



UNIVERSIDAD CATÓLICA “ANDRÉS BELLO”  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL  
MENCIÓN PERIODISMO

FANTASMAS DEL ORINOCO, EL SIDA ENTRE CUERPO Y  
ALMA: REPORTAJE SOBRE UNA COMUNIDAD INDÍGENA  
INFECTADA POR VIH/SIDA

Trabajo de investigación presentado por:

Isaac M. Rosanes Goldberg

Isabella A. Cooz Pérez

A la:

Escuela de Comunicación Social

Como requisito parcial para obtener el título en licenciados de  
Comunicación Social

Tutor:

Acianela Montes de Oca

Caracas, abril de 2009

## ÍNDICE DE CONTENIDO

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| Introducción.....                      | 6   |
| Método.....                            | 10  |
| Presentación de la investigación.....  | 10  |
| Objetivos de la investigación.....     | 13  |
| Objetivo General.....                  | 13  |
| Objetivos específicos.....             | 13  |
| Paradigmas de la investigación.....    | 13  |
| Modalidad y género.....                | 18  |
| Público meta.....                      | 20  |
| Ficha técnica de la investigación..... | 21  |
| Mapa de actores.....                   | 24  |
| Delimitación.....                      | 29  |
| Limitaciones y logros.....             | 29  |
| II. Desarrollo.....                    | 32  |
| Los rostros de la indiferencia.....    | 33  |
| El vaivén de la curiara.....           | 65  |
| Olvidados por el tiempo.....           | 100 |
| Bibliografía.....                      | 130 |
| Anexos.....                            | 133 |

*Para los indígenas de Guayo,  
las víctimas de Hebu.*

*“Aquí nosotros, nosotros somos guarao, las verdaderas gentes  
de las marismas.”*

*Testimonio indígena.*

## Agradecimientos

A Wilde, Capote, Cortázar, Lennon, Fito y todos los que entienden “lo que está escrito en el viento”.

A M, S y H por “recibir los golpes, no tener miedo”.

A Isabella: “Si lo cuentas, no se cumple el deseo”.

A Acianela por “preferir siempre un poco de caos”.

A la fraternidad El Pez que Fuma por “atreverse a atravesar el desierto”.

A todos, porque es sólo una cuestión de actitud

\_o\_o\_o\_

A las fuerzas místicas que hay en el universo.

A los escritores que se han atrevido a explorar los géneros más insólitos.

A los periodistas que demuestran que el verdadero periodismo es un trabajo duro.

A Isaac porque decidió “pegar la cama”.

A mi madre por ser la más ferviente admiradora de mi escritura.

A mi padre por demostrarme que todo es posible. A mis amigos por las experiencias compartidas.

A Oriana L. por creer.

A la fraternidad el Pez que Fuma por demostrar que la inteligencia y la cooperación son lo único necesario para lograrlo.

A todos, porque es una cuestión de honor.

## INTRODUCCIÓN

El marcado dramatismo que envuelve el rito funerario de los guarao es un indicador inequívoco de que perciben la muerte como un acto negativo a niveles catastróficos. Cuando la *curiara* que transporta los restos humanos atraviesa el río hasta un alejado morichal donde será dejada al olvido, la procesión de familiares y amigos vacían sus pulmones en alaridos estridentes y derraman sus lágrimas con profusión sobre el agua del Orinoco.

Sienten incluso un temor reverencial a las deidades y espíritus capaces de robarles la vida con hechizos maléficos que colocan en la tierra a través de chamanes malintencionados y movidos por la envidia. Pero cuando se le pregunta si sienten temor a morir de sida a cualquiera de los caminantes de la ranchería de San Francisco de Guayo, que ha resultado tener una presencia de seropositivos de cerca del 15% de la población del caño, la respuesta es un silencio sepulcral acompañado de una mirada absorta y una actitud de completa confusión.

Ante la sucesión de preguntas obvias que se le puede hacer a una persona infectada con VIH el silencio se envuelve en una cadena intermitente junto a la confusión y la falta de coherencia. Ninguno de los entrevistados atinó a contestar de manera correcta y con suficiente seguridad preguntas que abarcaban puntos como el modo de contagio o los sistemas de prevención y sólo una mujer guarao infectada, Celestina Torres de 17 años, supo decir sin que el volumen de su voz temblara, que la enfermedad a la que podría llevarla el virus es capaz de condenarla a un destino fatal.

El espíritu del presente trabajo está salpicado de la voz aguda y la impresión desconcertada de los guarao. Como reportaje de investigación

pretende surcar los vericuetos burocráticos de las instituciones oficiales encargadas de velar por la seguridad y la calidad de vida de la etnia para así absorber aquella información que resulte relevante para ser presentada al lector y, al mismo tiempo, formular respuestas a través del análisis, que permitan concatenar historias, pulir de asperezas las distintas versiones recolectadas y tratar de darle sentido a los hechos.

Entre los palafitos de San Francisco de Guayo hierve una epidemia que reclama desesperadamente ser tratada con agudeza periodística. El sentido provocador, casi canibalístico del oficio, aderezado con suficiente lógica y pragmatismo es la reacción necesaria ante un submundo retórico que se alza en los confines de Delta Amacuro y que abarca a responsables, afectados y escurridizos por igual. Para desentramar la hilera de teorías y excusas el periodista debe argumentar los mismo que Nietzsche: "Somos profundos, volvamos a ser claros" y efectuar su trabajo marcado con la insignia que es búsqueda de una aproximación a la realidad a través de los diferentes actores que intervienen en la historia.

Se incluye en este trabajo un apartado que describe la estrategia metodológica empleada para poder captar de manera más eficaz la verdadera situación y su relevancia, así como plasmarlo de una manera que sea atractiva, objetiva, completa y comprometida con los requerimientos propios de un trabajo de grado y una investigación periodística.

El conjunto de testimonios, opiniones y experiencias recogido para tales fines se agrupa en tres capítulos que intentan circular por la espiral de información y desinformación que conforma la problemática. Cada uno de ellos agrupa la información suficiente para conocer una perspectiva del embrollo y comprender a los actores que toma parte en el asunto.

El primero, *Los rostros de la indiferencia*, presenta a los individuos afectados por el virus y reconstruye su realidad de una manera

comprensible para el lector. Descubre una cosmovisión particular del mundo y de la realidad que comienza por el entorno inmediato y se extiende a los confines más remotos que se pierden de vista entre la superficie del Orinoco, pero que los guarao integraron a su universo matizado con misticismo.

Principalmente el capítulo intenta graficar cómo encajan aspectos cotidianos de la vida de la tribu en su mundo cargado de magia: las condiciones de salubridad, los hábitos alimentarios, sus costumbres sexuales, su concepto de familia, su alcance económico y comercial y todos aquellos factores que los motivan a abandonar su terruño para trasladarse a destinos que les deparan sorpresas de peligro incalculable para ellos. Todos estos detalles resultan cruciales para entender la magnitud con la que la infección puede corroer los cimientos de esa sociedad.

En un segundo capítulo, *El vaivén de la curiara*, el lector se traslada a la cúpula del poder deltano. Es indispensable conocer hasta qué punto ha tenido repercusión en los organismos de salud del estado la llegada a un caserío rural de una enfermedad infecciosa, comúnmente asociada a centros urbanos. Sólo desnudando a estos personajes se puede encontrar una perspectiva cercana a la situación real y actual del problema. Aunque en ocasiones sus argumentos puedan resultar esquivos o carentes de información indispensable, muchas de las personas entrevistadas para conformar este bloque guardan en sus manos la oportunidad de los guarao infectados y en sus viejos y oxidados archivos los soportes de infinidad de planes aprobados para llevar ciertas condiciones de bienestar a los caños.

Entre Guayo, Tucupita y Caracas se dibuja un flujo de información y estrategias con respecto al VIH y al sida demasiado tenso y frágil, para fortalecerlo es necesario contar con un enfoque global de los hechos. La

situación de los casos de vih/sida en etnias guarao del estado Delta Amacuro, han traído consigo una serie de inconvenientes a partir del descubrimiento de los casos por la intervención de la Cruz Roja, que va desde la reacción de los distintos factores implicados, pasa por las dificultades propias de la zona y la diferencia cultural y finalmente llega hasta lo que se proyecta como destino de una comunidad de personas amparadas por los mismos derechos que el resto de la humanidad. Todos estos matices son componentes indispensables de la historia.

El último capítulo amplía el margen de contextualización de los hechos. A medida que los personajes que integran este apartado están más alejados de la situación de conflicto pueden ofrecer una perspectiva más amplia de la imagen lo que termina por enriquecer el retrato de la etnia con información especializada pero digerible.

Detalles como la abundancia de infecciones oportunistas, conductas de riesgo en las que recaen los guarao, particularidades de los grupos indígenas ante la presencia de enfermedades comunicables; son todos pilares entre los cuales hay que caminar para conocer el trasfondo del problema y el cupo de responsabilidad que realmente recae sobre cada uno de los indicados.

## I. MÉTODO

### Presentación de la investigación

El 5 de junio de 1981 el Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades de Atlanta en Estados Unidos reportó los primeros casos de una extraña enfermedad. El Dr. Michael Gottlieb de San Francisco constató los casos de cinco homosexuales norteamericanos, sin conexión alguna, que presentaban síntomas similares: pérdida acelerada de peso, fiebre inexplicable, diarreas incontrolables, manchas color violeta que certificaban la presencia de un tipo de cáncer de piel llamado Sarcoma de Kaposi, neumonía y un importante déficit de glóbulos blancos. Tres años después la enfermedad que azotó a los hombres tenía un nombre: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida).

El síndrome es la etapa final de una infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que fue descubierto en 1986. El vih pertenece a la familia de los retrovirus un agente patológico compuesto por cadenas de Ácido Ribonucleico (ARN) que son capaces de convertirse en Ácido Desoxirribonucleico (ADN) para poder infectar a las células CD4, conocidas también como ayudantes o inductoras porque forman parte del batallón de defensa del cuerpo humano. Después de un proceso gradual el virus destruye las células CD4 e infecta al resto del grupo que conforma los linfocitos, células responsables de las defensas inmunitarias contra las infecciones, permitiendo que algunas enfermedades aprovechen para generar en corto o largo plazo la muerte del paciente.

Según las últimas estadísticas publicadas por ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en julio de 2008, 33 millones de personas en el mundo viven con vih/sida. Las mismas estadísticas revelan que en ese mismo año 2,1 millones de personas de 2007 dos

millones habían muerto por sida y 2,5 más eran nuevos portadores del virus. En América Latina la epidemia se mantiene estable con respecto a 2006, pero pese a eso, ONUSIDA calcula que en 2007 se infectaron 1,6 millones de ciudadanos, de los cuales 58.000 fallecieron a causa de la enfermedad. En Venezuela no existen registros epidemiológicos claros sobre el vih/sida, pero según Mauricio Gutiérrez, representante de la ONG Acción Solidaria, para 2007 se estimaba que en el país existían entre 300.000 y 400.000 ciudadanos infectados con la enfermedad cifras que distan de las estimadas oficialmente que ascienden a los 110.000 casos según el censo realizado en 1999.

El encargado de la oficina de ONUSIDA en Venezuela, Edgar Carrasco, cataloga al vih y al sida como afecciones principalmente urbanas, pero en 2007 en la XVII Conferencia Internacional sobre vih/sida comenzó a hablarse de la ruralización de la pandemia y ese mismo año comenzó a celebrarse la Pre-Conferencia Mundial de Pueblos Indígenas, Originarios y Afrodescendientes frente al vih/sida, las Sexualidades y los Derechos Humanos.

Según la página web del Observatorio de Violencia Social y de Género de la Sierra Norte del Estado de Puebla (OVSG), existen varios factores que vuelven a las comunidades indígenas especialmente vulnerables ante la epidemia del vih/sida. Entre las condiciones se encuentran la pobreza, la preservación de mitos y tabúes en torno a la sexualidad y la reproducción humana, los usos y costumbres inequitativos, la falta de acceso a servicios de salud adecuados y suficientes, la falta de información científica y adecuada a las especificidades culturales (el idioma, por ejemplo), la falta de acceso a métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual, la violencia de género, la falta de políticas públicas enfocadas en la prevención y tratamiento de vih/sida y la ausencia de representatividad indígena en las instancias en donde se toman decisiones sobre políticas de salud.

Por su parte, la ONG Survival International en su informe *El progreso puede matar* (2008) explica que la proliferación del SIDA en los pueblos indígenas se debe al contacto con los foráneos y al dramático cambio social al que se enfrentan los aborígenes. En el informe aparece el ejemplo de Papúa Occidental donde la tasa de infección de SIDA es 15 veces superior a la media nacional después de que la región fuese ocupada por Indonesia en 1960. Miguel Ángel del Ser, portavoz de Survivor International España, afirma que “en la actualidad el SIDA engrosa la larga lista de enfermedades que ‘el hombre blanco’ ha transmitido a los pueblos indígenas a lo largo de los siglos”. Del Ser agrega que la enfermedad “es parte del legado que, en nombre del ‘desarrollo’, reciben los pueblos más vulnerables del planeta: no conocen el riesgo que entraña el acto sexual sin protección y tampoco tienen acceso a preservativos”.

En el año 2007 un despistaje realizado por la Cruz Roja Internacional reveló la presencia de 15 casos de vih en el Bajo Delta del Orinoco. De ese número, ocho eran habitantes de San Francisco de Guayo, cinco de la comunidad de Usido, y uno caño de Jobotoboto, las dos últimas localidades cercanas al caño de San Francisco. En el informe inicial de la Cruz Roja 17 indígenas habitantes del Bajo Delta fueron remitidos al Hospital “Dr. Luis Razzeti” de Tucupita para realizarles una prueba ELISA que confirmara el resultado positivo arrojado por las pruebas rápidas a los que habían sido sometidos en el operativo de la institución. Después de las pruebas confirmatorias 15 aborígenes resultaron seropositivos.

### Objetivo general:

Realizar un reportaje interpretativo con técnicas de nuevo periodismo, mediante las herramientas de periodismo de investigación, sobre los casos de vih y sida localizados en una comunidad de indígenas guarao ubicada en la localidad de San Francisco de Guayo en el municipio Antonio Díaz del estado Delta Amacuro.

### Objetivos específicos:

- Averiguar si las instituciones competentes en materia de salud en Venezuela aplican medidas apropiadas a la problemática
- Investigar si las instituciones del Estado a las cuales corresponde proteger y garantizar los derechos de las comunidades indígenas cumplen con sus deberes.
- Describir la situación general y las condiciones de vida de los indígenas infectados con el virus de vih en la comunidad de San Francisco de Guayo.
- Determinar la razón por la que las cifras referentes a vih/sida en etnias indígenas venezolanas no ha sido divulgada.

### Paradigmas de la investigación

Toda investigación se inicia con una línea conductora que no es otra cosa que el conjunto de creencias que permiten acercarse al mundo y conocerlo. Desde esa perspectiva el entorno que nos rodea ofrece a través de números o análisis de contexto diversas posibilidades de aproximación.

Para acercarse a la realidad de las etnias guarao del Bajo Delta es necesario interpretar lo que allí se observa, reconstruir hechos o descifrar características propias de su cultura; así como recrear las historias de vida de los personajes que en ella intervienen. Por lo tanto, resulta necesario un método que permita conocer lo que sucede dentro de la dinámica social de las etnias indígenas y la trama que se desarrolla dentro de las caminerías de San Francisco de Guayo, utilizando distintas perspectivas y puntos de vista relacionados entre sí para explicar, a través de esa interacción, lo que sucede en la realidad del Bajo Delta del Orinoco con el fenómeno del vih/sida.

Por consiguiente, la perspectiva metodológica adoptada es la de la investigación cualitativa con la finalidad de describir los fenómenos y los comportamientos que se producen en las etnias guarao de San Francisco de Guayo con respecto al fenómeno del vih/sida. Así pues, este trabajo se encuadra en el llamado paradigma *etnográfico* o naturalista, por oposición al paradigma positivista.

Según los trabajos de Bronislaw Malinowski (1922) y de Margaret Mead (1943), a los que se refiere M. Denscombe en el libro *The good research guide for small-scale social research projects* (1998) la etnografía “se refiere a la descripción de pueblos y culturas que tiene su origen en los trabajos de la temprana antropología social, que tenía como objetivo la descripción detallada y permanente de culturas y formas de vida de pequeñas y aisladas tribus”. El paradigma etnográfico siempre está abierto a la reformulación de las propuestas iniciales. Para él lo más importante es describir e interpretar lo que ocurre en un proceso determinado, descubrir lo particular. En él los métodos de información nacen de los individuos.

Por otra parte, este trabajo de grado tiene una tendencia *constructivista* porque a pesar de que hay una subjetividad en el individuo que va a

determinar el curso de la investigación, es precisamente este punto de vista lo que va a generar conclusiones en el trabajo. Según el artículo de Egon G. Guba (1990), *The alternative paradigm dialog*, el constructivismo se define “como una forma de proceder por medio de la identificación de varias variables que permitan crear una conclusión lo más consciente posible, a pesar de la condición subjetiva del investigador”. Es el acercamiento a esas realidades lo que permite contar de manera integral la historia de los habitantes de Guayo y de su lucha con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y con el sida.

Por último, es necesario agregar el postulado del *metalenguaje* como complemento del constructivismo, porque más allá de la comunicación formal, los gestos, los movimientos, el tono de voz, las expresiones, entre otras cosas, tienen un valor preponderante para el investigador que se guía por este paradigma.

Para comprender la realidad de los indígenas de San Francisco de Guayo portadores de vih y sida es necesario conjurar varios elementos para lograr obtener a través de las distintas comprensiones del mundo, un acercamiento más preciso a la realidad. El uso del paradigma etnológico es la primera aproximación, lo que permite recrear escenas cargadas de descripciones geográficas, de grupos étnicos, de los miembros de esos grupos, de sus realidades y su visión del mundo. Por otro lado, es el constructivismo el paradigma ligado directamente a la naturaleza de este trabajo porque la naturaleza periodística está determinada por un conjunto de hechos narrados a través de la construcción de los momentos narrativos que sólo es posible con el contacto directo con los participantes, con la intromisión en su entorno. Es intentar comprender la visión cosmológica del mundo guarao para construir sus escenas y sus realidades.

En definitiva, por todas estas razones esta investigación es *etnográfica-constructivista* porque es a través de estos postulados que se puede contar mejor la realidad de los indígenas de San Francisco de Guayo portadores de vih o enfermos con el mortal sida.

### Tipo de investigación

La investigación que se pretende llevar a cabo es de tipo *exploratorio*, pues representa un primer acercamiento al objeto de la investigación con el fin de observar las variables que en él intervienen. Esto concuerda con la definición dada por los investigadores colombianos, Caiceo y Mardones (2003), en su trabajo de título *Tipos de investigación* en el cual definen exactamente a las investigaciones exploratorias como: “el primer acercamiento científico a un problema. Se utiliza cuando éste aún no ha sido abordado o no ha sido suficientemente estudiado y las condiciones existentes no son aún determinantes”.

Si bien el asunto de vih/sida en la etnia guarao es de marcada importancia, la siempre escasa teoría bibliografía e interés general en las condiciones de las comunidades indígenas no dejan mayor opción que la exploración como objetivo. Considerando esto, debemos concluir en un diseño que comience con una investigación de campo en la localidad afectada.

Además de ser de tipo exploratorio, este trabajo está enmarcado dentro del tipo *investigación periodística* dejando de lado las prácticas monográficas y documentales, y las investigaciones de control y explicación de procesos, para sustituirlas por la interpretación de fenómenos. La investigación periodística está basada en el cómo, el qué y el por qué de las cosas a través de la perspectiva de los protagonistas, las cifras reveladoras, las investigaciones previas, las entrevistas, las descripciones, las declaraciones recientes.

Todas las técnicas y géneros son necesarios en este tipo de investigación, por lo tanto es un modelo híbrido. En ella interactúan casi todos los géneros: la crónica, para meterse a fondo en lo que se va a relatar; la entrevista como técnica que facilita el proceso de investigación e inmersión y permite llegar a los espacios más íntimos de los personajes; la noticia para contar lo actual, y el reportaje que apunta a la reflexión de los lectores.

Para la redacción de este trabajo de investigación se utilizarán claves del género *nuevo periodismo norteamericano* o *novela de no ficción*. Henry James, uno de los más grandes exponentes de la teoría de la ficción y de la literatura norteamericana, declaraba en el libro *The art of fiction* (1884) que mientras el novelista crea una apariencia de realidad con material ficticio, el nuevo periodista crea una apariencia de ficción con material auténtico. El movimiento del nuevo periodismo nació en los años 60 en Estados Unidos y es un género que como explica Tom Wolfe (1973) en el libro *The new journalism*, mezcla los elementos narrativos de las novelas con el carácter informativo del periodismo como resultado de la incapacidad de los medios de comunicación de la época de transmitir información con profundidad conciencia y frescura, situación que contribuía a la pasividad de los lectores.

Para contar la historia de los indígenas de Guayo y de los embates del VIH y el sida en la etnia guarao es necesario apelar a un género que involucre al lector en la realidad, que los haga partícipes en la situación de vida de los habitantes de un poblado lejano y apartado de sus realidades. Es el nuevo periodismo la única manera de contar la historia y de hacerla digerible para cualquier lector. El nuevo periodismo permite narrar los acontecimientos que se desarrollan en la etnia indígena de San Francisco de Guayo y construirlos con un orden, sensibilidad y coherencia, que dan al texto un interés estético y que exigen al lector una actitud propia de la lectura de una novela o un relato.

Una buena investigación periodística pretende mostrar verdades, sacar a la luz procesos, historias, verdades y mentiras para lograr que el lector reflexione sobre lo que sucede. Sólo de esta forma se puede comprender la manera cómo viven los indígenas de Guayo que cargan sobre sus hombros la tragedia de padecer vih/sida.

## Modalidad y género

El trabajo pertenece al tipo *periodismo de investigación* de acuerdo a las bases que plantea la Universidad Católica Andrés Bello, es decir, que la investigación corresponderá a una indagación extensa que permitirá la interpretación de fenómenos ya ocurridos o en pleno desarrollo mediante el uso de métodos periodísticos.

Gerardo Reyes en el libro *Periodismo de investigación* (2008) define el periodismo de investigación como la reportería de “asuntos controvertidos, que no necesariamente tratan actualidad noticiosa y que casi siempre alguien no quiere que se ventilen”. Para Reyes el periodista investigador es un experto armador de rompecabezas cuyas piezas están dispersas y a menudo alguien trata de mantener ocultas. “Su misión es poner las cosas juntas con el fin de mostrar cómo funcionan y cómo se comportan las personas en una sociedad en crisis” (Gerardo Reyes, 2008, pág. 12-13).

Por su parte, Roger Atwood (2004) en el libro *Ojos frescos y bien abiertos* asegura que el periodismo de investigación consta de tres factores: *la revelación de algo oculto, la relevancia para el público y la iniciativa propia del periodista*.

Por alguna razón, en Venezuela el Gobierno no revela el número de enfermos por vih/sida y mucho menos hace públicas las cifras sobre la enfermedad en comunidades indígenas o rurales. Mostrar las historias de vida de los involucrados y las cifras de enfermos, así como los factores

sociales que participan y la responsabilidad de las autoridades en el caso, son los factores que motivan el desarrollo de este trabajo periodístico. Con la investigación se pretende *revelar cómo se infectan y cómo viven los guarao de la comunidad de San Francisco de Guayo en el municipio Antonio Díaz del estado Delta Amacuro, qué han hecho las autoridades para prestarles atención médica, cuáles son las implicaciones de la presencia del vih/sida en comunidades indígenas.*

En consecuencia, la investigación estará enmarcada dentro del género reportaje interpretativo. Siguiendo la definición planteada por Juan Miguel Reyes, a raíz del libro de Ryszard Kapuscinski *El periodismo como conocimiento y divulgación de la historia* (2004) el reportaje interpretativo es un género que:

“narra una serie de hechos acaecidos en distintos momentos, y con un nexo entre ellos, que sirven al autor para establecer una interpretación que los abarca. Si el reportaje informativo es la exposición de situaciones y realidades sociales, el reportaje interpretativo es la interpretación narrativa del origen de esas situaciones y realidades. En este género, periodismo e historia se acercan considerablemente”. (Kapuscinski, Pág. 34).

Este tipo de trabajo ofrece múltiples posibilidades al lector porque en él conviven la crónica, la noticia, la investigación, la entrevista. El género interpretativo, bajo la forma de reportaje, debe partir de una hipótesis que guíe la investigación y que en este trabajo permite relatar cómo viven los indígenas guarao de San Francisco de Guayo infectados con vih/sida.

La epidemia del vih/sida azota en el mundo entero a miles de personas sin distinciones económicas y sociales, incluyendo a las etnias indígenas que viven en Venezuela que no han escapado al avance de la enfermedad. En el país, el problema de la enfermedad se agrava por las imprecisiones en las estadísticas, la dificultad de los enfermos para acceder al tratamiento y

la negativa de los mismos indígenas a someterse a las pruebas para detectar la presencia de vih en su organismo.

Por esta razón este trabajo de investigación pretende exponer y describir esta situación a través de la siguiente hipótesis:

*Las medidas adoptadas por los organismos responsables de mantener condiciones de salubridad mínimas en la comunidad guarao de San Francisco de Guayo no han sido las adecuadas para controlar una epidemia de vih/sida como la que se descubrió en 2007 entre los habitantes del sector.*

### Público meta

La situación del vih/sida en las etnias guarao del Bajo Delta es un tema que sirve para ilustrar el alcance de esta enfermedad devastadora y para demostrar la ruralización del mal, que no discrimina ninguna región geográfica. Por esta razón, este trabajo de investigación está dirigido a todo tipo de público.

El primer estudio de vih/sida en etnias indígenas elaborado por el Centro Interdisciplinario de Estudios de Géneros (CIEG) de la Universidad de Chile en 208 señala que la enfermedad ha avanzado considerablemente dentro de las comunidades indígenas, y que ha sido difícil introducir métodos de prevención ya que los líderes de las comunidades se niegan a reconocer la presencia del virus entre sus congéneres. Asimismo, durante la conferencia de divulgación de la XVII Conferencia Internacional sobre vih/sida, y la segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos Indígenas, Originarios y Afrodescendientes frente al vih/sida, la sexualidad y los derechos humanos, celebrado en México en febrero de 2008, representantes de organizaciones de la sociedad civil y de los gobiernos federal y estatal destacaron la importancia de incluir en la

agenda los temas de migración y grupos indígenas para resaltar la realidad inminente de la ruralización de la pandemia.

Por esta razón, es indispensable narrar esta historia, la historia de los guarao de San Francisco de Guayo infectados con vih/sida, no sólo para demostrar la situación de salud de la etnia en el Bajo Delta del Orinoco, sino también para incentivar a la sociedad venezolana a reflexionar sobre la llegada de una enfermedad catastrófica a los espacios más apartados de Venezuela; y que en este caso, podría acabar con la segunda etnia indígena más grande del país.

## Ficha técnica sobre la investigación

### *Métodos de investigación*

En correspondencia con el paradigma y el tipo de investigación este trabajo de investigación cuenta con dos herramientas claves para la recolección de datos: *la observación participante y la entrevista en profundidad*.

John Platt (1982) en el libro *The Development of the "Participant Observation" Method in Sociology: Origin Myth and History* define la observación participante como: "una técnica de recolección de información cuya función es garantizar el acceso privilegiado a los significados que los actores construyen (y le asignan a su mundo) a través del hecho de observar "en directo" y compartir experiencias en el ambiente que se estudia". Por otra parte, Bogdan y Taylor (1996) en el libro *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, la definen como aquella "investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes (...) durante la cual se recogen datos sistemáticos y no inclusivos.

Cuando se emplea la observación participante es necesario *el rapport* como herramienta fundamental de cualquier investigación de campo. No existe una definición específica para este concepto porque él tiene varios significados. Taylor y Bogdan (1996) definen *el rapport* como un proceso que tiene como finalidad que el investigador logre empatía con los informantes para que las personas se abran y manifiesten sus sentimientos y así lograr compartir el mundo de los informantes, su lenguaje y su perspectiva. En definitiva, *el rapport* es la empatía que logra el periodista con los entrevistados, es la irrupción no intrusiva en el mundo que se quiere conocer.

Para llevar a cabo este trabajo de investigación fue necesario trasladarse a las comunidades de San Francisco de Guayo en el Bajo Delta para observar la realidad en la que están inmersos los indígenas guarao que allí conviven, y de esa forma rescatarla, para compartirla. El proceso de *rapport* fue rápido. Una vez contactado al *wisidatu* de la comunidad se pudo acceder a las historias de vida de los indígenas infectados de vih. Con algunos, como el caso de Guillermo y la comunidad de travestis de Guayo, la comunicación fue más difícil puesto que su condición en el caño los hace un poco más renuentes a revelar su caso. Con otros, como Silverio y Gilberto, el *rapport* fue más rápido por la disposición de ellos a contar sus historias.

Luego de este proceso de confianza la técnica de la *entrevista en profundidad* facilitó la recopilación de datos importantes para el reportaje.

Para Malhotra Narres (2004) la entrevista en profundidad es una manera de obtener información no estructurada y de manera directa por el carácter personalizado de las mismas. Asimismo, Bogdan y Taylor (1996) la definen como los encuentros reiterados y personales entre el investigador y los informantes dirigidos hacia la comprensión de las

perspectivas que tienen ellos de su vida, experiencia o situaciones expresadas con sus propias palabras.

Con Silverio Torres y Gilberto Ojeda, indígenas de Guayo infectados con vih, el proceso de entrevista en profundidad fue rápido y siempre en persona. No paso lo mismo con Guillermo, con quien el proceso fue más lento por su negativa a hablar sobre la enfermedad por miedo a que se enterara la gente en la etnia. Con todos los indígenas entrevistados la dificultad en la comunicación estuvo determinada por el idioma. Algunos indígenas como Gilberto y Marcelo Rico tenían poco dominio del castellano y fue necesario un intérprete para obtener una comunicación más fluida. Otra gran dificultad con las entrevistas se presentó en todos los casos por el desconocimiento que tienen los guarao del vih/sida razón por la cual no saben cómo hablar del tema.

