comprende diferentes estilos y especialidades: hierbateros, curanderos religiosos, psíquicos, curiosos o expertos informales con conocimientos en determinados tipos de remedios. El tipo de medicina caracterizado aquí como biomedicina corresponde en un sentido amplio al sistema médico alopático predominante en occidente, basado en la investigación científica y centrado en los aspectos biológicos del cuerpo humano (de ahí su nombre), mientras que las diferentes prácticas curativas etiquetadas como medicina tradicional comprenden una mezcla variable de tecnologías místicas y materiales sustentadas por diversas nosologías locales. Sin embargo, en el contexto sociohistórico específico del Amazonas no hay una separación epistemológica u operacional absoluta entre los dos sistemas porque los practicantes médicos a menudo toman elementos de ambos (ej. los médicos cubanos a menudo prescriben tratamientos tomados de la medicina china y ayurvédica; los AMS suelen recomendar plantas locales; los curanderos refieren a los médicos como parte de su propia terapia; algunos curiosos manejan información que obtienen de manuales médicos e incluso usan estetoscopios; etcétera). En pocas palabras, la situación actual del Amazonas es médicamente plural, caracterizada por la coexistencia, y a menudo combinación, de distintos actores, ideologías y tecnologías médicas.

La decisión sobre cuál opción terapéutica tomar parece ser compleja, ecléctica y altamente personal, aunque una parte esencial del proceso de decisión es sociocultural. Algunos factores que inciden en este proceso incluyen: la interpretación personal o familiar de la categoría y causa probable de la enfermedad, las experiencias previas, la percepción de peligro de la víctima tanto como de sus allegados, la percepción de efectividad de un tipo de tratamiento en comparación con otro, las características socioeconómicas del paciente y de su familia (ej. educación, ocupación, ingresos, religión), el nivel de confianza establecido entre el practicante médico y el paciente, e incluso el nivel de cohesión o antagonismo que existe entre diferentes miembros de una comunidad. En teoría, sin embargo, se puede hacer una distinción conceptual clara entre las enfermedades que puede curar un chamán y las que puede curar un practicante de la biomedicina. Se dice que las primeras tienen un elemento espiritual como causa última y son atribuidas a la ingesta de carne de ciertos animales sin purificar, hechicería de un chamán enemigo o el asalto de oscuros espíritus del bosque. Algunas de las enfermedades o síntomas asociados a esta categoría incluyen: artritis/reumatismo (*jurä*), vértigo (*k'eräü*), locura o comportamiento socialmente aberrante (de'a ituna, jeputicuinäcu, suripa china), llanto nocturno (*yodo ajäü*), leishmaniasis (*huäre*), enfermedades de piel (*cu-nau*, *kiripatä*) e infecciones de garganta (*yuri'cä*). Las segundas son vistas como desórdenes esencialmente fisiológicos, debidos a la infección del cuerpo por organismos patógenos o accidentes y pueden ser curados por medios seculares y pragmáticos, tales como los tratamientos orientados a reducir los síntomas que ofrece la medicina occidental. Muchas de las enfermedades infecciosas introducidas son clasificadas dentro de esta categoría, incluyendo la malaria, la rubéola, el sarampión, el resfriado común, HIV/SIDA y otros. En la práctica, la medicina alopática y las técnicas de curación ritual son vistas como métodos complementarios y solapan en el tratamiento de enfermedades, pues la gente no ve contradicción alguna en usar ambos métodos simultánea o sucesivamente. En ese sentido, los piaroa exhiben una actitud pragmática y flexible y tienden a utilizar todas las opciones médicas a su disposición para mejorar la condición del paciente, algo observado en casi todos los pueblos de la región (ver Villalón, 2007). A diferencia de otros pueblos indígenas experimentando aculturación médica, los piaroa no siguen una jerarquía discernible de opciones para el tratamiento específico de enfermedades específicas (cf. Schwartz, 1969). Su patrón ecléctico de decisiones en lo que respecta a opciones médicas puede ser apreciado en una

inspección de los datos presentados en la tabla 1. La tabla muestra los tratamientos principales o más efectivos utilizados en 638 eventos médicos. Los datos fueron compilados por Zent en entrevistas realizadas a una muestra de 70 madres sobre las historias médicas de sus hijos (n = 291; rango de edades = 0,1 – 47 años; edad promedio = 12,5 años) en cinco comunidades del Río Cataniapo en 1992. El resultado más sobresaliente aquí es la falta de un patrón obvio de tipo de tratamiento para una categoría de enfermedad. Otros resultados importantes incluyen: 1. La amplia gama de terapias diferentes que de hecho son usadas por la población entrevistada, 2. El alto número de eventos de enfermedad sin tratamiento que fueron reportados, 3. La preponderancia de los tratamientos de origen local utilizados (ej. plantas medicinales, chaman, AMS), y 4. La importancia del AMS como principal línea de defensa médica (46% de los casos en los que una cura definitiva fue reportada) a pesar de las carencias mencionadas anteriormente (y contrario a las aseveraciones de Rodd, 2004: 216).

Tabla 1

ENFERMEDAD	TIPO DE TRATAMIENTO														Total
	bot	cha	ams	doc	hos	far	cri	cai	mal	mis	fe	hie	non	?	
artritis			1				1								2
anemia			1		3									1	5
dolor de espalda / cuello													3		3
Diarrea con sangre	3		8	2	3		2	1					17	1	37
Hueso roto		1	2												3
Cardiopatía		1			1								1		3
Varicela	10	3	23	3			2				1	1	30	1	74
Resfriado / dolor de garganta		1	39	2	2		4						36	2	86
Dermatitis			2		1								3		6
Diarrea	5	5	29	4	2	12	4	2					6	2	71
Encantamiento		2	1												3
Epilepsia													1		1
enfermedades del ojo													2		2
Fiebre	1	1	8										26	3	39
Dolor de cabeza													2		2
Hepatitis	1				1										2
Hernia													1	1	2

Mordedura o picadura de insectos	1												1		2
Parásitos intestinales		1	9	4	2	4	2						20	1	43
leishmaniasis								1							1
Malaria		2	31	6	4	1	2		7				10	1	64
Malnutrición													4	1	5
Sarampión	2	6	4	3	7		3			1			15		41
Paperas					1			1							2
Sangramiento de nariz													1		1
pinta (spirochetes)	2												2		4
Parásitos de la piel	4		3	1			3						4		15
Mordedura de serpiente		1	1	1	1					1					5
Músculo inflamado							1						2		3
Dolor de estómago / gastritis		1	1	3	4		4						15		28
Dolor de dientes													1		1
Tuberculosis			1		5			2					2	1	11
Tumor / bulto		2			2								3		7
Infección urinaria			1										1	1	3
Vértigo / mareos			2										1		3
Vómito	1		4										3		8
Tos	11	5	7	1	1	3	1			1			18		48
Heridas													2		2
Total	41	32	178	30	40	20	29	7	7	3	1	1	233	16	638
Totales porcentuales	6,4	5,0	27,9	4,7	6,3	3,1	4,5	1,1	1,1	0,5	0,2	0,2	36,5	2,5	100

Claves de tratamiento: bot – botánico, plantas medicinales; cha – chamánico; AMS – Auxiliar de Medicina Simplificada; doc – médico, hos – hospital; far – farmacia; cri – medicina no especificada; cai – CAICET (centro de investigaciones médicas); mis – misional; mal – servicio de malaria; fe – cura de la fe; hie – hierbatero criollo; non – no se administró tratamiento; ? – tratamiento desconocido o inespecífico.

