

**Condiciones de salud
y alimentación
de la población indígena
warao del estado
Delta Amacuro**



Condiciones de salud y alimentación de la población indígena warao del estado Delta Amacuro

Primera edición: Enero, 2020

© Provea

Serie Investigaciones en derechos humanos N° 3

Edición y distribución: @Provea

Investigación y redacción del texto: Aimé Tillett

Diseño y diagramación: Rogmy Armas

Corrección de textos: Rafael Uzcategui

ISBN: 978-980-6544-59-8

Depósito legal: DC2020000113

Hecho el depósito que indica la ley

Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea)

Tienda Honda a Puente Trinidad, Bulevar Panteón, Edif. Centro Plaza

Las Mercedes, P.B. Local 6, Caracas.

Tel: (0212) 860.66.69 / 862.10.11 / 862.53.33

Correo electrónico: coordinación.general@derechos.org.ve

Sitio web: www.derechos.org.ve

El contenido de esta obra puede ser citado y difundido por cualquier medio.

Agradecemos citar la fuente.

INDICE

ABREVIATURAS Y SIGLAS	5
INTRODUCCIÓN	8
1. EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE VENEZUELA	11
El derecho a la salud: un derecho humano	12
El derecho a la salud de los pueblos indígenas en las leyes venezolanas	14
El derecho a la salud de los pueblos indígenas en los convenios internacionales	19
Otros convenios internacionales suscritos por Venezuela	21
2. LOS WARAO	23
Concepción warao de la salud	29
Impactos del contacto y desplazamientos	33
Viajes al interior de Venezuela	36
Migración a Brasil	38
3. DEMOGRAFÍA Y CONDICIONES DE VIDA	40
La población warao según los censos de población oficiales	41
Estado Delta Amacuro	44
Aspectos geográficos	44
Características generales de la población del estado Delta Amacuro	46
Distribución espacial de la población indígena y no indígena	49
Distribución de la población indígena en áreas rurales y urbanas	52
Composición por edad y sexo	55
Índice de masculinidad	59
Personas indígenas con discapacidad	59
Características de la fecundidad	61

Promedio de hijos por mujer	62
Características educativas	65
Niveles de alfabetismo	65
Asistencia escolar	68
Viviendas y hogares	69
Viviendas por condición de ocupación	69
Distribución de hogares y promedio de personas por hogar	70
Hogares con déficit en hacinamiento	71
Hogares con déficit por calidad de la vivienda	72
Hogares con déficit de servicios básicos	73
Acceso a agua potable	74
Eliminación de excretas	75
Servicio de basura y manejo de los desechos sólidos	76
Pobreza	78

4. SITUACIÓN DE SALUD Y ALIMENTACIÓN DE LA POBLACIÓN WARAO

La salud de los pueblos indígenas	82
Emergencia humanitaria compleja	83
Acceso a la información epidemiológica	85
Situación de salud vista por los warao	86
Morbilidad y mortalidad	88
Mortalidad indígena	89
Mortalidad y morbilidad de pacientes warao que acuden al hospital de Tucupita	95
Mortalidad materna	97
Embarazo, parto y puerperio entre los warao	103
Mortalidad infantil	104
Tres casos de enfermedades endémicas y epidémicas: sarampión, tuberculosis y VIH/SIDA	106
	110

Sarampión	110
Subregistro epidemiológico del brote de sarampión	114
Reseña de la epidemia de sarampión en Delta Amacuro	118
Balance de muertes de indígenas warao por sarampión	121
Tuberculosis	124
Funcionamiento del Programa de Control de la TB para la atención de los pacientes warao	130
VIH/SIDA	132
Situación epidemiológica	132
Factores de riesgo y determinantes socioculturales en la adquisición del VIH	138
Acceso y atención oportuna en los servicios de salud	141
Alimentación, estado nutricional y patologías asociadas	144
Alimentación y estado nutricional en Venezuela	144
La alimentación de los warao	148
Estado nutricional de la población warao	151
Relaciones entre estado nutricional, infección parasitaria y anemia	154
Estado nutricional y salud en comunidades warao urbanas	158
Yakariyene	158
Playita de Volcán	159
Barrancas del Orinoco	161
Cambalache	162
5. SITUACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD	164
Red de establecimientos de salud para la atención de la población warao	166
Consultorios Populares tipo 1	169
Consultorios Populares tipo 2	170
Logística de transporte fluvial	172
Personal médico	173