El uso de la entrevista en profundidad como técnica acarrea ciertos riesgos porque es posible que la vinculación entre el periodista y el informante sea tan profunda que el investigador se confunda y se incluya dentro del trabajo final. Para evitar este riesgo, se hizo indispensable consultar varias fuentes: funcionarios del Ministerio del poder popular para la Salud, vecinos de los infectados, médicos especialistas, antropólogos, miembros de Organizaciones no Gubernamentales, entre otros; todo esto con el fin de lograr un contraste que sirviera para darle veracidad al trabajo periodístico.

### Mapa de actores

| Fuente            | Tipo                                        | Razón                                                                                 |
|-------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Gladymar Pérez    | Médico residente de San Francisco de Guayo. | Médico que estuvo durante un año atendiendo a la población de San Francisco de Guayo. |
| Damian de Larios  | Sacerdote Capuchino                         | Desde hace 20 años está a cargo de La Misión en Guayo.                                |
| Amilcar Berríos   | Indígena de Guayo                           | Enfermero formado en el plan Delta en Tucupita.                                       |
| Celestina Barrios | Indígena de Guayo                           | Habitante de San Francisco de Guayo infectada con sida.                               |
| Gilberto Ojeda    | Indígena de Guayo                           | Habitante de San Francisco de Guayo infectado con sida.                               |
| Guillermo Lerín   | Indígena de Guayo                           | Habitante del grupo de los transexuales infectado con sida.                           |
| Silverio Torres   | Indígena de Guayo                           | Habitante infectado con vih.                                                          |

|                  |                                                                   |                                                                              |
|------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Eulalia Pérez    | Indígena de Guayo                                                 | Habitante portadora de VIH                                                   |
| Olivier Allard   | Antropólogo de la Universidad de Cambridge                        | Realizó una investigación sobre el comportamiento de los guarao.             |
| José Díaz        | Indígena de Guayo                                                 | Amigo de Gilberto                                                            |
| Dayana Quintero  | Funcionaria del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) | Experta en tuberculosis y nutrición.                                         |
| Marcelo Rico     | Wisidatu de Guayo                                                 | Chamán que se encarga de curar las enfermedades de los guarao en Guayo.      |
| Yajaira Segovia  | Directora de salud del municipio Antonio Díaz                     | Coordinadora de los programas de salud en Antonio Díaz.                      |
| Zenaida Matthews | Directora del Programa ITS/SIDA                                   | Encargada regional de las políticas de atención médica y prevención del sida |
| Oswaldo Méndez   | Epidemiólogo regional                                             | Encargado de contabilizar el número de enfermedades presentadas en Delta     |

|                    |                                                                                               |                                                                                                                                           |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                                                                                               | Amacuro.                                                                                                                                  |
| Omar Halabby       | Secretario Regional de Salud                                                                  | Representante del MPPS en Delta Amacuro.                                                                                                  |
| Luis Gómez         | Director Regional de Salud                                                                    | Máximo representante del MPPS en Delta Amacuro. Coordinador de la Misión Barrio Adentro. Coordinador de la oficina de Bienestar Indígena. |
| Lisetta Hernández  | Ex directora de la Secretaría Regional de Salud y candidata a la gobernación de Delta Amacuro | Testimonio sobre los casos de vih/sida localizados en Guayo mientras ocupó el cargo en la Secretaría.                                     |
| Mar Medina         | Médico Venereólogo                                                                            | Especialista en salud pública y enfermedades venéreas. Fue directora del Programa ITS/SIDA.                                               |
| Mauricio Gutiérrez | Coordinador de Prevención de la Asociación Civil Acción Solidaria (ACSOL)                     | Experto en vih/sida.                                                                                                                      |

|                  |                                      |                                                                                                    |
|------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Oriana Contreras | Médico                               | Estuvo encargada del programa de la Cruz Roja que localizó los casos de vih/sida en el Bajo Delta. |
| Loa Tamaroni     | Diputada por el estado Delta Amacuro | Es miembro de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional (AN).                                   |
| Edgar Carrasco   | Miembro de ONUSIDA                   | Encargado de ONUSIDA en Venezuela.                                                                 |
| Yaneth Ypuana    | Coordinadora de Bienestar Indígena   | Ha trabajado con los guarao infectados de vih.                                                     |
| Dieter Heinen    | Antropólogo                          | Experto en el comportamiento de etnias indígenas.                                                  |
| Warner Wilbert   | Antropólogo                          | Experto en el comportamiento de etnias guarao.                                                     |
| Jacobus de Waard | Infectólogo                          | Experto en comportamiento indígena y en tuberculosis y vih/sida.                                   |
| Ángela Ceglia    | Médico Internista                    | Conocedora de                                                                                      |

|                 |                                                    | tratamiento de tuberculosis                                                                |
|-----------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Daisy Matos     | Coordinadora del Programa Nacional de VIH/SIDA     | Encargada gubernamental de las políticas de prevención y atención médica sobre vih/sida.   |
| Reyna Rodríguez | Sub coordinadora del Programa Nacional de VIH/SIDA | Encargada gubernamental de las políticas de prevención y atención médica sobre vih/sida.   |
| Leopoldo Davis  | Infectólogo                                        | Experto en vih/sida. Lleva los casos de varios indígenas del Amazonas.                     |
| Howard Takiff   | Infectólogo                                        | Experto en tuberculosis. Ha analizado los casos de varios guarao junto a Jacobus de Waard. |



Fuentes vivas consultadas personalmente.



Fuentes vivas que se negaron a suministrar información.

## Delimitación

El espacio temporal de esta investigación comprendió el período que va desde el 30 de agosto de 2006, fecha en la que se iniciaron las primeras consultas bibliográficas, hasta mediados de julio de 2008, fecha de la última visita a San Francisco de Guayo.

El trabajo de campo estuvo delimitado sólo a los indígenas de la etnia guarao que habitan en el caño San Francisco de la comunidad de San Francisco de Guayo en el municipio Antonio Díaz del estado Delta Amacuro, por ser esta la zona donde la Cruz Roja localizó el mayor número de casos de vih/sida luego de realizar un despistaje en 2007. También fueron incluidas dentro de la muestra las comunidades de Usido y Jobotoboto por ser localidades próximas al caño de San Francisco.

Se inició el 11 de marzo de 2008 con una visita al caño de San Francisco en Guayo. Hubo dificultades al principio para establecer empatía entre los periodistas y los habitantes de la comunidad y los dos primeros días de estadía en el caño fue imposible localizar a algún enfermo de vih/sida, pero después de tres días de integración a la etnia comenzaron a aparecer los primeros pacientes de sida y vih dispuestos a ofrecer sus testimonios para la investigación.

Gracias a la colaboración de José Díaz, guarao que sirvió de intérprete, y a algunos habitantes de la comunidad de San Francisco, fue posible conocer la presencia de casos de vih y sida en las localidades de Jobotoboto y Usido.

## Limitaciones y logros

La ubicación geográfica de San Francisco de Guayo, así como la polémica creada alrededor de este tema de investigación, generaron una serie de limitaciones desde el principio.

No fue posible conseguir los datos precisos sobre la cantidad de enfermos con vih/sida en el país y desde siempre, la representación nacional del Programa vih/sida se negó a ofrecer declaraciones que colaboraran con el desarrollo de la investigación. Además, los representantes principales en materia de salud en Delta Amacuro se negaron a revelar el número de casos de vih/sida en el Estado, así como también las cifras de enfermos en San Francisco de Guayo. Sólo después de varios intentos, un funcionario de la oficina de epidemiología accedió a facilitar los consolidados de los trimestres I y II del año 2008 de donde fueron extraídos datos importantes incluidos dentro del trabajo.

En Guayo se pudo conseguir un documento en el que aparecía la cantidad de enfermos de vih/sida pero luego de compararlo con los consolidados trimestrales suministrados por epidemiología, se constató la presencia de incongruencias en la totalización de los datos, por lo que fue imposible determinar la cifra de enfermos. Además, fue difícil conseguir las entrevistas con los representantes de salud en Delta Amacuro porque siempre exigían, para emitir opiniones, una autorización del Director Regional de Salud.

Por otra parte, la ausencia en Venezuela de médicos especializados en el área indígena dificultó la obtención de una explicación detallada sobre las enfermedades dentro del contexto de la etnia guarao; y el desconocimiento sobre los casos de vih/sida en el Bajo Delta complicó la obtención de datos más profundos sobre el tema.

La autocensura a la que están sometidos los médicos dedicados a la investigación de enfermedades dentro de las comunidades guarao, también actuó como limitante, porque el temor a que el gobierno de Delta

Amacuro les negara el ingreso, hizo imposible que revelaran información de gran importancia para la investigación.

A pesar de esto, también se obtuvieron logros importantes. En primer lugar, la oportunidad de conocer de primera mano las condiciones de salud en la que viven los indígenas guarao y de explorar de cerca una realidad devastadora dentro de los caños del Bajo Delta del Orinoco. En segundo lugar, fue posible establecer una relación cercana con los guarao infectados de vih/sida y comprender cuál es la manera que tienen para comprender los embates de la enfermedad sobre su organismo. Fue ese contacto directo el que permitió conocer la fuerte influencia de los factores místicos sobre los indígenas guarao.

En tercer lugar, gracias a la investigación, fue posible trabajar con algunos indígenas como Amílcar Berrios y José Díaz que organizan charlas de prevención en las caminerías del caño de San Francisco donde promueven el uso del preservativo y donde proporcionan información básica sobre el sida a los habitantes de la zona: qué es, cuáles son sus consecuencias y de qué forma se transmite.

## II. DESARROLLO

FANTASMAS DEL ORINOCO, EL SIDA ENTRE CUERPO Y  
ALMA: REPORTAJE SOBRE UNA COMUNIDAD INDÍGENA  
INFECTADA POR VIH/SIDA

## I

## Los rostros de la indiferencia

Cuando la luna le ordena al río Orinoco que reduzca la marea de su cauce, los troncos que sostienen los palafitos de San Francisco de Guayo se dejan ver desnudos y gastados por la humedad que asciende desde el fango en el que están enterrados. En uno de esos palafitos, el más grande de uno de los caños que conforman el laberinto de islotes que se denomina el Delta del Orinoco, un hombre soporta el olor penetrante del humo que se desprende de un fogón impregnado de cenizas, el mismo olor que ronda por las caminerías, surca el enramado infinito de los moriches que circundan a Guayo y viaja, desde ese punto tan cercano al último abrazo que se da el río con el océano atlántico, hasta el pueblo de Pedernales lo que abarca los 41 mil kilómetros de caños de embrollo deltano que le dan nombre al estado Delta Amacuro, ubicado al este de Venezuela. El olor a humo está cargado del embrujo que cocina ese hombre como parte de su labor curativa a uno de los caminantes del caserío pues es el chamán de San Francisco de Guayo.

El cuerpo enjuto y doblado por el dolor de Silverio Torres arrastra sus carnes morenas y plegadas de arrugas al interior de esa morada. Va acompañado de su mujer, Celestina, a la que fácilmente se le descubren unos 30 años menos de edad. Adentro los espera la robusta y erecta figura del chamán, que los recibe con ademanes más imperativos que amables y les muestra el chinchorro que ya le tiene preparado al hombre, un extenso trapo agujereado y amarrado de un par de columnas. Rodeando el catre reposan ya listos los artilugios necesarios para dar

inicio al rito que esa noche espantará de la osamenta endeble de Silverio los demonios que le acosan cada velada, que no se asustan con las pastillas antirretrovirales, y que ya hace dos años lo traen presa del vómito inundado de bilis y sangre, de los temblores nocturnos y la calentura desproporcionada.

Silverio Torres es una víctima de los arrebatos del sida, él es un viajero errante que se desplaza apesadumbrado por los confines del caño de Guayo, cargando sobre su cuerpo la lucha silenciosa que desde sus entrañas ejerce el virus contra la artillería de su sistema inmunológico. El visitante invisible es un misterio para el hombre de Guayo que no comprende cómo es que de un día para otro, sin previo aviso, la cinta de una prueba de sangre reveló el padecimiento incomprensible que lo ha predestinado de inmediato al sufrimiento causado por el consumo de unas pastillas que se han empeñado, según él, en destruir su organismo y arrebatarle la vida.

Sobre el conjunto de troncos que conforman el piso de la vivienda del *wisidatu*<sup>1</sup>, una variopinta cantidad de plantas, fermentadas o todavía frescas, funden su fetidez con las olorosas nubes de humo que se desprenden del cigarro de *wina*<sup>2</sup> del que frecuentemente echa mano el curandero. Ya se ha desprendido de sus ropas y sólo lo cubre un pantaloncillo que en algún momento fue azul; y mientras agita un instrumento similar a una maraca comienza un proceso de extrapolación metafísica en el que se une en cercanía filial a su ofrenda, denominada *kanobo*<sup>3</sup>. Sólo así cobra las fuerzas necesarias para interponer su propio

---

<sup>1</sup> Es la persona que ejerce dominio sobre el hebu, espíritu que a su vez está dentro del cuerpo del *wisidatu*. María Matilde Suárez. *Los warao: indígenas del Delta del Orinoco*. Pág. 157. 1968.

<sup>2</sup> Cigarillo elaborado con tabaco envuelto en la palma de manaca.

<sup>3</sup> Kanobo significa nuestro abuelo y es una piedra ovalada guardada cuidadosamente en un recinto especial denominado *kanobohanoco* al que sólo

cuerpo armado de santidad como escudo entre el convaleciente y los maleficios que le aquejan. Su nombre es Marcelo Rico y como *wisidatu*, es su principal responsabilidad la de ahuyentar el *Hebu*<sup>4</sup> de los cuerpos flechados por su conjuro fantasmal. Él se siente capacitado para limpiar el sistema inmunológico de Silverio aunque los más avanzados laboratorios europeos no hayan encontrado una solución efectiva a la enfermedad que le aqueja.

“Todas las enfermedades se pueden curar si se conoce el antídoto correcto. El sida se cura con el gusano de moriche, que se puede preparar frito o asado, asado es mejor porque él ya tiene mucha grasa”, suelta Rico de manera lapidaria mientras que le atribuye también al gusano la salvación del cáncer. El misticismo entre los guarao actúa como revelador de una fotografía del mundo, con base en ello han construido una cotidianidad temerosa de sus dioses y eternamente unida a lo sobrenatural.

Entre la serie de conjuros que serpentean el imaginario colectivo de la tribu se alzan tres espectros de feroz capacidad para atravesar como impulsos punzo penetrantes el alma y el cuerpo hasta ocasionar la muerte de su receptor, son el *Hebu*, el *Hatabu*<sup>5</sup> y el *Hoa*<sup>6</sup>. Los chamanes claros o *wisidatus* como Rico, controlan el *Hebu*, que según él mismo explica es: “un mal que se mueve en el cuerpo” y cuyos humores estáticos que provocan la fiebre y las dificultades digestivas son espantados con el movimiento de una maraca emplumada.

---

puede entrar el *wisidatu*. María Matilde Suárez. *Los warao: indígenas del Delta del Orinoco*. Pág. 158. 1968.

<sup>4</sup> La noción de *Hebu* se refiere al arotu (dueño) de ciertos árboles; cuando *Hebu* arotu enfurece la persona que se encuentra en las inmediaciones enferma con *Hebu*. Ídem.

<sup>5</sup> Es una fuerza sobrenatural negativa que se introduce en el cuerpo como un flechazo. *Hatabu* significa flecha. Ídem.

<sup>6</sup> Fuerza sobrenatural inmaterial, esencialmente maligna. Ídem.

Él pertenece a un linaje familiar de líderes religiosos y aunque no recuerda con exactitud la edad en la que fue iniciado en el chamanismo, sí puede asegurar que no era más que un adolescente cuando pasó por el rito de iniciación obligatorio para alcanzar el grado de *wisidatu* y que se ha complementado ya con décadas de experiencia como principal autoridad en ese terruño. Aunque las pruebas que debe atravesar son arduas a Rico le parecen razonables porque todas se realizan a voluntad del iniciado, la introducción en el rito ancestral no es obligatoria. El primer paso es la enseñanza de un idioma compuesto por bufidos y susurros, indescifrable para el resto de los mortales, pero que es la forma de comunicarse con los dioses en el lapso de posesión del espíritu. Durante el tiempo que duró este paso lo que más lamentó Rico fue la abstinencia sexual obligatoria para todo aspirante a *wisidatu*.

En el rito evaluativo final el chamán estuvo encerrado en el interior del *kanobohanoco*, un recinto santo que guarda los instrumentos litúrgicos y las imágenes sacras, por siete días, en total ayuno, y sin más compañía que esa parafernalia religiosa y un tabaco constantemente encendido. En ese encierro famélico, rodeado de oscuridad, humo y magia, Rico sintió el desdoblamiento final en el que su alma sobrevoló su cuerpo para encontrarse con las fuerzas más elevadas, y allí en el limbo astral, de frente a sus dioses y sus demonios, les solicitó un poder sobrenatural y el permiso de invocar sus favores en beneficio de la comunidad. Ahora, más de 20 años después, se satisface con las recompensas de una posición social privilegiada, un trato cercano con los curas capuchinos de la misión que intenta cristianizar a los habitantes del poblado y el beneficio de ser el único en la comunidad con autoridad para tener dos mujeres.

Actualmente en Guayo no se pueden encontrar chamanes oscuros. El catedrático norteamericano Johannes Wilbert en su obra *Eschatology in a participatory universe, destinies of the soul among the warao indians in Venezuela* (Escatología en un universo participativo: Destinos del alma de

los indios warao en Venezuela), define los dos tipos que existen: el *hoarotu* y el *bahanoratu*<sup>7</sup>, ellos utilizan el *Hoa* y el *Hatabu* para conjurar maléficamente a sus coterráneos. Ambos son componentes fantasmales que sólo pueden ser propagados o aliviados por las manos de los chamanes oscuros y no faltan los casos en los que la simple necesidad de ofrendar sangre fresca a los dioses los lleva a arrojar el embrujo mortal sobre sus vecinos.

En un día normal, no son pocos los casos que Rico tiene que atender y aunque haya un ambulatorio médico de la misión Barrio Adentro en Guayo, la mayoría de las veces la población indígena sólo acude a sus instalaciones cuando ya se han deshidratado por el ayuno al que se les somete en el proceso curativo que les aplica el *wisidatu*. Esta es una de las quejas constantes de Gladymar Pérez, que pasó más de un año como médico rural en la zona, desde mediados de 2007 hasta finales de 2008. De poco le sirvieron la dulzura y las sonrisas a montón para convencer a los *maraixas* —como se autodenominan los guarao—de someterse a los rigores de la medicina formal.

La diarrea es el mal que mayormente castiga a los guarao, en especial a los niños, que al mantener un contacto indiscriminado con las aguas contaminadas del río se vuelven presas más fáciles de la enfermedad al punto de que el estado Delta Amacuro ocupa el primer lugar en número de casos de mortalidad infantil en Venezuela. Todos los cuerpos que llegaron ya deshidratados a las manos de Pérez, huyeron despavoridos cuando ella intentó suministrarles sueros, pues el chamán les había explicado que la suspensión de todos los líquidos era indispensable para sanarse de la enfermedad por la que ven morir a sus hijos. Esta explicación cobra una lógica pedestre si se considera que el principal

---

<sup>7</sup> El *bahanoratu* es un indígena dotado de poderes místicos que succiona el mal del cuerpo de sus pacientes, lo jala. María Matilde Suárez. *Los warao: indígenas del Delta del Orinoco*. Pág. 191. 1968.

agente transmisor de la enfermedad es el agua de río que está infectada con ocho cruces de heces fecales, según afirma Pérez.

Cuando se han organizado jornadas de atención médica, Pérez tiene que recorrer todo el caserío reclutando con su dulzura característica a aquellos que se presten, siempre dudosos, al proyecto. Yajaira Segovia, directora de Salud del municipio Antonio Díaz, afirma que pocas veces los indígenas siguen las recomendaciones de los médicos participantes y ciertamente no consideran que aquello representará en momento alguno un atisbo de solución al problema que les aqueja. Ella señala que en la mayoría de los casos sólo acuden obedientemente al ambulatorio cuando es Rico el que los invita y se planta a la puerta de la sala con su altivez característica a supervisar cualquier procedimiento que se le aplique a un *maraiza*. Asegura que nunca siguen los tratamientos al pie de la letra y que los abandonan al menor atisbo de mejoría.

Olivier Allard es un antropólogo francés que decidió cambiar su morada en la Universidad de Cambridge por los recovecos de las caminerías deltanas para explorar lo más escondido de los sentimientos de los hombres del agua y así determinar hasta qué punto su visión cosmológica del mundo afecta su modo de vida y los arrastra al refugio del *wisidatu* en vez del ambulatorio. Desde la parte central del río que separa los dos caños de Guayo, se puede ver al joven blanco, vestido con una franela roída, navegar a canaleta buscando la zona más limpia de gasolina de lancha y desechos arrojados por los guarao. Mientras sostiene con una mano un cigarrillo del que va aspirando de vez en cuando el humo espeso, con la otra mano toma un aparato ingeniosamente estructurado que utiliza para filtrar el agua que va extrayendo del río. La silueta del hombre se dibuja delgada tras los rayos del sol y sus afanosos

movimientos al remar lo descubren como un extranjero en las tierras bajas del Orinoco.

Lleva casi dos años conviviendo con los guarao de Guayo y escuchando con cara de asombro historias sobre espíritus que viajan con el viento desde el otro lado del mundo y criaturas fantásticas que secuestran a las mujeres para desposarlas en el fondo del río. Allard puede explicar con mayor exactitud el temor reverencial y la devoción que siente toda la comunidad ante los agentes físicos o sobrenaturales que podrían llevarlos a la muerte: “para ellos la muerte viene causada por algún personaje externo, puede ser un *wisidatu* movido por la envidia o los ancestros muertos que se molestan por la falta de ofrendas para comer”.

Allard después de interrogar a la comunidad y estudiar minuciosamente sus sentimientos no encuentra respuestas claras sobre la perspectiva guarao sobre la muerte, no es capaz de afirmar que la idea les cause temor, lo cual puede desligarse de su falta de control sobre la vida, que parece recaer en manos de los poderes divinos. Wilbert, en la obra ya mencionada, hace una de las descripciones más complejas sobre la estructura y jerarquía del mundo celestial de los guarao y esas deidades a las que tanta reverencia se les debe. Empieza con una división dicotómica entre los dioses que habitan en los rincones alejados del planeta y los que residen en el centro de la tierra y termina por describir los dioses menos poderosos que deambulan por el centro del mundo, o lo que la creatividad guarao alcanzó a incluir dentro de su definición de mundo.

La presencia omnipotente de dioses castigadores envuelve de manera definitiva el concepto de la muerte que se maneja entre los habitantes de los palafitos del Orinoco. Son esos fantasmas y amos del cielo y de la tierra los responsables de administrar el aliento vital. Ellos materializan sus designios mortales en forma de malestares fatales capaces de arrancarle el alma a sus afectados y claramente identificables según la

trasgresión que los provocó, el espíritu que los despierta, el destino del alma moribunda y el chamán capaz de mitigar sus efectos.

Silverio tiene miedo, en su cabeza retumba el reclamo de los dioses.

\_o\_o\_o\_

Remando parsimoniosamente, Gilberto Ojeda conduce su *curiara* de regreso a casa. Son las seis de la tarde y la faena en el conuco ha culminado. Desde los recovecos de la selva deltana él se desplaza con lentitud sobre el espejo dorado del apacible río adornado por el sol, sólo se ve la silueta del hombre como único desafío al imperturbable Orinoco. Ojeda arrastra su cuerpo pesado y entrado en años sobre las caminerías del caño desbordando carisma y un afanoso empeño por mantener conversaciones con todo aquel que encuentre a su paso. Vive en Guayo desde hace 49 años y desde hace al menos 30 se dedica a la elaboración de artesanía en madera balsa.

Ojeda es uno de los más ilustres habitantes del poblado, en 2005 fue candidato a la Junta Parroquial del municipio Antonio Díaz, y su trabajo artístico es reconocido dentro de la comunidad, al punto de ser señalado por todos los habitantes como el artesano de San Francisco. Él es uno más de los habitantes de Guayo, el caño más grande de San Francisco en la parte baja de Delta Amacuro, dividido por el enorme torrente de agua.

A cada lado del río se levantan estructuras dispuestas asimétricamente y comunicadas entre ellas por caminerías hechas de tronco. En un extremo del caño se alzan paupérrimas construcciones que sirven de albergue a la escuela, la estación de policía y el ambulatorio, representativas del poder

del Estado y dispuestas a atender las necesidades de quienes habitan el lugar; y La Misión, una agrupación de construcciones de madera que sobreviven desde los años 40 a las inclemencias del clima del Orinoco y que congrega la vivienda de las hermanas y sacerdotes capuchinos y la iglesia del pueblo.

Del otro lado, al frente, se yerguen, entre las casas, la vivienda del Alcalde al lado de uno de los campamentos que sirven de alojamiento a los turistas, el comando de la Guardia Nacional que custodia las aguas de los contrabandistas, y la sede de la Cruz Roja Internacional, abandonada desde hace un tiempo por órdenes superiores del gobierno del estado Delta Amacuro.

La presencia de estas instituciones ha acrecentado la movilización en Guayo y lo ha transformado en el sitio de mayor afluencia en San Francisco. Por esta razón, los habitantes del lugar se han resignado a vivir asediados por el ronquido de los motores y por el olor a gasolina y aceite desprendido por las embarcaciones en constante movimiento sobre las aguas, que, al mismo tiempo, van arrebatando al río su flamante color dorado, sustituyéndolo por el brillo tornasolado de las grandes cantidades de combustible vertidas a diario sobre su cauce.

A un lado del Consultorio Popular Tipo II (CAI II) de Guayo está una planta de tratamiento de agua, recientemente instalada con el fin de disminuir la cantidad de decesos producto del consumo de agua de río, y cuya principal enfermedad asociada, la diarrea, se lleva en promedio a 17 personas al año. Pese al color marrón del líquido que es extraído por la potabilizadora, esta se ha convertido en el orgullo de la gestión municipal. Argenis Cepeda, funcionario del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología (MPPCT), explica que la planta de Guayo no ha servido para solucionar el problema, alegando que el mecanismo

instalado no sirve para filtrar las aguas fangosas del Orinoco y que el costoso mantenimiento podría recortar el periodo de vida útil de la planta.

Las explicaciones del experto son sustentadas por la alta incidencia de casos de diarrea que asisten a diario a las consultas del ambulatorio, que no pueden ser pocas si se considera que la Dirección Regional de Epidemiología del Ministerio del Poder Popular para la Salud contabilizó 7358 casos de diarrea crónica en la población del municipio durante el año 2008. De igual manera, los guarao están convencidos de que el agua que recolectan a diario servirá para mejorar su calidad de vida, una razón suficiente para apoyar la gestión del Alcalde en su carrera política en ascenso.

Gilberto cada mañana va a la planta a recoger agua para su casa, está cansado de padecer diarrea y prefiere prevenirla evitando consumir el agua del río. Él vive en Guayo desde hace bastante tiempo y aunque ha alternado su estadía en el caño con largas visitas a centros urbanos cercanos —Tucupita, Puerto Ordaz, San Félix— su casa está ubicada en los predios del caño de San Francisco, al final de Las Rancherías, uno de los sectores que conforman la estructura interna de Guayo y el más pobre del lugar. Allí conviven a diario los indígenas más identificados con las prácticas guarao tradicionales, los que duermen en chinchorro y viven de la artesanía, de la pesca y de la siembra que cosechan en sus conucos. También vive allí el *wisidatu*, única figura religiosa tradicional de Guayo.

El otro sector es La Calle de los Casados cuya entrada es custodiada por la iglesia del pueblo. En esta zona del caño hacen vida los indígenas más prósperos del poblado junto a algunos criollos que se han establecido en el lugar. Ellos han sustituido los típicos caminos de tronco por otros más firmes elaborados con cemento, y las viviendas de *manaca* y palma de moriche sobre el agua por otras construidas con tablas de madera. Además, cambiaron la faena ardua en el conuco por el comercio de

bebidas alcohólicas y alimentos. El último sector es el resultado de la labor evangelizadora de los sacerdotes y hermanas capuchinos que, tal y como lo explican los testimonios del libro *Forasteros en su propia tierra*, del antropólogo Dieter Heinen, han intentado desde su llegada inculcar en los indígenas los preceptos bíblicos, en sustitución de sus propias creencias religiosas.

Aunque Gilberto es seguidor acérrimo de las tradiciones guaraunas, en su vivienda hay un equipo de sonido de grandes dimensiones, un televisor que transmite todo el día las acrobacias del legendario Jackie Chan y un enfriador que sirve para guardar los refrescos que él ofrece en venta. Pero pese a todo eso, y al acceso a televisión cerrada que tienen él y su familia, sigue atribuyendo a los espíritus del mal las causas de los padecimientos de los que es víctima. Ojeda comparte la vivienda con su única hija y con el esposo de esta. Ambos permanecen a la espera de los resultados de la prueba ELISA aplicada por los médicos del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) de Tucupita desde hace más de dos meses, luego de que la prueba rápida los ubicara dentro del grupo de los portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH).

Ojeda desconoce las causas del sida y también sus consecuencias. Se limita a pensar que es una enfermedad más y confía en que los antirretrovirales suministrados por la médica del ambulatorio, alternados con las sesiones semanales con el *wisidatu*, podrán librarlo pronto de los espíritus malignos. Él afirma que “ya se está curando” y que pronto podrá ir al conuco todos los días como acostumbraba

El trajín de las pastillas en los frascos anónimos y los viajes a Tucupita, la capital del estado Delta Amacuro, para entrevistarse con el infectólogo comenzaron en 2007 cuando miembros de la Cruz Roja Internacional hicieron el hallazgo que los dejó atónitos: 15 nativos de las tierras Bajas del Orinoco, que vivían separados de los desórdenes diarios de los días

ciudadinos, eran portadores del VIH. La cifra de infectados con el virus es alarmante puesto que la comunidad es de aproximadamente 100 habitantes y llevado a la proporción supera con creces el porcentaje de infectados a nivel nacional, que en una población de casi 24 millones de habitantes, según el censo de 1999, Las cifras oficiales del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual/SIDA (ITS/SIDA) muestran 110 mil casos de personas infectadas por el virus. Por su parte, las estadísticas que reposan en la oficina del Programa de ITS del estado Delta Amacuro registran en el último trimestre de 2008 un aumento en el número de pacientes afectados.