La existencia de terapias y terapeutas alternativos, en adición al compendio de cambios culturales descritos en las secciones anteriores, han tenido un enorme impacto en el estatus y el desempeño de los chamanes tradicionales. Las descripciones etnográficas del chamanismo

piaroa previas a la década de 1980 enfatizaban el rol prominentemente político, religioso y etnomédico de los chamanes en su sociedad (Monod, 1970; Boglar, 1971; Anduze, 1974; Overing-Kaplan, 1975; Overing y Kaplan, 1988; ver también Oldham, 1997). Lo normal era que cada comunidad tuviera su propio chamán, quien solía ser un hombre maduro o anciano. Esta persona concentraba además los roles de jefe de la comunidad, líder ceremonial, maestro del conocimiento sagrado y médico tradicional. Liderando más por autoridad moral y buen ejemplo que por coerción, el jefe/chamán exitoso (*isode ruhua*) atraía y mantenía a sus seguidores corresidentes a través del carisma, la prosperidad, la generosidad, el temperamento controlado, su demostrada competencia curando enfermedades y protegiendo del peligro físico y espiritual, así como su habilidad para manipular las relaciones de parentesco y matrimonio. Como líder ritual (ej. *huärime ruhua*), él era el responsable de realizar la ceremonia periódica del *huärime*, que era crucial para mantener el balance social y ecológico entre la gente, los ancestros, los animales, las plantas, los dioses y los espíritus del bosque. Entre los participantes se incluían miembros de las comunidades vecinas y, por ello, esta institución ritual también permitía establecer o reforzar alianzas entre los diferentes grupos locales y regular la organización territorial (Overing, 1975; Mansutti, 2006).

El chamán líder es considerado la fuente máxima de conocimiento cultural y transmite este patrimonio de varias formas: recitando mitos y cuentos tradicionales, aconsejando a los jóvenes sobre el comportamiento apropiado, enseñando a sus aprendices los cantos curativos y otras artes chamánicas y dirigiendo a los jóvenes en los rituales de iniciación (*märipa teäu*). El rol del chamán como curador de gente enferma constituye una de sus principales fuentes de estatus y poder. Se cree que la mayor parte de las enfermedades (la principal excepción siendo las de origen exógeno) son causadas por fuerzas espirituales malevolentes, ataques de chamanes enemigos o por comer comida sin purificar (especialmente ciertos pescados y animales de caza). La principal técnica terapéutica empleada por el chamán involucra el diagnóstico de la fuente patógena a través de las visiones causadas por las drogas rituales y la expulsión del espíritu atacante por medio de cantos, el soplo de humo, masajes, baños y otras operaciones rituales. Las enfermedades y los accidentes también pueden ser prevenidos por actos rituales similares, tales como la bendición del agua, dando una mezcla de agua ritualizada y miel a los seguidores para beber, portando amuletos, cantando, quemando *caraña* (una resina fragante extraída de

Protium caraña, similar al copal) y otras actividades. Además de su función estrictamente curativa, los chamanes usan sus poderes mágicos para realizar un número importante de servicios sociales: purifican la comida para que pueda ser consumida sin riesgos; estimulan la fertilidad de las parejas jóvenes; asisten (a través de la magia) los eventos de parto; promueven el desarrollo y comportamiento adecuado de los niños; orientan el alma de los muertos de vuelta a la montaña de su clan, donde se originó (eliminando con esto una segura fuente de problemas futuros); suplican a los dueños de los animales salvajes y las plantas que provean abundante caza y plantas para los caza-recolectores; aumentan la potencia del curare; propician abundantes cosechas; seleccionan nuevos terrenos para la migración de la casa y de los cultivos; disuelven tensiones sociales y garantizan la paz y la tranquilidad de la comunidad. En suma, el chamán tradicional puede ser considerado un profesional con múltiples funciones, que realiza un gran número de rituales a diario para una variedad de propósitos específicos. Más que un simple curador de enfermos es un proveedor de bienestar, que se basa en medios mágicos para promover la salud integral (física-mental-espiritual) y el buen funcionamiento de su comunidad.

El chamanismo del siglo XXI es marcadamente diferente del que operaba en el pasado y es un buen indicador de la naturaleza y el grado en que la sociedad piaroa ha sido incorporada como un segmento subordinado a estructuras socioeconómicas más amplias. Basados en una lectura de la literatura etnográfica, tanto como en el testimonio oral de los piaroa, podemos inferir que el chamanismo ha sufrido un declive drástico desde los años sesenta, tanto en términos del número de practicantes como en su campo de acción. Este declive ha abierto, al mismo tiempo, espacios para nuevos actores sociales, que incluyen a practicantes de biomedicina y curanderos tradicionales no piaroa. Por limitaciones de espacio no analizaremos exhaustivamente las causas y consecuencias de esta tendencia aquí, sino que haremos una breve revisión de algunos aspectos relacionados.

Una de las principales causas de este declive tiene que ver con la conversión ideológica de una proporción importante de la población piaroa al cristianismo, a manos de misioneros extranjeros. Los misioneros y sus discípulos nativos buscaron desde el principio desacreditar y devaluar a los chamanes y su conocimiento esotérico como una forma de idolatría o culto satánico. Y una estrategia efectiva para lograrlo fue culparlos por el alto número de muertes y destrucción que había azotado a su sociedad en las décadas precedentes a la llegada de los 'bene-

volentes' misioneros en el siglo XX. Numerosos piaroa (cristianos y no cristianos) atribuyen aún hoy en día la alta mortalidad y el despoblamiento de las zonas boscosas de este periodo a la guerra mágica generalizada entre chamanes antagonistas que dominaba ese periodo. La siguiente historia (parafraseada) representa un ejemplo pertinente, sobre el origen chamánico de una epidemia de tuberculosis en el Alto Cuao:

Antes había mucha gente viviendo en el Alto Cuao, pero ahora ya casi no vive nadie ahí. Casi todos fueron asesinados con la tuberculosis (*hua-repā*) y otras enfermedades que esparcieron los brujos (chamanes). Uno de los brujos más poderosos era un viejo al que llamaban Ruhūāji Buhuo. Un día otro brujo le puso un hechizo a un nieto de Ruhūāji Buhuo y lo mató. Para vengarse por la muerte de su familiar, el viejo chamán se convirtió en un espíritu *māripānā* y viajó a las cabeceras del Río Cuao. Una vez ahí echó un polvo tóxico en el agua y el veneno se fue con al corriente río abajo. Todos los que tomaron de esa agua contaminada murieron con tuberculosis, hasta su propia gente (Hombre piaroa de 40 años, San Juan de Manapiare, 2006).

Esta historia y otras como ésta dan una explicación aparentemente racional a la mortalidad y morbilidad catastrófica de los piaroa previo al contacto con los misioneros. Siguiendo esta lógica, mucha gente huyó de las zonas de combate entre chamanes en las cabeceras de los ríos y buscó refugio en las comunidades cristianas río abajo, donde creían estarían a salvo de la violencia chamánica. Así, la vulnerabilidad epidemiológica de los piaroa fue incorporada directamente en un discurso desarrollado para justificar el rechazo del chamanismo tradicional y la conversión al evangelismo.

En las comunidades en las que la nueva religión se impuso fueron suprimidas las actividades rituales tradicionales, tales como la celebración del *huārimé*, los ritos de iniciación, los procedimientos funerarios, las operaciones curativas tradicionales, el uso de adornos y pinturas corporales con fines mágicos y el consumo del tabaco y de otras drogas alucinógenas. La creencia en la cosmovisión nativa y en el rol estratégico de los chamanes como mediadores entre las fuerzas del bien y el mal fue puesta en duda por la alianza con el poder singular de Jesucristo. La autoridad moral alguna vez atribuida al chaman fue transferida al pastor evangélico o a los líderes nativos de la Iglesia. En apoyo directo a este programa proselitista, los misioneros dispensaban asistencia biomédica, en sustitución de los métodos de curación tradicional ofrecidos por el chamán. La expansión posterior de estos servicios de la ma-

no del Estado acentuó la marginación de la medicina chamánica. El número de chamanes activos se vio drásticamente reducido porque muchos de ellos abandonaron la práctica luego de abrazar la fe cristiana y porque los jóvenes, altamente influenciados por la cultura occidental, no se sienten atraídos por el severo y largo proceso de iniciación chamánica. Hoy es raro, por esto, encontrar un chamán practicante en una comunidad dominada por la fe cristiana.

