

Cuando el derecho a la salud del pueblo Warao depende de la migración y desplazamientos como acto de resistencia a la imposibilidad cultural crónica.

Clara Mantini-Briggs

RESUMEN

Este trabajo realiza un recuento de las causas y consecuencias de los desplazamientos o migraciones de los Warao del Estado Delta Amacuro de la República Bolivariana de Venezuela ocasionadas por la Imposibilidad Cultural Crónica, expresión patológica de la alienación colonialista que persiste entre profesionales universitarios de múltiples disciplinas, evidenciada en las prácticas de profesionales de la institucionalidad de la salud del mismo estado venezolano y, entronizada en la colonialidad del poder (Quijano, 1992) como clave fundamental del sustento de la discriminación socio-racial, estado de pobreza extrema y despojo así como un estado salud precario de muertes, al cual confrontan, con estrategias de resistencias expresadas entre otras formas, con las migraciones o desplazamientos Warao tanto dentro del estado venezolano como aquellas direccionadas al Estado Roraima de la República Federativa de Brasil en el reclamo a su derecho a la vida y la salud.

Palabras Claves: Imposibilidad Cultural Crónica, Alienación Colonial persistente, Derecho a la Salud, Migraciones y desplazamientos

RESUMO

Este trabalho tem em conta as causas e conseqüências do deslocamento ou migração do waraos Estado Delta Amacuro da República Bolivariana da Venezuela causada pela Cultural Impossibilidade Chronicle, expressão patológica de alienação colonialista que persiste entre os profissionais universitários de várias disciplinas, evidenciada nas práticas dos profissionais de saúde institucional do mesmo estado venezuelano e entronizado na colonialidade do poder (Quijano, 1992) como uma chave fundamental para sustentar a discriminação sócio-racial, a pobreza extrema e expropriação, bem como um Estado de saúde precária das mortes, que confrontam com estratégias de resistência expressos entre outras formas, com as migrações ou deslocamentos waraos ambos Venezuela intrastate como aquelas dirigidas ao Estado Roraima da República Federativa do Brasil na reivindicação de seu direito de vida e saúde.

Palavras-chave: Impossibilidade Cultural Crônica, Alienação Colonial Persistente, Direito à Saúde, Migrações e Deslocamentos

Hoy día los fenómenos migratorios están muy entrelazados en una trama de las fuerzas confrontadas por el control de la hegemonía mundial y dentro de los países mismos por el poder político y económico. Estas luchas se manifiesta entre clases y razas como expresión de la colonialidad del poder, en términos de Aníbal Quijano (1992), precedido por (Mariategui, 1926), quien se refiere a “el capitalismo colonial/moderno y eurocentrado como un nuevo patrón de poder mundial” importante de entender por sus consecuencias para los pueblos y la supervivencia misma que les hacen testigos de la desestructuración de sus sociedades, sus características poblacionales y su orden establecido hasta el momento, quien señalaba la dificultad de localizar la existencia de un pensamiento hispano-americano con perfiles propios, pues en las escuelas de enseñanzas actuales todavía se sigue impartiendo é imponiendo la escénicas del pensamiento eurocéntrico y occidentalizado.

Estos, hechos se dan de forma clara y aguda debido a las guerras con destrucciones de infraestructuras y muertes simultáneas las que ya hemos sido testigos pero, se suceden también por medio de las estrategias de un persistente poder de la colonialidad ejercida en la formación y las prácticas profesionales de actores que rigen los destinos de la sociedad que también es resistidos grupos poblacionales que se revelan contra tratos inhumanos, que les hacen huir de la discriminación, explotación y la muerte segura producto de incompetentes programas de salud corrompidos amparados en la negligencia que conlleva a producir la muerte por causas que sin lugar a dudas pueden ser prevenibles, pero que tiene su origen en los que voy a nombrar aquí *la imposibilidad cultural crónica* que promueve los estereotipos raciales y no se opone a la falta de respuestas ante el sufrimiento y muerte de poblaciones objeto del trabajo de los profesionales de salud así formados.

Ahora bien, cuando grupos de personas reconocidas como indígenas perteneciente a la población Warao del Estado Delta Amacuro de La República Bolivariana de Venezuela se integran a los fenómenos de migración, y/o desplazamiento enmarcados dentro de la excepcional vivencia calamitosa actual del pueblo venezolano promovidas por sanciones ilegales y unilaterales que estrangulan la economía se sigue divulgando por parte de las autoridades del estado regional como la consecuencia debida a manipulación ó guía mal intencionada é instigamiento cómplice de algún no indígena que se beneficia política o económicamente del traslado de personas Warao a través de más de 2000 kms. fuera de sus áreas de asentamiento.

Esta creencia de los políticos y profesionales, refuerzan la idea de la incapacidad de pensar, tomar decisiones y producir conocimiento de los pueblo pobres é indígenas del mundo y en el caso de este trabajo el pueblo Warao. Mucho menos se les puede visualizar siendo capaces de adoptar estrategias de resistencias contra las vicisitudes de su vida cotidiana como las de organizar equipos de investigación en salud para buscar las causas de muertes, organizar marchas para reclamar por un buen vivir como ciudadanos venezolanos, o como expusimos antes decidirse a migrar o desplazarse desde su lugar de origen hasta estados foráneos pasando por centros ciudadanos intraterritoriales.

Por estas razones las autoridades han creado un cerco comunicacional en el que los Warao son acusados de que por su propia cultura se ha convertido en un instrumento de su propia aniquilación (véase Briggs y Mantini-Briggs, 2005). Sin embargo para la población Warao este fenómeno tiene su explicación en la continuación de una problemática socio-ambiental, económica, política y de salud en las que su calidad de vida

deja un saldo negativo de muertes, hambre y sufrimientos para ellos y sus familias, lo que les hacen buscar estrategias que rompan el cerco que se manifiesta por el aislamiento sistemático que promueve el gobierno regional del Estado Delta Amacuro, al no implementar un sistema de transporte fluvial, constante y seguro para su traslado como venezolano, por la falta educación de calidad, de fuentes de trabajos dignas y con justa remuneración, de la precariedad en la alimentación, y en este caso verdaderamente importante para ellos un servicio de salud que les provea de una atención integral para el control y prevención de enfermedades como por ejemplo: las diarreas, tuberculosis, malaria, difteria, Dengue, enfermedades respiratorias agudas, enfermedades de piel, HIV/SIDA y rabia entre otras. De la misma manera los programas y servicios sociales implementados para las mayorías venezolana llegan a unas pocas comunidades Warao y a veces a ninguna debido al desvío corrupto por falta de supervisión y necesarias auditorias gubernamentales. Por ello el Warao entiende la importancia de las carencias en un sistema de salud enmascarado en la imposibilidad cultural crónica de los profesionales de las instituciones y en el caso de este escrito de los profesionales de la salud quienes participan en un juego donde se pelea la sobrevivencia diaria, por un lado del poder colonial y por el otro de la población Warao quienes al desplazarse y migrar saben muy bien que sus cuerpos indígenas, hombres caminando al lado de mujeres envueltas en vestidos de llamativas flores con unos niños colgados al costado y otros agarrados a las faldas femeninas caminando en las grandes avenidas de las ciudades, pidiendo limosnas para encontrar alivio a su situación, se convierte en un acto más de desobediencia epistémica (Mignolo, 2009), un acto de resistencia y confrontación con el estado deltano y venezolano quien queda descubierto ante esa situación de vida marcada por la discriminación racial, la explotación laboral y negligencia estatal regional.