Hasta ahora son 22, pero son sólo cinco, ya convalecientes, los que esperan que todos los días el enfermero Amílcar Berríos haga el acostumbrado recorrido por las calles de Guayo y entregue, en envases sin identificación alguna, las seis píldoras blancas que, según les han dicho, aliviarán todos sus males y servirán de cura a la enfermedad. Eso les han dicho, que sanarán y, pese a los vómitos constantes y a los embates de la tuberculosis que no perdona, siguen amparando en esas píldoras la esperanza de erradicar el dolor y de continuar en Guayo incólumes a cualquier daño.

\_o\_o\_o\_

Hoy es tres de marzo de 2008. Guayo amanece del mismo color de siempre, con la misma humedad de todos los días. A las nueve de la mañana Silverio hace el recorrido hacia el ambulatorio de Guayo donde la residente Gladymar Pérez tiene preparado el coctel de pastillas que garantizan que Silverio pueda seguir andando como de costumbre por las caminerías del caño. Esta mañana el hombre está indispuesto. Su rostro

enjuto y su languidez extenuada hablan de los embates de la enfermedad. Pese a que asegura estar bastante bien por fuera, dentro de su cuerpo se desarrolla una lucha extenuante entre linfocitos y el sida. El hombre tiene 52 años viviendo en esta comunidad y desconoce por completo que pronto la enfermedad acabará con sus labores acostumbradas.

Mientras camina lanza una sarta de insultos, dice estar cansado de la cantidad de medicamentos que a diario le suministran. “Yo no sé por qué es que me hacen esto, yo estoy bien por fuera, no sé cómo estoy por dentro porque no me veo, pero por fuera estoy bien y eso es lo que importa, yo ya me curé y esas malditas pastillas son las que me enferman”, asevera, mientras narra con detalle los infortunios que padece después de que le suministran el medicamento. “Esa vaina me hace vomitar, me mareo, yo no soy un animal no me pueden poner a tomarme ese poco de medicinas que me ponen peor, yo no como bien, por eso es que las pastillas me hacen sentirme peor”.

Celestina Barrios, su mujer, es una joven de baja estatura, de cabello lacio y negro profundo, de ojos apagados y manos envejecidas. Sólo tiene 17 años y también está en la fase terminal de la enfermedad. Se negó desde el principio a recibir medicación porque una vez le bastó para no desear volver a sentir la protesta desesperada de las tripas y los dolores de cabeza constantes. Celestina es como su nombre, encubridora de un pasado que la delata. Llegó a San Francisco de Guayo hace seis años escapando de la mala vida que llevaba en San Félix, una vida de sexo de alquiler y güisqui barato. Los que la conocen cuentan que desde que ella pisó el muelle de San Francisco Silverio quedó prendado de aquella mujer joven. Muchos se lo atribuyen al despecho, porque la antigua mujer de Torres había huido con un hombre desconocido después de tener un romance.

A diferencia de su marido, sabe que la enfermedad un día la llevará a la tumba y la verdad es que no le importa, pues como dice “después de una vida así, morir no está nada mal”. Es como la mayoría de los indígenas del Bajo Delta, no le da mucha importancia a lo que sucede a su alrededor. Para ellos nada está bien ni nada está mal, no son testigos de nada, son residentes de una tierra que parece perdida, extraviada y siempre a la deriva, como los chinchorros, sólo yendo y viniendo según los caprichos del viento.

Torres, después de tanto quejarse, se devuelve a su choza en la que, como una verdadera cosa del destino, se escucha de fondo la canción *Ironía* que él tararea gustoso. A pesar de que viven a la sombra de la muerte, los aborígenes infectados con el virus maligno, gracias a las charlas de prevención y concientización impartidas por el gobierno regional, comprendieron que la enfermedad que padecen es una “vaina más de esas que le dan a cualquier gente” y que pronto, gracias al aporte del gobierno bolivariano, los compatriotas dejarán de sentir los abatimientos y continuarán con su vida de siempre.

En Tucupita, desde una modesta oficina provista sólo de un escritorio, dos sillas y un archivo vertical, Zenaida Matthwes, directora del Programa de ITS/SIDA, asegura que su despacho ha planificado charlas en conjunto con los maestros de la escuela de Guayo en las que se imparten clases de educación sexual a los niños desde el bachillerato. Además afirma que al mismo tiempo los maestros enseñan a los enfermos las consecuencias de la enfermedad y las maneras de evitar su propagación.

Por su parte, Mar Medina, antigua directora del Programa de ITS/SIDA y actual directora del Colegio de Médicos del estado Delta Amacuro, no duda en criticar las técnicas utilizadas por la institución para prevenir y evitar la propagación de la enfermedad afirmando que los métodos no han sido los correctos para educar a la población indígena y que no se le ha

dado importancia a la gravedad del vih en las tierras bajas del Orinoco. “Los indígenas necesitan un trato diferente, una educación progresiva, no puedes darle un condón y explicarle cómo se usa y creer que resolviste el problema, hay que internarse en su cultura, ir educándolos”, afirma.

Medina fue expulsada de la dirección del programa en 2007 luego de que accediera a colaborar con la Cruz Roja en la creación de medidas preventivas contra el vih en el Bajo Delta y de denunciar en varias ocasiones el hallazgo. Luego de ofrecer declaraciones en varios programas de radio y publicar el número de casos descubiertos por el organismo en un boletín mensual recibió en su escritorio un memorándum que exigía su salida definitiva del Programa de ITS/SIDA.

De vuelta en Guayo, alrededor de una mesa redonda que está en la casa de los Torres, Silverio y Celestina se reúnen a descansar. Siempre sienten el cuerpo cansado, con pesadez, por lo que sentarse alrededor de la mesa a descansar es una actividad que se repite muchas veces durante un día. A menudo pasan más de tres días sin probar ningún bocado, y eso se convierte también en una de las causas del cansancio. Durante sus estadías alrededor de la mesa no pronuncian ninguna palabra, no intercambian opiniones, sólo permanecen allí, ensimismados, distrayéndose de a ratos con cualquier ruido o con cualquier cosa extraña que aparezca.

En la mesa de los Torres nunca se ha abierto el debate sobre la enfermedad, ellos jamás se han preguntado cómo es que se convirtieron en víctimas del sida. No hay culpas, ni reproches, no hay discusiones, en fin, no hay víctimas ni culpables, y es lógico, puesto que ninguno de los dos tiene al menos una idea mínima de cómo es que se transmite la enfermedad y por consiguiente no se imaginan cómo pueden prevenirla. No hay prevención, “no es necesaria”.

“Vente para acá Amílcar, el hombre se está muriendo”, se escucha una voz de alerta desde la casa 24 de La Ranchería. Eugenia, la vecina de los Torres, lleva más de una hora buscando al enfermero por toda la comunidad de Guayo. Al fin lo ve pasar. Amílcar andaba en su acostumbrado recorrido por la comunidad entregando el medicamento a los tuberculosos. “¡Ay! Hombre por fin apareces, es Silverio, creo que ahora sí se lo llevó”. El enfermero va corriendo a la casa de Torres y encuentra a Celestina al pie de la cama, vigilante de la evolución de su marido, sin soltar una lágrima. La mujer permanece expectante del estado de su cónyuge. “Está así desde anoche, pero siempre le pasa lo mismo así que por eso es que no busqué a nadie”.

Silverio está allí, en su chinchorro. Pareciera estar poseído por un espíritu maligno, suda mucho, tiene los ojos cerrados y se retuerce cada vez que bota un buche de sangre. En el vómito del hombre no hay vestigio de algún alimento, sólo sangre. Su rostro refleja claramente el dolor que padece, por momentos suelta alaridos fuertes. Eugenia pega un salto cada vez que el hombre suelta la sustancia roja, “ahorita sí, ahorita sí se lo llevó”. Desde hace aproximadamente un año y medio Torres sufre estos ataques que están siempre a punto de quitarle la vida. Amílcar asegura que no es nada, “ya le ha pasado muchas veces y no se muere el hombre, ese lo que está es mejor que nunca”.

El enfermero toma una dosis de un medicamento que se niega a explicar cómo se llama y toma unas compresas de agua fría que coloca en la frente. También le dejan unas botellas de suero en la casa y un frasquito de acetaminofén pediátrico que va a integrar la colección de frascos azules que adornan la cocina del hombre. El frasco de acetaminofén azul y la botella de suero son los medicamentos de rutina que Amílcar entrega a cualquier persona que en la comunidad presente alguna afección. Desde diarrea hasta ataques de epilepsia, todos los males son resueltos rápidamente con los medicamentos mágicos.

El hombre de la casa 25 no mejora, sigue vomitando sin parar. Sólo después de una hora es que se calma la situación. Silverio sigue en su chinchorro, pero ahora yace allí como sin vida. Amílcar le toma el pulso, ve que está vivo y se va a seguir trabajando. El día de hoy ya solucionó un problema grave.

\_o\_o\_o\_

A Celestina apenas le alcanzan las fuerzas para darle un jalón a la puerta del refrigerador viejo que atesora en su palafito. Ignora la cuantiosa reserva de botellas de refresco de piña y dos pescados que tiene en el fondo, sólo saca un paquete de pasta que ya va por la mitad. Se demora prendiendo el fogón y mira con escrutinio radical la figura de su marido inerte en el chinchorro, sólo puede divisar su cabellera escasa, un brazo que cuelga hacia atrás como muerto y su pierna que se extiende hasta acariciar los tablones del piso con el vaivén de la hamaca.

— Silverio, voy a hervir la pasta

Ella sabe que no va a obtener una respuesta, no la espera, el aviso suena más bien a advertencia. La indiferencia se dibuja como característica intrínseca de los habitantes de la comunidad, indiferencia hacia la vida y, ahora, hacia la muerte. Ya se ha preguntado qué haría en caso de que el vómito sanguinolento y los espíritus malignos terminen por agotarle el aliento a su consorte. Su caso es más grave de lo que podría parecer para cualquier otra viuda potencial en el caño, ella no tiene familiares en las cercanías del caserío ni nadie que la provea de alimento o le ofrezca trabajo en el conuco familiar ante la falta del marido.

Al respecto, María Matilde Suárez en su trabajo de investigación, *Los Warao: Indígenas del Delta del Orinoco*, aclara ciertas peculiaridades sobre la estructura familiar de los guarao. Más que cualquier tipo de relación afectiva el matrimonio entre los integrantes de esta tribu está constituido sobre la base de una integración socioeconómica en la que los componentes de la unión conyugal se comprometen a cumplir ciertas tareas necesarias para que la unión se mantenga en el tiempo. Las insatisfacciones de las parejas guarao, más que dificultades de índole afectiva, se traducen en violación de las responsabilidades acordadas previamente a la unión conyugal. Los miembros de la pareja guarao juzgan como un delito de alta pena los errores en el cumplimiento de sus actividades respectivas creando un ambiente de hostilidad manifiesta que puede a largo plazo cuartear la estabilidad marital.

Para una mujer indígena el rasgo más importante que debe tener un hombre es su capacidad para trabajar ya que es así como se garantiza la estabilidad familiar. Cuando un hombre guarao va a la casa de una mujer a solicitar la aprobación de los padres para unirse en matrimonio con su hija, se compromete a trabajar para proporcionar ayuda en el desempeño de todas las actividades de subsistencia que contribuyan al sustento de la familia nuclear. Pero las obligaciones no son adquiridas sólo por el marido, sino que se realiza un intercambio equitativo en el que a cambio de su trabajo eterno al servicio de los suegros, la esposa se compromete a ocuparse de las labores hogareñas, a la fabricación de cestas y chinchorros y a la contribución en la recolección de los frutos previamente sembrados en el conuco.

Apenas recostada sobre el borde de fórmica de la mesa de comedor que nadie usa en esa casa, Celestina sigue paseando la mirada como un péndulo entre la olla de agua a punto de hervir y el cuerpo de Silverio que no ha movido ni un milímetro en varios minutos. Ella sabía arreglárselas sola antes de mudarse con él, si es que a una vida de licencia se le puede

llamar arreglo. Como muchas otras muchachas de ascendencia indígena emigrada a focos incipientemente urbanos le tocó conocer la prostitución desde muy joven. Tanto los *marazas* como los criollos podían rentar un escondrijo cronometrado entre sus piernas y perderse entre las madrugadas de San Félix.

Llegada a Guayo pudo olvidarse del olor rancio del alcohol barato con suficiente rapidez, y no pasó mucho tiempo hasta que ya compartía vivienda con Silverio. Tuvo que olvidarse del ritual común de petición de mano, que también explica Suárez en su trabajo, y que representa un procedimiento signado por la tradición de la etnia que sólo puede ser aprobado por la madre de la futura desposada, previo consentimiento de ella misma. Antes de aprobar la unión, la madre se asegura de que el futuro yerno se comprometa de por vida a realizar las labores manuales que a fin de cuentas garantizarán la subsistencia de la familia. Luego de aceptar la alianza conyugal, la madre guarao cuelga a un lado del de la hija, el chinchorro que corresponderá al joven marido y de esta forma se establece en la localidad la nueva alianza matrimonial. Sin más preámbulos y sin rituales los jóvenes se inician en la vida en pareja.

Contrario a la tradición, fue ella la que, siendo poco más que una adolescente, guindó su hamaca en esa casa. En aquel momento su corazón sólo tenía espacio para la tranquilidad, pero ahora lo amarga el temor. Aunque los resultados de la prueba de VIH también habían salido positivos para ella, su semblante es más saludable y su figura mucho más erguida, su cuerpo no sufre de cansancio ni falta de apetito. Cada mañana ve a Silverio partir al conuco y dedica su jornada al tejido de artesanías y collares, pero en la noche el río le devuelve un hombre cansado sin más que ocumo y una miseria de dinero entre las manos con lo que se abastecerán de los pocos insumos que necesitan para vivir.

Pareciera que ya se le hubiera olvidado Silverio y todo lo que la rodeaba. Ahora Celestina observaba detenidamente los hilos viscosos y amarillentos tiritar entre las burbujas del agua hirviendo. Parada de esa manera, con su cuerpo erguido, su cabeza gacha y los brazos colgando rectos a los lados, se hacía evidente que recién había abandonado la adolescencia, con el rostro desorbitado y el vestido carcomido en el escote y el borde de la falda, en el medio de su casa, la muchacha no destila miedo, desesperación, ni desesperanza, sólo suspicacia y una desconfianza voraz.

— Silverio, está listo.

— Voy.

Con un esfuerzo casi sobrenatural el hombre logra apoyar ambos pies sobre el suelo firme y estabilizar el balanceo del chinchorro. Sosteniéndose de una de las columnas logra levantar el torso y, finalmente, ponerse de pie y voltearse en dirección a su mujer. Ella lo encuentra más viejo que nunca y más cansado que de costumbre, el recién vivido episodio parece haberle arrebatado 20 años de vida, tiene los ojos brotados de rojo y los hombros caídos, ella termina de arrojar al río el sobrante de agua y le ofrece la olla sin mirarlo a la cara.

— Agarra —le espeta.

Él extiende el brazo tembloroso, atrapa un puñado de los delgados cilindros babosos y desabridos, da media vuelta y reanuda el tortuoso regreso a su hamaca. Ya tendido va separando porciones tragables con su mano izquierda y las sorbe completas, sin la necesidad de cubiertos, vajillas o cualquier otro artificio, sólo puñados de pasta uno detrás de otro, sin dudar en recoger alguno que se deslice hasta el suelo.

Ella sigue observándolo inmutable, la imagen le va ganando cada vez más lástima, está decidida a no tomar los medicamentos antirretrovirales, esas pastillas que aunque le son suministradas en un frasco de urgencia y promesas sólo parecen producir un malestar peor. Ella que no las tomó más de una vez y sintió su estómago arder sin compasión goza de una salud más fuerte y definitivamente más estable que la de ese despojo de hombre que reposa en el chinchorro frente a ella tragando los espaguetis con dificultad.

\_o\_o\_o\_

En el centro de Tucupita una efigie del Libertador vigila su plaza y soporta el sopor asfixiante a cualquier hora del día. Las pocas calles que integran la zona comercial se constituyen en un solar que apretuja en sus veredas quincallas de inmigrantes, tarantines de buhoneros y algunas casonas coloniales. Desde su posición privilegiada la estatua de Bolívar puede observar las ruinas de un cine que dejó de funcionar hace aproximadamente una década, un abasto de buenas proporciones aunque escaso surtido regentado por una familia china de incalculable número de miembros y un mercado popular improvisado que por la falta de aire acondicionado permanece siempre un poco vacío.

Al frente se levantan la panadería y la farmacia más grandes de la ciudad, y a pocas calles las sedes de los organismos públicos y la universidad, empleadores prioritarios de la población tucupiteña. Las calles del centro siempre parecen muy pobladas. En sus avenidas principales se entremezclan las personas oriundas del lugar con los libaneses que se han instalado en la ciudad de manera permanente, algunos guyaneses y trinitarios fácilmente reconocibles por su acento marcado, los indígenas

que andan de paso con sus pies descalzos y su piel tostada, y otros guarao que han convertido a la ciudad en su hogar y que por el contacto con los criollos han perdido sus costumbres y han olvidado su idioma natal.

Según el último censo venezolano realizado en el año 2001 la población del Tucupita es de 72.856 habitantes. Es el primer municipio en importancia por su actividad comercial, seguido por Pedernales, en el que se encuentran algunos yacimientos petroleros. Sin embargo, no son pocos los visitantes que contradicen la consigna eterna que etiqueta a la capital de Delta Amacuro de pobre y atrasada. Aunque tremendo resulta el contraste entre el bienestar social y el particular, pues si las instalaciones públicas parecen rescatadas de un bucólico paraje de *Casas Muertas*, el asfalto de las calles es raspado diariamente por camionetas último modelo y el crimen organizado arrecia contra los habitantes de la ciudad tal y como sucede en los enormes centros urbanos. Según el Centro de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas (Cicpc) el número de asesinatos en 2008 ascendió a 201 personas.

El desvelo y alboroto cuando ocurre un caso de asesinato o violación desborda las páginas del *Notidiario*, el periódico local, y se convierte en una retahíla obligada en cada conversación casual, casi una exhortación de solidaridad para con las víctimas en una localidad sin frontera alguna donde casi todos los habitantes comparten historias entre sí. Esto deja para las tertulias del día a día poco más que el hampa, el calor, la vida privada de los congéneres y las peripecias de un gobierno local apuntado al marco de la revolución bolivariana desde que esta se institucionalizó en el país.

Anteriormente funcionaba en Tucupita un aeropuerto para vuelos privados, pero en la actualidad sólo se puede entrar o salir de la ciudad

por mar o tierra. La entrada terrestre comienza con un camino asfaltado a duras penas que conecta la carretera de Oriente con las callejuelas internas; y los muelles que despachan y reciben diariamente turistas y locales, indígenas y criollos, son dos: Volcán y Barrancas, cada uno con accesos distintos al Orinoco, siendo el primero el más cercano a Tucupita y por consiguiente el más utilizado por los indígenas que pretenden desplazarse hasta la capital del Estado.

Volcán es un muelle improvisado en la costa sin más facilidades que las que ofrecen el torrente de agua y las lanchas carcomidas por años de humedad. Al borde de la tierra se alinean muy juntas las embarcaciones con o sin motor, de disímiles tamaños, colores y tripulantes. Aunque las *curiaras* siguen siendo el medio de transporte más común, ahora estas se arremolinan en el puerto junto a naves más livianas que, más que navegar, rebotan sobre los espejos de agua del Orinoco y recortan a menos de la mitad el tiempo de viaje, los balajúes.

Aunque han sido manifiestos los intentos por desarrollar la industria del turismo ecológico y existen instalaciones privadas que ofrecen experiencias cercanas a las riquezas naturales deltanas y las comunidades indígenas, resulta imposible encontrar una forma organizada de cruzar el río y enfrentar de forma más cómoda el viaje de ocho o nueve horas en *curiara*. "El transporte", como se refieren los viajeros a una embarcación de servicio público, permanece de reposo por mal funcionamiento varios meses al año, lo que no deja muchas más opciones que contratar los servicios privados de los hosteleros de la zona o aventurarse al puerto a encontrar algún lanchero dispuesto a sumarse a la travesía.

Hacia aquel paraje cercano a la civilización, de cielo percutido y habitantes de rostro cansado, deben ir los indígenas a la consulta con el infectólogo. Apenas son las cuatro de la madrugada y Gilberto Ojeda se

desplaza con paso presuroso hasta las inmediaciones del muelle La Misión a la espera de alguno de los viajeros que diariamente van a Tucupita a abastecerse de combustible, de alimentos para ofrecer en venta o a buscar algún pago pendiente. Lo acompañan cuatro *marazas* más que, como él, asisten a la segunda consulta mensual con el infectólogo en el Hospital “Dr. Luis Razzeti” de Tucupita. Hoy, como de costumbre, harán el conteo de linfocitos en la sangre de Ojeda que servirá para conocer cuál ha sido la eficacia de los antirretrovirales en su organismo. Uno de los acompañantes de Ojeda es Silverio, que espera a regañadientes a que llegue la embarcación. A él le parece que los viajes a la capital deltana son innecesarios y afirma que el trato que reciben allá es muy malo. “No nos dan comida y hay que esperar allí todo el día, todo ese tiempo sin comer”. Gilberto afirma que las primeras veces que fueron a hacer el conteo de linfocitos las autoridades en materia de salud del Estado se encargaron de su traslado, pero ahora ellos tienen que ingeniárselas para asistir a las consultas una vez que el médico de Guayo les informe cuál es el día.

Zenaida Matthews, directora del Programa ITS/SIDA en Delta Amacuro, afirma que la oficina que ella dirige se encarga de coordinar el traslado de los indígenas y de suministrar el tratamiento. “Cuando hay consulta la dirección de salud nos da el recurso para nosotros movilizarnos allá a buscar a los pacientes. Luego en Tucupita se les ubica en una residencia y se procede a realizarle todos los exámenes respectivos, todo el control. Además, mensualmente se manda a Guayo el tratamiento antirretroviral y la doctora de allá se encarga de suministrarlo y aparte de esto les damos todo el medicamento para enfermedades oportunistas”, asegura. Explica que las consultas con el infectólogo se realizan dos veces al mes porque el médico viene de Maturín y por la dificultad para trasladar a los indígenas de Antonio Díaz hasta Tucupita.

En el muelle de San Francisco se detiene Helio con su *curiara* azul, viaja con sus hijos pequeños como de costumbre. Aunque él no se dedica exclusivamente a llevar pasajeros, aprovecha los viajes en busca de combustible y alimentos, y con las colaboraciones tasadas costea la gasolina del viaje. Helio, que sigue la arraigada costumbre guarao de presentarse sin apellido, se mantiene inmutable y parsimonioso durante el trayecto, sin intentos de resaltar las bellezas naturales, ni pudores para orinar hacia al agua justo al lado de sus clientes; muchas veces debe enfrentarse en un mismo viaje a lluvias torrenciales que ensombrecen el firmamento y revuelven las aguas, y al sol inclemente que ataca en vertical con sus destellos sofocantes y él sigue inmutable sobre su *curiara* de madera escarapelada, remendada con trenzas de zapato, algo de pegamento y trozos de tela colocada minuciosamente en las rendijas que el pasar de los años han abierto en la embarcación.

En varias ocasiones los hijos del lancharo se desplazan por los extremos de la embarcación de madera en movimiento para realizar nuevos remiendos en la *curiara* que durante cada viaje va dando señales de la falta de mantenimiento, y en medio de la nada y rodeado de morichales la situación sólo puede ser solventada por el engrudo improvisado con jabón azul y algún trozo de tela que se halle cerca.

Helio y sus hijos son habitantes de Antonio Díaz en el estado Delta Amacuro, un municipio resguardado en cada costado sólo por la extensión del Orinoco y por la vegetación que adorna de vez en cuando algunos de sus alrededores. La principal autoridad gubernamental hasta diciembre de 2008 fue el *maraiza* Amado Heredia, un indígena que obtuvo la mayoría de votos por parte de sus congéneres, pero que a las primeras de cambio abandonó su casa en San Francisco de Guayo y se estableció en la ciudad de Tucupita, en la urbanización Delfín Mendoza, donde levantó una casa poco modesta sobre tierra firme, que sustituyó

rápidamente a su humilde morada de madera, de tonos coloridos y flores que sobreviven a la inclemente humedad de Antonio Díaz.

Frente a la nueva casa del alcalde se forman interminables filas de indígenas que desde tempranas horas de la mañana esperan ser atendidos por la autoridad municipal con la esperanza de recibir de él una ayuda al menos efímera, que les permita sobrellevar los acontecimientos peculiares que ocurren en las tierras bajas del Orinoco, y llevar una vida medianamente similar a la de su homólogo indígena, ahora investido con el cargo de Alcalde.

Aunque sea mucha la perseverancia guarao frente a la residencia de la autoridad, en muchas oportunidades deben buscar algún espacio dentro del Paseo Mánamo, un malecón que en una época próspera sirvió de caminería a los turistas que se agolpaban en él cada tarde para contemplar los múltiples tonos naranja del atardecer sobre el Orinoco, ahora convertido en ruinas que sirven de centro de reunión a drogadictos, hampones y violadores. Allí encuentran refugio temporal los indígenas tanto de Antonio Díaz como Pedernales que, a falta de un lugar para dormir cuando viajan a la capital deltana a abastecerse y cobrar sus quincenas, cuelgan sus chinchorros entre las palmas del paseo, todos muy juntos. Algunos lo hacen por períodos de tiempo cortos, pero otros se han establecido allí y han convertido el sitio en su residencia permanente.

Además de los guarao que viajan a Tucupita a recibir el tratamiento del infectólogo, día tras día los indígenas de Antonio Díaz realizan el recorrido hacia la capital. Casi siempre los viajes están motivados por la búsqueda de alguna ayuda en la figura del Alcalde. Todos los días van hasta Delfín Mendoza y continúan formando largas hileras que al final del día sólo se hacen más largas y sin respuesta. En ocasiones se escucha el rumor de alguno que avisa al grupo “Amado salió por el otro lado” y se puede observar el correr de un lado a otro de los concurrentes quienes se

consagran a la tarea de perseguir al vehículo último modelo que presuntamente alberga en su interior al alcalde de Antonio Díaz.

Es común escuchar la voz de otros como Amelia que hacen el juramento de no votar más nunca por “ese muérgano” que sólo atendió sus necesidades en el tiempo de la campaña, cuando necesitaba los votos para hacerse con el título de Alcalde, o de otros como José que justifican la falta de respuestas explicando que Amado no puede atenderlos porque anda en el *trajín* de su campaña como aspirante a la gobernación del estado Delta Amacuro. Después de tantos encuentros desafortunados los guarao deben volver a Volcán en búsqueda de una embarcación que por un precio razonable o por trueque los lleve de regreso al Bajo Delta a continuar dándole vida a las caminerías de los caños con su andar parsimonioso y sus múltiples dificultades casi olvidadas en el camino de regreso, apaciguadas con franelas rojas que rezan el lema del candidato de turno y por la promesa de cambio hecha por los nuevos aspirantes a ocupar cargos de Gobierno, en ocasiones, según la explicación de José Díaz, acompañada de una colaboración económica importante. Allí en el muelle estará Helio esperando el regreso de los viajeros con su *curiara* azul remendada con retazos de tela y dispuesta para un trayecto apacible y menos esperanzado de regreso a Guayo.

\_o\_o\_o\_

José Díaz también vive en Guayo, en la Calle de los Casados, el sector donde viven los evangelizados que han sustituido sus costumbres por las inculcadas por los religiosos de La Misión. Viste siempre ropa a la moda y nunca anda descalzo como el resto de sus vecinos. Además, domina el español tanto como el guarao, razón que le ha facilitado su relación con

los visitantes y que le ha merecido el cargo de traductor en varias oportunidades. Él trabaja con las misiones del Gobierno y alterna su estancia en Guayo con sus frecuentes viajes a Tucupita para realizar talleres y participar en actividades del gobierno regional.

José va a misa todos los días y ayuda a los sacerdotes en su labor evangelizadora; no trabaja en el conuco, ni en la pesca y mucho menos en la confección de objetos de artesanía, y en el tiempo que pasa en Guayo sin trabajar se dedica a navegar por el ciberespacio en los laboratorios instaurados en la escuela del pueblo gracias a la labor de la Misión Ciencia. Pese a eso, José no puede renunciar del todo al legado que intrínsecamente le pertenece, vive temeroso de los *Nabarao* o espíritus del agua a los que atribuye la desaparición de un niño que se atrevió a desafiarlos hurgando en el río en plena oscuridad; y asegura que no muy lejos de ahí, en una de las playas, vio con asombro a un monstruo de tres cabezas con cuerpo de cunagaro, secundado por una enorme serpiente, también de cabezas múltiples, que atemorizaban sin piedad a los habitantes cercanos.

La creencia en las tradiciones guarao es lo único que comparte con sus congéneres. Él conoce con exactitud los padecimientos de sus vecinos de Guayo y vive temeroso de los alcances del sida. Aunque goza de bastante popularidad dentro del caño, prefiere mantener al margen sus relaciones con los demás indígenas. Asegura que no tiene relaciones sexuales con nadie del caño y que antes de acostarse con alguna mujer de cualquier lugar, utiliza el preservativo para mantenerse protegido.

Su amigo más cercano dentro de Guayo es Gilberto porque lo inició cuando era apenas un niño en el arte de la artesanía guarao. Diariamente José visita su casa para observar con admiración cómo el hombre es capaz de crear con sus manos verdaderas obras de arte, mientras reflexiona con tristeza sobre la muerte que en cualquier momento

despojará al caño de la presencia creadora del artista. “Aquí los *maraižas* viven como aislados, no entienden nada de lo que les pasa. Eso es muy triste porque entonces no toman prevención, siguen haciendo lo mismo y así se proliferan más las enfermedades”.