El estatus y la autoridad del líder de la comunidad, antes sinónimo de chamán, también han sido alterados. Este hecho puede ser corroborado en cambios fundamentales en la composición e integración de las comunidades, en sus patrones económicos y en la distribución de la influencia política y el poder. El crecimiento de las comunidades mucho más allá del grupo de parientes cercanos se traduce en que los lazos sociales que dan coherencia al grupo de residentes son considerablemente más débiles y difusos que en el pasado. Las comunidades de río abajo están compuestas hoy por diversas facciones o grupos de familias, que se alían de acuerdo a afinidades familiares, religiosas y políticas. Las tensiones que se generan entre estas facciones son exacerbadas por la competencia por los cargos asalariados y las fuentes de ingreso occidental en la comunidad (ej. cargos de maestros, enfermero, directores de cooperativas, etcétera) acentuando las divisiones sociales e incluso provocando fisuras en estas comunidades (Freire, 2002, 2004). En comunidades con varios cientos de individuos y una estructura mucho más descentralizada es mucho más difícil llegar a un consenso sobre quién debía ser el líder principal. Más aún, los patrones tradicionales de apoyo económico informal entre grupos familiares se han reducido debido, por un lado, a la separación residencial de estos grupos en unidades unifamiliares y, por el otro, a la incorporación de las personas y sus hábitos de producción y consumo al mercado externo. Una consecuencia resaltante de este proceso es la monetarización parcial de la economía local de subsistencia, por ejemplo en el intercambio de bienes de producción local (ej. carne de cacería) y servicios (ej. un día de trabajo agrícola) por pagos en efectivo. En este escenario, el chamán líder ya no juega un rol regulatorio entre la gente y los recursos naturales de los que dependen. También, como la principal fuente de bienestar y recursos se ubica hoy en el mercado y el gobierno, las personas más capaces para actuar como agentes o negociadores entre la comunidad y el mundo criollo gozan hoy de un mayor prestigio e influencia. Éstas son típicamente personas bilingües que tienen algún nivel de alfabetización y que están habituadas a lidiar con extraños, tales como los maestros, los

AMS, las autoridades civiles nombradas por el gobierno (comisarios, promotores, etcétera) y los dueños de abastos. Así, durante las últimas décadas han emergido nuevos tipos de liderazgo en la sociedad piaroa, controlados por personas jóvenes, educadas y más aculturadas. Una de las consecuencias de esto es que hoy la figura de jefe de comunidad (capitán) es más simbólica que práctica, y ser chamán ya no es un prerrequisito para ocupar este cargo.

Pero a pesar del pronunciado declive de los chamanes piaroa y de sus funciones socioreligiosas a lo largo de las dos últimas generaciones, la chamanería no ha desaparecido. A lo largo de los años setenta y principio de los ochenta, que correspondieron con el pico de la conversión religiosa, parecía que los chamanes tradicionales estaban en vías de extinción. Entre 1984 y 1985, Zent realizó un trabajo de reconocimiento y entrevistó gente de 34 comunidades piaroa localizadas en siete cuencas diferentes (Parguaza, Manapiare, Cuao, Cataniapo, Autana, Sipapo y el Orinoco Medio) y encontró que sólo en ocho de éstas vivían chamanes activos. De esas comunidades, cuatro eran pequeñas y conservaban un estilo de vida tradicional, localizadas en ambientes boscosos interfluviales, y tenían muy poco contacto con el mundo criollo. De las otras cuatro, sólo una tenía a alguien reconocido por sus habitantes como un chamán de primera clase, cuya competencia había sido adquirida siguiendo el largo proceso de educación chamánica tradicional. Sin embargo, durante las últimas dos décadas parece que la situación se ha venido estabilizando e incluso ha habido un resurgimiento del chamanismo tradicional. Podemos pensar en al menos dos razones para explicar la vitalidad de la práctica chamánica piaroa en medio de los drásticos cambios culturales que ha atravesado su sociedad. Primero, la conversión al cristianismo no alteró la creencia fundamental de que muchos tipos de enfermedades físicas tienen un origen espiritual, ni fue capaz de romper completamente la enraizada fe de los piaroa en su cosmovisión médica, según la cual el poder curativo de las prácticas y el conocimiento ritual de los chamanes es la mejor forma de reparar las heridas espirituales. Más aún, la tendencia a convertirse al cristianismo ha comenzado a revertirse en los últimos años, en parte debido al nacimiento de un movimiento de revitalización étnica. La reevaluación de la identidad piaroa y de su patrimonio cultural representa una respuesta adaptativa y de resistencia ante la creciente intrusión y expropiación de sus tierras, recursos y población por parte de la sociedad criolla (Zent, 2009). La renovada fe en el chamanismo ofrece un sentido de independencia ante las instituciones he-

gemónicas impuestas por la sociedad mayoritaria (ver más adelante). Segundo, la revitalización de la cura chamánica se alimenta de las carencias del sistema de salud biomédica disponible en su territorio, así como su incapacidad sistemática para ofrecerles una solución comprensiva a sus problemas de salud. Obviamente, los chamanes florecen en parte apoyados por la escasez, costo y poca calidad del servicio biomédico de salud que se ofrece en la mayor parte de su territorio, así como por la incapacidad de la biomedicina para tratar todos los tipos de enfermedades que ellos reconocen, clasifican y sufren. De acuerdo con Rodd (2004), la mayor parte de las enfermedades que los chamanes curan son de hecho manifestaciones psicosomáticas de conflictos sociales. Tales conflictos pueden deberse a abusos físicos, abandono, infidelidad, envidia, celos, rechazos, alienación, falta de respeto a los ancianos, robos y alcoholismo. No es difícil ver por qué los desordenes sociales y el caos asociado a los cambios bruscos en estilo de vida han intensificado muchos de estos problemas. El chamán competente es un maestro en el diagnóstico de los síntomas del malestar social, así como en el alivio del estrés emocional asociado a éste.

Aunque el rol etnomédico del chamanismo tradicional en la sociedad piaroa es aún vibrante, podemos apreciar algunos cambios sutiles aunque significativos en la forma y amplitud de su operación. Mientras que el chamán tradicional en tiempos anteriores era un promotor integral de la salud, el chamán contemporáneo se parece más a un especialista. La mayor parte de la medicina chamánica practicada en las comunidades de río abajo hoy en día puede ser clasificada como curativa más que preventiva, lo que es igual a decir que está destinada a restaurar la salud de las personas percibidas como enfermas, más que a protegerlas de posibles riesgos a su salud. La práctica chamánica es también más individualizada y contextual, en el sentido de buscar terapias específicas para pacientes específicos con enfermedades específicas. Esto contrasta con el énfasis anterior que ponía el chamanismo en la promoción de la salud colectiva de la comunidad a través de rituales múltiples y repetitivos que eran llevados a cabo en el transcurso de la vida cotidiana. Esta interpretación es consistente con la apreciación de Heckler de que “el chamanismo ribereño, tal y como es percibido y usado por los piaroa, está cambiando dramáticamente de la autoridad moral incrustada que describimos arriba a uno más pragmático con áreas específicas de experticia” (Heckler, 2007: 55). Perrin describe un proceso similar entre los Wayuu (s/f), y ésta parece ser una tendencia generalizada en la región (Freire y Tillett, 2007).