Infraestructura y dotación	175
Misión Barrio Adentro	176
Articulación del sistema de salud	177
Desarrollo de las políticas de atención en salud de los indígenas	179
Programas de salud de la DSI dirigidos a los warao	183
Servicios de Atención y Orientación al Indígena	183
Plan Delta	185
Programa de Apoyo a las Poblaciones Warao del Delta del Río Orinoco	188
Programas de salud del MPPPI dirigidos a los warao	191
Proyecto de atención integral a la población indígena en condición de extrema vulnerabilidad	191
Jornadas de atención integral a las comunidades indígenas	192
Janoko flotante de atención médica integral	192
Atención directa a la población indígena de acuerdo a requerimientos particulares	195
Dotación y mantenimiento para el funcionamiento de las unidades de asistencia médicas básicas	195
Centro de sanación chamánico El Moriche	195
CONCLUSIONES	197
AGRADECIMIENTOS	205
REFERENCIAS	208

Abreviaturas

CDI Centro de Diagnóstico Integral

CELADE Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CENDES Centro de Estudios del Desarrollo

CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CRBV Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

DSI Dirección de Salud Indígena

FAO Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

FIDA Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola

FIOCRUZ Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil

IGVSB Instituto Geográfico de Venezuela Simón Bolívar

IMC Índice de Masa Corporal

INE Instituto Nacional de Estadística

INH Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"

INN Instituto Nacional de Nutrición

ITS Infecciones de Transmisión Sexual

IVIC Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas

LOPCI Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas

MBA Misión Barrio Adentro

MPPA Ministerio del Poder Popular para la Alimentación

MPPE Ministerio del Poder Popular para la Educación

MPPS Ministerio del Poder Popular para la Salud

MPPPI Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas

nv. Nacidos vivos

ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio

OIT Organización Internacional del Trabajo

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organización No Gubernamental

OPS Organización Panamericana de la Salud

PDVSA Petróleos de Venezuela, S.A.

PIB Producto Interno Bruto

PROVEA Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos

RBV República Bolivariana de Venezuela

SAOI Servicio de Atención y Orientación al Indígena

SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Humana

SPNS Sistema Público Nacional de Salud

TARV Tratamiento Antirretroviral

UCV Universidad Central de Venezuela

UNAIDS United Nations Joint Programme on HIV/AIDS

VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana

Introducción

Este informe elaborado por el Programa Venezolana de Educación-Acción en Derechos Humanos – PROVEA tiene por objetivo presentar un diagnóstico general sobre las condiciones de vida, la situación de salud y de alimentación de la población indígena warao del estado Delta Amacuro, así como verificar la situación de los derechos humanos relativos a dichos aspectos.

Para la elaboración del estudio se sistematizó la información disponible en fuentes primarias y secundarias mediante un amplio arqueo; se realizaron entrevistas a actores claves en Caracas y Tucupita; y se hizo un recorrido en el río Manamo para conocer la situación de salud y realizar entrevistas en varias comunidades warao. Otro recorrido al municipio Antonio Díaz también estaba previsto, pero no fue posible por limitaciones de transporte.

La primera sección del informe se refiere al derecho a la salud de los pueblos indígenas. Se hace una revisión sobre la salud como derecho humano, del derecho a la salud en la CRBV y sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas desarrollado en las leyes venezolanas y los convenios internacionales suscritos por Venezuela.

En la segunda sección se presenta un resumen descriptivo sobre los warao, su ubicación y relaciones con el hábitat, su modo de vida, economía, organización social y política. También se presenta una síntesis

sobre la concepción warao de la salud y su medicina tradicional. Se hace una relación histórica sobre los impactos del contacto con la sociedad criolla, los cambios ocurridos en la cultura warao y los desplazamientos de población indígena hacia la periferia deltana, los viajes hacia el interior del país y la reciente migración a Brasil.

En la tercera sección se presenta un análisis sobre la demografía y las condiciones de vida de los warao, a partir de los datos del Censo Nacional del año 2011. Se muestra la evolución demográfica de la población warao, su distribución geográfica en el país y en el estado Delta Amacuro, y las características principales de esta población en términos de fecundidad, educación, viviendas y hogares, y pobreza.