José es un ejemplo claro de las diferencias culturales dentro de Guayo y de sus repercusiones. La educación que recibió en la escuela y su contacto constante con la iglesia cambiaron su percepción de la realidad guarao y la forma de asimilar su cultura. Aunque no puede renunciar al misticismo de su raza, el resto de los hábitos tradicionales de sus vecinos no han logrado establecerse como una conducta propia de su personalidad. No la transmitirá a sus generaciones y la cultura guarao en su futura familia se irá perdiendo para siempre. El crecimiento acelerado que ha sufrido la comunidad de Guayo gracias a la migración de criollos ha colaborado con la asimilación de indígenas jóvenes como José.

Zenaida Matthews la directora del Programa ITS/SIDA del estado Delta Amacuro, afirma que son esos cambios en la cultura guarao los culpables del vih y del sida en la comunidad de Guayo y en las comunidades indígenas en general. Asegura que es el viaje de los habitantes del caño a grandes centros urbanos lo que ha acrecentado el problema en la zona. “Ellos han renunciado a su cultura y se han ido a Caracas, Valencia o Puerto Ordaz y es de allá de donde traen el virus”.

Mar Medina, su antecesora en el cargo, expulsada por revelar el número de pacientes de vih/sida en el Bajo Delta, contradice la afirmación de Matthews y explica que no se pueden buscar las causas del vih o del sida en otras ciudades cuando en el municipio Tucupita, bastante frecuentado por los habitantes de Antonio Díaz, el número de casos es bastante significativo.

\_o\_o\_o\_

"Del cielo cayó sangre" dice una niña sentada en el borde del muelle frente al ambulatorio de Guayo. Para acompañar sus palabras utiliza gestos de grandeza elevando los brazos tan alto como puede y mirando hacia arriba con cara de sorpresa, pero rápidamente retorna a su semblante indiferente y agacha la cabeza para observar sus pies tambaleantes en el aire y el borde de la falda de su vestido azul.

Por la costumbre típica de los guarao de no poner nombre a sus hijos hasta bien entrada la infancia ella todavía es llamada con calificativos genéricos como *anibaka*, que se refiere a todas las muchachas que no han recibido la primera menstruación. Tampoco sabe decir con exactitud su edad, pero explica con decisión férrea que la lesión oscura y en relieve que tiene en su antebrazo se debe a la lechina ocasionada por el sangrado celestial. La misma lechina que vive en su cuerpo desde que tiene memoria, que le robó la vida a su hermano menor, que afecta también a sus padres y que deja a toda la familia vulnerable a la diarrea y la gripe.

Su estancia en un mundo poblado por mortales igual que seres divinos capaces de premiar con la vida y castigar la muerte se convierte en un transcurrir temeroso y desolado por los años que les dure. Por eso mismo muestran un temor reverencial al espíritu de los difuntos o *Mehokohi*: "*Mehokohi* no se ve, *Mehokohi* no se toca, *Mehokohi* está en la cara, sobre los ojos. *Mehokohi* es como un guarao" explica la misma niña.

Así pues cuando muere alguien en una comunidad guarao los habitantes abandonan esas tierras por temor a vivir asediados por el espectro del occiso porque para la gente del agua la vida continúa más allá de la muerte; tienen la certeza de que desde ultratumba el ya fallecido deambulará en los alrededores y causará terror. También creen que con la muerte, *Hebu* merodea por las inmediaciones de las rancherías

buscando otro cuerpo para hacerlo víctima.

Este mundo de contrastes sólo otorga validez a los conceptos de bondad y maldad, sin considerar la escala intermedia en la que la gradación de los grises es casi infinita, y el fin último de la maldad resulta siempre letal. Olivier Allard, el antropólogo francés que se instaló en Guayo por más de un año para estudiar a los guarao, no sólo aprendió a filtrar el agua contaminada del río con un artefacto de cerámica. Él tuvo que utilizar cualquier tipo de recurso que le permitiera acercarse a la etnia, entenderlos y convertir la realidad ontológica constituida en la tribu en una idea procesable para el rigor de la academia.

Para ganar cierto grado de confianza y aceptación se acercó al *wisidatu*, observó sus rituales y probó de sus pociones. Con el tiempo llegó incluso a asistir al velorio de algunos guarao, un ritual impregnado de misticismo irresoluble pues la muerte es para ellos un acontecimiento trascendente que sólo contribuye a acrecentar sus tantos temores.

Recuerda haberse alineado en el círculo que se forma alrededor del cadáver, dentro del mismo palafito que habitaba el difunto, y escuchado una serie de cantos incomprensibles que arrullaban al cuerpo sin alma. Después de los rezos el cadáver fue extraído y colocado en una *curiara* de madera para que partieran sus allegados en una procesión fluvial hasta un lugar secreto en el que por fin se despedirían del despojo humano. Durante todo el recorrido los alaridos de llanto cortaron el aire de la noche que empezaba a oscurecer el cielo y se confundieron con las tonadas que obligatoriamente se reservan para ser cantadas en estas ocasiones.

Ninguna persona ajena a la tribu debería presenciar lo que ocurre en el entierro que prosigue al viaje fúnebre. Johannes Wilbert explica en el libro *Eschatology in a participatory universe, destinies of the soul among the warao indians in Venezuela*, que los familiares del fallecido proceden a la

realización del entierro primario y suspenden entre dos horquetas el ataúd improvisado que luego cubren con ramas y algo de barro. El cadáver permanece a la intemperie durante un año, esperando que los espíritus se manifiesten en sus restos y revelen qué le provocó la muerte.

En el entierro secundario los allegados al individuo difunto regresan al cementerio y examinan los huesos detenidamente para conseguir las pruebas que indiquen si la muerte fue causada por *Hebu*, *Hatabu* o *Hoa*. Una vez culminado el examen las mujeres mayores de la familia toman los huesos pequeños y los colocan en una caja que finalmente es enterrada bajo tierra y que busca, por fin, la tranquilidad y comodidad de los restos del extinto, pero en el caso de que esos restos pertenezcan a alguna de las figuras revestidas con poderes mágicos deberá elaborarse un gran catafalco en forma de choza para depositar el cadáver.

Sobre ese ataúd tallado a mano reposarán algún día los restos de la niña sin nombre, víctima de la falsa lechina. Dependiendo de a quién se le pregunte la culpa puede recaer en las diferencias culturales, en la ineptitud de los responsables por las condiciones de salud en la zona o, incluso, de la lluvia sanguinolenta que un día bañó las caminerías de Guayo y salpicó a la infante en el antebrazo.

Los habitantes del Delta constituyen así una dinámica social compleja controlada por factores místicos y sobrenaturales ajenos a cada individuo. Bajo esos preceptos religiosos han conformado las estructuras endebles que se levantan sobre el agua y les sirven de resguardo, y han trazado los caminos que los comunican con el más allá. Esa misma religiosidad influye en la organización social y económica de los Guarao y determina cada paso dado por un indígena en la búsqueda de una vida sin preocupaciones que le permita mecerse apaciblemente en su chinchorro y que al mismo tiempo le deje seguir ese balanceo apacible en la eternidad cuando se convierta en *Mehokohi*.

## II

### El vaivén de la *curiara*

En frente de los escombros del Centro de Atención Integral (CAI) tipo II de Guayo, aún en construcción, una mujer de figura rolliza y piel oscura reposa de la agotadora jornada de salud. Junto a ella una veintena de voluntarios, todos estudiantes de medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV), se aglomeran para discutir el desarrollo de la jornada en el caño. Es el primer día del operativo y han tenido que desplazarse por todo el lugar para reclutar a las mujeres del pueblo y prepararlas para realizarles los exámenes ginecológicos pertinentes.

La mujer de ademanes lentos y poco imperativos se presenta como “la licenciada Zenaida Matthews” mientras anota en unas planillas con el membrete del Proyecto Madre las observaciones que hacen los estudiantes del día de trabajo y guarda en una pequeña cava de anime con las siglas its/sida las muestras de sangre tomadas a las pacientes y a sus hijos. “El Proyecto Madre fue creado para descartar enfermedades de transmisión sexual que puedan transmitirse congénitamente, es decir, de la madre a sus hijos y para tomar medidas en relación a los casos”, esboza, mientras recoge una de las muestras de sangre.

Este proyecto es uno de los programas desarrollados por el Sistema Nacional ITS/SIDA que ella dirige en el estado Delta Amacuro y que cuenta entre sus logros más importantes la detención del avance del virus de inmunodeficiencia humana en la zona baja del Delta del Orinoco. “Desde que logramos localizar la enfermedad a principios de 2007 el número de pacientes con vih se ha mantenido, no ha aumentado el número de enfermos y los que necesitan tratamiento han comenzado a

recibirlo”.

La licenciada Matthews afirma que el Programa de ITS/SIDA es uno de los más prósperos en el Estado, y bajo su dirección ha logrado mantener a salvo al estado Delta Amacuro de la proliferación de las enfermedades de transmisión sexual. Ella explica que los proyectos y charlas educativas que se desarrollan desde su despacho han logrado que la incidencia de casos de vih en la región se mantenga a un mismo nivel por semestre, de uno a dos casos aproximadamente, y aclara con el orgullo propio de quien desarrolla una buena labor, que Delta Amacuro se mantiene bajo en las estadísticas en comparación con otros Estados, aunque, según ella, eso también depende de la población porque en lugares como Caracas, la incidencia puede medirse mejor por el número de habitantes de la zona, que por los principios rectores de la estadística como ciencia.

A unas cuantas horas de Guayo una mujer altiva y de buenos modales camina impecablemente vestida de rojo por las calles de uno de los barrios más importantes de Tucupita. Liseta Hernández se desplaza bajo el apabullante sol deltano seguida de un ejército de individuos que se mueven al ritmo de las consignas y de las promesas de convertir al estado Delta Amacuro en un modelo económico bajo los preceptos socialistas. En medio de la movilización, la otrora directora regional de salud, ahora gobernadora del Estado, afirma que el Programa de ITS/SIDA ha logrado controlar la proliferación de las infecciones por vih en el Bajo Delta.

Con un discurso perfectamente estructurado Hernández explica que pese a las dificultades para realizar el diagnóstico de la población guarao, los proyectos desarrollados a través del programa han logrado mantener al margen el avance de la enfermedad a través de los tratamientos adecuados, de las medidas preventivas, de las consultas mensuales con el infectólogo y de la adquisición por parte del Estado de los equipos

necesarios para realizar la carga viral de los pacientes. “La labor más importante del programa y lo que merece más reconocimiento es, sin duda, que los pacientes han sido atendidos no sólo desde el punto de vista médico, sino social, y es en eso que se siguen orientado los esfuerzos”, agrega.

Hernández es la hija menor del doctor Luis Hernández, un médico internista que goza de muy buena reputación en el Estado y que ha hecho una considerable fortuna gracias a su trabajo como médico. Él y su hija menor son los socios mayoritarios del Centro Médico Tucupita C.A (CEMETCA) un centro de salud privado que atiende, aislado de los intereses sociales, a las familias que tengan dinero para pagar los servicios que ofrecen y que era dirigido hasta hace poco por la doctora Hernández mientras ocupaba el cargo en la Secretaria de Salud del estado Delta Amacuro y se debatía entre los preceptos socialistas y el modelo capitalista de la medicina.

De nuevo en el Bajo Delta, en Guayo, al fondo del ambulatorio modesto que comparten los pacientes guarao con los médicos asignados en la zona mientras esperan que finalice la construcción de la nueva estructura moderna y espaciosa, una mujer de cabello liso y oscuro, pies endurecidos y desnudos, y sonrisa tímida, cubierta por un vestido colorido hecho a la medida, amamanta a un infante sentada en la orilla de la camilla de cuero negro que está en una de las habitaciones múltiples. Eulalia Pérez permanece absorta ante los movimientos que se llevan a cabo en la pequeña medicatura, concentrada en que su bebé mejore y observando con recelo la botella de suero que de vez en cuando suelta una gota que entra directamente a su cuerpo por una manguera conectada a su brazo.

Es la segunda vez en menos de dos meses que ella y su pequeño son internados en el centro hospitalario por presentar diarrea crónica. La

primera vez, una muestra de sangre que tomaron del brazo de Eulalia reveló que el Virus de Inmunodeficiencia Humana se había convertido en un residente eterno de su organismo y, aunque le advirtieron que no debía amamantar a su bebé para disminuir el riesgo de transmisión del virus, la sola idea le pareció tan descabellada que prefirió hacer caso omiso de la sugerencia. La falta de orientación acerca de la enfermedad y la ausencia de información adecuada convirtieron al infante en uno de los posibles portadores del vih, y aunque por ahora Eulalia se niegue a que tomen una muestra de sangre de su pequeño, las probabilidades de infección del niño se ven aumentadas a 98% porque nació por parto natural y fue amamantado por su madre

Nadie se encargó de decirle a Eulalia que existe un protocolo médico que dicta los cuidados de rigor a tener en un proceso de parto en el que la madre está infectada por el vih. El *Protocolo para la Profilaxis de la transmisión vertical del vih en obstetricia*, aplicado en Venezuela por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, plantea que siguiendo indicaciones como la de realizar el parto por cesárea, aplicar tratamiento antirretroviral a la madre por un periodo anterior al parto y al neonato durante los primeros meses de nacido y, primordialmente, evitando la lactancia de la madre infectada, la tasa de transmisión se reduce de un 25.8% a un 8%.

Eulalia no figura en las estadísticas del Proyecto Madre de Delta Amacuro que reposan en las carpetas que con recelo sostiene Matthews y las observaciones de su caso no son anotadas en las hojas *membretadas* cuyos espacios vacíos son rellenados cuidadosamente por la licenciada. A pesar de la presencia de Eulalia y su pequeño, silenciosos en la estructura contigua, tan cerca de ella y su séquito de voluntarios, Zenaida Matthews insiste en aclarar que “contamos con la maravillosa suerte de no tener entre nuestros pacientes a ninguna mujer embarazada y por lo tanto a ningún niño en periodo de lactancia”. La presencia de Eulalia

aparece como un fantasma que se empeña en opacar la buena labor del Proyecto Madre, y en desmentir la afirmación de Matthews que no escatima al asegurar con tono altivo que en Guayo no han aumentado los casos de vih desde 2007.

Por otra parte, las estadísticas emanadas de la Dirección de Epidemiología del estado Delta Amacuro, proporcionadas por el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual/SIDA y que corresponden al segundo trimestre del año 2008, reflejan un aumento en el número de casos de vih. Según el documento, en el período comprendido entre abril y junio 16 nuevos enfermos con el Virus de Inmunodeficiencia pasaron a integrar la lista de pacientes del Programa de ITS/SIDA, todos ellos con edades que varían de los 12 a los 40 años o más, y habitantes de los caños del Bajo Delta. También, el consolidado para los trimestres I y II, emanado de la misma oficina, muestra un aumento en ese mismo año 2008, en todo el Estado, de 13 y 15 casos respectivamente, para un total de 28 pacientes nuevos con vih en la región.

En Tucupita, desde la oficina modesta que alberga a la dirección del Colegio de Médicos del estado Delta Amacuro un cuerpo delgado de mediana estatura se oculta detrás de un alto escritorio ubicado en una de las oficinas. Bajo un traje amarillo brillante, monocromáticamente combinado con zapatos de plataforma y un cintillo llamativo, Mar Medina demuestra con cada palabra su incesante ímpetu y su poca disposición a permanecer inerte ante lo que sucede a su alrededor. Habla siempre con fuerza, descubriéndose detrás de cada frase su origen maracucho, aunque no tarda en aclarar: “Yo soy deltana de corazón porque aquí pertenezco desde hace más de 30 años”.

Medina, médico sanitarista y venereólogo, ocupó la coordinación del Programa ITS/SIDA de Delta Amacuro hasta 2007 y desde entonces se

ha convertido en una acérrima luchadora por demostrar lo que para ella es la verdad de los casos de vih y sida en el Bajo Delta del Orinoco. En disonancia con lo expresado por Matthews, Medina afirma con vehemencia que la detención en el aumento de los casos de vih en el Bajo Delta no se debe a la buena gestión de las autoridades en materia de salud del gobierno regional, sino más bien a la poca investigación y seguimiento que han hecho a los casos.

Explica que actualmente se dice que por cada caso de vih se presume que existen cinco casos más y asegura que la forma como fueron obtenidas las muestras —aleatoriamente— impide negar de antemano que el número de enfermos de vih y sida no es mayor, además asegura que estos no son los primeros casos de en Guayo. “Ha habido muertes por sida en esa comunidad, pero se han producido en el Hospital “Luis Razzeti” y por eso es que no aparecen en las estadísticas del municipio”, dice. Este detalle no sólo sirve de antecedente para el historial de infecciones, además demuestra la poca confiabilidad de las cifras oficiales. Medina remata: “Aquí en Delta Amacuro la gente se muere de todo menos de sida porque la gente no quiere que digan que un familiar se murió de esa enfermedad”. Para evitar la vergüenza familiar basta con cambiar los registros forenses.

La mujer explica que antes de su salida del programa habían desarrollado un proyecto que consistía en el traslado, por un período largo de tiempo, de una comisión que se encargaría de recorrer todo el municipio para hacer el despistaje. “Había que ir hasta Guayo a trabajar, buscar. Había que hacer un seguimiento primeramente, buscar en todas las familias de cada infectado si tenían hijos, si los hijos anteriores estaban infectados, cuántas parejas habían tenido, hacer ese seguimiento para poder cortar la cadena”, dice.

Medina ha utilizado todos los medios a su disposición para divulgar la

información sobre la problemática de la proliferación de las enfermedades de transmisión sexual en el Estado, específicamente el sida que, según ella, es ocultada por intereses meramente políticos. A pesar de los problemas que le ha traído a la marabina la denuncia de los casos, no ha cambiado sus acusaciones. Recibe una llamada, es la hora de usar el verbo irritante desde la tribuna de Radio Tucupita, la emisora más escuchada en la ciudad.

\_o\_o\_o\_

Las noches en Guayo parecen más largas y más negras que en cualquier otro lugar. La escasez de gasoil para alimentar las plantas eléctricas domésticas obliga a racionar el consumo de energía hasta lo exclusivamente necesario. En una de esas veladas oscuras e interminables fue que dos jóvenes decidieron escurrirse del escrutinio propio de las viviendas multifamiliares. Ya el muchacho había planeado una velada de sexo fugaz aderezado con el placer de lo impropio y tranzado un negocio con un amigo para ocupar por los minutos que le permita el cuerpo un chinchorro en su casa, escondido tras una sábana y mimetizado con la velocidad del deseo y la espesura de la noche.

Tanto él como ella han escuchado antes que deben esperar a ser mayores para consumir un encuentro de ese tipo, pero igual que para cualquier otro adolescente de hormonas alebrestadas, esas palabras les parecieron demasiado lejanas ante la cercanía de los cuerpos y la oportunidad gozosa de sentir el calor ajeno en el cuerpo propio. Sólo el deseo ocupaba sus mentes cuando escaparon de sus moradas y volaron en una carrera fugaz por la fila de tablones asimétricos que conforman la caminería a un costado de los palafitos.

No necesitaron mucho tiempo una vez que habían alcanzado su destino para reconocer su lecho, escabullirse entre cuerpos dormidos y cachivaches amontonados y dar comienzo a la fricción de la piel. Ella compartía los momentos electrizantes con reproches moralistas mientras él se entregaba a la hipnosis del éxtasis y sembraba el gustillo que le embargaría horas después cuando divulgara su hazaña a un grupo de amigos. Tras los minutos que puede soportar el temblor de la pelvis y un estallido fugaz que les tiembla los músculos los amantes vuelven a la realidad, al silencio y la vergüenza.

Este caso es, desde toda perspectiva, una excepción a la regla. La vida sexual de los guarao suele desarrollarse fuera de La Ranchería cuando la pareja va a sacar ocumo del conuco. Olivier Allard, antropólogo francés, condensa en una frase sencilla, empapada del acento galo, una realidad entre el erotismo de los habitantes de la tribu: "Se habla mucho más de lo que se hace". Explica que en sus conversaciones con los muchachos jóvenes siempre se abordaba el tema de una manera general, pero a la hora de compartir las experiencias personales eran pocos los que querían narrar con detalle sus encuentros, si es que habían tenido alguno.

Está claro que las oportunidades no sobran en un mundo en el que el concepto de privacidad se vuelve mucho más complejo, "se puede ver todo y más aún se escucha todo", dice Allard, así que cualquier tipo de escaramuza que le otorgue a una pareja de amantes las condiciones propias para su encuentro parece justificada. Aún así han logrado agrandar la cadena de infecciones por vih en la comunidad, lo que significa la existencia de factores de riesgo que van desde la promiscuidad hasta la lactancia materna por parte de mujeres contagiadas con el virus.

*Tirawina*, que se traduce al castellano como "casi mujer", es la etiqueta con la que vive un grupo de hombres guarao de tradicional existencia

entre su cultura y que optó por el travestismo como forma de vida. Guillermo Lerín, es uno de los jóvenes que cada mañana disfraz su cuerpo tratando, con poco éxito, de construir redondeces con las que no nació. A sus 24 años mantiene una figura sumamente delgada y una cabellera que cuelga hasta más abajo de los hombros y que normalmente amarra con una cola.

Allard, que ha convivido por periodos de tiempo considerables en los diferentes caseríos que se localizan a orillas del Bajo Delta, explica que no en todas las comunidades se les otorga el mismo respeto a los *tirawina* y que Guayo es uno de los lugares donde reciben menos discriminación. De hecho, a Guillermo se le puede ver todas las tardes jugando vóleybol en la cancha improvisada al lado de la construcción que sirve de colegio, junto a otros cinco muchachos robustos, con sus bermudas bien ajustados que contrastan de manera radical con ese cuerpo lánguido de actitud serena pero maneras exageradas.

En otras localidades existe cierto nivel de censura hacia la condición del travestismo y, especialmente, al resto de los hombres que entablen contacto sexual con ellos, se dice que es malo. Sin embargo, la crítica está marcada por la rigidez de la practicidad, no se utilizan juicios morales para condenar a los *tirawina*, la negatividad hacia el contacto sexual entre hombres viene más marcada por la condición escatológica propia del sexo anal, pero no parecen faltar los que obvian por unos minutos el asco que les produce inundar su cuerpo con las miserias de Guillermo a cambio de un orgasmo bien resuelto.

El muchacho que se pasea cómodamente entre sus vecinos y contonea sus caderas con un vaivén pronunciado no escatima en ademanes provocativos hacia el resto de los hombres. Casi todos los comentarios que se oyen sobre él apuntan hacia su agresividad sexual y sus gestos insistentes. Cuando se fija en alguno de los otros nativos o de los muchos

visitantes extranjeros que se pueden conseguir en el caños su fijación se manifiesta con insistencia y hasta los límites grotescos de acercarse sin pantalones hasta su objeto de deseo para sentarse en sus piernas o promover ocasiones para poder tocarle los genitales.

En otros casos Guillermo consigue lo que busca sin tanto alboroto. Muchos hombres, sobre todo los mayores, aceptan sin tapujos sus encuentros con Guillermo o algún otro de los *tirawina* que viven en Guayo. Quizás por eso la casa en la que conviven todos juntos se ha convertido en una especie de sala de juegos, en la que el desenfreno puede sentirse en el ambiente. Allí organizan los cotidianos juegos de bingo durante las tardes mientras beben mucha cerveza y aprovechan para invitar a Guillermo o sus amigos a un paseo por los rincones más inhóspitos del conuco.

Un público seguro de amantes para Guillermo reside en los hombres cuya esposa se encuentra en periodo menstruante. Durante el tiempo que dure el flujo de sangre la mujer es aislada en una construcción especial anexa a la vivienda principal y se les restringe cualquier tipo de visita además de toda clase de contacto con el río, su condición de impureza la vuelve no apta para compartir el mismo espacio que sus congéneres, lo que deja al marido en una situación de aprieto que lo empuja a buscar a los *tirawina* para satisfacer sus ansias.

Todos los travestis de Guayo son solteros y están infectados con vih, pero además de que se rehúsan a tomar el tratamiento que comúnmente se les entrega en el ambulatorio, se resisten a usar cualquier método de prevención. Yajaira Segovia, directora de salud del municipio Antonio Díaz, explica que en este caso ellos incurren en un importante factor de riesgo por su promiscuidad, además de que mantienen contacto con hombres que a su vez tienen familia y una pareja estable lo que va aumentando la cadena de infectados y, en muchos casos, los mismos

*tirawinas*, tienen encuentros con mujeres.

Segovia se encuentra de manos atadas ante ciertas características naturales de sus pacientes: "¿Le decimos al señor que no tenga relaciones sexuales? ¿Que use preservativo? la otra vez le hablé a uno de ellos sobre el preservativo y me contestaron que qué es eso. Para el guarao la relación sexual es una cosa natural y sencilla, para ellos eso no es un problema y decirles que hay una enfermedad que se transmite de esa forma es una cosa que automáticamente se rechaza porque eso ha sido lo único con lo que nunca han tenido problemas".

Guillermo parece encajar de manera exacta en esta descripción. Cuando ve a uno de sus compañeros morir puede fácilmente achacárselo a la diarrea o la tuberculosis que son las principales enfermedades oportunistas del sida en la región y que también cobran vidas de pacientes no infectados por el virus, así que la existencia de un mal adicional tan etéreo como el sida resulta algo demasiado abstracto para estarse preocupando por ello.

En las tardes en las que Guillermo atiende con sus favores tan especiales a hombres y mujeres por igual, en aquellas noches en las que es imposible evitar lo que seguramente ocurre en una casa habitada por tres homosexuales varones definidos por su agresividad sexual, en esos viajes eventuales a San Félix en los que se libera de manera definitiva de cualquier prejuicio y de la mirada de todos los que ya lo conocen; en todas esas ocasiones él encuentra el placer en el tacto certero de la carne, sin barreras que estorben y dificulten el proceso, sin complicaciones que parecen tan innecesarias ante lo natural del placer.

Como Guillermo, cientos de vidas pasean por sus bemoles naturales a orillas del río, a veces rompen con su actitud pasiva y su mirada desorbitada para estallar en carcajadas sonoras o derramar mares de llanto y alaridos desgarradores, a veces se dejan el cuero de los pies

andando descalzos entre el conuco buscando lo que sea para resolver el hambre, a veces se pierden entre las imágenes de su televisor de plasma traído desde Tucupita que proyecta las patadas mortales de Jackie Chan. Pero cuando el placer que encuentran les nace desde la fibra más recóndita de su ser también se entregan a él sin tapujos.

Mientras todo esto ocurre, las aguas calladas del río transportan con lentitud exhaustiva las *curiaras*, que en la punta trasera traen un motor envuelto en una franela hasta cubrirlo completamente, con el condón sustituyendo la membrana del carburador, uno de esos preservativos que Matthews tanto se ha empeñado en llevarles, pero que, aún así, ellos no han aprendido a usar. Según explican, el material resulta ideal para poner a carburar el motor, lo que dentro de sus mentes prácticas y de una lógica letal es un fin mucho más útil que aquel para el que fueron creados.

\_o\_o\_o\_

Gilberto sube a la embarcación del *maraiza* Helio que viaja de Guayo a Tucupita para abastecerse de combustible. En el pequeño bote de madera cubierto de un tono azul claro ya desgastado por los efectos del agua, sólo hay espacio para dos pasajeros más, aparte de los hijos del lancharo. En el extremo de la *curiara* otro hombre posa su cuerpo extenuado mientras escupe en el río los restos del esputo que desde hace más de un mes es el causante de las conversaciones entrecortadas y de los jadeos incesantes del artesano de Guayo. Junto a él, Silverio, vestido con pantalón de lino y camisa a cuadros, recoge del suelo un largo trozo de plástico para protegerse de las perversidades del clima y de los salpicones de agua de río durante el trayecto de nueve horas. Comparte el cobertor de plástico con Gilberto, que más que una precaución

considerada a sus pulmones, cuida del agua las obras de arte de madera balsa que ofrecerá en venta en Tucupita para ganar algún dinero que le permita subsistir el tiempo que duren las consultas.

Además del virus que se replica cada segundo en su organismo, Gilberto es uno de los pacientes de tuberculosis en el Bajo Delta. Adicional a los retrovirales, adereza su coctel de fármacos con un medicamento de nombre desconocido que intenta combatir la tos y el esputo que se desarrollan en su organismo. La tuberculosis en Guayo es, como la diarrea, una enfermedad primaria de la etnia guarao, razón que ha dificultado su clasificación como enfermedad oportunista del vih, dice Mauricio Gutiérrez, director de la organización no gubernamental Acción Solidaria.

La enfermedad ataca por igual a los portadores del virus y al resto de los habitantes que como Victorio Rangel, paciente del programa de tuberculosis, se desplazan por las inmediaciones del Orinoco extenuados, expulsando la flema amarillenta y luchando contra la tos inclemente que intenta robarles la energía. Victorio no es portador de vih, pero presenta los mismos síntomas que Gilberto. Tal situación causa confusión en los habitantes del caño y en la manera como es apreciado el virus dentro de la comunidad. Todos los años los habitantes de Guayo observan como la tuberculosis ataca al menos a 4 de cada 10 de sus congéneres, portadores y no portadores por igual.

Ángela Ceglia, médico internista y ex directora del postgrado de medicina interna de la Universidad Central de Venezuela (UCV), define la tuberculosis como una enfermedad respiratoria, altamente infecciosa que se desarrolla mayormente en países en vías de desarrollo. “La razón por la que son estos países los más expuestos es la pobreza y la ausencia de un tratamiento supervisado. Como el tratamiento de la enfermedad dura aproximadamente seis meses muchos pacientes sin supervisión tienden a

abandonarlo ante el menor atisbo de mejoría“. Ceglia agrega que la enfermedad es causada por la bacteria *Bacilo de Koch* que entra en el organismo a través de las vías respiratorias, provoca una reacción inflamatoria y es tragada por los macrófagos de los pulmones; y recalca que los seropositivos y las personas más cercanas a un paciente de tuberculosis tienen más riesgo de contraer la enfermedad.

Por su parte, un estudio realizado por la Unidad de Tuberculosis Experimental del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona descubrió que el bacilo de la tuberculosis se esconde en el organismo utilizando a unas células inmunitarias denominadas macrófagos espumosos como reservorio. El descubrimiento permitió saber las razones por las que el bacilo de la tuberculosis puede mantenerse latente en el organismo y reactivarse al cabo de unos años.