Otro cambio importante se refiere a que hoy el grupo de pacientes normalmente tratados por el chamán no está confinado al grupo de parientes cercanos y corresidentes. Es común encontrar en la actualidad que los servicios de un chamán competente son buscados por personas que viven de otras comunidades, algunas veces muy distantes. Los chamanes de mayor renombre incluso tienen clientela no piaroa (criolla o de otros pueblos indígenas). Probablemente el más famoso de éstos es el chamán llamado Bolívar, que vive en Alto Carinagua, a escasos minutos de Puerto Ayacucho. Él rutinariamente atiende pacientes que vienen de todo el país y tiene incluso pacientes internacionales que lo han llevado a destinos tan distantes como Canadá, los EUA e Inglaterra para curar enfermos. Frecuentemente, sin embargo, los no locales viajan a la casa del chamán buscando asistencia, pero algunos chamanes realizan visitas periódicas dentro de su área de influencia. En tales encuentros se ha vuelto un procedimiento estandarizado que el chamán cobre una tarifa en efectivo por sus servicios (Rodd, 2004: 218). Aunque esto no era enteramente desconocido en el pasado (cuando algunos chamanes cobraban en bienes de intercambio o trabajo por sus servicios) este tipo de transacción recíproca era más informal (es decir, el pago podía ser sugerido pero no impuesto), diferido (de meses a años) y, en todo caso, aplicado sólo a no residentes y familiares distantes. El monto cobrado por los curanderos rituales hoy varía de acuerdo al *background* del paciente, la naturaleza de la enfermedad y la duración del tratamiento. No disponemos de datos sobre las tarifas exactas de estas prácticas, pero basado en las cuotas y los costos de los pacientes reportados por Rodd (2004) podemos asegurar que las ganancias pueden ser altamente significativas, ciertamente mucho mayores que las del individuo no asalariado promedio. La costumbre de proveer cura chamánica sólo o principalmente a pacientes que pueden pagar constituye su transformación de una actividad socialmente integrada a un negocio remunerativo, e implica la creciente mercantilización de un recurso que anteriormente estaba cargado de un alto componente moral y espiritual. Paradójicamente, los intentos del gobierno de Chávez por legitimar e institucionalizar el chamanismo tradicional en años recientes, creando centros de curación y entrenamiento chamánico y ofreciendo salarios a los chamanes que trabajen ahí, parece destinado a acelerar este proceso de profesionalización capitalista más aún¹.

La evolución del paisaje cultural del chamanismo y la biomedicina también parece estar vinculada a cambios significativos en el co-

nocimiento, uso y manejo de la medicina herbolaria tradicional. Los piaroa distinguen entre la medicina que deriva del uso de plantas silvestres (*de'a jawapu*) de la que deriva de las prácticas chamánicas (*yodo jawapu*); la primera es profana, de conocimiento compartido, empírica y a menudo enfocada en los síntomas, mientras que la segunda es sagrada, especializada, teórica y dirigida a atacar las causas subyacentes a la enfermedad (Zent, 1997). Aunque la mayor parte de la etnografía piaroa previa a los ochenta ignoró el uso de plantas medicas más allá del consumo de estimulantes naturales o alucinógenos por los chamanes, Zent descubrió una rica farmacopea entre los piaroa relativamente tradicionales del Alto Cuao, que consistía en el uso etnomédico de unas 114 plantas pertenecientes a diferentes categorías botánicas. La gran mayoría (>85%) de ellas eran plantas silvestres (Zent, 1992/1997). Las principales aplicaciones médicas incluían: emponzoñamientos por mordida o aguijón, diarreas, malestares estomacales, parásitos de la piel y del cuero cabelludo, cortes y sangramientos, alivio del dolor y tratamiento de los síntomas del resfriado (Zent, 1997; Freire y Zent, 2007). Un estudio posterior llevado a cabo en Gavilán, Río Cataniapo, arrojó que el conocimiento de las plantas medicas salvajes se estaba erosionando rápidamente en comunidades más aculturadas y sedentarias de los hábitats ribereños, especialmente entre los adolescentes y jóvenes adultos (Zent 1997/2001). Esta tendencia parece ser condicionada principalmente por cambios en estilo de vida (ej. menos tiempo invertido en actividades de subsistencia y más tiempo en las escuelas) y el contacto intercultural (ej. menos interés en aprender sobre las tradiciones y más interés en aprender sobre la cultura y la lengua nacional). También sugerimos que el acceso a los medicamentos y servicios médicos occidentales constituyeron factores contributivos. En otro estudio llevado a cabo en la cuenca del Manapiare, Heckler (2007) también encontró que la habilidad para identificar medicinas salvajes parece estar declinando, pero al mismo tiempo los piaroa están en un proceso de expansión de su conocimiento y uso de plantas medicinales cultivadas, producto del préstamo de otros grupos étnicos y la experimentación. Su investigación encontró que los hombres tienen más conocimiento sobre las plantas medicas salvajes mientras que las mujeres son las principales hierbateras en lo que respecta a las medicinas cultivadas. Ella sugiere que la ascendencia en el uso de plantas cultivadas con propiedades medicas se puede deber a varios factores asociados al cambio social y ambiental: la escasez y altos precios de las medicinas occidentales; desconfianza de los profesionales médicos criollos; escaso acceso a los chamanes profesionales; la asimila-

ción de la visión médica occidental enfocada en la reducción de los síntomas; el contacto frecuente y los intercambios con otros grupos étnicos que tienen un mayor conocimiento de plantas cultivadas con propiedades médicas; y la creciente participación de las mujeres en el cuidado de la salud de sus familiares. Así, la expansión del uso de las medicinas cultivadas puede ser interpretada como un producto del esfuerzo por llenar el vacío creado por la biomedicina y el chamanismo, así como una respuesta a las condiciones socioeconómicas modernas.

En vista de los cambios en las conductas orientadas a preservar la salud entre los piaroa que describimos arriba, es razonable pensar que sus creencias etnomédicas también hayan experimentado cambios. En sólo dos generaciones los piaroa han pasado de ser una población culturalmente distintiva e independiente a una parcialmente transculturada y subalterna a la sociedad nacional mayoritaria. La dependencia creciente de servicios y bienes biomédicos, en particular, implica algún nivel de aceptación de la teoría médica de los gérmenes y una confianza en el diagnóstico y las técnicas curativas alopáticas. Al mismo tiempo, no obstante, mucha gente cree en la cura ritual y las teorías metafísicas que la soportan. Dado este escenario de pluralismo médico, la pregunta clave se refiere a los mecanismos de toma de decisión respecto a las dos visiones del mundo, la de la medicina tradicional y la moderna.

Cuando se pregunta a los piaroa sobre la persistente popularidad de la cura chamánica, aún en zonas donde existe una opción biomédica, una respuesta estándar es que la biomedicina es incapaz de curar ciertos tipos de enfermedades. Por ejemplo, existe un número de signos o síntomas —ej. dolor crónico de los músculos y las articulaciones, aflicciones de la piel, desordenes mentales, comportamiento antisocial— que son rutinariamente asociados a nosologías y etiologías culturalmente definidas y, por tanto, dependientes de la intervención de un chamán. Si consideramos que tanto los profesionales de la salud como los misioneros tienden a denigrar las creencias chamánicas como brujería, podríamos ver el reconocimiento de estos síndromes culturales como expresiones medicalizadas de independencia y diferenciación del mundo dominado por los criollos. Otros síntomas —ej. diarreas, fiebre repentina, dolores urinarios, tos persistente— tienen interpretaciones contrastantes, asociadas tanto a factores simbólicos como físicos, por lo que la decisión sobre el tipo de tratamiento a seguir suele ser personal. En estos casos, suele haber una clara preferencia por el tratamiento médico de alguien conocido o de un familiar, y con quien la comunicación es sencilla. El valor dado a la proximidad social entre el enfermo y el cu-

rador es consistente con los códigos culturales que les permiten discernir entre el peligro y la seguridad. Los piaroa característicamente ven a los curanderos de manera ambigua: como agentes que tienen el poder para curar pero también como personas que pueden causar enfermedades (Boglar, 1978; Overing y Kaplan, 1988; Rodd, 2004). Los criollos, en general, son vistos bajo la misma óptica, como dueños de anhelados bienes y riquezas pero también como personas extremadamente peligrosas, una raza depredadora que hay que mantener a cierta distancia. Dada esta visión, no es de sorprender que los piaroa frecuentemente se aproximen a los especialistas en biomedicina con cautela. El hospital, en particular, es percibido como un sitio peligroso en el que se puede salvar la vida, lo cual explica por qué mucha gente sólo acepta ser referido al hospital cuando su condición es muy grave (Freire y Zent, 2007: 191-193; ver arriba).