En la cuarta sección se aborda propiamente la situación de salud y alimentación de la población warao. Se inicia con una descripción del contexto general de la salud indígena, la actual emergencia humanitaria compleja, el acceso a la información epidemiológica y la situación de salud vista por los warao. Luego se presenta un análisis de la morbilidad y mortalidad a partir de diversas fuentes de información, y se exponen detalles sobre la mortalidad materna e infantil. Posteriormente se presentan en detalle tres casos de enfermedades endémicas y epidémicas entre los warao, el brote de sarampión del 2017-2018, la tuberculosis endémica y la epidemia de VIH/SIDA. Finalmente se analiza el tema de la alimentación y el estado nutricional de los warao, las principales patologías asociadas y el estado nutricional y la salud en comunidades warao en contextos periurbanos.

La quinta sección se dedica a la descripción y análisis de la situación del sistema de atención en salud del estado Delta Amacuro. Se presenta información sobre la organización y condiciones de la red de establecimientos de salud para la atención de la población warao, y se analizan sus principales problemas. Además se describe el desarrollo de las

políticas de atención en salud de los indígenas, a través de los programas de la Dirección de Salud Indígena del MPPS y los programas de salud del MPPPI dirigidos a los warao.

En las conclusiones se enumeran los principales hallazgos del estudio y su relación con la situación de los derechos humanos del pueblo indígena warao.

1.

EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE VENEZUELA

El derecho a la salud: un derecho humano

Para abordar el análisis de la situación de salud del pueblo indígena warao, partimos de la concepción de la salud como un derecho humano, reconocido y garantizado en las leyes venezolanas y los convenios internacionales suscritos por nuestro país. Como todo derecho humano, la salud debe ser promovida y garantizada por el Estado, si bien todos y todas tenemos la responsabilidad de velar, acatar y hacer cumplir las medidas que la favorezcan (1). Adicionalmente, los pueblos indígenas de Venezuela gozan del reconocimiento específico del derecho a una salud integral que tome en consideración sus prácticas y culturas, así como su medicina tradicional.

De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (2).

La OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (3). La Constitución de la OMS también establece que el Estado tiene el deber de facilitar a todos sus ciudadanos el goce del grado máximo de salud, sin discriminación de ninguna naturaleza (1).

Esta concepción integral de la salud implica que para disfrutarla tanto individual como colectivamente, debemos poder gozar de cuerpo y mente sanos, libres de enfermedades, así como de un medio social y ambiental en condiciones que propicien la salud y nos permitan desarrollarnos plenamente (1). La salud integral implica:

- » Salud física y mental adecuada.
- » Medio ambiente sano (acceso a agua potable, evacuación de excretas, recolección de basuras y otros residuos, etc.).
- » Alimentación completa y balanceada.
- » Acceso a un trabajo digno y bien remunerado, en condiciones higiénicas y seguras.
- » Sistema de seguridad social que cubra nuestras necesidades básicas.
- » Vivienda digna que reúna condiciones sanitarias óptimas.
- » Acceso a educación gratuita y adecuada.
- » Acceso al descanso, a la recreación, al deporte, a la vida cultural (1).

El disfrute de la salud integral implica que el Estado, con el concurso de las comunidades, desarrolle las políticas y acciones necesarias para garantizar a toda la población las condiciones arriba enumeradas. Dichas políticas y acciones deberían abarcar la promoción de la salud, la prevención de daños, riesgos y enfermedades, la atención a la salud y la rehabilitación de la salud (1).

El derecho a la salud de los pueblos indígenas en las leyes venezolanas

La CRBV de 1999 reconoce en el artículo 83 que la salud es un *“derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida”*. Este planteamiento implica que “el derecho a vivir en condiciones de salud (...) exige garantías del Estado con su protección y realización, porque se trata de una condición propia del bienestar humano sin la cual se pone en riesgo la vida, y que está asociada con factores demográficos, culturales, económicos, sociales, tecnológicos y ambientales que escapan a los esfuerzos y recursos de cada persona” (4). El artículo 83 de la CRBV también establece las garantías para ejercer el derecho: “El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios”, asimismo que “todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley”.

Los artículos 84, 85 y 86 definen los mecanismos para hacer efectivo el derecho a la salud mediante la creación y gestión de un Sistema Público Nacional de Salud, gratuito y universal, e integrado al sistema de seguridad social; la participación comunitaria en la toma de decisiones; el carácter público y no privatizable de los bienes y servicios de salud pública; la obligación del Estado de garantizar el financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud; y la regulación estatal de las instituciones públicas y privadas de salud.