¿QUÉ ES LA IMPOSIBILIDAD CULTURAL CRÓNICA Y POR QUÉ ES IMPORTANTE SU CONOCIMIENTO?

Edward Said (1978) visibiliza en su ya clásico texto *Orientalism* la conexión íntima, entre el engranaje colonial económico, político, militar y las formas discursivas con sus regímenes de saberes que conceptualizaban, codificaban y definían al “otro”, al colonizado por medio de ese imprescindible aparataje discursivo que perpetúa la dominación colonialista.

Después de los muchos logros de las luchas independentistas en Latinoamérica, la colonialidad del poder ha seguido re-editándose y persistiendo en sus expresiones culturales, artísticas e intelectuales-académicas. Están indisolublemente unida al imaginario, narrativas y proyecciones que caracterizan a los “otros” agrupados en distingos raciales, sociales y de género en una particular percepción y categorización eurocéntrica y occidentalizada que los despoja de toda agentividad. Según (Quijano, 1992, 40, 440), la colonialidad del poder, ya lo habíamos remarcado antes, continúa operando tras la independencia política formal de las naciones latinoamericanas. Esto es una realidad en la formación de nuestros profesionales universitarios de todas las disciplinas académicas y en especial por la temática aquí planteada que involucra a aquellos que por la especificidad de este trabajo se ocupan de la prestación de servicios de salud de

la población Warao del Estado Delta Amacuro de la República Bolivariana de Venezuela.

Estos los profesionales egresados de las universidades y centros de formación profesional venezolanos, hombres y mujeres que en su afán de formarse y diferenciarse (positivamente) del común de la población por la educación profesional que les acredite como miembros de la intelectualidad colegiada, diferenciada y destacada de la sociedad, se siguen formando en el ámbito complicado de aprender y llevar a la práctica los excelentes elementos técnicos de su profesión pero también veladamente, se les adiestra y muchas veces se les refuerzan con sus excepciones en los elementos de la colonialidad del poder.

Es decir estos profesionales aprendieron y continúan aprendiendo la imposibilidad cultural crónica, y aquí me remito a ese modo en que estos profesionales que pudiéramos ubicárselos en modalidad de dominados que se comportan como agentes de la alienación colonialista, que les facilita la praxis del dominador, bloqueando en buena medida la emergencia de perspectivas socio culturales autónomas reales de sus sociedades en concordancia con la historicidad que les rodea. Pero saber identificar estos procesos, no siempre es tarea sencilla. Boaventura de Sousa Santos (2010, 14) nos dice que “La dificultad de imaginar la alternativa al colonialismo reside en que el colonialismo interno no es sólo ni principalmente una política de Estado, como sucedía durante el colonialismo de ocupación extranjera; es una gramática social muy vasta que atraviesa la sociabilidad, el espacio público y el espacio privado, la cultura, las mentalidades y las subjetividades. Es, en resumen, un modo de vivir y convivir muchas veces compartido por quienes se benefician de él y por los que lo sufren”

Estas ideas implantadas son internalizadas como la imposibilidad para imaginar nuevos caminos y programas de salud alternativos y duales en su participación y creación colectiva. Es la imposibilidad cultural crónica que se observa de larga data o latente en los espacios públicos y privados que refuerzan con acciones directas o indirectas la incapacidad sencillamente crónicas que se inscriben en los micro intersticios sociales (Castro-Gómez, 2007) que se sueldan en la “subjetividad” de los profesionales. Ejemplo de ello como mencionamos arriba es la formación del profesional de la salud que aprende una práctica diferenciada de su propio gentilicio, lo dice Ribeiro (1968). Los europeos no sólo sometieron a las poblaciones colonizadas en una red material de dominación y explotación, sino que infundieron en su universo cultural una proclamada estructura de valoraciones, preconceptos con imágenes que todavía forman parte importante de la propia dominación entretejida en la psiquis del educado y expresadas un lugar primordial del hacer y del decir en el ejercicio de la profesionalidad siendo educado en ese fundamento eurocéntrico y occidentalizado de la palabra académica que demanda la práctica del sustento y refuerzo de las divisiones y discriminaciones clasista, racista y de género sustentadas hoy en día, por esa, la imposibilidad cultural crónica velada y hasta a veces inconscientemente puesta en práctica en este caso por los profesionales de la salud entre muchos otros.

En el caso de la situación grave del VIH/SIDA a pesar del cumulo de literatura, conocimiento y esfuerzo científico existente se sigue estigmatizando a los afectados como practicantes de supuestas conductas inmorales u homosexuales que promueven la homofobia y la discriminación contra el Warao y otros segmentos poblacionales como los pertenecientes a la comunidades LGBT y en el caso de las muertes infantiles por cólera y otras diarreas é inclusive las parasitosis se las siguen atribuyendo como propias del

desamor o incapacidad innata y cultural de la subalternidad de, en este caso los Warao y al igual que se dice de otros grupos poblacionales en iguales condiciones su cultura no les permite a según interiorizar las prácticas elementales de la higiene ni siquiera de auto-proveerse y de proveer a sus niños de cuidados básicos de salud lo que a los ojos de los profesionales de salud les califica como atrasados por sus tradiciones y prácticas culturales. Así, la imposibilidad cultural crónica se perpetúan el poder colonial usando a la cultura del otro como excusa para dominar a las poblaciones o por lo menos hacerlas aceptar la culpabilidad de la visión estereotipada de si mismos como forma de dominación que muy a pesar de esa forma dominante perpetuada nunca ha sido un muro sin resquebrajamientos, porque los conflictos contra esas visiones estereotipadas como lo sugiere Rivera Cusacanqui (2010, 59) se han convertido en una “pulsión descolonizadora” que se enfrenta a “la triple inequidad” en la determinación de la salud y otros ordenes de la vida, representadas por la inequidad de clase social, inequidad de genero, e inequidad étnica” como lo explica (Breilh, 2003, 36).