Pero si la medicina local ofrece alguna medida de independencia de la hegemonía biomédica, la biomedicina y sus formas híbridas también han debilitado la autoridad social y el control que alguna vez ejercieron los chamanes sobre las comunidades más tradicionales. En muchos casos, aunque no en todos, la biomedicina ha probado ser increíblemente eficaz y su record de éxitos no pasa desapercibido para la persona promedio (cf. Rodd, 2004; Freire y Zent, 2007: 191-193). En nuestros trabajos de campo, a menudo hemos sido inundados con requerimientos de drogas farmacéuticas o consejos médicos para diferentes tipos de males. En realidad, la principal queja de los piaroa respecto a su salud general suele referirse a la falta de acceso a la medicina criolla (ver también CAICET, 2004). Los AMS, los doctores y otros profesionales de la salud que controlan el acceso a este recurso vital compiten en efecto con los chamanes por el poder y la influencia médica. Este proceso tiene una expresión a nivel ideológico en la erosión de la creencia del rol de ciertos espíritus en la aparición de enfermedades. De acuerdo con su cosmovisión médica tradicional, los agentes primarios de la enfermedad y la muerte provienen de un complejo panteón de espíritus, y el trabajo del chamán consiste en contrarrestar y neutralizar esas fuerzas metafísicas de destrucción con la ayuda de espíritus auxiliares benevolentes (Overing, 1986). Los principales portadores de enfermedades incluyen una clase de espíritus malevolentes del bosque concebidos de manera abstracta, colectivamente llamados *mārimü*, y una clase de seres míticos diferentes considerados los 'maestros' o 'dueños' de los animales del bosque y los peces –tales como Reyo, 'abuelo de todos los animales terrestres', *aje tāmü*, 'abuelo de todos los peces' e *isottü jä'noft-*

tü), un término colectivo para los guardianes de especies animales individuales. La mayor parte de los piaroa coincide en que hoy estas entidades no representan el peligro omnipresente que una vez representaron para la vida cotidiana. Algunos piaroa aseguran que pocas personas hoy temen a los *märimü*, lo que se ha traducido en menos restricciones para viajar. Una razón para esto es que estos espíritus habitan en zonas boscosas remotas (ej. salientes rocosas, nacientes de ríos, montañas, saltos de agua) y la gente hoy habita otros ecosistemas, producto de las migraciones hacia las zonas de contacto: riberas de grandes ríos, sabanas, bosques secundarios y espacios urbanizados. Otra razón es que con menos chamanes en la región para provocarlos los espíritus se han vuelto menos activos. Las generaciones que crecieron dentro de una familia cristiana y en contacto cotidiano con el mundo criollo, por otro lado, tienen un escaso conocimiento sobre los espíritus guardianes de los animales y poca o ninguna preocupación por las consecuencias del consumo de carne de cacería no purificada. Por esto, pocas personas en estas comunidades se sienten obligadas a respetar los tabúes y tomar las precauciones del caso, con pocas consecuencias en términos de salud (en la mayor parte de los casos). Sin embargo, los *märimü* aún son citados para explicar eventos misteriosamente fatales, especialmente accidentes, y algunas enfermedades aún son atribuidas al consumo de animales de caza, si bien nadie se cuida de evadirlas en su dieta. Una de las consecuencias de esta reducción en las posibles causas de enfermedad y muerte entre los piaroa más aculturados deja a los chamanes enemigos como causa principal de las enfermedades espirituales (Rodd, 2004). Al respecto, un piaroa señaló que “los chamanes que viven en las comunidades [grandes] y cerca de la ciudad ya no practican muchos de los viejos cantos; sólo cantan cuando alguien está enfermo”.

Si bien el chamanismo y la biomedicina representan ideologías opuestas y posiblemente antagonistas, los piaroa no parecen tener problemas en incorporar ambas en su visión contemporánea –expandida– del mundo. Su capacidad de moverse entre un sistema médico y el otro podría desprenderse de una doctrina más antigua y flexible, derivada de su mitología, que reconoce que el mundo consiste de diversos tipos de entidades. La mezcla y el intercambio de estos diferentes tipos es considerada un prerrequisito para la vida humana fértil y productiva (Overing, 1986/1993). Aplicada al campo semántico de la salud y la medicina este principio de alteridades interactivas conduce lógicamente a la selección y combinación de diferentes tipos de agentes curativos. Para el piaroa contemporáneo, la curación chamánica, la biomédica, la fi-

toterapia y otras formas de curación son todas *jawapu*, ‘medicina’. Por esto, a un nivel simbólico más profundo, la innovación médica es parte de su tradición cultural y en este sentido podría ser representado como un acto de resistencia, más que de aquiescencia.

Conclusiones

Existe cierta continuidad entre la visión que presentamos aquí sobre la salud y la de los piaroa. Para los piaroa la salud es y ha sido siempre inseparable de la economía política y gran parte del éxito o del fracaso de las estrategias económicas, sociales y ambientales que han desplegado frente al encuentro con la sociedad occidental tienen que ver con su interpretación económico-política de los procesos de salud y enfermedad. Desde la perspectiva piaroa la violencia –tanto física como espiritual– y la enfermedad son caras de la misma moneda, expresiones de la lucha constante entre fuerzas económica y políticamente opuestas contra las que toman medidas tanto preventivas como retaliativas – física y simbólicamente. La nosología piaroa clasifica las enfermedades de acuerdo a varios criterios y, sin lugar a dudas, reconoce varios orígenes (ver Freire y Zent, 2007), pero las penurias causadas por la enfermedad y la muerte siempre encuentran su explicación última en las dinámicas políticas que rodean al grupo afectado en un momento particular de su historia. Un aspecto que, como mencionamos, se ha ido acentuando a medida que se estrechan sus lazos con la sociedad nacional. El enfermo es, entonces, a su vez una víctima y la muerte es siempre el producto de una agresión enemiga, generalmente identificable desde el punto de vista político: una comunidad, una persona, un grupo familiar antagónico, el mundo criollo (Mansutti, 2003b). Esta visión y su aversión a la violencia física los hizo optar, por ejemplo, por aislarse de las zonas de contacto entre los siglos XVI y XIX, en las selvas montañosas de su territorio tradicional, una estrategia que resultó efectiva para evitar el holocausto que causaron la economía colonial y las patologías del viejo mundo entre la mayor parte de sus vecinos en la región.

Los chamanes son la expresión más clara de esta visión político-económica de la salud. Como vimos, los chamanes piaroa tradicionales son los responsables de mantener y reestablecer el orden cosmológico que permite la vida plena. A través de sus conocimientos de simbología mítica y del control de las drogas que les dan acceso al

mundo invisible, reestablecen la armonía perdida con la enfermedad y luchan contra los seres enemigos que la causan. La vida tradicional de los piaroa transcurría así entre constantes rituales ofensivos y defensivos que determinaban la salud y que estaban íntimamente ligados a la habilidad del grupo para establecer relaciones políticas de cooperación con otros grupos. Estas relaciones se sellaban a través del intercambio de personas (matrimonio) y de objetos (comercio), por lo que las redes comerciales tradicionales indígenas han sido siempre redes de relaciones sociales y políticas, íntimamente ligadas a las interpretaciones simbólicas que cada grupo hace de su estado de salud. Algunos autores han llegado incluso a sugerir que dada la relativa homogeneidad en la distribución y acceso a los recursos de la región y la simplicidad de la vida material de las sociedades orinoquenses, de hecho, los intercambios comerciales no son sino una excusa para dar forma al intercambio sociopolítico (Rivière, 1983-84/1984).