El artículo 122 de la CRBV se refiere específicamente a los pueblos indígenas, los cuales *“tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos.”* Con este artículo se

reconoce el derecho específico a la salud que tienen los pueblos indígenas, como derecho colectivo. Si bien la Constitución establece que la salud debe garantizarse conforme al principio de universalidad -es decir, que todas y todos tienen derecho de acceder y disfrutar de condiciones de vida saludables, sin discriminación de ninguna naturaleza-, se incorpora el reconocimiento diferenciado del derecho de un segmento particular de la población, como una forma de discriminación positiva que busca saldar una deuda histórica que precisamente ha impuesto a estos pueblos condiciones de desigualdad respecto a los niveles de calidad de vida y salud del resto de la población (5).

Por otra parte, se reconoce la diversidad cultural y sus implicaciones en materia de salud, es decir, que para poder garantizar el derecho a la salud integral de los pueblos indígenas el estado debe considerar las culturas indígenas, que implican concepciones de la vida, la muerte, el cuerpo y sus componentes, los elementos espirituales, la salud, la enfermedad y su tratamiento, diferentes a las propias de la sociedad no-indígena. Finalmente, el artículo legitima las prácticas médicas propias de los pueblos indígenas y reconoce su valor, en términos de igualdad, frente a la biomedicina.

La Exposición de Motivos de la CRBV también toca el tema, donde establece que *“el Estado reconoce las prácticas médicas tradicionales de los pueblos indígenas, las cuales hasta el presente han sido desconocidas y descalificadas. El Estado garantizará a los pueblos indígenas, mediante una perspectiva intercultural que permita la combinación de los dos saberes, la salud integral adaptando los servicios de salud a las especificidades y necesidades culturales de cada uno de los pueblos indígenas.”*

La LOPCI entró en vigencia en diciembre del 2005 y es el instrumento jurídico fundamental que desarrolla el marco de derechos de los pueblos indígenas y establece los lineamientos políticos para su implementación, tal como está asentado en su artículo 1:

“Artículo 1. El Estado venezolano reconoce y protege la existencia de los pueblos y comunidades indígenas como pueblos originarios, garantizándole los derechos consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, los tratados, pactos y convenios internacionales y otras normas de aceptación universal, así como las demás leyes de la República, para asegurar su participación activa en la vida de la Nación venezolana, la preservación de sus culturas, el ejercicio de la libre determinación de sus asuntos internos y las condiciones que los hacen posibles.”

A los efectos legales correspondientes al marco jurídico venezolano, la LOPCI define el concepto de Pueblos Indígenas como sigue:

“Pueblos Indígenas: Son grupos humanos descendientes de los pueblos originarios que habitan en el espacio geográfico que corresponde al territorio nacional, de conformidad con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y las leyes, que se reconocen a sí mismos como tales, por tener uno o algunos de los siguientes elementos: identidades étnicas, tierras, instituciones sociales, económicas, políticas, culturales y, sistemas de justicia propios, que los distinguen de otros sectores de la sociedad nacional y que están determinados a preservar, desarrollar y transmitir a las generaciones futuras.”

La LOPCI incluye un capítulo completo (Capítulo II del Título V) que consta de siete artículos sobre la salud y la medicina indígena, a saber:

Artículo 111. “Del derecho a la medicina indígena”: derecho al uso de su medicina tradicional y prácticas terapéuticas sin limitar el derecho de acceso a los demás servicios y programas del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social, en igualdad de oportunidades, equidad y calidad de servicio.

Artículo 112. “De la incorporación de la medicina tradicional indígena al Sistema Nacional de Salud”: incorporación de la medicina tradicional y las prácticas terapéuticas indígenas a los servicios del Sistema Nacional de Salud dirigidos a los pueblos y comunidades indígenas. Los especialistas indígenas en medicina tradicional podrán practicarla contando con el consentimiento de los pacientes y en los lugares destinados para tales fines. Estas prácticas serán respetadas por todas las instituciones públicas de salud.