La característica escurridiza del bacilo causante de la tuberculosis y la alta incidencia de casos de la enfermedad en el Guayo dificultan para los guarao la comprensión de la enfermedad oportunista del virus de inmunodeficiencia. Así el vih se transforma en un enemigo silencioso que no se manifiesta en el organismo y, por lo tanto, carece de toda importancia para los guarao que no encuentran explicación para definir cuál es el *Hebu* que se ha adueñado de su cuerpo y que los vuelve sensibles de contraer cualquiera de las enfermedades que pululan en el ambiente de Guayo. “Me dijeron que estoy enfermo, pero será por dentro, bien adentro, porque yo por fuera no tengo nada”, esboza dubitativo Silverio para darle una explicación a la enfermedad.

“Yo y él estamos enfermos de lo mismo. Y él también y Marcelo también”, apunta Gilberto sin la menor duda y agrega: “Todos tenemos la misma enfermedad que la Cruz Roja me dijo que yo tenía, a todos Amilcar nos da las mismas pastillas”, concluye, haciendo referencia al tratamiento suministrado todos los días para la tuberculosis. El resto de los acusados

no son seropositivos, sólo pacientes del programa de tuberculosis, igual que él.

Después de nueve horas de viaje Gilberto y Silverio siguen en la *curiara* azul de Helio, mientras se acercan a su destino ellos divisan a lo lejos el sin fin de lanchas estacionadas a la orilla del Puerto de Volcán y escuchan los sonidos que, desde ese pedazo de tierra, reciben en la ciudad a los habitantes de la zona baja del Orinoco. Recostado en un chinchorro de moriche los dos viajeros recién llegados consiguen a Guillermo que desde hace tres días está en Tucupita esperando al resto de los guarao que como él viajan a la capital del Estado para su consulta quincenal con el infectólogo. Desde el espacio techado que le sirve de guarida Guillermo hace una seña con la mano y avisa a sus recién llegados compañeros que ya está listo para la cita, mientras reserva un espacio que sirva para albergarlos durante el tiempo que dure su estadía en la ciudad.

Volcán, el puerto más próximo a Tucupita, sirve de albergue a la enorme cantidad de indígenas que se desplazan diariamente hacia la capital deltana bien sea para asistir a consultas médicas, proveerse de combustible o cobrar sus respectivas remuneraciones por algún trabajo en el caño. Hacinados en un espacio techado justo al lado de una sede de la Guardia Nacional, los visitantes del municipio Antonio Díaz comparten conversaciones, bebidas, parrandas y hasta algún negocio que sirva para apaciguar su estadía en la capital durante el tiempo que duren las diligencias. En ese lugar, indígenas de todos los lugares del Bajo Delta llevarán por algún tiempo una vida en común que se desvanecerá con el regreso a sus respectivos hogares.

El encuentro sólo será retomado en una ocasión futura que los obligue a toparse casualmente en el puerto que guardará en común el recuerdo de los momentos compartidos. Por ahora, Gilberto, Silverio y Guillermo

comparten con Helio y con otros indígenas de Naba Sanuka y Usido, comunidades del Bajo Delta cercanas a Guayo, su pequeño espacio, mientras espantan de su morada improvisada las moscas que persiguen afanosamente los desechos depositados a su lado y que conforman una montaña de dimensiones incalculables junto a sus chinchorros

Gladymar Pérez, la médico rural que sucedió a Oriana Contreras en 2007, explica que la situación de hacinamiento en la que viven los indígenas en Volcán durante sus visitas a Tucupita convierte al lugar en un posible foco de transmisión y contagio del vih. La forma en la que conviven los guarao —hacinados en viviendas de pequeñas dimensiones— dificulta el control en la transmisión de enfermedades de contacto como la tuberculosis o el vih. La convivencia en comunas es una práctica que los guarao van extendiendo a todos los espacios donde establecen su hogar por algún periodo de tiempo; por eso es que ahora los tres vecinos de La Ranchería, junto a otros compañeros, comparten los alrededores del puerto de Volcán, delimitando el espacio propio tan sólo con los chinchorros y con sus cuerpos.

También Zenaida Matthews utiliza el argumento de las costumbres guarao para apoyar la tesis que, desde la dirección del Programa de ITS/SIDA en el estado Delta Amacuro, sostiene que la promiscuidad y la convivencia en pequeños espacios propias de los hábitos tradicionales de los hombres del agua han reducido considerablemente los esfuerzos hechos desde la dirección del programa para frenar el avance del virus de inmunodeficiencia. “El trato diferente que deben recibir los guarao por su cultura ha hecho que las medidas preventivas se vean minimizadas”, alega.

Luego de establecer su morada en el puerto, Gilberto, junto a sus otros amigos, se abre paso entre la gente en Volcán para llegar a la carretera de tierra que conduce directamente a la calle principal de Tucupita, la

única vía por la que pueden entrar los visitantes de la ciudad que intentan acceder por tierra y que los recibe con una valla de grandes dimensiones que después de un halago a la gestión municipal y regional dice en letras grandes: “Bienvenidos a Tucupita, la sultana del Mánamo”. Tras ese ornamento en la entrada del lugar que lo reviste con las bondades de un próspero reinado, los rostros de la miseria indígena suben, después de varias horas de espera, a un vehículo con batea cuyo conductor accede, sin exigir intercambio en metálico, a trasladarlos hasta el centro de Tucupita. Desde allí los tres *maraisas* tendrán que buscar algún medio de transporte que por un precio moderado los traslade a las adyacencias avenida Perimetral sede del sanatorio más importante del Estado o, en su defecto, deberán caminar algunos kilómetros para asistir a la consulta pautada.

No existe un sistema de transporte público para desplazarse entre las fronteras de la capital deltana, situación que ha obligado a los ciudadanos sin vehículo a depender exclusivamente de las líneas de taxi que abundan en la zona. Gilberto, Silverio y Guillermo deciden caminar hasta el hospital, entre los tres no reúnen el dinero suficiente para pagar un vehículo privado.

Después de varios minutos de caminata bajo el sol de Tucupita, llegan a la enorme estructura azul que sirve de sede al único centro de salud público en el Estado. Dos puertas de vidrio amplias, enarboladas por unas enormes letras doradas que indican el nombre del hospital, dan la bienvenida a los habitantes de Delta Amacuro al recinto de salud recientemente remodelado y ampliado para garantizar la atención de todos los deltanos. El Hospital General “Dr. Luis Razetti” ocupa un terreno de una hectárea, aproximadamente, compartidas por varios espacios de estacionamiento, amplias áreas verdes y edificaciones de un piso donde, disgregadas alrededor del terreno, se localizan todas las áreas que conforman el hospital.

Al lado de la emergencia un letrero indica la ubicación del área de infectología del Luis Razzetti. Es allí donde los tres indígenas, junto al resto de los pacientes de vih/sida en el estado Delta Amacuro, asisten todas las quincenas para que el médico haga el conteo de linfocitos que sirve para determinar la situación del virus en su organismo. La ausencia de médicos especializados en el área de infectología ha obligado, tal y como aparece reflejado en el informe trimestral entregado por el Programa VIH/SIDA a la dirección de epidemiología, a solicitar los servicios del infectólogo de la ciudad de Maturín, referido en el documento como Dr. Brito, quién a su vez es el único infectólogo del estado Monagas y, según el testimonio de Mauricio Gutiérrez, director de la organización no gubernamental Acción Solidaria, el único disponible para la atención de los pacientes por vih y sida en el estado Bolívar. Los servicios del doctor Brito son remunerados directamente por la Dirección Regional de Salud, y en el hospital, el galeno debe atender a más de 20 pacientes por día y realizarles el reporte que les permita recibir los antirretrovirales. La licenciada Matthews explica que la atención de los pacientes que vienen del Bajo Delta y de otras zonas lejanas a la capital deltana es responsabilidad del Programa ITS/SIDA y afirma que son ellos los encargados de brindarles alimento y vivienda durante el tiempo que deban permanecer en Tucupita.

Sin embargo la consulta del día de hoy ha terminado para los *maraisas* de Guayo y deben repetir el viaje de regreso a Volcán para reposar de la agotadora jornada. Sólo tienen un sándwich y un jugo en el estómago, y poco dinero para satisfacer el hambre. Guillermo no está conforme con la atención que recibe, no le encuentra sentido a los viajes quincenales a Tucupita para tratarse una enfermedad que no comprende; esta será la última vez que asista a las consultas.

\_o\_o\_o\_

Este miércoles será el día más caluroso de 2008 según los reportes climáticos. Los miembros de la subcomisión de salud de la Comisión de Desarrollo Social de la Asamblea Nacional venezolana van llegando uno a uno a la reunión semanal vestidos con sus sacos y corbatas elegantes, con sus vestidos de oficina, cargando portafolios sobrios de cuero negro que guardan en su interior las propuestas que el día de hoy harán sobre la situación precaria de los hospitales venezolanos.

La diputada Loa Tamaroni aguarda en una de las sillas de la mesa redonda donde se iniciará la discusión. Ella es miembro de la comisión y una de las más preocupadas por la salud de los que llama “compatriotas bolivarianos”. La sala con un aire acondicionado muy frío, recicla el perfume fortísimo que esta mujer esparció esta mañana sobre su vestido azul. Está impaciente, la discusión no comienza y hoy es un día largo puesto que se crearán las comisiones especiales. “Cuando hay problemas exclusivos se crean subcomisiones especiales para buscarle solución a esos problemas lo más rápido que se pueda. Hoy vamos a hacer una comisión para solucionar los problemas de los hospitales venezolanos”.

Mientras espera que el resto de sus compañeros den inicio a la sesión ordinaria la diputada llama a su secretaria, “Matilde, pásame uno de los folletitos esos que repartimos en estos días en la calle”. Al leer el papel comienza a explicar el funcionamiento de la Comisión a la que forma parte. “Esta comisión se encarga de todo lo referente a seguridad social, problemas laborales, drogas y salud, de la normativa legal de esos cuatro puntos”. Tamaroni, comenta la importancia de la Comisión para darle cumplimiento a los principios socialistas del actual gobierno nacional. Habla sobre valores anteriormente mencionados en los predios del sector público como la justicia social de los trabajadores y su derecho a gozar de

todos los beneficios laborales; sobre la importancia de crear mesas especiales de prevención en los estados fronterizos para evitar que los jóvenes venezolanos se vuelvan consumidores de drogas; menciona la situación de los hospitales y remata afirmando que la salud es un “derecho fundamental”

Pese a su enorme preocupación por la situación de la salud de los venezolanos, la diputada por el estado Delta Amacuro no hace referencia a la situación del Bajo Delta del Orinoco. La condición de salud de los guarao no es un tema en agenda en la reunión de la Comisión de Desarrollo Social y mucho menos un motivo lo suficientemente excepcional como para requerir de la creación de una comisión especial. Los indígenas de Guayo en el municipio Antonio Díaz, los que mueren de diarrea y sufren los embates de la tuberculosis, los que padecen de hipertensión y diabetes, no aparecen como prioridad dentro de la discusión de los assembleístas dispuestos a mejorar la salud en toda Venezuela. “Desde las instituciones del Estado el trato hacia el caso de los indígenas ha sido menospreciado”, indica Mar Medina, antigua directora del Programa ITS/SIDA de Delta Amacuro, “y cuando se trata de enfermedades graves peor aún, ese ha sido el caso del vih, que ha sido ignorado casi completamente”.

Dentro de las enfermedades que la diputada Tamaroni menciona como urgentes no aparecen los 22 casos de vih de los hombres del agua que habitan las zonas aledañas de la ciudad de Tucupita en Delta Amacuro, el lugar donde Tamaroni resultó elegida con la esperanza de llevar los requerimientos de los deltanos hasta las discusiones diarias de la Asamblea Nacional. Después de varios silencios que se hacen incómodos, Loa Tamaroni decide, como si fuese un secreto sumarial, hablar con cierto recelo sobre los casos de vih en el Bajo Delta y sus repercusiones inmediatas.

Comienza narrando la situación de los 15 casos de VIH encontrados por la Cruz Roja hace aproximadamente un año y explica la situación en Antonio Díaz con un discurso similar al anterior, cuando hablaba de todo lo que, desde la comisión que integra, se realiza en beneficio de los venezolanos. Tamaroni explica que las autoridades del Estado están suministrando tratamiento y haciendo jornadas de prevención. “Aunque es un poco preocupante la situación, aún no se crea una comisión de la Asamblea porque controlar a los indígenas es difícil por sus características y su forma de vida”, agrega.

El tema de los indígenas no está en la agenda pese a que el número de infectados aumentó en menos de un año de 15 a 22. Ellos siguen siendo “una cultura diferente a la criolla, que requiere tratamientos de otro tipo”. Siguen siendo los habitantes amparados sólo por el Orinoco. Antes de partir la diputada agrega: “Bueno, hay que ver cuántos de esos casos son falsos porque el reactivo que usó la Cruz Roja es de mala calidad”. El día caluroso sigue, los indígenas continúan creyendo en los espíritus del agua, ya todo está más tranquilo: los reactivos mintieron.

-°-°-°-

Empieza a correr el año 2007 y varios indígenas se aglomeran frente al Centro de Atención Integral (CAI) II de Guayo. Acompañan a una figura cubierta con un plástico amarillo, un pasamontañas y lentes de sol hasta el final del muelle donde el bote que sirve de ambulancia en el lugar espera por ella. Mientras camina por la estructura de madera la mujer de figura delgada y sosegada voz va dando las últimas instrucciones a los *maraiza* que tienen algún tratamiento médico pendiente, y va animando a otros a continuar visitando la medicatura a tiempo, antes de que los

síntomas sean irreversibles. Mientras sube a la embarcación los guarao le expresan sus mejores deseos y algunos hablan con preocupación sobre la ausencia de un médico en Guayo. Es el último día en la rural de Oriana Contreras y por ahora no hay ningún otro estudiante de medicina asignado al cargo de encargado del centro de salud.

Mientras realizaba las consultas diarias en el caño, y observaba los cuadros clínicos de los pacientes de Guayo y las zonas aledañas, la idea de extender su estadía en el Bajo Delta comenzó a tomar fuerza. Amparada en el buen trato que recibió de los indígenas y en su afán de ejercer su nueva profesión con los más nobles fines, estudió la posibilidad de permanecer un año más alejada del ruido de las ciudades e investigando las enfermedades que afectan a los aborígenes deltanos. Aunque el gobierno de la región le ofreció en varias oportunidades prolongar su estadía, su experiencia con ellos no había sido positiva, no habían cumplido sus promesas y se habían tomado la molestia de alardear mucho de ellas.

Fue en ese momento cuando recibió la propuesta de un proyecto que ya desde hace tres años ejecutaba la Cruz Roja en el Bajo Delta; la oferta era que por un periodo de aproximadamente un año Contreras aceptara dirigir el proyecto y continuar realizando todos los despistajes de enfermedades en la zona, evaluando sus causas y sus consecuencias. Esa mañana mientras partía de Guayo sabía que no sería para siempre. En poco menos de un mes volvería a las caminerías a compartir con la misma gente y a continuar con el trabajo que venía haciendo, y aunque esta vez no fuese el médico de guardia, seguiría hurgando en el mundo de las enfermedades guarao que tan apasionantes le parecían. Así que se despidió sin decir nada, recibió algunos obsequios y recuerdos y vio desde la embarcación en el medio del río a los indígenas que aún continuaban batiendo las manos, despidiéndose para siempre de ella.

En menos de un mes Oriana Contreras iba de regreso a las inmediaciones de la zona baja del delta del Orinoco. Acompañada de un grupo de voluntarios venezolanos y extranjeros, Contreras iniciaba el plan elaborado por la Cruz Roja Internacional en conjunto con la Unión Europea cuyo fin principal era el de tratar la mayor cantidad de padecimientos que se desarrollaran en el Bajo Delta, atacarlos y elaborar las medidas preventivas necesarias para evitar que siguieran apareciendo los mismos brotes. Esta vez las consultas serían a domicilio, tendría que ir a la casa de los *marazas* a buscar las enfermedades o a realizar despistajes en todas las comunidades; su lugar de trabajo sería otro, más alejado del caño.

En frente del caño de San Francisco una estructura modesta de color verde claro, soportada sobre troncos de madera, era el sitio que servía de sede a la Cruz Roja Internacional en la misión del Delta del Orinoco, fue allí donde Contreras desembarcó en septiembre de 2007 dispuesta a descubrir nuevas enfermedades y a generar tratamientos, y contenta de reencontrarse nuevamente con los guarao de Guayo que habían sido sus pacientes frecuentes y con los que había compartido buenos ratos mientras hacía la rural.

El nuevo trabajo de Contreras no sería tan sencillo. Pese a los permisos obtenidos desde hace más de un año por la organización internacional, se enfrentaría a varios problemas con las autoridades de Delta Amacuro. Por otra parte, encontraría renuencia y poca aceptación en otras zonas incluidas en el proyecto de la Cruz Roja que no pertenecían al área que atendía como médico rural; y, además de todo, la profundización en la búsqueda de enfermedades asociadas a casos graves que examinó mientras era médico de Guayo, como la presencia de dos casos de Virus de Papiloma Humano (VPH) en estado tan avanzado que ya se habían convertido en carcinomas, y el descubrimiento de algunos casos de VDRL o sífilis, traería como consecuencia su desacreditación médica en la zona

por parte de las autoridades de la Dirección de Salud del estado Delta Amacuro.

\_o\_o\_o\_

Cotiza es una barriada popular en Caracas con pocos rasgos que la distingan de cualquier otra zona marginal de la ciudad. Sus carreteras son estrechas y en constante remozamiento. A ambos costados de la vía se alzan babélicos enjambres de viviendas improvisadas, bodegas con estantes vacíos entre los que se asoman rostros impregnados de tedio y una sala de acceso a internet en la que una camarilla de adolescentes exhibe pómulos de color canela que sostienen lentes de sol con montura blanca de pasta a plena luz del día y golpean con frenesí las teclas del computador mientras vociferan frases apenas comprensibles si se separan las palabras coherentes de los cáusticos improprios y los mejicanismos heredados de las telenovelas del mediodía.

Al adentrarse por las contaminadas arterias del barrio se descubre la sede del Hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez de Caracas. En el segundo piso de la unidad de oftalmología está de guardia Oriana Contreras. Su posgrado en medicina interna le obliga a rotar por todas las especialidades de la medicina para adquirir experiencia en las distintas disciplinas. Para brindarle esa oportunidad tres sexagenarias en fila desde las puertas del ascensor, con los muslos cubiertos hasta el nacimiento de la rodilla con lycras de colores cítricos, se turnan en periodos de menos de cinco minutos para preguntar con cara de molestia y tono bastante desesperado cuándo les tocará su turno y qué doctor las va atender esta vez.

Después de liderar por diez meses el proyecto que pretendía aplicar los despistajes de distintas enfermedades entre los habitantes del Bajo Delta decidió que era el momento de volver a Caracas, que aquellos párvulos del color del café con leche constantemente expuestos a las balas perdidas y la precariedad sanitaria de los barrios capitalinos también podrían requerir de sus servicios. Al ser admitida en el posgrado comenzó su peregrinaje voluntario por los centros de salud y se olvidó de una historia que todavía la llena de decepción y le evoca recuerdos agridulces. Sin embargo, en su voz no se deja colar ni un ápice de arrepentimiento si se pide que describa su experiencia en los caños deltanos.

"Todos los años hay una serie de patologías que siempre se registran por las condiciones del medio y eso no es desde ahorita, desde hace toda la vida y las diferentes autoridades están al tanto de esa información y no se ha diseñado ningún programa efectivo y eficaz como para combatirlo". Contreras explica el ciclo normal de la situación sanitaria en el Bajo Delta de la siguiente manera: llega la temporada de lluvias, comienzan las diarreas, aumentan los índices de mortalidad de determinadas patologías y las autoridades regionales, teniendo tanto tiempo sabiendo el problema, se hacen la vista gorda para evitar que información de ese tipo se filtre hasta la capital, desde donde constantemente adjudican recursos y presupuestos. En el último periodo que pasó en el sector sufrió una última decepción, la negligencia con la que se trató el descubrimiento de las de personas infectadas con vih y el desinterés de los responsables por trabajar en el caso.

El primer año que Contreras estuvo entre las costas de Guayo fue en su periodo rural obligatorio. El año siguiente decidió prolongar su estadía y coordinar un proyecto con la Cruz Roja. Al final del programa propuso hacer un despistaje de enfermedades de transmisión sexual en el que buscaba generar cierta conciencia sobre aspectos como la prevención y la importancia del tratamiento.

–¿Oriana, a qué hora vas a venir mañana?– un par de ojos inmensos y almendrados se asoman tras la puerta, su dueña muestra un par de zapatos de tacón alto debajo de su pantalón de lino y no puede esconder sus deseos de dar por culminada la jornada de trabajo

–Como a las seis y cuarto, bueno, entre seis y cuarto y seis y media – retoma a la historia con total ingravidez y los ojos de la interlocutora se abren más que nunca antes de desaparecer. Explica que durante su año como rural hacía jornadas de citología y muchos exámenes reaccionaban al Virus de Papiloma Humano (VPH) y sífilis así que propuso el despistaje a los entes competentes pero le negaron los recursos esgrimiendo que ya habían efectuado operativos similares. Pero la doctora no quedó satisfecha con la respuesta, ella explica: "Sabemos que estas enfermedades presentan periodos de ventana y tú puedes hacer el despistaje y que te salga negativo pero a los tres meses puede ser positivo el paciente". Sólo tuvo que esperar unos meses para que la Cruz Roja le diera luz verde.

– Mira, pero si quieres ya te puedes ir– los gigantescos ojos almendrados inspeccionan ahora con más desconfianza cualquier reacción de su interlocutora

–Yo me voy en un ratico, hablamos después– una aspiración profunda y regresa a su exposición con la misma ligereza.

Argumenta que la coincidencia de diversos factores de riesgo como la promiscuidad y la ausencia de protección, además de la presencia de otras infecciones de transmisión sexual le hicieron sospechar la presencia del vih. Ella agrega a la lista otro punto que fortalece la conducta riesgosa y es la inexistencia de un concepto sólido de obligaciones familiares debido al hacinamiento: "ahí todo el mundo se acuesta con todo el mundo. Recuerdo una oportunidad en la que, todavía en el periodo en el que hacía mi rural, atendí a una mujer que estaba en

proceso de parto y cuando le pedí los detalles del padre para llenar las partidas de nacido vivo me contestó que no sabía quién era porque una noche, después de haber bebido, estuvo con varios hombres y no podía identificar cuál sería el padre".

A pesar de la buena voluntad de la Cruz Roja, los trámites burocráticos también afectaron el desarrollo del despistaje. Los recursos debían ser aprobados y enviados desde la Unión Europea (UE) y ello acarreaba una serie de protocolos. De los ocho meses que Contreras pasó en Guayo como comisionada de la Cruz Roja sólo pudo comenzar a aplicar las pruebas durante los últimos dos meses de su estadía lo que despertó varias críticas: "dijeron que habíamos destapado eso y ya nos íbamos".

El despistaje incluyó la aplicación de pruebas rápidas en once comunidades incluyendo San Francisco de Guayo. Incluyeron este último a petición de Contreras pues lo consideraba un foco potencial y sumamente fértil. En total se registraron 17 casos de VIH con las pruebas rápidas, de los cuales, sólo 15 salieron positivos tras realizar la prueba ELISA y el Western Blot. Pero cada uno de ellos contaba con una lista de aproximadamente 10 contactos sexuales, y el siguiente paso fue el de solicitar tratamiento al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), pero el nomadismo de los guarao dificultó su aplicación. Después se le expuso el caso a Mar Medina que para ese entonces se comandaba la dirección regional de infecciones de transmisión sexual para que trasladaran a los que resultaron positivos ante las pruebas rápidas y se sometieran a los exámenes definitivos.

Hasta aquí llegó la intervención de la Cruz Roja, no sólo porque el proyecto llegó a su fin, pues después de solicitar una reunión con Luis Beltrán Gómez, el director regional de salud para la época, se le cerraron las puertas en el estado Delta Amacuro. Contreras describe las palabras de Gómez: "A mí como médico me dijo que no podía ejercer más allá

porque no debíamos haber hecho eso y sacarlo a la luz pública ¿Cómo iba a quedar él ante las autoridades de Caracas?", dos años después, cuando recuerda el episodio, le permanece la preocupación sobre la posibilidad de que la enfermedad se expanda hasta límites incontrolables.

—.Mira, yo como que me voy a ir a acostar allá arriba ¿oíste?— cierta calma se desprendía de la idea de que esa pudiera ser la última interrupción de la noche. Aquel pasillo fuertemente iluminado sobre las paredes de colores neutros se encontraba ya vacío y Contreras era la única que parecía haber soportado aireada el exhaustivo día.

—Ok, yo te aviso cuando vaya a salir —pronunció cada palabra de manera lenta y enfática alargando la última consonante y uniendo de manera extraña las claras pupilas con el párpado inferior como si estuviera invocando con toda su fuerza humana el don de la paciencia— .

Para Contreras el relato termina aquí, no tenía idea sobre la reacción que mantuvo el ejecutivo estatal mucho tiempo después de que los funcionarios de la Cruz Roja cerraran el palafito que se alza a orillas del río en las costas de Guayo, muy cerca del ambulatorio y que servía de vivienda para voluntarios. Es una de las pocas edificaciones en ese lugar que tiene paredes de tabla y su color verde ciertamente lo destaca de sus vecinos.

Cuando se le interroga sobre la calidad de los reactivos utilizados en el operativo, acaricia su melena rubia sin perturbar su ceño perfectamente liso y responde: "Eso lo manejó la bioanalista. Eran como las pruebas de embarazo, tenían un cintica sobre la que se coloca una gotita del suero después de que centrifugas la sangre y separas el plasma del concentrado, esa tira te da una señalización una franja significa positivo y dos franjas significa negativo". Se llaman test rápidos, son muy sensibles pero no muy específicos, el margen de error puede oscilar entre 20 y 30%.

Nunca escuchó las críticas emitidas por la diputada Loa Tamaroni sobre los reactivos utilizados, lo que sí sabía era que por la zona se decía que no habían informado a la población estudiada, pero aún guardan los consentimientos firmados por cada una de las personas a las que se le aplicó el examen un consentimiento en el que aceptaban que se les tomara la muestra. Además afirma que los reactivos se compraron directamente al laboratorio y fueron usados en su periodo vigente y que su efectividad se confirmó en el momento en el que la prueba Elisa y el Western Blot, realizados en el hospital de Tucupita, confirmaron los resultados y remata: "tanto la parte directiva de la coordinación del Ministerio en el estado como la de la Coordinación de Enfermedades de Transmisión Sexual/SIDA se sintieron desplazados y eso hizo que levantaran esas críticas destructivas lo que terminó de decepcionarnos porque nos dimos cuentas de que la población no importaba"

Para culminar Contreras hace una observación que podría oscilar entre la amenaza y la advertencia pero que su voz dulce y sus maneras pacíficas logran convertir en una acotación trivial. Dice que el despistaje se hizo a través de muestras tomadas aleatoriamente a personas de las distintas comunidades mayores de 15 años, activas sexualmente o no y que se prestaran al estudio, pues en muchos casos encontraron negativas de la población a prestar la muestra de sangre. Lo que indica que este no es un número definitivo de personas infectadas y que si se vuelve a hacer un despistaje se podrían encontrar más casos entre los que podrían haber estado en periodo de ventana, los que han tenido contacto con alguno de los ya diagnosticados y los que lo hayan contraído en alguno de sus viajes a focos de enfermedades como Volcán y Cambalache.

Ella guarda ciertas esperanzas de que la situación de los indígenas de Delta Amacuro pueda cobrar un cariz más esperanzador después de una llamada que recibió de un antropólogo del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) que estaba interesado en ampliar el

proyecto, aunque también acotó que habían recibido negativas similares al solicitar el apoyo de las autoridades oficiales.

La mujer cierra su cuaderno y alinea los bordes de una pila de carpetas que contienen historias médicas hasta que los filos de papel manila coinciden perfectamente y se suman al armonioso orden que reina en su escritorio. Para Contreras esa comunidad indígena carcomida por la miseria y contaminada por el virus del vih, el sida y un catálogo extenso de enfermedades oportunistas, quedó enterrada en un pasado triste, como un sueño súbitamente interrumpido cuyo recuerdo permanece difuso y del que resulta imposible adelantar cualquier conclusión.

Los párvulos del color del café con leche que se arrastran por las aceras estrechas de Cotiza son su nueva aventura y la barriada su nuevo laboratorio, lo único que permanece incólume es su paciencia y su empeño. A ella no le interesa adelantar unos minutos de su hora de salida ni reposar en las camillas escondidas de un piso superior. Parece incansable dentro de su candidez, como si la serenidad de sus modos le permitiera rendir las fuerzas.

\_o\_o\_o\_

En las esporádicas jornadas ginecológicas realizadas en el Centro de Atención Integral (CAI) II de Guayo se busca brindar atención y llevar control de las mujeres embarazadas en la zona y en sus alrededores. Estos operativos generan un ajeteo poco común en el centro asistencial. Desde la puerta que da directamente al muelle de la medicatura se puede observar una larga fila de mujeres ataviadas con unos particulares vestidos confeccionados artesanalmente y que apenas cubren hasta un

palmo más arriba de la rodilla. A medida que la tarde se va poniendo y la lancha continúa trayendo pacientes de comunidades cada vez más lejanas la paciencia parece irse agotando.

También, en los días de operativo, se pueden ver más personas de lo habitual prestando asistencia: médicos traídos especialmente desde Caracas y autoridades oficiales acompañan a una muchacha que normalmente reposa prácticamente sola en el ambulatorio y que, actualmente, conoce mejor que nadie la situación de salud entre los guarao de Guayo. Gladymar Pérez estuvo como médico rural en la zona hasta agosto de 2008. Ella sucedió a Oriana Contreras después que esta abandonara definitivamente el Delta con el amargo sabor de haber visto frustrado el plan que desarrolló a través de la Cruz Roja y que encontró los casos de vih y sida entre los habitantes de esos caños.

A Gladymar puede adivinársele cierto esfuerzo por tratar de mantener la calma y la sonrisa constante entre tanta actividad. Pareciera que tanta intervención extraña hubiera roto un pacto tácito de tolerancia entre la médico y sus pacientes. Ella constituye prácticamente el único recurso del que pueden echar mano los *marazas* cuando la diarrea o la tuberculosis juegan con sus vidas y la de sus allegados, ella también es la encargada de hacer la distribución constante del tratamiento antirretroviral que periódicamente envían desde Tucupita.