La biomedicina se insertó en el territorio piaroa exactamente en los mismos términos de economía política, un aspecto que coincidió, como vimos, con la intención real de su llegada por parte del Estado y de las organizaciones religiosas. La ruptura de las barreras epidemiológicas a mediados del siglo XX estuvo estimulada por el clima de relativa paz que reinó en el Territorio Amazonas a partir de la depresión cauchera, lo que facilitó una expansión territorial piaroa y les permitió incrementar sus esfuerzos por establecer relaciones comerciales amistosas con el mundo criollo. Estas relaciones proveían los bienes que garantizaban la solidez de las redes comerciales intraétnicas y, por ende, el estatus político de las personas que las articulaban. Este proceso facilitó también el intercambio de elementos patógenos, que fue mitigado en alguna medida por la llegada contemporánea de la biomedicina de la mano de las organizaciones misioneras y del Estado. La biomedicina pronto se posicionó como la estrategia médica más eficaz para combatir las enfermedades epidémicas asociadas a su nuevo escenario de relaciones socio-económicas, ligado desde entonces al mundo criollo, con lo que el acceso a los servicios de salud pasó a formar una parte muy importante de sus vidas.

Los nuevos líderes piaroa siguen construyendo su influencia política sobre la base de la habilidad para garantizar la salud y el bienestar de sus seguidores, pero ahora esta función está fuertemente asociada a su habilidad para obtener acceso a bienes y servicios de la sociedad occidental, entre los que destaca el acceso a la biomedicina (Freire 2004). Así, tanto la migración piaroa río abajo como la prestación de

servicios médicos por parte del Estado y de grupos misioneros fueron decisiones tomadas en vista de consideraciones económico políticas. Los piaroa no han sido ni son simples receptores inanimados de las políticas del Estado, sino que luchan constantemente por influenciarlas y están en un proceso continuo de adaptación a las condiciones materiales que éstas generan, y sus estados y visiones sobre salud son un claro reflejo de estas dinámicas. Sin embargo, las fuerzas nacionales tienen un poder indiscutido para afectar su capacidad de respuesta, de participación, su autonomía y sus capacidades productivas, debido a la disparidad de poder entre ambos actores y a los procesos de marginación y asimilación que han dominado estas relaciones desde sus orígenes. Un elemento común a todas las políticas de salud implementadas en territorio piaroa ha sido, precisamente, la exclusión de las propias comunidades en la planeación, la implementación y la contraloría de las mismas.

Este artículo ha querido demostrar que la salud es el resultado de la lucha histórica de factores de poder, en este caso los de la sociedad piaroa y los organismos encargados de promoverla. El resultado de estas luchas ha generado dinámicas que amenazan la autonomía social y la independencia productiva de los piaroa, debido a, por ejemplo, la concentración desmedida de población en áreas con acceso a bienes y servicios de la sociedad occidental, el inevitable agotamiento de los recursos en estas zonas y la amenaza que representa el enfoque actual de los programas de educación, extensión agrícola, sustitución alimenticia, etcétera, a sus estrategias productivas. Programas que por cierto propone el Estado para 'paliar' los efectos de sus propias políticas de subdesarrollo. Como vemos, estas dinámicas no han sido ni espontáneas ni producto de la casualidad, ni derivan de la cultura o la naturaleza de las enfermedades. El calamitoso estado de la salud de las comunidades indígenas venezolanas es el resultado de una lucha entre fuerzas tremendamente desiguales, y tanto el Estado como el resto de las organizaciones no gubernamentales que prestan o han prestado sus servicios de atención biomédica en estos territorios lo han hecho en el marco de una agenda que aspira explícitamente a subyugarlos y asimilarlos a sus puntos de vista. Ignorar los factores socioeconómicos que determinan la salud es reducirla a un dato estadístico de poca importancia, que sólo contribuye a prolongar las relaciones de dependencia y opresión que genera la enfermedad. Esta omisión sólo puede servir a los intereses de los factores económico-políticos que se benefician de la explotación. Las coincidencias que presentamos aquí entre la visión de la salud de los indígenas y la de los sistemas biomédicos de salud pue-

den ser instrumentales en la ampliación de los derechos de participación de la población indígena y, en todo caso, no pueden ser omitidas en el análisis de sus estados de salud, pues de ellas dependen en gran medida las respuestas que estas poblaciones dan a los programas de salud implementados en sus comunidades. Por esto, la inclusión de los pueblos indígenas en la adecuación del sistema de salud a sus necesidades y puntos de vista garantizaría el largo plazo y la sostenibilidad de estas políticas, y con esto el logro del reto asumido por la comunidad internacional y el estado venezolano hace más de treinta años en Alma Ata: salud para todos.

Nota

- 1 <http://www.venezueladeverdad.gob.ve/noticias/centro-de-sanacion-y-formacion-shamanica-pueblo-piaroa-82.html>

Bibliografía

- ANDUZE, P.
1974 *Los Dearuwa: Dueños de la Selva*. Caracas: Biblioteca de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales, Vol. XIII.
- ARMADA, F.
1997 "Aproximación a la situación sanitaria del Estado Amazonas", en *Del microscopio a la maraca*, editado por Chiappino, J. & C. Alés. Caracas: Ex Libris.
- ARVELO, N. y H. Bjord
1994 "The Impact of Conquest on Contemporary Indigenous Peoples of the Guiana Shield", en *Amazonian Indians from Prehistory to the Present*, editado por A. Roosevelt. Tucson: The University of Arizona Press.
- AYRES, P.J.
1967 "Las misiones del Alto Orinoco y Río Negro en 1824", en *Las misiones de Piritu*. Vol. II. Caracas: Biblioteca de la Academia Nacional de la Historia.
- BAER, H., M. Singer y I. Susser
2003 *Medical anthropology and the world system*. London: Greenwood Publishing Group.
- BAPTISTA D. y B. Mommer
1992 *El petróleo en el pensamiento económico venezolano: un ensayo*. Caracas: IESA.
- BAUMGARTNER, J.
1954 "Apuntes de un médico-indigenista sobre los piaroa de Venezuela", en *Boletín Indigenista Venezolano*. 2(1-4): 111-25.
- BELLO, L.
1993 "Situación de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas en el Estado Amazonas", en *La Iglesia en Amazonas* 62-63: 3-9.
- BOGLÁR, L.
1971 "Chieftainship and the Religious Leader: a Venezuelan example", en *Ethnographica Academiae Scientiarum Hungaricae* 20(3-4): 331-337.
1978 *Cuentos y Mitos de los piaroa*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello, Instituto de Investigaciones Históricas, Centro de Lenguas Indígenas.
- BOGLAR, L. & J. Caballero
1979 "piaroa revisitados: un caso de asimilación forzada", en *Néprazji Ertesítő* (Budapest) 61: 65-82.
- BOTTO, C. & B. Graterol
2007 "Globalización, desigualdad y transmisión de las enfermedades tropicales en el Amazonas Venezolano", en *Cadernos de Saúde Pública* 23(1): S51-S63.