Artículo 113. “De la participación indígena en los programas y servicios de salud”: la participación directa de los pueblos, comunidades y organizaciones indígenas en la organización, planificación y control de los servicios de salud, que deberán adecuarse a las condiciones geográficas, económicas, sociales y culturales según cada caso.

Artículo 114. “Los idiomas indígenas en la atención en salud”: incorporación de los idiomas indígenas en los servicios del Sistema Nacional de Salud dirigidos a las poblaciones indígenas, mediante la designación del personal e intérpretes necesarios.

Artículo 115. “De la capacitación y formación del personal de salud”: para la capacitación del personal a cargo de la atención en salud de los pueblos y comunidades indígenas, se promoverá que en los programas de estudios de los centros de formación de profesionales de la salud se incorporen contenidos relacionados con la medicina indígena, respetando la cosmovisión, conocimientos, prácticas, usos, costumbres y tradiciones.

Artículo 116. “De la definición y coordinación de las políticas de salud”: el ministerio competente en materia de salud, con la participación de los pueblos y comunidades indígenas, definirá las políticas de salud destinadas a los pueblos y comunidades indígenas. La ejecución de los planes y programas de salud se hará de manera coordinada con el ente ejecutor de la política indígena del país, con los gobiernos regionales y municipales de entidades con población indígena, y con los pueblos y comunidades indígenas.

Artículo 117. “Del nombramiento de funcionarios regionales”: las direcciones de salud dependientes del Ejecutivo nacional, estatal o municipal, de los estados y municipios con población indígena, designarán en coordinación con el ente ejecutor de la política indígena del país y las organizaciones indígenas, un funcionario o grupo de funcionarios para que garanticen la ejecución de las políticas generales en la prestación de servicios de salud a los pueblos y comunidades indígenas.

Aparte del capítulo sobre la salud y la medicina indígena, la LOPCI define la medicina tradicional indígena en los siguientes términos:

“Medicina tradicional indígena: Comprende el conjunto de conocimientos de biodiversidad, así como las prácticas, ideas, creencias y procedimientos relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales de un pueblo y comunidad indígena determinado. Este conjunto de conocimientos explica la etiología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud. Éstos se transmiten por la tradición de generación en generación dentro de los pueblos y comunidades indígenas.” (Artículo 3.13).

El derecho a la salud de los pueblos indígenas en los convenios internacionales

El Convenio 169 de la OIT o Convenio Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, aprobado en Ginebra en 1989 y vigente desde 1991, es ley con rango constitucional en Venezuela desde el 2001. El artículo 25 establece una serie de lineamientos para los Estados firmantes a los fines de ofrecer garantías para el ejercicio del derecho a la salud. Entre otros puntos establece que los gobiernos deberán poner a disposición servicios de salud adecuados o proporcionar a los pueblos indígenas los medios para organizar y prestar servicios bajo su propia responsabilidad y control; los servicios deberán organizarse a nivel comunitario; deberán planearse y administrarse en conjunto con los pueblos interesados; deberán considerar las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como los métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales; el sistema de salud deberá formar y emplear preferentemente personal local y centrarse en los cuidados primarios de salud.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, aprobada en septiembre de 2007 y suscrita por Venezuela, establece en su artículo 21 que “Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas (...) el saneamiento, la salud y la seguridad social. Los Estados adoptarán medidas eficaces y, cuando proceda, medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de sus condiciones económicas y sociales. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidades indígenas.”

El artículo 24 se refiere a las medicinas tradicionales en estos términos: “Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas

tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.”

Es importante tener en consideración también la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) de la OPS, que establece lineamientos estratégicos a los Estados miembros para “contribuir al logro de la equidad en las Américas en un contexto de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural”, y cuya finalidad es que “en colaboración con los propios pueblos indígenas, encaminarse a hallar soluciones realistas y sostenibles a los graves problemas de mala salud y condiciones de vida inferiores al promedio que afrontan muchos de los pueblos indígenas en toda la Región” (6).

En 1993, los Estados miembros en consenso reconocieron los déficits en las condiciones de vida y de salud de los pueblos indígenas de la región. La Resolución aprobada en 1993 (7) tuvo como objetivo poner en práctica la iniciativa SAPIA y se vio reforzada por otras dos resoluciones sobre pueblos indígenas aprobadas en 1997 (8) y 2006 (9). La *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, aprobada en 2014 (10), se refiere específicamente a las personas de ascendencia afro descendiente e indígenas como algunos de los grupos más afectados que enfrentan problemas de exclusión y la falta de acceso a servicios de calidad adecuados (11).