Todo ello está inscrito en esos intersticios tisulares invisibilidades que se representan como sentido común reforzados por una visión de la realidad superficial que representa en el imaginario del trabajador profesional de la salud a un hombre indígena acostado en un chinchorro y a una mujer en cucullas tratando de mantener encendido al fuego que cuece el único alimento del día mientras perro flaco y un niño desnutrido con el pelo descolorido y barrigón bebe quien llora por hambre, o está otra representación de una mujer de indígena de mirada ausente ante la muerte inminente de su hija por efecto de una enfermedad prevenible. Estos escenarios representativos refuerzan la visión estereotipada y superficial de la madre que no puede, no entiende y no sabe cuidar de su hijo y del hombre que no lucha por el bienestar familiar por su enclaustramiento cultural qué en el razonar de los profesionales de salud nunca va a cambiar. Por lo tanto, no es menester el esfuerzo. Esta visión no solo, no es confrontada por el profesional de la salud si no que es transmitida verbalmente como experiencia profesional práctica, pero utilizada para la formación- alienante de nuevos actores en el campo de la salud con lo cual cumple dos importante funciones en la preservación del estatus quo. Primero, porque refuerzan y expanden estas imágenes como reflejo de sus propias proyecciones colonialistas y su importancia en negar los servicios y de derechos ciudadanos a esta población. Segundo porque devela que los profesionales de la salud en el mundo están enfermos han adquieren y/o refuerzan su imposibilidad cultural crónica por medio de su práctica y uso del lenguaje. Pues, si el filósofo alemán Martin Heidegger sostuvo que el lenguaje es “la casa del ser”, habremos de comprender entonces que la imposibilidad cultural crónica debe ser entendida como una casa patológica en que el profesional habita y que por su carácter ideológico progresivo portadora de la racionalidad y la proyección que concibe al “otro”, pobre, indígena, afro nuestro americano y a aquellos segmentos poblacionales que conforman la comunidad LGBT de manera estereotipada, peyorativa y culturalmente sin herramientas cognitivas y sin principios morales. Todo esto lo convierte en un obstáculo para brindar servicios no adaptados a la realidad de estas poblaciones o simplemente negarle servicios y derechos ciudadanos y su implícito capital simbólico en la sociedad de la cual forman parte.

En definitiva la imposibilidad cultural crónica es un estado patológico de alienación del poder colonialista persistente y re-editado que se adquiere o se refuerza desde su formación profesional y que se refleja también en los viejos manuales médicos que siguen guiando las prácticas instituciones en el delta y otras regiones del mundo Por ejemplo

en los manuales de prevención del cólera y otras diarreas se recomienda hervir el agua de consumo, así como también mantener los alimentos refrigerados y lavar las frutas y verduras sin tomar en cuenta que en el caso de la población Warao su vida se desarrolla en un clima tropical de alta pluviosidad y que la madera recolectada debe economizarse para la cocción de los alimentos y que la electricidad no es una constante en las comunidades por lo que un refrigerador que necesita electricidad permanente no es de uso práctico para esa población por la falta de electricidad. Pero se siguen editando e implementando estos manuales preventivos que de igual forma representan una expresión voluntaria, inconsciente o negligente repetidas por los profesionales de la salud en esta y otras poblaciones y al no obtener los resultados esperados culpan a las víctimas por su cultura y desde ese punto la cultura se vuelve el centro epistemológico que justifica la ignorancia de las condiciones de vida de población, la negligencia en el diseño, implementación y aplicación de manuales, programas y estrategias preventivas de salud imposibilitando al profesional de la salud y volviéndolos incapaces de diagnosticar y aplicar correctivos curativos y preventivos clínicos, socio-políticos-económicos y ambientales eficaces para mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población Warao en este caso.

Un punto de partida clave para entender la colonialidad del poder presente en dichos manuales hoy en día es la representación final de la cultura del Warao como obstáculo para el éxito en el logro de la implementación de planes de salud. Este discurso culturalista, derivado de la antropología, tiene varios usos, pero especialmente libera de culpa al profesional que invoca a la cultura como causa de las pésimas condiciones de salud del pueblo Warao, se omite así, el análisis de los problemas estructurales que inciden en la presentación de patologías que incrementan la mortalidad, perpetúan la morbilidad y disminuyen el bienestar en el pueblo objeto de sus cuidados y exculpa al estado, sus instituciones y sus oficiales de salud en cuanto a su papel principal en crear y perpetuar dichas condiciones por esta imposibilidad cultural cónica.

LA BASE HISTÓRICA PARA LOS DESPLAZAMIENTOS MIGRATORIOS DEL PUEBLO WARAO

Los Warao se comenzaron a desplazarse huyendo de los españoles y se adentraron a selvas intrincadas y llenas de laberintos en el delta. Según Ayala Lafée-Wilbert y Wilbert (2008) el grupo “dependió literalmente de un considerable conocimiento de las palmas” y “representa el único pueblo en el hemisferio occidental que descubrió el valor nutritivo de la fécula (también conocida como sagú o yuruma) de la palma de moriche (*Mauritia flexuosa*), temiche (*Manicaria saccifera*) para el techo de sus viviendas y por supuesto la tecnología necesaria para extraer y procesar esta materia prima”. También se desplazaron ante la llegada de los misioneros al servicio de los españoles esclavistas, en el tiempo de la explotación del caucho hasta principio del siglo XX cuando se impuso la práctica de colocarles en campamentos a sus mujeres y sus hijos para evitar la huida de parte de los hombres Warao. Luego desplazamientos, con explotación de la balata y luego petrolera, produciendo cambios radicales en su medio ambiente que provocó la contaminación fluvial, la disminución de la pesca, la caza y en general de sus

recursos alimenticios, impedimento para acezar a sus tierras ancestrales, deforestación de bosques y manglares. El establecimiento de las empresas explotadoras de palmito y madera también acentuó las precarias condiciones ya existente agravadas por las prácticas de los denominados no-indígenas (criollos en Castellano o *hotarao* en Warao) que llegaron al delta de otros estados venezolanos y países vecinos para seguir con la tradición de aquellos explotadores de balatá que llegaban a acumular “indios” para trabajar en sus empresas y hatos ganaderos hasta llegar a designarse a los Warao con el apellido del criollo dueño de las empresas o haciendas que les mantenía en las mismas condiciones de cautiverio de los explotadores del caucho (Heinen, 1988).