- BRICEÑO-LEÓN, R.
 2000 "Bienestar, salud pública y cambio social", en *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*, editado por R. Briceño-León, M. Miñayo y C. Coimbra Jr.: 15-24. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BRIGGS, C. y C. Mantini-Briggs
 2007 "'Misión Barrio Adentro': medicina social, movimientos sociales de los pobres y nuevas coaliciones en Venezuela", en *Salud Colectiva* 3(2): 159-176.
- BUENO, R.
 1933 *Apuntes sobre la provincia misionera del Orinoco e indígenas de su territorio, con algunas otras particularidades*. Caracas: Tipografía Americana.
- CAICET
 2004 Informe Final del Proyecto: La producción de conocimiento sobre salud en el Amazonas Venezolano. Un enfoque ecológico, epidemiológico y socio cultural para el análisis de sistemas complejos y el diseño de estrategias alternativas de control. Puerto Ayacucho: CAICET.
- CARDONA, N., D. Garzazo, C. Loureiro, K. González, D. García y M. Pacheco.
 2004 "Dificultades para el diagnóstico serológico de las hepatitis virales B y C en población indígena venezolana", en *Anales del III Congreso Venezolano de Microbiología*. Caracas: Sociedad Venezolana de Microbiología. Pp. 1-7.
- CADORNA, N., M. Duarte, K. González, M. García, M. Pacheco, y F. Pujol
 2008 "Infección oculta por el virus de hepatitis B en una comunidad piaroa del Estado Amazonas", ponencia presentada en el XX Meeting of the Latin American Association for the Study of the Liver, September 15, Margarita, Venezuela.
- CENDES/UCV/CAICET
 1997 Evaluación del Impacto de la Minería del Oro sobre la Salud y el Ambiente en la Amazonia Venezolana. Informe Fase II. Caso San Juan de Manapiare. Caracas: CENDES/UCV/CAICET.
- CHAFFANON, J.
 1986 [1889]. *El Orinoco y el Cauro*. Caracas: Fundación Cultural Orinoco. Traducción de Joelle Lecoin.
- CODAZZI, A.
 1940 Resumen de la geografía de Venezuela (Venezuela en 1841), 3 vols. Caracas: Biblioteca Venezolana de la Cultura.
- CODESUR
 1970 *Informe Preliminar*. Caracas: Ministerio de Obras Públicas.
- CRANDON-MALAMUD
 1997 "Phantoms and Physicians: Social Change through Medical Pluralism", en *The Anthropology of Medicine: From Culture to Method*, editado por L. Romanucci-Ross, D.E. Moerman y L.R. Tancredi. Westport, Ct.

- DÍAZ, L.
1987 "Inserción laboral de los inmigrantes colombianos en Venezuela", en *Las migraciones laborales colombo-venezolanas*, editado por G. Bidegáin. Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales.
- EARLE, K.
1972 "The piaroa Indian Church in Operation", en *Brown Gold* 30(3): 6-7.
- FARMER, P.
2004 "An anthropology of structural violence," en *Current Anthropology* 45(3): 305-325.
- FINDLEY, A.L.
1973 "I Will Build My Church", en *Brown Gold* 30(10): 4.
- FREIRE, G.
2002 *The piaroa: environment and society in transition*. University of Oxford: tesis doctoral.
2003 "Tradition, change and land rights: land use and territorial strategies among the piaroa", en *Critique of Anthropology* 23(4): 349-372.
2004 "Convivencia y patrones de asentamiento entre los piaroas del siglo XXI", en *Antropológica* 102: 3-26.
2007 "Indigenous Shifting Cultivation and the New Amazonia: A piaroa Example of Economic Articulation", en *Human Ecology* 35: 681-696.
s/f "Indigenous market strategies in context: Amazon 'capitalism' on the Venezuelan frontier". Inédito.
- FREIRE, G. y A. Tillett
2007 *Salud Indígena en Venezuela*, 2 vols. Caracas: Ministerio de Salud.
- FREIRE, G. & S. Zent
2007 "Los piaroa", en *Salud indígena en Venezuela*, editado por G. Freire & A. Tillett, pp. 133-206. Caracas: Ministerio de Salud.
- GARRIDO, E., J. Figuera, R. Montero, M. Nuñez & L. Zavala
1991 "Características Epidemiológicas de las infecciones por PROHEGAIS en el TFA", en *Memorias CAICET* 1(2): 54-60.
- GÓMEZ, J., C. Botto, S. Zent, A. Marín, J. Sánchez, C. Noguera & T. Rangel
2004 "Influencia del Tipo de Vivienda y Tamaño de Asentamiento de Comunidades Indígenas piaroa en la Transmisión de Helminos Intestinales", en *Interciencia* 29(7): 389-395.
- HECKLER, S.L.
2006 "On Knowing and Not Knowing: the Many Valuations of piaroa Local Knowledge", en *Local Science vs. Global Science: Approaches to Indigenous Knowledge in International Development*, editado por P. Sillitoe. Oxford: Berghahn.
- HECKLER, S.
2007 "Herbalism, Home Gardens, and Hybridization: Wotihã Medicine and Cultural Change", en *Medical Anthropology Quarterly* 21(1):41-63.

- HIDALGO, G.
 2002 Vitamina A, Anemia y Antropometría Nutricional en Preescolares y Escolares piaroa, Estado Amazonas. Caracas: Universidad Simón Bolívar, Decanato de Estudios de Postgrado, Maestría en Nutrición. Trabajo de Grado.
- HOLMES, R. & H. Kelsey
 s/f Diagnóstico de Salud Comunidad Indígena piaroa Alto Carinagua. Parte I: Datos Demográficos, Culturales, Epidemiológicos y del Estado Nutricional. Puerto Ayacucho: CAICET.
- IRIBERTEGUI, R.
 1987 Amazonas: El Hombre y el Caucho. Ediciones del Vicariato Apostólico de Puerto Ayacucho. Puerto Ayacucho: Monografía N° 4.
- KARL, T.
 1997 *The Paradox of Plenty: Oil Booms and Petro-states*. California: University of California Press.
- KÖCH-GRÜNBERG, T.
 1979 (1923). *Del Roraima al Orinoco. [traducción al español de Dr. Federica de Ritter. 3 vols. Vom Roraima zum Orinoco: Ergebnisse einer Reise in Nordbrasilien und Venezuela in den Jahren 1911-1913]*. Caracas: Ediciones del Banco Central de Venezuela.
- MANSUTTI, A.
 1988 "Pueblos, comunidades y fondos: los patrones de asentamiento Uwotjuja", en *Antropologica* 69:3-35.
 1990 *Los piaroa y su territorio*. Caracas: CEVIAP Documento de Trabajo No. 8.
 1994 "Tres Momentos, Tres Modelos: Los Sistemas de Poblamiento piaroa", conferencia dictada en el 48 Congreso de los Americanistas, Estocolmo, Suecia, 5 al 10 de julio.
 2003a "Enfermedades y despoblamiento: El Orinoco Medio entre los siglos XVI y XVII", en *Caminos Cruzados: Ensayos en Antropología Social, Etnoecología y Etnoeducación*, editado por C. Alés y J. Chiappino. Paris: IRD Éditions & ULA GRIAL. Pp. 69-100.
 2003b "piaroa: los guerreros del mundo invisible", en *Antropologica* 99-100: 97-116.
 2005 "El sistema clasificatorio de los accidentes geográficos de los mundos piaroa", en *Antropologica* 104:35-51.
 2006 Warime: La Fiesta. Flautas, trompas y poder en el noroeste amazónico. Ciudad Guayana: Fondo Editorial UNEG.
- MANSUTTI, A. & N. Bonneuil
 1994-96 "Dispersión y asentamiento interfluvial llanero: dos razones de sobrevivencia étnica en el Orinoco Medio del post-contacto", en *Antropologica* 84:43-71.

- MEGGERS, B. J.
2001 "The continuing quest for El Dorado: round two," in *Latin American Antiquity*, 12(3): 304-325.
- MICHELENA y Rojas, F.
1989 [1867]. *Exploración Oficial*. Iquitos: IIAP-CETA.
- MINTZ, S. W.
1966 "The Caribbean as a Socio-Cultural Area", en *Cahiers d'Histoire Mondiale* 9: 912-937.
- MINTZ, S. W. y R. Price.
1992 *The Birth of African-American Culture: An Anthropological Approach*. Boston: Beacon 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.
- MONOD, J.
1970 "Los piaroa y lo Invisible: Ejercicio Preliminar a un Estudio sobre la Región piaroa", en *Boletín Informativo de Antropología* 7: 5-21.
- MORALES, M.E. & M. Chacare
2004 "De la Huarepä a la tuberculosis. Historia, etnografía y epidemiología de la tuberculosis en San Pablo de Cataniapo, Amazonas, Venezuela", en Informe Final del Proyecto "La producción de conocimiento sobre salud en el Amazonas Venezolano. Un enfoque ecológico, epidemiológico y socio cultural para el análisis de sistemas complejos y el diseño de estrategias alternativas de control, CAICET: 341-365. Puerto Ayacucho: CAICET.
- MOREY, R.
1979 "A joyful harvest of souls: disease and destruction of the llanos Indians" en *Antropológica* 52: 77-108.
- MORSY, S.A.
1996 "Political Economy in Medical Anthropology", en *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, editado por C.F. Sargent y T.M. Johnson. Westport, Ct.
- MUNTANER, C., F. Armada, H. Chung, R. Mata, L. Williams-Brennan, y J. Benach
2008 "Venezuela's Barrio Adentro: participatory democracy, south-south cooperation, and health care for all", en *Social Medicine* 2(4): 232-246.
- NIEVES GARCÍA-CASAL, M., I. Leets, C. Bracho, M. Hidalgo, G. Bastidas, A. Gomez, A. Peña y H. Pérez
2008 "Prevalence of anemia and deficiencies of iron, folic acid and vitamin B12 in an Indigenous community from the Venezuelan Amazon with a high incidence of malaria", en *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 58(1), 16 de agosto.