A mediados de 2008 para el momento del operativo había seis personas catalogadas como candidatos aptos para recibir el tratamiento y cinco de ellas aceptaban tomar con regularidad las pastillas que Gladymar les entregaba. En esa evaluación se consideran una serie de factores que determinan la invasión del virus en el cuerpo y su evolución hasta constituirse en sida. Con el diagnóstico de seropositivo sólo se confirma la presencia del vih en el organismo, sin embargo, no se considera a este punto que la persona posea enfermedad alguna.

Es el conteo de las células CD4 o linfocitos lo que puede determinar el grado de depresión del sistema inmunológico que ha ocasionado el virus en el cuerpo hasta el punto en que pueda ser considerado sida, como una condición que permite a las infecciones oportunistas alojarse en el cuerpo con la comodidad que presta la falta de defensas naturales. La tuberculosis es el mal que mayormente afecta a las personas inmunodeprimidas de Guayo, las condiciones naturales y su conducta facilitan la aparición y transmisión de la enfermedad.

El infectólogo es el encargado de decidir quiénes de los diagnosticados como seropositivos están ya en un nivel suficientemente avanzado como para empezar a tomar la medicación. A este punto, en que la persona se encuentra también afectada por las infecciones oportunistas, debe iniciarse un tratamiento complejo para atacar las distintas enfermedades que se hayan alojado en el cuerpo del paciente.

Tratamientos como los antirretrovirales y antituberculosos suelen tener un fuerte impacto en el organismo. Las actuales condiciones de la población guarao devenida en varios casos de desnutrición y la reticencia por acudir a los métodos científicos formales, pueden empeorar la situación.

Dayana Reverán, funcionaria del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) es otra de las doctoras que actúa con celeridad mientras presta asistencia en ese operativo. Ella visita la comunidad intermitentemente desde 2003 y actualmente, además de prestar asistencia a en el lugar, realiza como tesis de grado un trabajo sobre la epidemiología de la tuberculosis entre los hombres y mujeres de Guayo. Ella explica que para los que la padecen en adición al vih la tuberculosis el tratamiento debe estar enfocado primero en la tuberculosis pues en ese momento le ocasiona mayores daños al organismo.

Insomnio y vómitos acompañados de sangre son algunos de los efectos colaterales de los que se han quejado los *marazas* sometidos al

tratamiento antirretroviral. "Te tomas dos pastillas en la mañana, dos pastillas al mediodía, dos pastillas en la tarde. Por eso yo le dije a la doctora ¿ustedes creen que yo soy qué? No soy ningún animal" Es el argumento que da Silverio Torres para justificar la interrupción del tratamiento, y prosigue: "Yo soy débil para eso, me siento mal cuando lo tomo" la lógica letal acompaña su razonamiento y es que estando bajo tratamiento cualquier comida le cae mal y después de un episodio sumamente incómodo en el que vio teñirse de rojo los abundantes vómitos decidió no tomar más esas pastillas.

Después de haber viajado a Tucupita y haberse entrevistado con el infectólogo, de haber asistido a jornadas de concienciación sobre el tema y estar en un periodo tan avanzado de la enfermedad, resulta extraño escuchar cuando se le pregunta a Silverio sobre su conocimiento sobre el vih y el sida una respuesta tan impregnada de despreocupación: "A mí me dijeron, pero yo no sé qué es eso. A mí me han preguntado por las mujeres con las que yo vivía pero yo no me enfermé por esa parte".

Reverán, funcionaria del MPPS, también observa con preocupación el número de casos de sífilis que se han encontrado con este operativo. El Proyecto Madre de Delta Amacuro en el que están enmarcadas las jornadas ginecológicas cubre el diagnóstico y control de infecciones de transmisión sexual entre mujeres embarazadas, lo que permitiría disminuir la transmisión vertical. Sin embargo, ni ella ni ninguno de los personajes involucrados e impulsores del proyecto parecen tener conocimiento sobre el número de casos descubiertos con sífilis o vih en el operativo.

Ella coincide con el resto de los médicos avocados a proteger las condiciones de salud en una zona tan problemática y parece querer defender los esfuerzos realizados por el sector médico cuando asegura que cualquier tipo de plan que se implemente debe incluir múltiples disciplinas y atacar diversos problemas para lograr efectividad: "Viniendo

a curar, curar y curar no se va a lograr mucho, aquí hay que trabajar otras cosas incluyendo ambiente y cultura".

Menciona proyectos nunca realizados para llevar acueductos y dotar a la comunidad de agua potable e insiste en la necesidad de eliminar de la dieta de los guarao esos alimentos ricos en carbohidratos como la pasta, los dulces y los refrescos gaseosos que colaboran con la desnutrición. En una de las localidades vecinas, Muraco, incluso los comedores públicos que han instaurado los entes gubernamentales en la Escuela Bolivariana y el Fogón Comunitario ofrecen comida que no aporta beneficios a la gruesa estadística de desnutrición. Ella ha prestado especial atención a la comunidad de Muraco gracias a la cuantiosa penetración de la tuberculosis.

El asunto de la prevención para las infecciones de transmisión sexual también permanece en un punto muerto y su factibilidad también se ve disminuida por la arraigada forma de vida de los guarao. Tanto los médicos residentes en la zona como las autoridades de salud de Delta Amacuro han visto frustrados los intentos por introducir el uso de preservativos entre los indígenas, se han recibido negativas de parte de los misioneros religiosos aposentados en Guayo así como críticas que indican que el uso del condón rompe con los patrones culturales propios de la etnia. Incluso hubo personas en la comunidad que tomaron la invitación al uso del preservativo como un estímulo para enriquecer su vida sexual.

El Instituto de Infecciones de Transmisión Sexual/SIDA de Delta Amacuro comandado por la licenciada Zenaida Matthews ha terminado por retirar de manera masiva los condones suministrados y que tanto trabajo han tomado conseguir. Por todos estos inconvenientes, los organismos de salud han prácticamente renunciado a la implementación de métodos de barrera.

La otra táctica empleada ha sido la de las charlas educativas con el fin de hacer consciente a la población sobre cuáles son las conductas que los ponen en situación de riesgo y cuál es la manera de evitarlas. Estas clases sobre educación sexual suelen desarrollarse en la escuela de la comunidad y no guardan ninguna diferencia con las múltiples exposiciones que se harían en cualquier parte del mundo sobre los riesgos del sida y los métodos de protección. En este caso no hay facilitadores y la voz que invita a los guarao a abstenerse de una vida promiscua sale de un televisor y en idioma castellano cuando muchos de ellos manejan un vocabulario muy rudimentario, fuera de su lengua original.

Esto puede ayudar a confirmar las palabras de Reverán cuando afirma que la falta de resultados favorables en los intentos por cortar la cadena de contagio en los casos de sida y mejorar la calidad de vida de los guarao no se debe, como muchas veces se afirma, a la falta de colaboración de los indígenas. Ella los califica como una etnia muy presta a recibir ayuda. En su investigación ha logrado entablar contacto con varios de ellos, realizar encuestas y aplicar exámenes para obtener muestras del catálogo de afecciones que guardan en sus cuerpos los guarao

Al final de las frases deja abierto un silencio dubitativo en el que indica que las particularidades de la población han llevado al fracaso los muchos planes que se idean y los pocos que se concretan para elevar la calidad de vida en el Bajo Delta. Sugiere la intervención de un organismo que sirva de mediador entre ambos mundos para romper con la desconfianza que existe entre sus involucrados y transmitir de manera efectiva la información que, en muchos casos, podría salvar vidas.

### III

## Olvidados por el tiempo

Antes de ser diagnosticado seropositivo, Guillermo despertó una mañana aletargado por el efecto del licor. Después de la velada de la noche anterior, llena de aguardiente y juegos de azar, se va incorporando lentamente mientras observa de reojo las primeras luces del amanecer de Túcupita. Junto a él, una docena de indígenas reposan en los alrededores de la entrada del Terminal de pasajeros de esa ciudad con la embriaguez todavía intacta; algunos comparten su respiración minada de alcohol con alguna mujer que, después de varias copas, accedió sin problemas a compartir con ellos besos y caricias furtivas y que amablemente aceptó sacarlos de la soledad a la que estaban confinados por esa noche.

Desde uno de los rincones del terminal Guillermo yace en el suelo sin recuerdos de la noche anterior, sólo retumban en su cabeza los vestigios de las copas que tomó de más y el ruido de los automotores que, por los efectos del alcohol, rugen con exagerada estridencia. Dentro de poco tiempo los viajeros comenzarán a darle vida al terminal y llegará el momento para que Guillermo se embarque en el vehículo que después de dos horas de viaje lo dejará en San Félix donde permanecerá por un tiempo en búsqueda de alguna forma de ganar dinero rápidamente para cubrir sus necesidades y luego volver a Guayo.

Es la segunda vez que sale del territorio deltano. En la primera ocasión fue a San Félix a esperar en los semáforos que el alma noble de los conductores lo ayudara con una limosna, y a explorar aquel paraíso lejano que sus congéneres describían como algo maravilloso. Ahora, luego de conocer mejor la zona, ya tenía establecido con claridad cuál sería el

negocio con el que rápidamente podría obtener dinero, por eso antes de partir había traído moriche y algunas semillas para confeccionar los collares que ofrecería en venta en el concurrido puerto de San Félix.

Mientras espera en la esquina apartada observa a sus amigos en el suelo, cubiertos algunos por trozos de cartón y periódico, y otros resguardados únicamente por la prenda de vestir con la que el día anterior salieron de Volcán, tras su llegada desde alguno de los caños que se plantan en el Delta del Orinoco. Enciende un trozo de tabaco de *wina* mientras aprovecha la privacidad provisional para acomodar su minifalda y su franela corta y para buscar sus zapatos altos, los más modernos que tiene, extraviados durante la fiesta nocturna. Recoge su melena extremadamente lacia en una cola y se levanta para terminar de limpiar su ropa mientras comienza a sentir el calor de las mañanas típicas de Tucupita.

El olor a gasoil intenso que percibe le indica que los primeros pasajeros con destino a la capital deltana han arribado y que pronto el terminal abrirá sus puertas para recibirlos y se llenará de vida con sus empleados y los viajeros que constantemente se movilizarán por sus pasillos. Guillermo aprovechará el tiempo de espera en la central de autobuses para vender a los recién llegados la mercancía que trajo de Guayo y así recolectar el dinero suficiente para comer algo en el día y comprar otra botella de anís una vez llegado a su destino.

Mientras los pasajeros terminan de recoger su equipaje, un celador de apaciguados movimientos suelta el candado que protege la paupérrima central de autobuses. El interior del terminal es adornado por una hilera de sillas de color naranja fuerte, en contraste con el tono azul brillante de las paredes decoradas con algunos improperios y frases elocuentes, hacia el fondo una veintena de locales comerciales de los que sólo funcionan cuatro, y al lado derecho un enorme espacio donde funciona

una bodega que se presume desabastecida desde hace un tiempo. Guillermo se desplaza lentamente por el interior de la central de autobuses y va mostrando a los viajeros su mercancía. La única competencia comercial que tiene es la de un *maraiza* vendedor de café y la de una señora entrada en años que camina por todo el lugar ofreciendo en venta dulces caseros.

Tras varias horas de trabajo el hombre de Guayo escucha el estrepitoso sonido de un motor que anuncia que ya ha llegado la hora de partir, corre a despertar al resto de los indígenas aún adormecidos por los efectos del alcohol y se desplaza hacia el otro lado del terminal, donde se estacionan todos los vehículos que dejan y recogen pasajeros. Detrás de una densa nube de humo un autobús blanco y pequeño espera a que los pasajeros suban y ocupen todas las butacas para poder partir. Desde la parte delantera del vehículo, un hombre moreno, de escasa cabellera y cuerpo delgado grita “San Félix, San Félix, San Félix”, mientras que en la puerta del transporte un muchacho regordete anota en una lista los nombres de los viajeros y recibe de ellos el pago de 20 bolívars por el servicio. Guillermo y su grupo de amigos, todavía embriagados, suben al autobús, ya van camino a San Félix.

Después de recorrer el camino y dejar atrás la rivera dorada del Orinoco el transporte hace la última parada en Los Barrancos donde funciona el puerto que conecta a Delta Amacuro con el estado Bolívar. Allí una hilera de carros atestados de viajeros hace fila a diario para llegar al otro lado, atraídos por el prominente crecimiento urbano de la ciudad vecina, buscando los placeres que en Tucupita son inexistentes. Guillermo afirma que esa es la misma razón por la que los indígenas, en busca de mayores oportunidades, emigran a Puerto Ordaz atraídos por su movimiento urbano, por sus centros comerciales y sus enormes avenidas que para ellos son el sinónimo de la abundante *burata*.

El guarao espera paciente en el interior del vehículo mientras aprecia al otro lado la ciudad enorme con su movimiento constante, la misma que por un tiempo le servirá de reposo de los canaletes y las *curiaras*, y donde, según él, conseguirá el dinero necesario para pasar un buen rato y regresar a Guayo a continuar con su rutina en el chinchorro, pero con el recuerdo de haber habitado por un tiempo un lugar exuberante ante sus ojos. El sonido grave de una corneta arrebató al indígena su mirada abyecta y anuncia que la chalana está llegando a tierra. Esta será la última vez por algún tiempo que Guillermo utilice los caminos fluviales para llegar a su destino, dejará momentáneamente de ser un hombre del agua y se perderá en el concreto y el asfalto de Puerto Ordaz y en los colores grises de los centros urbanos.

Luego de atravesar el canal donde el Orinoco y el Caroní protagonizan una eterna pugna por el protagonismo, Guillermo desembarca finalmente en el Puerto de San Félix. Allí, ante la hilera de vehículos que van de regreso, varios *marazas* ofrecen en venta su mercancía, piden dinero a los visitantes y los niños aprovechan para tomar un baño a orillas del río, mientras corren mostrando sus cuerpos desnudos e imitan la corneta de los enormes barcos que a diario pasan frente al puerto.

En San Félix, Guillermo consigue a algunos compañeros de Guayo caminando harapientos por los muelles, pidiendo la colaboración de cualquiera que pueda ayudarlos a saciar el hambre del día; ve a otros recitando versos en guarao desde los bancos, y a una mujer descalza que ofrece su cuerpo a cambio de algo de dinero. Las imágenes del puerto no perturban en ningún momento los deseos del indígena que acomoda una vez más su falda y su cabello lacio desarreglado por el viento que se colaba por la ventana del autobús y se desplaza impávido hasta un taxi que acceda a trasladarlo a él y a sus compañeros de viaje hasta las inmediaciones de Cambalache, el lugar donde se encuentra el vertedero de basura de la ciudad.

En el trayecto, las imágenes de las edificaciones fastuosas, las plazoletas monumentales y los centros comerciales son interrumpidas por las viviendas improvisadas con troncos y techo de paja que se alzan en la orilla del camino a Puerto Ordaz, la imponente ciudad del estado Bolívar. Desde allí los indígenas visitantes de la metrópoli observan desde sus chinchorros el movimiento rápido de los vehículos y los niños se acercan al borde de la carretera para recoger algún desperdicio que haya sido despedido desde los automóviles, mientras las mujeres intentan afanosamente encender algo de leña y basura para prender el fogón donde puedan cocinar algo para el día. Aún así Guillermo sigue embriagado por la ciudad cargada de magia y de oportunidades, fascinado con sus edificios y su gente diversa. Aunque él no habitará los multifamiliares, se complace sólo con verlos dentro de la ciudad.

Lo que más llama la atención de Guillermo es el moderno centro comercial próximo a su lugar de destino y la entrada del recién inaugurado puente Orinokia que comunica a Puerto Ordaz con la carretera de Oriente y que se ha convertido en la segunda vía de acceso de quienes vienen de Tucupita hasta la ciudad y no quieren hacer la tediosa fila de espera para embarcarse en la chalana. El indígena observa la estructura con asombro y graba en su memoria cada detalle para luego poder hablar con sus congéneres de Guayo sobre la ciudad al otro lado del río que albergaba en su interior extrañas e impresionantes construcciones sobre tierra firme.

Guillermo deja atrás la moderna estructura y observa cómo se levanta frente a él una urbanización con viviendas semejantes a los palafitos contruidos sobre el río de Guayo. Es allí donde el *marai*za vivirá el tiempo que permanezca en el estado Bolívar. Una nube de humo rodea la residencia provisional de los indígenas y resulta imposible escapar de la fetidez que emana desde el terreno del fondo donde se encuentra el basurero de Cambalache.

En el espacio urbanizado los indígenas viajeros comparten todo el día los olores y humores del lugar donde la proximidad de las casas obliga a los guarao a renunciar, ahora por completo, a su privacidad, sólo por el sacrificio de vivir fuera del caño de Guayo.

Durante las mañanas los guarao de la ciudad se dedican exclusivamente a la tarea de recolectar desperdicios en el basurero; es de allí de donde extraen los alimentos del día y donde buscan como carroñeros algún objeto de valor que pueda ser aprovechado, bien sea para su propio uso, o para ofrecerlo en venta en algún rincón de Puerto Ordaz. Sólo cubiertos por una prenda de vestir ligera, los *maraixas* pasean sus pies descalzos por la basura, y exhiben en su piel los embates del oficio. En las noches, la dinámica de la aldea de Cambalache exhibe otra faceta. Es en esos momentos cuando los indígenas toman licor hasta emborracharse y olvidarlo todo, y cuando las mujeres y los *tirawinas* caminan hasta la orilla de la carretera para venderse como mercancía a otros indígenas o a algún criollo dispuesto a compartir por algunos minutos el mismo chinchorro que ellos, a la vista de todos, sin privacidad, sin prevención.

Después de una semana, Guillermo comienza a ser un caminante de la noche urbana, buscando clientes con quien compartir su tiempo y durmiendo de vez en cuando en el mismo catre que su vecino de la ranchería urbana. Sus tacones y su minifalda cobran utilidad en el oficio de vender su cuerpo.

\_o\_o\_o\_

En una calle bastante alejada del centro de Tucupita, una edificación pequeña alberga en su interior la sede de la Dirección Regional de Salud

del estado Delta Amacuro. En la puerta una mujer de voluptuosas medidas pasea su vestido de leopardo mientras intercambia sonrisas y coqueteos con un hombre de bata blanca que guiña el ojo cada vez que la mujer sonríe y roza de forma sugerente alguna de las manchas de su atrevida vestimenta. Luego de pasar un interrogatorio breve, pero engorroso, la distraída mujer accede a firmar el pase que permite a los visitantes ingresar al interior de la edificación. Al atravesar el pasillo estrecho que da la bienvenida al lugar un solar interno determina la distribución de las oficinas en el recinto y sirve de espacio de esparcimiento a los empleados. Al extremo derecho una puerta de vidrio oscuro con la palabra “dirección” indica la ubicación de la autoridad máxima. En el interior de la oficina la secretaria organiza la agenda del director, y tiene la potestad de escoger quién será el privilegiado de reunirse en el día con el Director Regional de Salud.

La oficina del principal de Salud de Delta Amacuro es la más ajetreada del lugar. En un día no son pocas las personas que, recomendadas por personajes influyentes del Estado, acuden con propuestas que pretenden mejorar la situación de salud del Delta, y aunque el optimismo de los individuos es grande, sólo los recomendados más influyentes pueden intercambiar unas cuantas palabras con el Director y dejar en el escritorio de la secretaria su propuesta elaborada por escrito. La reunión en persona no garantiza el cumplimiento de todas las peticiones, en ocasiones, es común que en la oficina principal alguna persona salga emitiendo quejas y reclamos luego de la conversación con el líder de salud de Delta Amacuro.

La Dirección de Salud es la representación del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) en el Estado y la encargada de elaborar los planes de salud necesarios para atender las necesidades básicas de todos los municipios del estado Delta Amacuro. Además de ejecutar los planes, el departamento de Salud evalúa su desarrollo y envía a la oficina

del Ministerio los resultados de la ejecución para certificar que los recursos solicitados a la instancia principal de salud en el país fueron utilizados correctamente y destinados a la actividad para la que fueron solicitados.

Luis Beltrán Gómez ocupó el cargo de director de salud durante cuatro años. Era el encargado de aprobar y organizar el personal facultado para ejecutar los proyectos.

En el despacho que ocupa es donde se coordinan los programas que sirven para garantizar que los habitantes del Municipio Antonio Díaz puedan mejorar sus condiciones de salud y alargar su tiempo de vida.

Desde su escritorio de madera lleno de papeles, Gómez explica que los planes de salud de Antonio Díaz son ejecutados en conjunto con la oficina de Bienestar Indígena de Delta Amacuro, del que indirectamente Gómez es también el coordinador, y agrega que sólo con su asesoría es posible adecuar los procedimientos nacionales de salud a las necesidades de la población del municipio Antonio Díaz, donde está ubicado Guayo y tiene una población de 19.308 habitantes de los cuales el 80% son indígenas. Esa situación, explica, hace inminentemente necesario que el desarrollo de la metodología de salud en el municipio tenga características muy especiales.

Es por estas particularidades únicas del municipio que la Dirección Regional de Salud trabaja en la ejecución de propuestas que faciliten el acceso de los guarao a la medicina. “Hay que lograr que los indígenas tengan acceso a la medicina tradicional para poder mejorar sus condiciones de salud” dice Gómez. Él señala que el proyecto más vanguardista que desde su oficina comienza a desarrollarse consiste en la formación académica de indígenas bilingües y alfabetizados de las comunidades de Antonio Díaz, en Agentes Comunitarios de Salud; y agrega que el plan beneficia a todo el estado, pero es el municipio

Antonio Díaz el más beneficiado. “De 54 alumnos que graduamos hace poco, 26 eran de este municipio”, dice.

Las funciones de los Agentes Comunitarios están orientadas únicamente hacia la prevención y promoción de la salud dentro de sus comunidades. Después de ser seleccionados por los Comités de Salud o por los Consejos Comunales los indígenas deben trasladarse a Tucupita donde durante un año recibirán las clases que los capacitarán para ser agentes dentro de sus comunidades. Gómez dice que los gastos de estos individuos durante ese tiempo son responsabilidad de la Dirección de Salud.

Alexis Berríos está entre los indígenas formados de Guayo. Cada mañana asiste a trabajar en el ambulatorio CAI2 de Guayo para colaborar como enfermero, y en las tardes camina por el caño llevando el medicamento a algunos enfermos y visitando al resto de sus congéneres para conocer sus dolencias e inducirlos a asistir a las consultas en la medicatura o, en su defecto, convencerlos de tomar el tratamiento adecuado para mejorar el problema que les aqueje.

La influencia del enfermero en la comunidad es significativa, los guarao acuden a él cuando se les presenta algún problema de salud y en muchos casos es gracias a él que los *marazas* acceden sin problemas a visitar el ambulatorio. Aunque las funciones de promotor de salud que adquirió luego de su capacitación no han sido contundentes dentro de la comunidad del agua, la prevención ha resultado, según él mismo dice, porque ahora más indígenas acuden a las consultas antes de que sea tarde para curarlos.

Sobre la base de resultados como estos, Luis Gómez califica el plan como exitoso y puede afirmar que la continuidad del mismo hará que a largo plazo mejore la salud del municipio, en coordinación con los consultorios Barrio Adentro I y II que funcionen en las comunidades. Agrega que por

las dificultades para ubicar a un médico en las más de 300 comunidades que conforman Antonio Díaz, el plan de formación de Agentes Comunitarios de Salud resulta aún más pertinente ya que es la única forma de garantizar el derecho constitucional de los guarao a recibir atención de salud gratuita. “Los agentes están capacitados para prevenir enfermedades, saben curar enfermedades como diarrea y fiebre que son las más comunes en la zona y saben cuándo realmente una persona necesita que la vea un médico, además todo esto funciona en conjunto con los centros de salud”, acota.

El otro proyecto que se desarrolla desde la Dirección de Bienestar Indígena, dice Gómez, es el respeto de la medicina tradicional guarao. El plan consiste en la incorporación del *wisidatu* a una relación directa con la medicina occidental. Esto va a permitir que, aunque el chamán siga utilizando sus métodos curativos tradicionales, sepa identificar cuándo un indígena necesita atención médica. “El plan piloto fue iniciado en la comunidad de Nabasanuka con la participación de más de 40 *wisidatus* y el paso siguiente es construir un *janoko* al lado de las medicaturas para que el chamán pueda desempeñar su labor de curandero bajo la supervisión de los médicos de los ambulatorios”.

Gómez explica que todos estos planes han sido diseñados con la finalidad de evitar los operativos en las zonas indígenas y señala: “No nos gustan los operativos, preferimos tener médicos permanentes en cada lugar. Los únicos operativos que nos gustan son los de vacunación”.

Además de los proyectos que tiene la Dirección de Salud, existen planes que funcionan permanentemente como la Coordinación de Tuberculosis. En el caso de este programa, Gómez manifiesta que el problema principal con la tuberculosis en este municipio es que, más que una enfermedad, la tuberculosis es un fenómeno social. Él expone que los medicamentos para la tuberculosis producen muchos efectos colaterales, los más

comunes son los desórdenes digestivos que sólo pueden ser evitados con una buena alimentación, “como no comen no estamos haciendo nada, es muy común que un paciente tenga desnutrición y tuberculosis”, dice. El otro problema, acota Gómez, es que el tratamiento para la enfermedad dura seis meses y el guarao inmediatamente que se siente bien abandona el tratamiento, tiene recaídas y dificulta el control.

Con respecto al vih Luis Gómez indica que actualmente no existe en el mundo una comunidad que no haya sido atacada por el virus y que el guarao no escapó a eso. Él explica que fue la característica migratoria de los guarao la que hizo que el vih llegara al Bajo Delta y sustenta su hipótesis al afirmar que los primeros indígenas descubiertos con el Virus de Inmunodeficiencia Humana pertenecían a una comunidad que en una ocasión había migrado casi completamente a Valencia. “El mayor número de casos fue descubierto alrededor de Guayo y asumimos que el primer contacto fue en Valencia. Cuando los indígenas se van a las capitales se dedican a mendigar, a las drogas, al alcohol y a la prostitución. Así se contagiaron de sida”, dice.

Para el director regional de salud la existencia de casos de sida y VIH en el Bajo Delta no es un problema tan grave y asegura que la Cruz Roja exageró en cuanto al tratamiento de la información pues afirma que es normal que los guarao “no hayan escapado a todo el *boom* nuestro”. Declara que en las pruebas tomadas por la Cruz Roja muchos resultados arrojaron falsos positivos (sin embargo, Oriana Contreras, coordinadora del proyecto de la Cruz Roja Internacional que hizo el hallazgo, asegura que de los 17 casos de vih positivos localizados con las pruebas rápidas, sólo dos fueron falsos positivos). Gómez expone que enfermedades como sífilis y gonorrea entre los guarao pueden contribuir a la existencia de pruebas cruzadas y traer falsos positivos. “Una prueba rápida positiva para el Ministerio no dice nada porque, por ejemplo, tener ejercicios físicos fuertes pueden arrojar una prueba positiva”, asegura Gómez.

Asevera que la Cruz Roja se amparó sólo en las pruebas rápidas y generó un problema social “porque montaron a 30 personas en una lancha y dijeron que todos tenían sida sin respetar los procedimientos del Ministerio” que consisten en hablar con las personas, buscar los contactos sexuales y tomarles muestras a los contactos. Dice que en esa oportunidad tomaron muestras a más de 1.500 personas y sus posibles contactos y no aparecieron más casos (datos en los que también discrepa con la versión de Contreras). Atribuye al aspecto migratorio de los guarao las casusas de la enfermedad señalando como principal foco el vertedero de desperdicios Cambalache ubicado en el estado Bolívar.

Sobre los métodos de prevención Gómez explica que han profundizado en sus técnicas desde las escuelas y que los maestros de Guayo se han encargado de difundir la información sobre el vih/sida y sobre la importancia de los métodos de barrera para todos los habitantes del caño, aunque reconoce que los métodos no han sido efectivos y pone de ejemplo el momento en el que el Ministerio hizo la primera distribución de preservativos en la comunidad y los guarao, indignados, hicieron una hoguera para quemarlos porque “un guarao no puede usar eso”. Por situaciones como esta Gómez está seguro de que va a costar mucho que los indígenas del Bajo Delta comprendan la necesidad del uso de preservativos.

La Dirección Regional de Salud no ha elaborado proyecciones para definir cuánto será el aumento del vih en las comunidades guarao, pero Luis Gómez señala que su despacho ha logrado que la tendencia en el aumento de los casos sea pequeña. “Puedo decir que esos casos fueron descubiertos hace dos años y hasta 2008 sólo se han encontrado cinco nuevos casos de seropositivos, por lo tanto no creo que haya sido tan explosivo el aumento de vih en la zona. Ellos van a tener el mismo criterio que los criollos en cuanto a progresión de la enfermedad. La ventaja es

que la mayor parte está en Guayo y que hay comunidades que no se relacionan con ellos”, acota.

Gómez dice que sólo han muerto dos guarao por causa del vih, pero hace dos años, aunque acota que los fallecidos fueron incluidos en las cifras del municipio Tucupita, y agrega que las cifras de los guarao fallecidos por las mismas causas en Cambalache se encuentran dentro de las cifras del estado Bolívar. Él cataloga al municipio Antonio Díaz como un lugar socialmente enfermo. “Allí no hay agua, no hay empleo, no hay comida. Todo lo que uno necesita para vivir no lo hay”, señala.

El director de Salud agrega que la principal causa de muerte en el municipio es la diarrea y aclara que aunque el Ministerio ha hecho una gran inversión en medicamentos y equipo médico, es el consumo de agua no potable la principal causa de diarrea en el municipio. Alarmados por la ineficiencia de la planta de tratamiento de agua colocada en Guayo y el aumento de los casos de diarrea en la zona pese a la medida, la Dirección de Salud empleó como último recursos la colocación de la vacuna del rotavirus a todos los habitantes del municipio.