Siguiendo en esta cadena de eventos calamitosos en 1965 se realiza el cierre del Caño Mánamo, lo cual describen García, Castro y Heinen, 1999; 32) de esta manera: “Provocó una de las mayores hecatombes socioeconómicas acaecidas en el Delta occidental y el vecino estado Monagas”, pero beneficiando en definitiva los cultivos de pasto para alimentar el sector ganadero de criollos llegados al delta. Estos contactos coincidieron con una estela de enfermedades, como el sarampión, difteria o tosferina, tuberculosis y malaria. La explotación del trabajador Warao causó otros problemas de salud, como accidentes y traumatismo por la explotación de palmito o aserraderos que llevaban en no muy pocos casos a la invalidez e imposibilidad de sostener a sus familiares, así aumentando los niveles de desnutrición, causados por una denigrante explotación y sin derechos a una compensación económica. La explotación petrolera también trajo la deforestación y la contaminación de los tributarios del Río Orinoco, fuente principal de agua para beber. Se vieron también repuntes maláricos y de enfermedades inmunoprevenibles, lo que incentivó al Estado venezolano a crear la red de medicaturas rurales en 1948 y el programa de medicina simplificada en 1961 “formaban así a los Warao y criollos como auxiliares de medicina simplificada durante un lapso de ocho meses, en un curso avalado por el Ministerio de Salud,” para que en los dispensarios rurales resolvieran problemas básicos de salud (Marcano 2012). Los beneficios de este programa dio a Venezuela de ser el primer país que erradicó la malaria en el continente. Sin embargo, para el profesional de la salud significó la introyección de la imposibilidad cultural crónica y la normalización—según la mirada médica (Foucault 1973)—de las muertes por diarreas y otras enfermedades, por las supuestas prácticas antihigiénicas de la población indígena.

Encima, los logros del programa de medicina simplificada deterioraron a través de las “reformas” neoliberales de los 1980s y los 1990s. Juan Carlos Marcano (2008) apunta que “La inversión pública en servicios de salud se fue deteriorando a partir de los años sesenta, lo cual afectó la efectividad de los programas de prevención y control de los problemas de salud prioritarios ligados a la pobreza rural y limitó el desarrollo de programas nuevos que hicieran frente a las condiciones de vida de las poblaciones urbanas marginales, cada vez más numerosas.” El escribe además que “El impacto sobre el sector salud de la desinversión pública y del incremento de la pobreza fue de tal envergadura que a comienzos de los años setenta se calculó que por lo menos el 30 por ciento de los menores de cinco años sufría algún grado de desnutrición. Entre 1968 y 1973 la tasa de mortalidad infantil se elevó de 46,7 a 53,7 por mil nacidos vivos registrados.”

Después se presentaron más muertes por epidemias agudas de sarampión, tosferina y malaria y otras patologías endémicas como la tuberculosis que llegaba en los tempranos 1990s. Aún en los tiempos de la Revolución Bolivariana la mortalidad infantil

(0 a 5 años) entre la población indígena del delta se ubicaba en 26 por ciento (Villalba et al. 2013). Mis observaciones como médica trabajando en la zona entre 1992 y 1995 y realizando trabajo de campo posteriormente sugiere que una desnutrición en niños menores de seis (6) meses se relaciona con la introducción de la leche en polvo en las comunidades Warao con el programa Programa Alimentario Materno Infantil (PAMI) lo cual contribuyó al aumento de la mortalidad infantil por diarreas ya que se daba por entendido que todas las mujeres Warao prepararían la fórmula correctamente y limpiarían las botellas y las mamilas de forma correcta, sin pensar en los beneficios de la leche materna, la lengua Warao y el costo de la misma leche en polvo no solo de esta en sí misma pero el costo que significa el uso de la gasolina el traslado a ciudades cercanas etc., y por si fuera poco ese programa apoyado por el gobierno del Dr. Rafael Caldera tampoco pensó en el embarazo precoz y la explotación sexual a la que todavía son sometidas las niñas y adolescentes por empresarios pesqueros, lo que produjo este estado de desnutrición y ascendió las tasas de morbilidad por desnutrición y diarreas. Por supuesto el rotundo fracaso de este programa solo ocasionó el reforzamiento en las autoridades profesionales de salud de la creencia del estereotipo del Warao que no ama, o no entiende la importancia de la vida aún de su propia familia (Briggs y Mantini-Briggs 2005). Con este recuento se deberían ir comprendiendo las conexiones entre las condiciones sociales como causas fundamentales de la presencia de enfermedad y yo agregaría de morbilidad como factor que sigue creciendo y se muestra en los cuerpos de los hermanos Warao y el sufrimiento que desde mucho tiempo viene causando la imposibilidad cultural crónica de los profesionales.

LA EPIDEMIA DE CÓLERA 1992-1993 Y EL COMIEZO DE LAS MIGRACIONES MASIVAS CONTEMPORÁNEAS

Mi llegada al Estado Delta Amacuro en abril de 1992 coincide con la alarma de la llegada de la epidemia de cólera a Venezuela, iniciada en diciembre del 1991 en el occidente del país. Para esa época ya había cumplido con el servicio rural médico obligatorio de un año en el estado Amazonas en donde diseñamos una estrategia preventiva-educativa exitosa contra la amenaza del cólera que causaba ya estragos en Colombia y Brasil.

Al llegar al Delta y al exponer los motivos por los que quería trabajar en la prevención de este flagelo con la población Warao comencé a percibir un escepticismo pronunciado en el pensar y decir de mis nuevos colegas con respecto al éxito que mi gestión pudiera conseguir en la prevención del cólera en la población Warao que ya se había instalado en estados vecinos. Este escepticismo apuntalaba en un lado por mi entendimiento de lo que he llamado la imposibilidad cultural crónica. Lo que percibí desde el primer momento era el poco interés en invertir en la procura de tratamientos y especialmente prevención de los problemas de salud de la población Warao.

El cólera llegó al delta en agosto 1992 en aquellas comunidades conocidas como habitadas por “los indios de los indios”, es decir, lo que se proyectaba como la quintaescencia

de los más “primitivos” de los Warao: habitantes de las más remotas y más olvidadas comunidades por la institucionalidad deltana que representaba y aún representa a la modernidad. Entre ellos, los residentes de la zona en donde el Caño Mariusa llega al Caribe frente a Trinidad representaba el prototipo del “indio puro,” en vista del hecho que no se notaba la evangelización cristiana, las instituciones del Estado y capitalismo—con la excepción de la presencia inestable de pequeñas empresas petroleras, empresarios pesqueros indolentes que normalizaban abusos sexuales contra adolescentes femeninas a quienes llamaban secretarias y hacían cumplir labores de limpieza y de preparación de alimentos a las que dejaban con hijos que nunca reconocían cuando terminaba el trabajo (Briggs y Mantini-Briggs, 2015). La zona no contaba con servicios de educación ni de salud.