OLDHAM, P.

- 1997 "Cosmología, shamanismo y práctica medicinal entre los Wothuha (piaroa)", en *Del Microscopio a la Maraca*, editado por J. Chiappino y C. Alés, pp. 225-249. Caracas: ExLibris.

OMS

- 1978 Declaración de Alma Ata. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- 2007 10 Datos sobre enfermedades tropicales desatendidas. http://www.who.int/features/factfiles/neglected_tropical_diseases/es/index.htm

OVERING, J.

- 1975 *THE PIAROA. A PEOPLE OF THE ORINOCO BASIN. A STUDY OF KINSHIP AND MARRIAGE*. Oxford: Clarendon Press.
- 1986 "Images of Cannibalism, Death and Domination in a 'Non-Violent' Society", en *Journal De La Société des Americanistes* 72: 133-156.
- 1992 "Wandering in the forest and the market," en *Contesting markets*, editado por R. Dilley. Edinburgh: University Press.
- 1993 "Death and the Loss of Civilized Predation among the piaroa of the Orinoco Basin", en *L'Homme* 126-128, avr.-déc., XXXIII (2-4): 191-211.

OVERING, J. y M.R. Kaplan

- 1988 "Los Wóthuha (piaroa)", en *Los Aborígenes de Venezuela*. Volumen III. Etnología Contemporánea II, editado por J. Lizot, pp. 307-411. Caracas: Fundación La Salle.

PERERA, M.A.

- 1982 *Patrones de asentamiento y actividades de subsistencia en el Territorio Federal Amazonas, Venezuela*: Universidad de Bristol, traducción al español. Tesis PhD. Bristol.

RIVIÈRE, P.

- 1983-84 "Aspects of Carib political economy", en *Antropológica* 59-62: 349-358.
- 1984 *Individual and society in Guiana*. Cambridge: University Press.

RODD, R.

- 2004 *The Biocultural Ecology of piaroa Shamanic Practice*. University of Western Australia: tesis doctoral.

RODRÍGUEZ-OCHOA, G.

- 1992 "Situación de salud en el Territorio Federal Amazonas, Venezuela", en *Enfoque integral de la salud humana en la Amazonía*, editado por Yarzabal, L., C. Espinal y L. Aragón. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Asociación de Universidades Amazónicas. pp. 407-28. (Serie Cooperación Amazónica, 10)

RODULFO, H., M. De Donato, I. Quijada y A. Peña

- 2007 "High Prevalence of Malaria Infection in Amazonas State, Venezuela", en *Vista del Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 49(2): 79-85.

- SÁNCHEZ, G.
2004 Auxiliares de Medicina Simplificada en el Estado Amazonas: Su papel en momentos de cambio. London School of Hygiene and Tropical Medicine: tesis doctoral.
- SCHWARTZ, L. R.
1969 "The Hierarchy of Resort in Curative Practices: The Admiralty Islands, Melanesia", en *Journal of Health and Social Behavior* 10:201-209.
- SIGERIST, H.
1941 *Medicine and human welfare*. Yale University Press.
- SINGER, M.
2004 "Critical medical anthropology", en *Encyclopedia of medical anthropology*, editada por Carol Ember. Nueva York: Springer.
- TAVERA ACOSTA, B.
1927 *Río Negro. Reseña etnográfica, histórica, y geográfica del Territorio Amazonas*. Segunda Edición. Maracay, Estado Aragua, Venezuela.
- TORO-LANDAETA, J.
1993 "Problemática sanitaria de los pueblos indígenas del Amazonas" en *La Iglesia en Amazonas* 62-63: 40-43.
- TORO, M.
1997a "Economía y salud en el Amazonas venezolano" en *Del microscopio a la maraca*, editado por J. Chiappino y C. Alés. Caracas: Ex Libris. pp. 317-336.
1997b "Diagnóstico económico del dispositivo sanitario en el Estado Amazonas. Hacia una socialización de la medicina hipocrática", *Salud y Ambiente*, editado por M. Perera. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- TRUJILLO, A.
2004 "Petro-state construction through policy", in *Health Policy* 67: 39-55.
- VELÁSQUEZ MELO, M.
2007 "Hepatitis B merma población de indígenas piaroas y yanomamis", en *El Sol de Margarita*. <http://www.elsoldemargarita.com.ve/Noticias.aspx?Noticiald=22181&SeccionId=1>
- VILLALÓN, M. E.
2007 "Los E'ñapa (Panare)", en *Salud Indígena en Venezuela*, editado por G. Freire y A Tillett. Caracas: Ministerio de Salud.
- WAVRIN, M. de.
1948 *Les Indiens Sauvages du l'Amerique de Sud*. Paris: Payot.
- WILBERT, J.
1958 "Datos antropológicos de los indios piaroa", en *Memoria de la Sociedad de Ciencias Naturales la Salle*. Caracas: Fundación La Salle.
- WIRSING, R.
1985 "The health of traditional societies and the effects of acculturation", en *Current Anthropology* 26(3): 303-322.

WHITEHEAD, N.

- 1988 *Lords of the Tiger Spirit: a history of the Caribs of Colonial Venezuela and Guyana, 1498-1820*. Royal Institute of Linguistics and Anthropology, Caribbean Studies Series 10. Dordrecht Leiden: Foris/Koninklijk voor taal-land-en Volkenkunde.

YOUNT, M.L.

- 1973 "New Testament Needed", en *Brown Gold* 31(3): 5.

ZENT, S.

- 1992 *Historical and Ethnographic Ecology of the Upper Cua River Wo_th__ha_*: Clues for an Interpretation of Native Guianese Social Organization. Ann Arbor: University Microfilms International, tesis doctoral.
- 1993 "Donde No hay Médico: las Consecuencias Culturales y Demográficas de la Distribución Desigual de los Servicios Médicos Modernos entre Los piaroa", en *Antropológica* 79: 41-84.
- 1997 "Reinventando los Sistemas de Atención Médica para las Comunidades Indígenas: El Papel de las Medicinas Tradicionales", en *Del Microscopio a la Maraca*, en J. Chiappino y C. Alés: 339-349. Caracas: Exlibris.
- 1998 "Independent yet Interdependent Isode: The Historical Ecology of Traditional piaroa Settlement Pattern", en *Advances in Historical Ecology*, W. Balée: 251-286.. New York: Columbia University Press.
- 2000 "Las bases históricas y ecológicas del patrón tradicional de asentamiento de los piaroa", en *Montalbán* 33: 9-84.
- 2001 "Acculturation and Ethnobotanical Knowledge Loss among the piaroa of Venezuela: Demonstration of a Quantitative Method for the Empirical Study of TEK Change", en *On Biocultural Diversity: Linking Language, Knowledge, and the Environment*, editado por L. Maffi, pp. 190-211. Smithsonian Institution Press.
- 2009 "The Political Ecology of Ethnic Frontiers and Relations among the piaroa of the Middle Orinoco", en *Mobility and Migration in Indigenous Amazonia: Contemporary Ethnoecological Perspectives*, editado por Miguel Alexiades. Oxford: Berghahn Books.