Por su parte, en la Secretaria de Salud del estado Delta Amacuro, Omar Halabi <sup>8</sup>, el sustituto de la candidata a la Gobernación Lisetta Hernández, atiende sin menoscabo las peticiones de los indígenas que diariamente asisten a su oficina solicitando algún medicamento, mientras atiende las reuniones propias de su cargo administrativo. Afirma que la situación del vih en el Bajo Delta es una situación que mantiene a la secretaria de salud muy preocupada, pero al mismo tiempo ocupada en la solución del problema y señala que los pacientes son atendidos por el gobierno del Estado.

---

<sup>8</sup>Omar Halaby sustituiría luego a Luis Gómez en sus funciones después de que este sufriera un accidente automovilístico y muriera después en un hospital por falta de insumos médicos para atenderlo.

Explica que, aunque su oficina no maneja el número exacto de infectados por el virus, los indígenas que van desde Antonio Díaz y hasta Tucupita son atendidos por un infectólogo contratado por la Gobernación y el Ministerio. “El infectólogo los evalúa y se les consigue el tratamiento por el Programa de ITS”, dice.

Él, al igual que Gómez, califica la migración de algunos indígenas y su contacto con poblaciones criollas como una de las causas del vih y señala que particularmente Cambalache se encuentra entre uno de los principales focos del virus. Dice que muchas veces los indígenas son víctimas de abuso sexual en las ciudades a las que viajan y que la mayoría de ellos viven en condiciones de hacinamiento, situación que aumenta los factores de riesgo en la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana porque se promueve la promiscuidad y el sexo no seguro.

En cuanto a las medidas preventivas Halabi señala que el Programa ITS/SIDA del estado promueve con micros radiales y videos educativos el uso del preservativo y proporciona a los habitantes de Delta Amacuro la información necesaria sobre las distintas enfermedades de transmisión sexual. Agrega que, además, los programas orientados hacia la atención del niño y del adolescente dan información sobre el inicio de las relaciones sexuales promoviendo siempre el sexo seguro.

Para Halabi el control del vih en las comunidades indígenas no es una prioridad en el Estado, aunque reconoce que el sida es catalogado como un problema de salud pública a nivel mundial. “El vih no es una prioridad en el accionar porque nosotros tenemos ahorita enfermedades que nos están costando vidas como las diarreas, las enfermedades infecciosas y la mayoría de la maquinaria está destinada a esas enfermedades, sin dejar que se nos pase por alto el problema del sida que ya lo tenemos controlado”, apunta.

También el director de salud del estado Delta Amacuro, Luis Gómez, concluye: “A mí no me preocupa el sida en Antonio Díaz porque sólo recuerdo uno o dos muertos por esas causas, pero sí tengo grabado en mi cabeza más de 40 de niños que mueren de diarrea cada año que he sido director de salud de Antonio Díaz. Entonces, ¿qué es más grave?”, y el mismo se responde sin dudar: “La diarrea”.

\_o\_o\_o\_

La sede del Ministerio del Poder Popular para la Salud, en Caracas, está repleta de pasillos largos y calurosos. Desde la larga fila de personas, con semblante claramente obstinado que espera su turno para abordar el ascensor, se puede sentir un sopor aletargante que condensa el olor a sudor e impregna el ambiente de humedad. Pero detrás de una gruesa puerta de vidrio en el segundo piso toda la atmósfera cobra frescura y claridad y el viento parece escurrirse con mayor facilidad entre los pliegues de los largos y coloridos vestidos que portan orgullosamente la mayoría de las mujeres que allí laboran.

Junto al calor desaparecen el ruido y el aspecto de ineficiencia burocrática. La dirección de Salud Indígena es un lugar más bien silencioso en el que todos parecen sumamente concentrados en las pantallas del computador. La oficina funciona en el Ministerio desde 2004 y su trabajo es el de brindar asesoría a todos los planes de salud orientados a las poblaciones indígenas para adaptar su ejecución a las necesidades especiales y particular forma de vida de los aborígenes.

Casi todos los presentes son de ascendencia indígena y principalmente de la tribu wayúu, mejor conocidos bajo el apelativo de guajiros, que está

localizada principalmente en el estado Zulia y es la etnia más numerosa del país con más de 295 mil integrantes. En oposición a los pertenecientes a otras tribus, los wayúu se han negado a cambiar su forma de vestir y, donde quiera que estén, llevan atuendos típicos como el amplio vestido de complicado estampado e intenso color mostaza que hoy luce Yaneth Ypuana.

Ella es la encargada del plan Delta, un proyecto de acción interministerial que fue aprobado en 2006 por el presidente de la República y que está enfocado en llevar condiciones de bienestar a la comunidad Guarao en las zonas rurales del estado Delta Amacuro. Fue impulsado por el Ministerio del Poder Popular para el Ambiente y en su página web destaca una inversión de 182 mil millones de bolívares en mejoras de los servicios eléctricos, de agua potable, recolección y tratamiento de aguas servidas, disposición de desechos sólidos, educación, salud, turismo, vivienda, seguridad y proyectos productivos.

Por incluir el sector de la salud y estar enfocado en la comunidad guarao se le unió la dirección de salud indígena e Ypuana se siente orgullosa de decir que cumplió con la totalidad de sus objetivos en la materia. La estrategia era la de formar a los integrantes de esa colectividad como Agentes de Salud Integral Comunitarios, que serían responsables de brindar atención primaria a las comunidades y fungir como enfermeros capaces de auxiliar con cuidados simples a sus vecinos con la particularidad de que se le incorporaron funciones comunitarias con el fin de que conozcan la situación de salud de su entorno y sirvan de puente para conectar los intentos por introducir nuevas y más seguras formas de bienestar y la preservación de los valores culturales intrínsecos.

Alrededor de 54 jóvenes recibieron la capacitación, además de otros intentos que se incluían en el plan y que apuntaban al trabajo de infraestructura para los que Yaneth también sirvió de asesora. A estas

alturas ella no se engaña sobre las condiciones de salud de los guarao, conoce los problemas que ha traído la contaminación del río, como los altos índices de diarrea que va claramente asociada a las altas tasas de desnutrición, conoce el alarmante número de casos de tuberculosis y la gruesa cifra que integran los infectados por neumonía. Ypuana incluso conoce, y también reconoce sin tapujos, el hallazgo hecho en abril de 2007 sobre la presencia del virus de vih entre los indígenas del Bajo Delta.

Coincide con el número arrojado por el despistaje de infecciones de transmisión sexual que hizo la Cruz Roja en diversas comunidades de la zona y que encontró 17 casos que reaccionaron como seropositivos a las pruebas rápidas y de los cuales fueron demostrados 15 con las pruebas de rigor. De los casos confirmados ocho pertenecían a la comunidad de San Francisco de Guayo, cinco eran de Usido y uno de Jobotoboto, que son caños vecinos al principal foco de infección, y todos fueron confirmados después con los métodos de rigor que son la prueba Elisa y el Western Blot. Además, las pruebas rápidas reaccionaron a 45 casos de sífilis de los cuales 29 fueron confirmados posteriormente con el método Elisa y que también tuvieron como principal punto de concentración a San Francisco de Guayo con 25 de los casos y a Murako en segundo lugar con ocho infectados. Cabe destacar que en las cifras se destaca el número de hombres infectados por sobre el de mujeres.

“En ese tiempo hubo un *boom* porque algunas personas temían que los guarao fueran a morir a causa del Sida por lo que se asignó una comisión para que asistieran representaciones de varias organizaciones del Estado, se organizó una mesa de trabajo y el Ministerio asumió la responsabilidad de suministrar los tratamientos” dice Ypuana, con lo que cura en salud la responsabilidad del Ministerio como representación del Ejecutivo Nacional, pero continúa explicando que la Dirección Regional de Salud de Delta Amacuro adoptó la responsabilidad de que las personas

afectadas se sumaran al tratamiento, lo que no ha ocurrido en su totalidad debido a las negativas de los mismo infectados.

Ypuana cae sobre la misma explicación que los directivos regionales de Delta Amacuro sobre la característica migratoria de los guarao como el principal factor culpable de haber llevado la enfermedad a los caños y resalta a Caracas, Puerto Ordaz y Monagas como los destinos más recurrentes de los indígenas errantes. En Puerto Ordaz está Cambalache, el basurero al que acuden algunos guarao y en el que se producen transacciones de todo tipo y que, en algunos casos, incluyen los placeres del cuerpo como una mercancía cotizada y rentable; además de la oportunidad de recolectar comida y ropa y cualquier enser que se crucen por su camino entre los desechos que pueda tener algún tipo de utilidad para el uso inmediato o para llevar consigo en el regreso a su morada, porque si algo parece constante entre las erráticas costumbres de los guarao, es que siempre regresan a su lugar de origen.

Es tras ese regreso que se inicia la cadena de infección que va sumando unidades a las estadísticas de salud. Ypuana confiesa que no existe actualmente en la Dirección de Salud Indígena indicio alguno sobre la evolución que ha tenido la enfermedad y acepta que las cifras que se manejan entre las autoridades regionales con el fin de suministrar el tratamiento antirretroviral y mantener el control de los diagnosticados resultan poco confiables debido a la constante movilidad de los guarao, las frecuentes negativas a someterse a los exámenes de sangre y las dificultades que imponen las accidentadas condiciones geográficas que se deben atravesar para trasladar un laboratorio y manipular muestras de sangre.

En 2008, a solicitud de las autoridades estatales, la dirección de la que ella forma parte en conjunto con otros programas relacionados con el vih logró conseguir 200 pruebas rápidas y aplicarlas en el Bajo Delta, pero no

maneja con exactitud los resultados obtenidos por esos. Así que, dos años después de que la Cruz Roja encontrara esos 15 casos, no existe referencia más exacta sobre la penetración del virus en el caño que la que se maneja en el Plan de Infecciones de Transmisión Sexual de Delta Amacuro, con todos los agraviantes ya mencionados.

El arraigado estilo de vida nómada de los guarao también ha frustrado los intentos de levantar un censo sobre la cantidad de hombres y mujeres de la etnia que vivan fueran de su comunidad de origen. La Misión Guacaipuro, que en una etapa de crecimiento durante el año 2008 pasó a integrar la cartera del Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas, intentó en una oportunidad levantar estas cifras e incluso se tramitó a través del proyecto Rancho por Vivienda una iniciativa que pretendía ofrecerle una vivienda a los indígenas exilados en centros urbanos, pero no pasó mucho tiempo hasta que ellos volvieron a su lugar de origen con la satisfacción y el dinero en efectivo que les pudiera haber dejado la venta de artesanía y cualquier otro negocio del que hubieran podido valerse durante su estancia.

Un plan que sí se maneja directamente desde la coordinación es el Servicio de Atención y Orientación al Indígena. Para explicar la utilidad de este proyecto Ypuana argumenta: “Le da acompañamiento y gestión a todas las necesidades que pueda tener un paciente (indígena) durante su atención en el hospital, si le falta ropa, traslado, pañales para un bebé, eso lo gestiona el proyecto”. Esto lo realiza a través de puntos de atención que tienen en diversos hospitales alrededor del país.

Para esos servicios se valen de la ayuda de facilitadores interculturales, es decir, integrantes de las comunidades indígenas que manejan el castellano igual que su lengua autóctona y que son los responsables de solucionar la logística del caso así como promover la celeridad a la hora de atender al paciente para que pueda volver con la prontitud posible a su

zona de residencia. En Tucupita este servicio funciona en el Hospital Luis Razetti y durante 2008 registró cuatro casos de indígenas guarao muertos a causas del sida.

\_o\_o\_o\_

En el año 2000 los 191 países que fungían para entonces como miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se propusieron entrar en el marco sociopolítico mundial que reclamaba posturas más inclinadas hacia los conceptos de igualdad y justicia. Después de haber sufrido un descenso en la cuota de contribución de cada país miembro desde el cese de Guerra Fría el foro mundial se sorprendió de encontrarse destinando más recursos con fines bélicos de los que se aportaban al órgano multiretal para consolidar un estado de paz. Es por esto que se proponen alcanzar para el 2015 ocho metas que denominaron “Objetivos de Desarrollo del Milenio” y que tienen por fin último acabar con la situación de pobreza, subdesarrollo y conflicto en el mundo. El sexto de estos términos acordados era el de combatir el vih/sida, malaria y otras enfermedades y uno de los indicadores para medir la efectividad de los esfuerzos avocados con este fin es la incidencia y la tasa de mortalidad asociadas a la tuberculosis así como la proporción de casos de esta infección detectados y curados con el tratamiento breve.

Para más señas el informe *Control mundial de la tuberculosis 2008* de la OMS muestra las cifras oficiales de penetración de la enfermedad a nivel mundial con estadísticas recolectadas en 2006, cuando se detectaron 9.2 millones de casos nuevos a nivel mundial de los cuales el 8% eran portadores también del vih. Específicamente para el caso venezolano la OMS maneja cifras registradas en 2007 para su perfil epidemiológico y

enumera la incidencia de 9.300 casos de tuberculosis nuevos en todo el país así como 1.400 muertes por causa de la enfermedad.

Un equipo de ocho profesionales pertenecientes a las cátedras salud pública, inmunología y pediatría de la Escuela de Medicina José María Vargas de la Universidad Central de Venezuela desarrollaron en conjunto con el Laboratorio de Tuberculosis del Instituto de Biomedicina de la misma casa de estudios un artículo titulado *Tuberculosis en menores de 15 años en la población Warao de Venezuela* que fue publicado en la revista científica *Investigación Clínica*, una publicación del Instituto de Investigaciones Clínicas "Dr. Américo Negrette" de la Universidad del Zulia con más de 40 años dedicada asuntos relacionados con el sector de la salud. En este texto del año 2002 aparece una de las pocas cifras disponibles al público sobre los casos de tuberculosis presentes en San Francisco de Guayo, la que asciende a 87 casos sólo entre los habitantes de este caño.

Por otro lado, en un comunicado emitido por la dirección de prensa del Ministerio del Poder Popular para la Salud el 24 de marzo de 2005, fecha en que se conmemoró el Día Mundial contra la Tuberculosis, se celebró el destino de 1.600 millones de bolívares por parte del Ejecutivo Nacional venezolano para combatir la tuberculosis en todo el territorio venezolano. El mismo texto hace énfasis en los intentos del gobierno por enmarcarse en la misma lucha que desarrolla la ONU por lo que utiliza la citada cantidad para la distribución de las drogas que conforman el tratamiento.

Médicos y personalidades oficiales coinciden en que la población del Bajo Delta es una de las que mayores dificultades presenta a la hora de transportar insumos necesarios para tratar sus dolencias y, sin embargo, ninguno de los guarao que se pasean por las caminerías de Guayo mostrando una estridente tos se quejó de la falta de tratamiento para combatir la enfermedad.

La doctora Ángela Ceglia, médico internista, explica ciertas peculiaridades que se deben tener en cuenta al momento de aplicar el tratamiento y que podrían estar sumamente ligadas a la ineffectividad del mismo entre los hombres y mujeres de Guayo: “El tratamiento de la tuberculosis pulmonar puede causar efectos secundarios que atacan al hígado y desgastan a la persona. Antes de aplicarlo debe considerarse qué tan avanzada está la enfermedad, en qué situación está el hígado del paciente y si está sometido a tratamiento de drogas antirretrovirales”. En el caso de los pacientes que también padecen de sida debe interrumpirse el consumo de antirretrovirales para tratar la tuberculosis.

Ceglia califica dentro de la población con mayor índice de riesgo para infectarse con el bacilo de Koch, el agente que transmite la enfermedad, a aquellos cuyo sistema inmunológico está deprimido o son víctimas de la desnutrición, y fija la vía respiratoria como el principal medio de contagio.

No se necesitan de mayores investigaciones científicas para darse cuenta de que la mala alimentación entre los guarao y ciertas condiciones de vida que abarcan desde las precarias medidas sanitarias, hasta el alto número de habitantes por vivienda, los coloca en el ojo del huracán o, en este caso, de la infección.

En este punto quedan presa de las autoridades oficiales de salud para ser curados del *Hebu* de la tuberculosis igual que de tantos otros males que los aquejan. Las drogas y la información conforman las armas que todos los expertos han denominado como vitales para hacer frente a la cadena de enfermedades infecciosas que acosa al Bajo Delta.

\_o\_o\_o\_

La doctora Oriana Contreras, después de un año como médico rural en el ambulatorio de Guayo y otro periodo de igual duración a cargo del proyecto de la Cruz Roja que incluía el despistaje de infecciones de transmisión sexual, asegura haber sido expulsada de la zona tras presentar los resultados del análisis a las autoridades regionales de salud. También dijo haber recibido información de un antropólogo del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) que planeaba llevar adelante una investigación sobre el tema con el fin de facilitar el proceso de aplicación de tratamiento de drogas antirretrovirales. Ella se refería a Dieter Heinen que desde la década de los sesenta viene trabajando con los guarao y, actualmente, después de diez años de jubilado del IVIC, continúa con una labor cercana a la etnia.

"Lo que pasa es que en este momento estamos en contacto con la gobernación de Delta Amacuro porque recientemente hubo un cambio de gobernador\* y en el primer viaje que hicimos a la zona encontramos a todos los funcionarios oficiales muy ocupados con el proceso de elecciones. Estamos planeando un segundo viaje para conseguir el apoyo". Explica el antropólogo sobre los preparativos, hasta ahora infructíferos, de su plan.

Además de la dificultad de acceso a los personajes del gobierno oficial de Delta Amacuro, existe otro inconveniente que se planta en su camino y es la falta de información sobre la epidemia. Sólo sabe que existe un foco de infección entre la población de San Francisco de Guayo, pero desconoce su magnitud. Él guarda esperanza en el hecho de que la actual gobernadora, Lisetta Hernández, después de haber ocupado cargos relacionados con el sector de la salud en el estado, ha manifestado preocupación por mejorar las condiciones sanitarias de la comunidad

indígena y criolla de la zona.

Enumera también entre los aspectos favorables la disposición de funcionarios del IVIC de distintas disciplinas para sumarse a los proyectos que se emprendan. Uno de los eternos voluntarios para colaborar con la población guarao es Werner Wilbert, hijo del ya citado autor y pionero del estudio antropológico de la tribu, Johannes Wilbert, que actualmente se desempeña como vicedecano del Centro de Estudios Avanzado de la misma institución y ha mostrado preocupación por la situación de salud de la población.

En un artículo de 2007 denominado *Los Warao* incluido como fragmento del segundo volumen de la publicación *Salud Indígena en Venezuela*, él y su esposa, la etnohistoriadora y antropóloga Cecilia Ayala Lafée-Wilbert, abordan la relación que existe entre la cosmovisión del guarao de su sistema biológico y la intervención de la civilización criolla y la medicina moderna. El texto arroja luces sobre los efectos que tuvo en la etnia el contacto con los criollos y el nivel de efectividad de los intentos gubernamentales por controlar la situación de salud.

Explica con detalle que para los guarao el estado saludable de la persona viene directamente relacionado con su sangre y que se relaciona el bienestar con una sangre de color rojo fuerte y de consistencia líquida, el oscurecimiento o coagulación de la misma son un signo inequívoco de enfermedad. Es por esto que los chamanes utilizan la muestra de sangre obtenida a través de las heces o el vómito como principal indicador.

El intento de los chamanes por analizar el sistema anatómico de distintos animales le ha dado la cultura guarao un conocimiento bastante acertado de la realidad del cuerpo humano, esto junto con la aceptación de vectores que transmiten males contagiosos capaces de debilitar al hombre e incluso acabar con su vida facilitó la comunión con los sistemas de salud formales que llegaron a la zona del Bajo Delta en la década de

los treinta.

También resultaba lógico para los líderes de la tribu que si la población criolla había traído consigo una serie de enfermedades exóticas, también tuvieran sus propios curanderos capaces de curarlas, con la sana salvedad de que estos curanderos portaban impecables batas blancas y en vez de hiervas utilizaban jeringas con una infinita combinación de componentes. Lo que nunca perdieron de vista los guarao es que además de la cura, los criollos habían llevado la enfermedad a esas tierras vírgenes.

Uno de los aspectos en los que más énfasis hacen Wilbert y Ayala en el proceso de transculturización es el cambio en los hábitos de nutrición y dividen a la población guarao actual en tres grupos según su alimentación:

El primero pertenece a las comunidades que han tenido menos contacto con la población criolla y mantienen una dieta a base de pescado, ocumo chino y fécula de moriche, al igual que una serie de costumbres propias del tradicionalismo guarao. Este arraigado estilo de vida en adición a la dificultad de conseguir alimentos que puedan alterar su dieta coloca las condiciones socioepidemiológicas del grupo en una situación que bien podría compararse a las de la tribu hace ochenta años.

Un segundo grupo que ha tenido más contacto con las poblaciones criollas y que en un afán por adoptar conductas que lo alejen del calificativo de "indio" recurre a las bodegas de la zona para adquirir alimentos que recientemente han ingresado en su cartera de productos como las harinas, espaguetis, refrescos, dulces y algunos enlatados. Además este grupo ha mostrado cambios en sus modos de vida para acercarse a las conductas normales en la población criolla como el desprendimiento de la familia extendida para concentrarse el grupo nuclear. Las consecuencias que han traído este nuevo estilo de vida entre

los guarao que rompe con los patrones socioculturales son el decaimiento en la situación de salud de la población no productiva como los niños y ancianos, una mayor incidencia de enfermedades infecciosas y una depresión psicológica causada por la frustración de ser considerados individuos de segunda categoría y que ha promovido riñas entre los familiares.

El último grupo se refiere a los que habitan en comunidades altamente influenciadas por organizaciones religiosas o gubernamentales. En este apartado se puede incluir la localidad de San Francisco de Guayo que cuenta entre sus vecinos a la Misión de padres capuchinos y el ambulatorio principal de la zona. En estos sectores se pueden encontrar más indígenas con empleos fijos como enfermeros, transportistas, carpinteros, etc. Lo que significa una mayor independencia económica y el abandono de las técnicas de pesca, siembra y recolección. Con el tiempo esta profunda transculturización ha probado ser inefectiva, pues el guarao no maneja el concepto de una dieta balanceada y el resultado ha sido el aumento de los casos de obesidad, una mayor presencia de ratas debido a la acumulación de desechos sólidos y una continua ingesta de bebidas alcohólicas que aumenta las condiciones propicias para ocasionar accidentes y peleas entre los individuos.

En cuanto a la relación de la población con los planes de salud del Estado el artículo de Werner y Ayala reza textualmente: "la gran mayoría de los warao son receptivos a los servicios brindados por la biomedicina. El problema fundamental es la inaccesibilidad de estos servicios debido a la falta de transporte fluvial". Más adelante explica que estos impedimentos prácticos como la falta de *curiaras* y la descomposición de insumos médicos se debe a la escasa integración de los proyectos que funcionan en el Bajo Delta, especialmente la falta de articulación entre los CAI1 y los CAI2, cuya principal diferencia se desprende de las instalaciones donde se alojan y el número de personas que allí labora.

Mientras un CAI2 cuenta con infraestructura, médicos en periodo rural, enfermeras pertenecientes a la misma etnia y una lancha; los CAI1 se representan en la persona de un auxiliar de medicina simplificada con una caja de cartón que contiene los medicamentos, explican Werner y Ayala. Para su suministro ambos deben trasladarse a la Comisionaduría de Salud en Tucupita, sin posibilidad de que el CAI2 surta al CAI1. Tampoco pueden los médicos supervisar el trabajo del auxiliar de medicina simplificada, lo que resulta en una serie de esfuerzos y gastos de ambas partes sin la posibilidad de obtener resultados efectivos, ese es el resultado pernicioso de la falta de articulación que Wilbert destaca.

A fin de cuentas, los guarao que viven en los caños más apartados encuentran imposible trasladarse hasta los CAI2 y en los CAI1 no existe un surtido de insumos suficientes para sanar sus males pues su regente no ha tenido oportunidad de trasladarse a Tucupita para abastecerse a falta de combustible o de *curiaras*. El resultado es que la persona opte por recurrir al *Wisidatu* más cercano y su serie de pociones, ramas y raíces en busca de cierto alivio, porque con estos siempre guardan la garantía de la disponibilidad. En el apartado de infraestructura y dotación los autores estiman que los CAI2 apenas tienen capacidad para atender a un 20% de la población a su cargo y en cuanto a los auxiliares de los CAI1 se detectaron incluso deficiencias para reconocer un caso de tuberculosis, que es una de las dolencias de mayor presencia en la zona.

Para concluir el texto indica un contenido generalizado entre la población desde la intervención del programa de Barrio Adentro. La capacidad de conseguir personal médico, insumos y medios de traslado han traído satisfacción a los indígenas entrevistados en el estudio. Finalmente se recomienda aumentar la dotación de lanchas y servicios médicos, profundizar en el entrenamiento del personal foráneo sobre las particularidades del idioma y forma de vida de los guarao y en cuanto a las líneas de investigación prioritarias se destaca el control de

enfermedades infecto-contagiosas como el sarampión, la rubéola, la varicela y el vih que encuentran focos en Tucupita y Barrancas y que por el contacto continuo de las comunidades de los caños con estos centros urbanos han caído víctimas del contagio.

En persona Werner Wilbert es un hombre alto y corpulento, de ademanes ágiles y verbo acelerado en su castellano marcadamente deformado por el acento americano. Despacha desde una amplia oficina en el Centro de Antropología del IVIC en los Altos Mirandinos y plenteramente se dispone a ahondar en lo que ya mencionó en el citado artículo. Explica la diferencia que marcan los guarao entre las enfermedades endémicas (aquellas que siempre estuvieron entre la tribu como la diarrea, la tos y la fiebre) y aquellas exóticas (las traídas por nuevos agentes que han invadido el espacio como la tuberculosis y la fiebre amarilla). Estas últimas son las que la mitología guarao denomina como *Hebu* que además guarda la connotación de tener ciertas consecuencias más graves.

Un aspecto que Wilbert ha estudiado profundamente es el papel de la mujer en el mundo chamanístico de la etnia. Si bien sólo los hombres ejercen dentro de las tres clasificaciones de curanderos que existen, las mujeres fungen como fitoterapeutas pues son las encargadas de preparar los ungüentos en infusiones usadas en el proceso curativo, asimismo, los aplican para sanar aquellas dolencias que no son consideradas exóticas y, por lo tanto, se les tienen como enfermedades únicamente biológicas en las que no intervienen componentes místicos.

La práctica se institucionalizó de esta manera desde que los chamanes se negaron a participar en los procesos de preparación pues alegan que los olores propios de la cocción en los fogones espantan sus poderes sobrenaturales. Actualmente una fitoterapeuta guarao maneja un promedio de 20 a 30 ingredientes que emplea en formulación de cerca de

250 preparaciones con fines curativos.

Ante la pregunta obvia Wilbert no duda en contestar que, aunque no se ha probado científicamente la efectividad de estos elementos en el curación de los males para los que se disponen, sí ha visto personas que han sido sanadas de ciertos dolores o malestares ante la aplicación de estos remedios. Agrega que la influencia psicosomática es de gran efectividad en el proceso de sanación y cuando la persona que bebe la poción preparada por la mujer guarao está convencida de su efectividad puede llegar a mejorarse.

Otro factor que respalda la labor de las mujeres curanderas es la arraigada creencia de los Guarao sobre la capacidad del hombre adulto de sobrevivir a cualquier tipo de enfermedad puramente biológica. Al Guarao sólo lo mata el *hebu*, lo que indica que es capaz de sobrevivir a dolencias que no encajan en esta clasificación y que son tratadas por la fitoterapeuta. Werner explica que, al respecto, la ciencia especializada sospecha que los integrantes de la tribu han alcanzado un nivel de simbiosis particular con los virus y bacterias que alojan en su cuerpo. Entre los sujetos estudiados se han encontrado hasta cinco tipos distintos de parásitos intestinales en una sola persona de apariencia saludable, pues han fortalecido su sistema al punto en que pueden mantener un vida llevadera alojando estos males.

Sobre la propensión de la localidad de San Francisco de Guayo como foco especial para las enfermedades infecciosas como el vih/sida y la tuberculosis Werner destaca algunos factores que exponen mayormente a sus habitantes al riesgo de contagio: la presencia de autoridades oficiales y religiosas en la zona han dotado de bienestar económico a sus coterráneos y esto ha permitido la adquisición de más lanchas a motor para trasladarse a distancias más remotas: "El indicador de la situación económica de una comunidad Guarao es el número de motores con el

que cuentan" y la movilidad a focos de infección como Tucupita y el puerto de Barrancas aumentan la factibilidad de adquirir la enfermedad.

Para explicar el patrón de movilidad explica: "Dónde se consigue una panela de jabón en Guayo? Hay que ir hasta Puerto Ordaz para conseguir una panela de jabón". Una vez en los centros urbanos se produce contacto con todo tipo de personas e incluso se hospedan en grupos cuando llegan a sus destinos, si se coloca en estos focos cualquier tipo de enfermedad comunicable ellos infectarán a sus hijos al volver y estos al resto de los niños de la comunidad.

Finalmente afirma que la actual sobrepoblación que existe en Guayo es un agravante para los niveles de contagio. Si en el resto de los caños las viviendas multifamiliares están habitadas por ocho o nueve personas en Guayo pueden alcanzar hasta 20. Eso significa que si uno adquiere el virus de la tuberculosis en un viaje podría infectar fácilmente a 20 personas al volver a su lugar de residencia.

Después de una amplia experiencia en el análisis etnográfico Willbert parece la persona idónea para responder a la pregunta esencial del caso. Podría una epidemia de vih acabar con la población de San Francisco de Guayo? El hombre se recuesta del ancho espaldar de su silla y mira al cielo como tratando de escapar de una respuesta comprometedora, calcula, medita durante unos segundos y responde: "El sida sí podría eliminar una generación de Guarao en el caño, sobre todo por el nacimiento de nuevos niños con vih"

## BIBLIOGRAFÍA

### FUENTES BIBLIOGRÁFICAS CITADAS

#### *Libros*

Bastenier, M. (). *El blanco móvil, curso de periodismo*. España: Aguilar

Caiceo y Mardones. (2003). *Tipos de investigación*. Colombia: TM Editores.

Denscombe M. (1998). *The good research guide for small-scale social research projects*. Filadelfia: Open University Press. Independent International Publisher.

Dieter,H. Gassón, R. (2008). *Forasteros en su propia tierra. Testimonios de los amerindios guarao*. Caracas: Ediciones IVIC

Guba, E. (1990). *The alternative paradigm dialog*. Estados Unidos de América: SAGE Publications.