Peor aún el cólera llega sin que los Mariuseros supieran nada de la enfermedad, los oficiales de salud no habían llevado la información del cólera a los Warao por la propia imposibilidad cultural crónica de los profesionales que no les permitió ver al otro Warao como ser humano digno y capaz de entender la envergadura de esta enfermedad. Así, en una noche de terror fueron muriendo uno a uno hasta llegar a nueve personas, nueve seres humanos y entre los muertos el representante comunitario Santiago Rivera y otros líderes practicantes de la medicina Warao más prestigiosos de la zona, lo que ocasionó una merma en la confianza de tales practicantes y sus estrategias para solucionar la problemática de la diarrea asesina y mantener con vida a los Mariuseros. Entonces, fue la epidemia de cólera en el delta, iniciada en agosto del 1992, que motivó a los primeros masivos desplazamientos de Warao hacia las ciudades grandes del país. En vista de estos acontecimientos el liderazgo fue asumido por su hijo, Elías Rivera, un joven. El resto de los pobladores salieron en busca de asistencia médica de las instituciones de salud. Elías Rivera emergió como un líder eficaz y eficiente para enfrentar a las autoridades en exigir recursos para tratar esta enfermedad mortal que dejaba a los cuerpos secos y arrugados debido a la rápida pérdida de líquidos que producía esa diarrea nunca antes conocida por el Warao. Después de haber apoyado en frenar a la epidemia en 1993, el Dr. Charles Briggs y mi persona visitamos cada comunidad a lo largo de la zona fluvial, documentando aproximadamente 500 muertes Warao (Briggs y Mantini-Briggs 2005).

Un efecto inmediato eran los desplazamientos internos hacia tierra firme en busca de servicios de prevención y tratamiento para frenar las muertes. A pocos meses después del comienzo de la epidemia se encontraron miles de refugiados del cólera en las calles de las ciudades más cercanas—Tucupita y Barrancas. Allí no encontraron ningún apoyo, viéndose necesitados de buscar refugio en espacios creados para obligar a los indígenas a pasar estancias en centro urbanos fuera de los cascos municipales—y las miradas agresivas de los residentes no-indígenas. Para aquel entonces dichos espacios, con su recursos sanitarios, de agua potable, y de protección en contra de la lluvia, recolectaron dinero de los choferes que se paraban en los semáforos, así recolectado se habilitaban las posibilidades para comprar y cocinar comida, pero se encontraron en condiciones de hacinamiento. La respuesta gubernamental fue más bien acorralar a los refugiados en campamentos de concentración o expulsarlos de las ciudades hacia el bajo delta en vez de buscar formas de proporcionarles sus derechos humanos y constitucionales, complicado por la presión política de vecinos asustados que reclamaba que “¡los indios sucios nos van a contaminar!”

Esta situación precaria provocó a dos respuestas. Por una parte, en medio de la campaña de “500 años de resistencia al colonialismo” en noviembre del 1992, se vieron las protestas Warao masivas en Tucupita, capital del estado Delta Amacuro, amenazando el status quo de la manipulación de la subordinación de la población indígena en mantener el sistema política-económica del estado. Segundo, algunos refugiados salieron de la periferias de la zona fluvial en buscar recursos para escapar del rechazo violento de los residentes de Barrancas y Tucupita. El basurero gigantesco de “Cambalache” en las afueras de la zona metropolitana de San Félix había sido por años un recurso en tiempos de necesidad para comunidades Warao. Regresando al sitio, residentes de Winikina, una zona cercana de Mariusa, se encontraron caminando por las calles de la ciudad cuando se obligaron a pararse para esperar el cambio del semáforo. Se sorprendieron cuando los choferes—también temporalmente paralizados por el semáforo, abrieron sus ventanas y les proporcionaron monedas y billetes, sobre todo a las madres con infantes atados a sus cuerpos. Así se abrió otra vía estratégica para escaparse de la mirada violenta de sus residentes “no-indígenas” y de los efectos de la imposibilidad cultural crónica que estructuraba la inaccesibilidad a los servicios gubernamentales en Delta Amacuro. De allí, el desplazamiento se extendió rápidamente hacia las ciudades más grandes del país como la capital, Caracas.

Me contó Juan Alloy, Warao de Winikina, que acampaba con su grupo en las inmediaciones de El Silencio (centro de Caracas, la capital), que lo único bueno era que la gente les regalaba dinero con el que podían sobrevivir al hambre pero que en las noches se movían a los alrededores de comercio custodiados por vigilantes para protegerse del asalto de delincuentes, pero que tampoco podían confiarse de esos vigilantes porque utilizaban sus armas para amedrentar a los hombres y abusar sexualmente de sus niñas y adolescentes a cambio de una supuesta protección, escenarios repetidos en los caños y en el propio Tucupita. Al mismo tiempo, el recurso obtenido tuvo como costo uno de los inicios de la ahora epidemia de HIV/SIDA que ha comenzado a visualizarse de manera preocupante en la población Warao, documentado gracias al trabajo del sociólogo Gotopo (2016) que ha sufrido los embates de optar por una posición justa y de compromiso con el pueblo Warao. Se debe decir que las autoridades de salud de la región siguen sin dar cifras oficiales y ni se han pronunciado al respecto, pero desde la lógica de la imposibilidad cultural crónica se evidencia otro aspecto negativo para este grupo de venezolanos que les endilgan la promiscuidad y comportamiento sin principio moral que les hace culpable de su propio padecer.

LA EPIDEMIA MISTERIOSA

En julio del 2008 Charles Briggs y mi persona nos dirigimos al delta a fin de lanzar un proyecto piloto de salud que apuntara a innovar bajo las premisas de inclusión y participación de la revolución en salud. Tratando de colaborar en crear un programa piloto y en el diseño de un programa de salud para la población Warao. Allí nos topamos con las extrañas muertes que desde 2007 estaban matando a niños de esa población. Así nos encontramos con los hermanos líderes Warao Enrique y Conrado Moraleta, quienes estaban formando un equipo de investigación para precisar la causa de una epidemia que había causado docenas de muertes a lo largo de un año sin recibir un diagnóstico

del porque de las muertes, para implementar unas medidas efectivas de prevención. Conrado había realizado múltiples intentos de solicitar ayuda para entender cuál era la causa de estas muertes, sin recibir ninguna respuesta por parte de la dirección regional de salud del Estado Delta Amacuro. Impulsado por las inquietudes de los padres y las madres de los niños y las niñas temiendo otras muertes, Conrado se presentó en la asamblea legislativa del Estado Delta Amacuro con un informe escrito contentivo de las denuncias y pedido de ayuda para contrarrestar la situación sin conseguir atención al caso. Así, Enrique y Conrado Moraleda formaron su propio equipo de investigación incluyendo a Tirso Gómez, practicante de la medicina Warao y conocedor de la geografía deltana y sus habitantes, su hija Norbelys Gómez enfermera y paramédica, Charles Briggs antropólogo y mi persona en calidad de médica, todos comprometidos con el bienestar del pueblo hermano Warao y el interés de resolver la incógnita de las muertes.