Grijelmo, A. (1997). *Manual de estilo del periodista*. España: Taurus.

Lavandero, J. (1991) *Ajotejana*. Caracas: Hermanos Capuchinos

Lavandero, J. (2002) *Humor y furor en los caños*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; Hermanos Menores Capuchinos

Reyes, G. (2008). *Periodismo de investigación*. Madrid:Trillas.

Reyes, J. (2004). *Ryszard Kapuscinski, el periodismo como conocimiento y divulgación de la historia*. México: UNAM.

Suárez, M. (1963). *Los warao: indígenas del Delta del Orinoco*. Caracas: Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas.

Tejedor, B. (2004). *El arte de la redacción profesional*. Caracas: Publicaciones UCAB.

Wilbert, J. (1973). *Eschatology in a participatory universe: destinies of the soul among the warao Indians of Venezuela*. Washington: Harvard.

Wilbert, W. (2007). *Salud Indígena en Venezuela. Volumen II*. Caracas: Ediciones de la Dirección de Salud Indígena.

#### *Informes*

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2003). *Plan estratégico nacional VIH/Sida, un enfoque para la salud y la calidad de vida*.

Programa Regional ITS/Sida estado Delta Amacuro (2008) *Informe del II trimestre abril-mayo-junio 2008*

Programa Regional de Enfermedades Diarreicas (2008) *Informe sobre morbilidad y mortalidad enteritis y otras enfermedades diarreicas*

#### TRABAJOS DE GRADO CITADOS

Romero, A. (2008). *Retrato de sombras: vivir con vih/sida en las cárceles venezolanas*. Tesis publicada. Universidad Católica Andrés Bello.

#### FUENTES ELECTRÓNICAS CITADAS

Central Intelligence Agency (2009). *The world factbook*. Recuperado el 01 de abril de 2007 de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ve.html#People>

FERNANDEZ DE LARREA, Carlos, FANDINO, Cecil, LOPEZ, Diana et al. **Tuberculosis en Menores de 15 años en la Población Warao de Venezuela**. *Invest. clín.* [online]. mar. 2002, vol.43, no.1 [citado 08 Abril 2009], p.35-48. Disponible en la World Wide Web:

<[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0535-51332002000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332002000100005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0535-5133.

Ministerio del Poder Popular para el Ambiente (2000) *Proyecto Plan Delta*. Recuperado el 26 de febrero de 2009 de [http://www.minamb.gob.ve/index.php?option=com\\_content&task=view&id=56&Itemid=75](http://www.minamb.gob.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=75)

Organización de las Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Recuperado el 18 de marzo de 2009 de <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/aids.shtml>

Organización Mundial de la Salud. *TB Country Profile*. Recuperado el 18 de marzo de 2009 de [http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/TB/PDF\\_Files/ven.pdf](http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/TB/PDF_Files/ven.pdf)

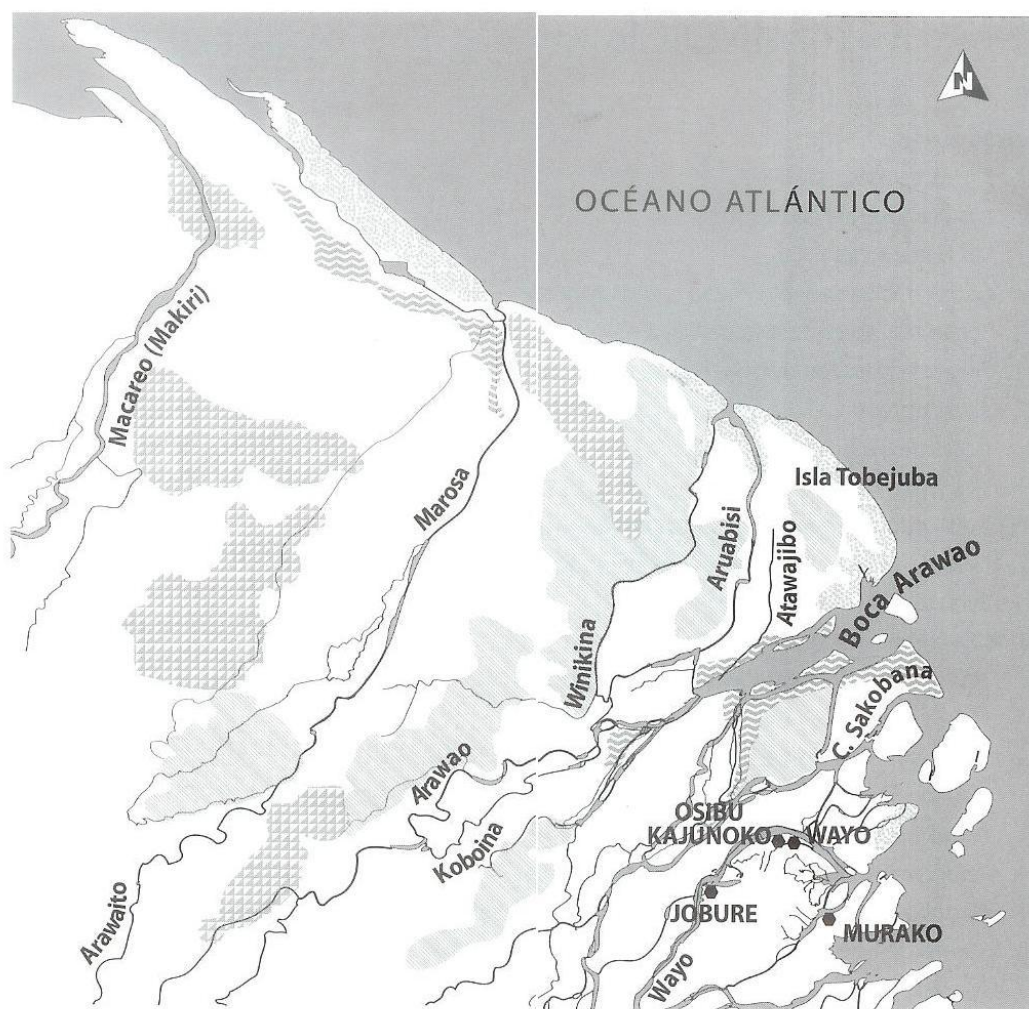
#### *Bibliotecas científicas en línea*

Observatorio de Violencia Social y de Género de la Sierra Norte del Estado de Puebla (2009) *Las comunidades indígenas frente al vih/sida*. Recuperado el 15 de marzo de 2009 de <http://observatorio.totalmanik.org/component/content/article/37-noticias/86-campana-16-dias-de-activismo-contr-la-violencia-hacia-las-mujeres-y-las-ninas.html>

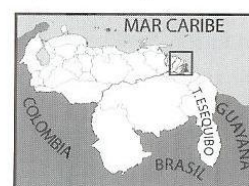
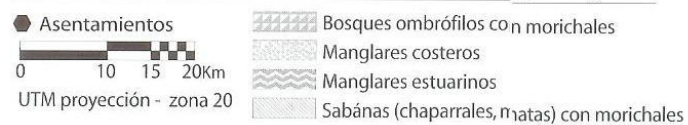
Sociedad Venezolana de Infectología. *Tuberculosis en Venezuela*. Recuperado el 15 de marzo de 2009 de <http://www.svinfectologia.org/TUBERCULOSISenVenezuela11.ppt>

Survivor International (2009) *El progreso puede matar*. Recuperado el 16 de marzo de 2009 de <http://www.survival.es/campanas/progresopuedematar>

## ANEXOS



Distribución de las Principales Áreas de Morichales y Manglares



Nota: Basado en Mapa Raster compuesto por 6 imágenes radarSat SAR de 1996, proporcionadas por PDVSA, escala aproximada. Proyección UTM zona 20 y La Canoa (F'SAD56) datum.

Mapa del Bajo Delta del Orinoco.



La Ranchería en San Francisco de Guayo.



Fachadas de los palafitos de La Ranchería.



Palma de moriche. Principal alimento y materia prima de los guarao. De so tronco se extrae el gusano con el que el *wisidatu* dice poder curar el sida.



Proceso de fabricación de un chinchorro de palma de moriche.



Vivienda indígena en San Francisco de Guayo.



Palafito en las rancherías.



Mujer de Guayo con vestimenta típica.



*Anibaka* en la puerta de un palafito en San Francisco de Guayo.



Wisidatu de Guayo preparando el tabaco de *wina* con el que *jalará* los malos espíritus de algún paciente.



El wisidatu extrayendo el *Hebu* del cuerpo de Celestina.



José Díaz intérprete de Guayo y habitante de la calle de Los Casados.



Gilberto habitante de San Francisco de Guayo y enfermo de sida.



Paciente del programa de tuberculosis.

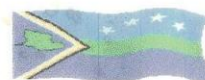


Guillermo *tirawina* de Guayo  
y paciente de sida



Ministerio del Poder Popular  
para la Salud

ESTADO DELTA AMACURO  
DIRECCION REGIONAL  
DE EPIDEMIOLOGIA



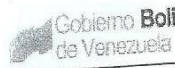
PROGRAMA REGIONAL DE ENFERMEDADES DIARREICAS  
INFORME SOBRE MORBILIDAD Y MORTALIDAD  
ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS  
ESTADO DELTA AMACURO

SEMANA EPIDEMIOLOGICA: N° 48 Y ACUMULADO DEL AÑO 2008

| MUNICIPIOS   | < DE 1 AÑO    |          |             |           | DE 1 A 4 AÑOS |          |             |           | > DE 5 AÑOS   |          |             |           | TOTAL      |          | TOTAL        |           |
|--------------|---------------|----------|-------------|-----------|---------------|----------|-------------|-----------|---------------|----------|-------------|-----------|------------|----------|--------------|-----------|
|              | SEMANA ACTUAL |          | ACUMULADO   |           | SEMANA ACTUAL |          | ACUMULADO   |           | SEMANA ACTUAL |          | ACUMULADO   |           | SEM. 48    |          | ACUM. 2008   |           |
|              | CASOS         | MUERTES  | CASOS       | MUERTES   | CASOS         | MUERTES  | CASOS       | MUERTES   | CASOS         | MUERTES  | CASOS       | MUERTES   | CASOS      | MUERTES  | CASOS        | MUERTES   |
| ANTONIO DIAZ | 17            | 0        | 821         | 6         | 56            | 0        | 2528        | 6         | 113           | 0        | 4009        | 5         | 186        | 0        | 7358         | 17        |
| CASACOIMA    | 3             | 0        | 108         | 0         | 4             | 0        | 302         | 0         | 27            | 0        | 558         | 1         | 34         | 0        | 968          | 1         |
| PEDERNALES   | 7             | 0        | 269         | 0         | 14            | 0        | 616         | 3         | 35            | 0        | 1100        | 4         | 56         | 0        | 1985         | 7         |
| TUCUPITA     | 27            | 0        | 1537        | 8         | 57            | 0        | 2504        | 8         | 83            | 0        | 3457        | 4         | 167        | 0        | 7498         | 20        |
| <b>TOTAL</b> | <b>54</b>     | <b>0</b> | <b>2735</b> | <b>14</b> | <b>131</b>    | <b>0</b> | <b>5950</b> | <b>17</b> | <b>258</b>    | <b>0</b> | <b>9124</b> | <b>14</b> | <b>443</b> | <b>0</b> | <b>17809</b> | <b>45</b> |

FUENTE: INFORME SEMANAL DE MORBILIDAD EPI - 12 EPIDEMIOLOGIA REGIONAL  
REGISTRO DE MORTALIDAD EV 14 (CERTIFICADO DE DEFUNCION) EPIDEMIOLOGIA REGIONAL

Cuadro que muestra el número de enfermos de diarrea en el Estado Delta Amacuro en el año 2008.


**Gobierno Bolivariano de Venezuela** | **Ministerio del Poder Popular para la Salud**

**ATENCION INTEGRAL EN SALUD**  
**EJECUCION MENSUAL DE ACTIVIDADES**

DSP-04

Region: consolidado | Tipo del Establecimiento: \_\_\_\_\_  
 D. Municipal de Salud: \_\_\_\_\_ | Nombre del Responsable: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ | Fecha: \_\_\_\_\_

| DESCRIPCION                                                           |  | TRIMESTRES |     |     |    | TOTAL |
|-----------------------------------------------------------------------|--|------------|-----|-----|----|-------|
|                                                                       |  | I          | II  | III | IV |       |
| <b>PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL/SIDA</b> |  |            |     |     |    |       |
| <b>ATENCION MATERNA</b>                                               |  |            |     |     |    |       |
| 0211. Total de Cons. (Venerología) (PòX+S)                            |  | 114        | 188 |     |    | 302   |
| Primera Consulta ITS-SIDA                                             |  | 66         | 113 |     |    | 179   |
| Consultas Sucesivas ETS-SIDA                                          |  | 48         | 75  |     |    | 123   |
| 1. Sifilis                                                            |  | 69         | 24  |     |    | 93    |
| 1.0 < 1 año                                                           |  | 35         |     |     |    | 35    |
| 1.1 Congenita 2-11 años M / F                                         |  |            |     |     |    | 4     |
| 1.2 Todas formas 12-19 años M / F                                     |  | 4          |     |     |    | 47    |
| 1.3 Todas formas 20 - 39 años M / F                                   |  | 24         | 23  |     |    | 7     |
| 1.4 Todas formas 40 y mas años                                        |  | 6          | 1   |     |    | 3     |
| 2. Infecciones Gonococcica                                            |  | 3          |     |     |    |       |
| 2.1 Inf. Gonococcica 2-11 años M / F                                  |  |            |     |     |    |       |
| 2.2 Inf. Gonococcica 12-19 años M / F                                 |  |            |     |     |    | 3     |
| 2.3 Inf. Gonococcica 20-39 años M / F                                 |  | 3          |     |     |    |       |
| 2.4 Inf. Gonococcica 40 y mas M / F                                   |  |            |     |     |    |       |
| 3. Infeccion No Gonococcica                                           |  | 11         | 21  |     |    | 32    |
| 3.1 Inf no Gonococcica 2-11 años M / F                                |  |            |     |     |    |       |
| 3.2 Inf no Gonococcica 12-19 años M / F                               |  |            |     |     |    |       |
| 3.3 Inf no Gonococcica 20-39 años M / F                               |  | 10         | 21  |     |    | 31    |
| 3.4 Inf no Gonococcica 40 y mas M / F                                 |  | 1          |     |     |    | 1     |
| 4. Infeccion por V.P.H x Biopoeia                                     |  | 6          | 4   |     |    | 10    |
| 4.1 Inf. Por V.P.H x Biop. 2-11 años M / F                            |  |            |     |     |    |       |
| 4.2 Inf. Por V.P.H x Biop. 12-19 años M / F                           |  |            |     |     |    |       |
| 4.3 Inf. Por V.P.H x Biop. 20-39 años M / F                           |  |            | 4   |     |    | 4     |
| 4.4 Inf. Por V.P.H x Biop. 40 y mas M / F                             |  | 6          |     |     |    | 6     |
| 5. Condiloma Acuminado                                                |  | 2          | 7   |     |    | 9     |
| 5.1 Condiloma Acuminado 2-11 años M / F                               |  |            | 1   |     |    | 1     |
| 5.2 Condiloma Acuminado 12-19 años M / F                              |  |            |     |     |    |       |
| 5.3 Condiloma Acuminado 20-39 años M / F                              |  | 2          | 6   |     |    | 8     |
| 5.4 Condiloma Acuminado 40 y mas M / F                                |  |            |     |     |    |       |
| 6. Tricomoniasis                                                      |  | 5          | 1   |     |    | 6     |
| 6.1 Tricomoniasis 2-11 años M / F                                     |  |            |     |     |    |       |
| 6.2 Tricomoniasis 12-19 años M / F                                    |  |            |     |     |    |       |
| 6.3 Tricomoniasis 20-39 años M / F                                    |  | 5          | 1   |     |    | 6     |
| 6.4 Tricomoniasis 40 y mas M / F                                      |  |            |     |     |    |       |
| 7. Candidiasis Genital                                                |  | 36         | 25  |     |    | 61    |
| 7.1 Candidiasis Genital 2-11 años M / F                               |  | 2          | 1   |     |    | 3     |
| 7.2 Candidiasis Genital 12-19 años M / F                              |  |            | 3   |     |    | 3     |
| 7.3 Candidiasis Genital 20-39 años M / F                              |  | 23         | 21  |     |    | 44    |
| 7.4 Candidiasis Genital 40 y mas M / F                                |  | 8          |     |     |    | 8     |
| 8. Leucorrea no Especifica                                            |  | 40         | 95  |     |    | 135   |
| 8.1 Leucorrea no Especifica 2-11 años M / F                           |  |            | 4   |     |    | 4     |
| 8.2 Leucorrea no Especifica 12-19 años M / F                          |  | 1          | 14  |     |    | 15    |
| 8.3 Leucorrea no Especifica 20-39 años M / F                          |  | 35         | 54  |     |    | 89    |
| 8.4 Leucorrea no Especifica 40 y mas M / F                            |  | 4          | 23  |     |    | 27    |
| 9. V.I.H                                                              |  | 13         | 15  |     |    | 28    |
| 9.0 < 1 año                                                           |  | 1          |     |     |    | 1     |
| 9.1 Inf. V.I.H 2-11 años M / F                                        |  | 1          | 2   |     |    | 3     |
| 9.2 Inf. V.I.H 12-19 años M / F                                       |  | 2          | 6   |     |    | 8     |
| 9.3 Inf. V.I.H 20-39 años M / F                                       |  | 6          | 7   |     |    | 13    |

Tabla que muestra el número de pacientes evaluados en el primer trimestre del año 2008 por el programa ITS SIDA.

| PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL/SIDA |  | MUNICIPIOS       |           |         |            |       |
|----------------------------------------------------------------|--|------------------|-----------|---------|------------|-------|
| II Trimestre                                                   |  | TUCUPITA         | CASACOIMA | A. DIAZ | PEDERNALES | TOTAL |
| DESCRIPCION                                                    |  | ATENCION MATERNA |           |         |            |       |
| 0211. Total de Cons. (Venerologia) (PòX+S)                     |  | 155              | 11        | 15      | 7          | 188   |
| Primera Consulta ITS-SIDA                                      |  | 95               | 11        |         | 7          | 113   |
| Consultas Sucesivas ETS-SIDA                                   |  | 60               |           | 15      |            | 75    |
| 1.Sifilis                                                      |  | 24               |           |         |            | 24    |
| 1.1 Congenita 2-11 años M / F                                  |  |                  |           |         |            |       |
| 1.2 Todas formas 12-19 años M / F                              |  |                  |           |         |            | 23    |
| 1.3 Todas formas 20 - 39 años M / F                            |  | 23               |           |         |            | 1     |
| 1.4 Todas formas 40 y mas años                                 |  | 1                |           |         |            |       |
| 2. Infecciones Gonococcica                                     |  |                  |           |         |            |       |
| 2.1 Inf. Gonococcica 2-11 años M / F                           |  |                  |           |         |            |       |
| 2.2 Inf. Gonococcica 12-19 años M / F                          |  |                  |           |         |            |       |
| 2.3 Inf. Gonococcica 20-39 años M / F                          |  |                  |           |         |            |       |
| 2.4 Inf. Gonococcica 40 y mas M / F                            |  |                  |           |         |            | 21    |
| 3. Infeccion No Gonococcica                                    |  | 21               |           |         |            |       |
| 3.1 Inf no Gonococcica 2-11 años M / F                         |  |                  |           |         |            |       |
| 3.2 Inf no Gonococcica 12-19 años M / F                        |  |                  |           |         |            | 21    |
| 3.3 Inf no Gonococcica 20-39 años M / F                        |  | 21               |           |         |            |       |
| 3.4 Inf no Gonococcica 40 y mas M / F                          |  |                  |           |         |            | 3     |
| 4. Infeccion por V.P.H x Biopsia                               |  | 3                |           |         |            |       |
| 4.1 Inf. Por V.P.H x Biop. 2-11 años M / F                     |  |                  |           |         |            |       |
| 4.2 Inf. Por V.P.H x Biop. 12-19 años M / F                    |  |                  |           |         |            | 3     |
| 4.3 Inf. Por V.P.H x Biop. 20-39 años M / F                    |  | 3                |           |         |            |       |
| 4.4 Inf. Por V.P.H x Biop. 40 y mas M / F                      |  |                  |           |         | 1          | 7     |
| 5. Condiloma Acuminado                                         |  | 6                |           |         |            | 1     |
| 5.1 Condiloma Acuminado 2-11 años M / F                        |  | 1                |           |         |            |       |
| 5.2 Condiloma Acuminado 12-19 años M / F                       |  |                  |           |         | 1          | 6     |
| 5.3 Condiloma Acuminado 20-39 años M / F                       |  | 5                |           |         |            |       |
| 5.4 Condiloma Acuminado 40 y mas M / F                         |  |                  |           |         |            | 1     |
| 6. Tricomoniasis                                               |  | 1                |           |         |            |       |
| 6.1 Tricomoniasis 2-11 años M / F                              |  |                  |           |         |            |       |
| 6.2 Tricomoniasis 12-19 años M / F                             |  |                  |           |         |            | 1     |
| 6.3 Tricomoniasis 20-39 años M / F                             |  | 1                |           |         |            |       |
| 6.4 Tricomoniasis 40 y mas M / F                               |  |                  |           |         |            |       |
| 7. Candidiasis Genital                                         |  | 23               | 1         |         | 1          | 25    |
| 7.1 Candidiasis Genital 2-11 años M / F                        |  | 1                |           |         |            | 1     |
| 7.2 Candidiasis Genital 12-19 años M / F                       |  | 3                |           |         |            | 3     |
| 7.3 Candidiasis Genital 20-39 años M / F                       |  | 19               | 1         |         | 1          | 21    |
| 7.4 Candidiasis Genital 40 y mas M / F                         |  |                  |           |         |            |       |
| 8. Leucorrea no Especifica                                     |  | 77               | 10        |         | 5          | 92    |
| 8.1 Leucorrea no Especifica 2-11 años M / F                    |  | 2                | 1         |         | 1          | 4     |
| 8.2 Leucorrea no Especifica 12-19 años M / F                   |  | 12               |           |         |            | 12    |
| 8.3 Leucorrea no Especifica 20-39 años M / F                   |  | 43               | 6         |         | 4          | 53    |
| 8.4 Leucorrea no Especifica 40 y mas M / F                     |  | 20               | 3         |         |            | 23    |
| 9. V.I.H                                                       |  |                  |           |         |            |       |
| 9.1 Inf. V.I.H 2-11 años M / F                                 |  |                  |           | 3       |            | 3     |
| 9.2 Inf. V.I.H 12-19 años M / F                                |  |                  |           | 6       |            | 6     |
| 9.3 Inf. V.I.H 20-39 años M / F                                |  |                  |           | 7       |            | 7     |
| 9.4 Inf. V.I.H 40 y mas M / F                                  |  |                  |           |         |            |       |
| 10. SIDA                                                       |  |                  |           |         |            |       |
| 10.1 SIDA 2-11 años M / F                                      |  |                  |           |         |            |       |
| 10.2 SIDA 12-19 años M / F                                     |  |                  |           |         |            |       |
| 10.3 SIDA 20-39 años M / F                                     |  |                  |           |         |            |       |
| 10.4 SIDA 40 y mas M / F                                       |  |                  |           |         |            |       |
| 11. Otras I.T.S                                                |  |                  |           |         |            |       |
| Tratamientos Contactos M / F                                   |  |                  |           |         |            |       |
| Contactos de S.A.R.S. M / F                                    |  |                  |           |         |            |       |
| Contactos de Gonorrea M / F                                    |  |                  |           |         |            |       |

Tabla que muestra el número de pacientes evaluados en el primer trimestre del año 2008 por el programa ITS SIDA.

Ministerio de Salud  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
EDO. DELTA AMACURO  
LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA DE ITS

PACIENTES DEL MUNICIPIO ANTONIO DIAZ  
H.I.V

| NOMBRE           | EDAD | COMUNIDAD  | RESULTADO ELISA | WESTERN BLOT      |
|------------------|------|------------|-----------------|-------------------|
| GILBERTO OJEDA   | 49   | GUAYO      | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| EULALIA TORRES   | 17   | GUAYO      | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| MISAEI SANUKA    | -    | -          | NEGATIVO        | NEGATIVO          |
| OMAR BERIA       | 19   | USIDO      | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| GUILLERMO LERIN  | 24   | GUAYO      | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| ELMIRA FREITES   | 30   | GUAYO      | NEGATIVO        | NEGATIVO          |
| JOEL JOSE GRANDE | 14   | GUAYO      | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| ELENITA PAZADA   | 48   | USIDO      | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| CAYETANO BERIA   | 20   | USIDO      | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| YULEMIA LOPEZ    | 26   | GUAYO      | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| ADRIAN FISCAL    | 19   | GUAYO      | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| RICARDO FIGUERA  | -    | USIDO      | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| SILVERIO TORRES  | 46   | GUAYO      | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| PONCIANO RICO    | -    | USIDO      | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| VIAPOL GRANDE    | 28   | GUAYO      | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| CARLOS ESTRELLA  | 20   | JEUKUBAKA  | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |
| ARSENIO BERIA    | 31   | JOBOTOBOTO | POSITIVO        | POSITIVO AL HIV-1 |

Tabla1 que muestra el número de pacientes del programa ITS SIDA en Guayo.

República Bolivariana de Venezuela  
**MINISTERIO DE SALUD**

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD,  
EDO. DELTA AMACURO,  
LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA DE ITS

PACIENTES DEL MUNICIPIO ANTONIO DIAZ  
V.D.R.L

| NOMBRE           | EDAD | MUNICIPIO | VDRL (METODO ELISA, TREPONEMA PALLIDUM) |
|------------------|------|-----------|-----------------------------------------|
| GILBERTO OJEDA   | 49   | GUAYO     | POSITIVO                                |
| SILVERIO TORRES  | 45   | GUAYO     | POSITIVO                                |
| CARLOS ESTRELLA  | 20   | JEUKUBAKA | POSITIVO                                |
| NIRSA GONZALEZ   | 24   | -         | POSITIVO                                |
| ABELARDO SUAREZ  | 30   | MUREKO    | POSITIVO                                |
| ONDINA MEDINA    | 21   | MUREKO    | POSITIVO                                |
| ROMAN BATISTA    | 33   | Guayo     | POSITIVO                                |
| JORGE MAURERA    | 22   | Guayo     | POSITIVO                                |
| ELIGIO FISCAL    | 39   | Guayo     | POSITIVO                                |
| FREDDY ANDRADE   | 18   | Guayo     | POSITIVO                                |
| DANIEL GIRONA    | 22   | GUAYO     | POSITIVO                                |
| TEODORO P. LERIN | 23   | Guayo     | POSITIVO                                |
| NELSON FREITES   | 19   | -         | POSITIVO                                |
| AUSENCIO LERIN   | 36   | GUAYO     | POSITIVO                                |
| ADRIAN ANDRADE   | 18   | Guayo     | POSITIVO                                |
| CONRRADO TORRES  | 39   | Guayo     | POSITIVO                                |
| ELISIO FISCAÑ    | 23   | Guayo     | POSITIVO                                |

*Handwritten notes:*  
 → Ranchería  
 → Ranchería  
 Robi  
 → Ranchería  
 → Hda. por el la zona  
 → Calle Caserio  
 → Al lado de Elías  
 → Catadores (Frank Ruy)  
 → Ranchería

*Handwritten at bottom:*  
 Viaje Guayo 9-06-07

Tabla 2 que muestra el número de pacientes del programa ITS SIDA en Guayo.

| NAME            | AGE | SEX | STATUS    |
|-----------------|-----|-----|-----------|
| MIGUEL SANCHEZ  | 28  | M   | PONETTADO |
| ALICIA PINTO    | 28  | F   | PONETTADO |
| ARIELA ANDRADE  | 28  | F   | PONETTADO |
| ELVA LERON      | 28  | F   | PONETTADO |
| EDUARDO CERTE   | 28  | M   | PONETTADO |
| YANIEL BALTAR   | 28  | M   | PONETTADO |
| ALBERTO JIMENEZ | 28  | M   | PONETTADO |
| EMILIO SINO     | 28  | M   | PONETTADO |
| CANTANA RICO    | 28  | F   | PONETTADO |
| RONALDA BIELA   | 28  | F   | PONETTADO |
| MANCLO MOYA     | 28  | M   | PONETTADO |
| MARILANO RICO   | 28  | M   | PONETTADO |
| CLEMENTE MEDINA | 28  | M   | PONETTADO |
| FRANCIS ANDRADE | 28  | M   | PONETTADO |
| CINTAVO PERE    | 28  | M   | PONETTADO |

DE PACIENTES: 22  
 VCM: 30  
 IVCM: 2

*Ro 2000 Total 76 Group*

| ACTIVIDAD                    | ♀          | ♂          | TOTAL      |
|------------------------------|------------|------------|------------|
| H.I.V (+)                    | 02         | 06         | 08         |
| V.D.R.L Reactivo             | 04         | 21         | 25         |
| Pacientes negativos          | 250        | 295        | 545        |
| <b>TOTAL PTES ESTUDIADOS</b> | <b>256</b> | <b>322</b> | <b>578</b> |

Tabla de casos encontrados durante el operativo de la Cruz Roja en 2007 en San Francisco de Guayo.

| ACTIVIDAD                    | ♀         | ♂         | TOTAL     |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| H.I.V (+)                    | 01        | 04        | 05        |
| V.D.R.L Reactivo             | 0         | 0         | 0         |
| Pacientes negativos          | 18        | 12        | 30        |
| <b>TOTAL PTES ESTUDIADOS</b> | <b>19</b> | <b>16</b> | <b>35</b> |

Tabla de casos encontrados durante el operativo de la Cruz Roja en 2007 en Usido.

| ACTIVIDAD                    | ♀         | ♂         | TOTAL     |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| H.I.V (+)                    | 0         | 01        | 01        |
| V.D.R.L Reactivo             | 0         | 0         | 0         |
| Pacientes negativos          | 11        | 04        | 15        |
| <b>TOTAL PTES ESTUDIADOS</b> | <b>11</b> | <b>05</b> | <b>16</b> |

Tabla de casos encontrados durante el operativo de la Cruz Roja en 2007 en Jobotoboto.