Como equipo visitamos todas las comunidades donde habían ocurrido decesos y escuchamos cuidadosamente los recuentos de padres y madres para luego preguntamos exhaustivamente sobre acontecimientos que pudieron suceder desde las semanas antes de las muertes hasta por lo menos 2 meses después, y nos llenamos del horror y la tristeza de los padres y madres de Mukoboina que en menos de un mes perdieron 8 niños que además significaba una pérdida del 10 % de la población de una comunidad de 80 habitantes. Allí algunas familias perdieron hasta tres hijos en tres semanas como el caso de Odilia y Romer Torres.

Nuestra investigación sin pruebas de laboratorio nos condujo a emitir un diagnóstico presuntivo de rabia transmitida por murciélagos. Luego de contar un total de 38 personas muertas de los cuales 32 fueron niños en su mayoría con antecedentes de mordida de murciélagos en un periodo de uno a dos meses antes de la aparición de los síntomas que duraban aproximadamente una semana y que culminaban en muerte. La muerte de los niños fueron precedidas según nos reportaron habitantes de las comunidades, por extraños antecedentes como una abundante e inusual presencia de murciélagos en las comunidades que les hizo adoptar a los gatos como mascotas (que siempre habían sido rechazadas por la comunidad Warao y que la utilizaban como defensa contra esos mamíferos voladores) igual que otros hechos contados por miembros de distintas comunidades donde las gallinas amanecían muertas y se encontraban, también araguatos, tigres, osos hormigueros y otros animales muertos sin señales de agresión alguna. Después de ahondar en nuestra investigación y contactar la gravedad de las muertes que seguían ocurriendo el equipo se dirigió a Caracas con la idea de presentarle al Presidente Hugo Chávez Frías los hechos ocurridos desde un año atrás para presentarle el fruto de nuestra investigación confiados en que el líder escucharía y nos ayudaría con los recursos para pasar de la etapa investigativa a la correctiva y en el mejor de los casos poder prevenir más muertes, pero no fue posible.

En vez de ello, las respuestas del gobierno central, se hizo representar por miembros del Ministerio del Poder Popular para la Salud como epidemiólogos directores de programas de salud y ministerio de asuntos indígenas, e incluso profesionales de la comunicación y las autoridades de salud del estado regional esgrimiendo con arte su ideología de imposibilidad cultural con la que inventó, como excusas de las muertes culpar a los Warao practicantes de la medicina Warao o a los padres y madres por supuestamente dar de comer frutas venenosas a sus niños o comida recogida de los basureros aledaños y en última instancia como otra explicación ofrecida se esgrimía su falta de cultura equiv-

alente a la falta de sentido común en que el origen de dichas muertes se centraba en la contaminación de sus niños con el plomo efluente de la gasolina de sus embarcaciones. Además surgió una hipótesis de contaminación mercurial que en palabras de un ingeniero sanitario involucraba al gobierno mismo por proveerles atún enlatados contaminados. Pero, siguiendo la lógica de la preservación tácita del poder colonial que es expresada en su imposibilidad cultural crónica estos profesionales presentaban a los Warao como incapaces por su cultura de diferenciar entre las normas higiénicas que podrían evitar que sus niños murieran de diarreas las cuales resultaron las causas de las muertes resaltadas en un estudio realizado por epidemiólogos en el lugar.

Cuando nuestros hermanos Tirso, Norbelys, Enrique y Conrado lograron articular a la prensa escrita, radio y televisión nacional e internacional lo acontecido con las muertes y la implementación de esta investigación y sus resultados, Les facilitó el que pudieran defender sus ideas y sus denuncias de los hechos antes los más altos oficiales de salud del Ministerio del Poder Popular para la Salud en sus oficinas, lo que en sus palabras estaban contribuyendo a derribar el muro de Berlín deltano (Briggs et al., 2015). En otras palabras, tumbaron el estereotipo que “los indígenas” no son capaces de producir conocimiento médico, que son apáticos para participar en la creación de soluciones a sus problemas de salud que les mantenía cautivos en estado de miseria y muerte-- y les endilgaba una supuesta cultura anti-higiénica. Por esto, la noticia de las muertes extrañas de 38 Warao del delta se hizo viral internacionalmente a través de los medios masivos de comunicación en cuanto llegó a alcanzar los 30.000 entradas en medios impresos y también en las redes sociales. Sin embargo al regreso al Estado Delta Amacuro el equipo de los seis de nosotros recibimos de las autoridades del gobierno del deltano y sus autoridades de salud, intentos de confinamiento, amenazas de cárcel y rechazo.

La respuesta final de las autoridades fue que las 38 muertes, 32 de ellos niños, documentadas en nuestra investigación no fueron producidas por rabia transmitida por murciélagos. Con esta declaración de la vice ministra de salud de la época, no solo se murió la posibilidad de certificar nuestro diagnóstico presuntivo o de probar otra causa pero también hasta la fecha se dejó sin respuesta la pregunta que los padres en su dolor nos hicieron en el espíritu de nuestra investigación: “Díganme porque se murieron mis hijos” documentadas en el libro con autoría de Charles Briggs y Clara Mantini-Briggs (2016) que lleva el mismo título en Inglés *Tell Me Why My Children Died: Rabies, Indigenous Knowledge and Communicative Justice*.

DESPLAZAMIENTOS HACIA BRASIL

En fin, la epidemia misteriosa de 2007 y 2008 profundizó la rabia y la desesperanza producidas por la epidemia de cólera y la percepción de que los profesionales infectados por la imposibilidad cultural crónica seguían creando un mundo jerarquizado en el Estado Delta Amacuro en el que las vidas y muertes indígenas carecen de valor. Se puede ver a los esfuerzos de Conrado y Enrique Moraleda como entendiendo y haciendo suyas las políticas revolucionarias de Chávez, el derecho constitucional fundamental social a la salud de manera participativa y protagónica. Sin embargo, dichos derechos—nunca extendidos totalmente a la población indígena del Delta como a los residentes en tierra firme—se veían más precarios a raíz del deterioro económico de los últimos años.

En esta situación surgió un nuevo fenómeno migratorio, agregándose a los desplazamientos que se han visto desde la colonia hasta la epidemia de cólera: la situación estructural actual en el estado Delta Amacuro y Venezuela en general llevado al pueblo Warao, con una buena representación de Wikineros, a recorrer más de 2000 kilómetros por tierra y agua pasando de Manaos hasta Boa Vista. En 2016, se podría decir que varios grupos de individuos Warao realizaron lo que Tizón García (1993) llama la tercera etapa de asentamiento para hacer referencia al periodo que va desde que el sujeto llega al país receptor hasta que resuelve los problemas mínimos inmediatos de subsistencia. Este tiempo implica cambios personales del recién llegado y ambientales por parte de la comunidad receptora, en los cuales exista un mutuo conocimiento y aceptación o no de la convivencia. Hasta ahora, la mayoría de la población Warao manifiesta ver a su estancia en Brasil como temporal y es por ello que en este trabajo no se diferencia desplazamientos de migraciones, a pesar de que ya hay unos pocos individuos dentro de su grupo que ha expresado su deseo de permanecer y trabajar en Brasil y tener una mejor calidad de vida. El grupo Warao que se encontraba en 2017 en Boa Vista, que se declaraban sin voluntad para ser acogidos como migrantes permanentes en el Estado Brasileiro.

En eso se nota su estado de resistencia insubordinada contra las políticas de salud entre otras del gobierno regional del estado Delta Amacuro de Venezuela y sus oficiales de salud, que fue como lo expresamos anteriormente, de hacer visible su situación de falta de alimentos, de la desatención en salud por las muertes sin respuestas y también salir en busca del sustento económico vendiendo su artesanía y hasta pidiendo dinero en la calle pero, para regresar al Delta y compartir con sus comunidades y familiares cercanos de la experiencia, de la comida y del dinero obtenido, teniendo siempre presente su lugar de origen y la preservación de su lengua. Ellos no querían convertirse en ciudadanos brasileiros, solo pidieron en mi presencia en octubre de 2017 en una conferencia organizada por la Universidad de Roraima ante el procurador de la República Federativa de Brasil y los representantes del gobierno local de Boa Vista y otros organismos internacionales como ACNUR (la agencia de refugiados), que se encontraban solicitando de las autoridades de esa localidad, del gobierno federal e instituciones internacionales presentes en el evento el permiso para entrar y salir del país después de cumplir con sus necesidades económicas. Como noté antes, apelando a su ingenio inteligente y mostrando conocimiento que, como pueblos originarios de América, solicitaron al Estado brasileiro flexibilizar sus fronteras para recuperar su derecho de libre tránsito.

CONCLUSIÓN:

Al final se puede entender que todas estas movilizaciones y migraciones no hubieran resultado posibles sin una base de sufrimientos manifiestos en su condición extrema de problemas relacionados con pobreza, la explotación laboral, expropiación de la tierra, exclusión social, discriminación racial, estado precario de salud con las muertes sustentados por la imposibilidad cultural crónica de aquellos profesionales de salud que no pueden ver más que a través de los estereotipos étnico-raciales en los que han sido formados. La importancia de este concepto de imposibilidad cultural crónica como aporte teórico está en develar más allá de las carencias materiales de las instituciones, es que

con el se propone el develamiento de la colonialidad del poder tanto en la formación de nuestros profesionales, como en la practica profesional de crear y diseñar programas y estrategias que no fomenten, no preserven y no estimulen la salud de forma integral y de acuerdo a las características inherentes a la población objetos de su práctica profesional, porque están imposibilitados y alienados no pueden creer y no pueden entender que las poblaciones pueden tomar un rol protagónico en la toma de decisiones en la construcción e implementación de las políticas y programas de salud que les beneficien.

En cuanto a la condición Warao localizado en Boa Vista, estado de Roraima en Brasil, Tizón García (1993) propone que la integración del emigrado es un proceso complejo que se da a nivel físico, psicosocial y en su comportamiento como todos sabemos. ¿Qué implica entonces para el Warao adaptarse, en este caso, a las nuevas condiciones de geográficas, de vida, nuevo idioma de la sociedad receptora en este caso, en que comienza a desarrollar relaciones sociales y/o personales con los autóctonos así como con otros inmigrados o sea, comienza a tratar de adaptarse para la transitoriedad ya que no pide quedarse, no quiere condición de asilado, ni refugiado quiere libre albedrío de ir y venir entre los dos países buscando sustento por medio de la venta de sus chinchorros y otras mercancía pero las condiciones de violencia, discriminación y actos hostiles parte de la comunidad receptora, como por ejemplo destruir o quemar sus alojamientos y otras formas de mostrar su inconformidad con los recién llegados que dificultan la posible adaptación.

En este proceso, desde luego, participan tanto el inmigrado/movilizado como la sociedad receptora. Y todo esto sucede por causas multifactoriales entre las que la imposibilidad cultural crónica tiene el poder de desencadenar toda esta serie de eventos. Lo cual debemos comenzar a proponer nuestros propios indicadores de salud, nuestros propios programas y estrategias para hacer un cambio en nuestras formas de abordar y prevenir nuestros problemas en el campo de la salud atendiendo a la integracionalidad necesaria y aquí me remito a las palabras de Don Simón Rodríguez, maestro de Simón Bolívar, cuando dijo para la Defensa de Bolívar: “o inventamos o erramos tomemos lo bueno -dejemos lo malo- imitemos con juicio-- y por lo que nos falte inventemos” (en Biarreau, 2017). No solo para entender si no para idear nuevas estrategias para abordar un problema social representado en esta oportunidad por la migración del pueblo Warao, si no para confrontar la Imposibilidad cultural crónica, rasgo indudable de la colonialidad del poder ejercida como antes mencioné, a veces de manera ingenua y pueril y otras lamentablemente con los motivos de preservar las líneas institucionales. Esto proporciona a los profesionales no solo sustento y a veces poder económico lucrativo, sino que también mantienen el poder sobre el pueblo Warao y otras poblaciones en diferentes latitudes en un estado de discriminación, opresión y dependencia de un estado que se niega a que su población indígena se vuelva un ícono de desarrollo en salud y en otros aspectos que la riqueza de su cultura y sus asentamientos acuíferos y riquezas minerales les proporciona. Para terminar, me atrevería a decir que si no queremos los mismos resultados entonces no repitamos el mismo procedimiento que han empleado los profesionales que en su práctica colonial internalizado la imposibilidad cultural crónica como la estrategia mantener las inequidades del status quo actual en su poder colonial.

BIBLIOGRAFÍA

APPADURAI, Arjun. (1988). Putting Hierarchy in Its Place. *Cultural Anthropology* 3(1): 36–49.

ARONSON J, LUSTINA MJ, GOOD C, KEOUGH K, STEELE CM, BROWN J. (1999). When White men can't do math: Necessary and sufficient factors in stereotype threat. *Journal of Experimental Social Psychology* 35:29–46.

AYALA LAFÉE-WILBERT, C, y WILBERT, W. (2008). *La mujer warao: De recolectora deltana a recolectora urbana*. Caracas: Instituto Caribe de Antropología y Sociología

BIARDEAU Javier R. (2017). “O inventamos o erramos” es frase tuerta sin la otra parte. <http://questiondigital.com/o-inventamos-o-erramos-es-frase-tuerta-sin-la-otra-parte/>

BRAVEMAN, Paula and GOTTLIEB, Laura (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Rep.* 129 (Suppl 2): 19–31. doi:10.1177/00333549141291S206

BRIGGS, Charles L., and MANTINI-BRIGGS, Clara. (2005) *Las historias en los tiempos del cólera*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad.

BRIGGS, Charles L., and MANTINI-BRIGGS, Clara. (2016). *Tell Me Why My Children Died: Rabies, Indigenous Knowledge and Communicative Justice*. Durham, NC: Duke University Press.

BRIGGS, Charles L., GÓMEZ, Norvelys, GÓMEZ, Tirso., MANTINI-BRIGGS, Clara., MORALEDA IZCO, Conrado., and MORALEDA IZCO, Enrique. (2015). Una enfermedad monstruo: Indígenas derribando el cerco de la discriminación en salud. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

BROWN, R. P., & PINEL, E. C. (2003). Stigma on my mind: Individual differences in the experience of stereotype threat. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39(6), 626–633. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-1031\(03\)00039-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-1031(03)00039-8)

BURGESS D, WARREN J, PHELAN S, DOVIDIO J, VAN RYN M. (2010). Stereotype threat and health disparities: What medical educators and future physicians need to know. *Journal of General Internal Medicine* 25: 169–177.

CHEMERS, M.M. (2006). Science identity and self-efficacy. University of California; Santa Cruz. Unpublished manuscript.

FOUCAULT, Michel. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Traducido por Alan Sheridan. London: Tavistock.

HEINEN, Dieter 1988. „Los Warao.“ En: Walter Coppins (Ed. Gen.). *Los Aborígenes de Venezuela*, Vol III. *Etnología contemporánea*. Fundación La Salle de Ciencias Naturales. Instituto Caribe de Antropología y Sociología. Monografía no. 35. Caracas: Monte Avila Editores: 585-689.

HEINEN D.; GOMES, Tirso y; LIZARRALDE, Roberto, *El abandono de un ecosistema; el caso de los Morichales del Delta del Orinoco*, en *Antropológica*, núm. 81, 1994-1996, Fundación La Salle, Caracas, Venezuela.

HORTON, S. B., and BARKER, J. C. (2010) Stigmatized Biologies: Examining Oral Health Disparities for Mexican American Farmworker Children and Their Cumulative Effects. *Medical Anthropology Quarterly* 24: 199–219.

LINK, B.G., and PHELAN, J.C. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior* 35 (Extra Issue): 80-94.

MALAVE MATA, H. (1974) Formación del antidesarrollo de Venezuela. Caracas: Casa de las Américas.

MARCANO, Juan Carlos (2008). Un trabajo completo sobre lo que significa este sistema de salud: ¿Es necesario Barrio Adentro? <https://www.aporrea.org/misiones/a62704.html>

MIGNOLO, W. (2000). *Local Histories/Global Designs: Coloniality, Subaltern Knowledges, and Border Thinking*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

MIGNOLO, W. (2010) Desobediencia Epistémica: Retórica de la Modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad
Ediciones del Signo. 2010 Julián Álvarez, 2844 1° A Buenos Aires Argentina

MORALES, Filadelfo, 1993, *Resistencia Indígena ante las Políticas etnocidas del estado-nación* en <Tierra Firme>, núm. 44, octubre - diciembre, págs. 487-500, Caracas.

OPS Oficina Panamericana de Salud. (2006). *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas: Oficina Panamericana de Salud.

Provea, 1993, *Situación de los derechos humanos en Venezuela. Informe anual*, septiembre de 1992 - octubre de 1993, cap. B.6. “Derechos de los Pueblos Indios”, Provea, Caracas.

Peter, F. (2004). Health equity and social justice. In: S. Anand, F. Peter, and A. Sen, eds., *Public Health Ethics and Equity*. New York: Oxford University Press.

QUIJANO, Aníbal. 1992. “Colonialidad y Modernidad-Racionalidad”. En *Los conquistados: 1492 y la población indígena de las Américas*, compilado por Heraclio Bonilla, 437–449. Quito: FLACSO, Ediciones Libri Mundi.

RANGEL HR, MAES M, VILLALBA J, SULBARA Y, DE WAARD JH, et al. (2012). Evidence of at Least Two Introductions of HIV-1 in the Amerindian Warao Population from Venezue-

la. *PLoS ONE* 7(7): e40626. doi:10.1371/journal.pone.0040626.

RODRÍGUEZ OCHOA, Gilberto, 1992, *Situación de salud en el territorio federal Amazonas*, en “Enfoque integral de la salud humana en Amazonía”, Aragón, Luis, Espinal, Carlos y Yarabal, Luis; (Editores), serie Cooperación Amazónica, págs. 407-426, UNAMAZ, UCV, Venezuela.

SAID, Edward. 1996. *Cultura e imperialismo*. Barcelona: Anagrama.

SAID, Edward. 2015. *Orientalismo*. Barcelona: Debolsillo.

SANTOS, Boaventura de Sousa. 2010. *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Trilce.

Tanetanae, (2017) Voceros oficiales del Delta, “ni pio” sobre Waraos en Brasil, <https://tanetanae.com/voceros-oficiales-del-delta-pio-waraos-brasil>.

TIZÓN GARCÍA, J.L. (1993). *Migraciones y salud mental*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias PPU.

TOOLE MJ. (1995). Mass population displacement: A global public health challenge. *Infect Dis Clin North Am.* 9(2): 353–66.

VILLALBA, JA, LIU, Y, ALVAREZ, MK, CALDERON, L, CANACHE, M, et al. (2013) Low Child Survival Index in a Multi-Dimensionally Poor Amerindian Population in Venezuela. *PLoS ONE* 8(12): e85638. doi:10.1371/journal.pone.0085638

ZENT, Stanford. 1993, *Donde no hay médico: las consecuencias culturales y demográficas de la distribución desigual de los servicios médicos modernos entre los piaroas* en <Antropológica> núm. 79, 1993. Caracas, Venezuela.