Otros convenios internacionales suscritos por Venezuela

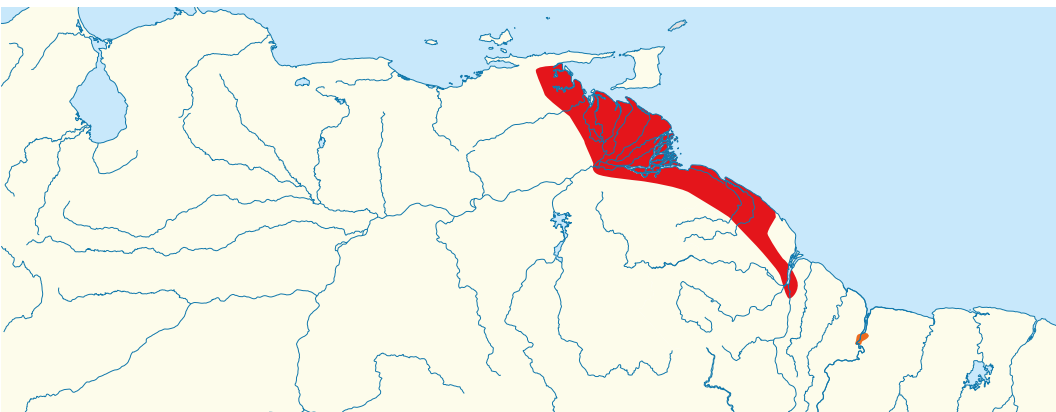
Además de los antes mencionados, existe un importante *corpus* de tratados internacionales suscritos por Venezuela que promueven el derecho a la vida y un nivel de vida adecuado, incluyendo la salud y el bienestar, la alimentación, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales. Estos instrumentos suscritos por Venezuela, tienen rango constitucional y conllevan compromisos y obligaciones adquiridos por el Estado venezolano ante los organismos internacionales correspondientes. Entre los más importantes destacan, por orden de aparición:

- » Código Sanitario Pan-Americano (1924)
- » Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946)
- » Constitución de la Organización Panamericana de la Salud (1947)
- » Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948)
- » Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (ONU, 1963)
- » Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966)
- » Convención Americana sobre Derechos Humanos (OEA, 1969)
- » Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (ONU, 1979)
- » Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989)
- » Declaración de Ginebra sobre la Salud y la Supervivencia de los Pueblos Indígenas, Organización Mundial de la Salud (1999)
- » Carta Democrática Interamericana (OEA, 2001)
- » Reglamento Sanitario Internacional (OMS, 2005)
- » Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ONU, 2015)
- » Declaración sobre el reconocimiento del acceso universal a la salud (UNASUR, 2017)

- » Declaración sobre la política suramericana de salud intercultural y étnica (UNASUR, 2017)

2. **LOS WARAO**

Los warao son un pueblo indígena que habita principalmente en las islas y caños del delta del Orinoco, en el extremo nororiental de Venezuela, así como en algunas áreas del Territorio Esequibo, Guyana y Surinam (véase mapa 1). Fueron conocidos desde el siglo XVI como Guaraúnos, pero su autodenominación es la voz *warao*, que se traduce como “dueños de la canoa”¹ o “gente de playa” o “playeros”². Como su propia denominación indica, viven en un medio ambiente acuático, son diestros constructores de embarcaciones, grandes navegantes y pescadores, además de excelentes artesanos. Su presencia en la zona se remonta 8.000 años y está asociada a la abundancia de un complejo de seis especies de palmas, pero especialmente a los morichales (*Mauritia flexuosa*) (12). El idioma warao es una lengua clasificada como aislada o independiente, con tres variantes dialectales principales comprensibles entre sí (13).



Mapa 1: Área aproximada de distribución de los warao (14).

¹ Según J. Wilbert.

² Según J. Lavandero

Su territorio ancestral es el “propio delta” (véase mapa 2), una llanura de unos 22.500 km² demarcada por el caño Manamo en el oeste, el Río Grande al sur y el océano Atlántico, que bordea todas sus costas. La distancia desde su vértice en Barrancas y la mayoría de los puntos a lo largo de la costa marítima es de 190 km en promedio, con un desnivel total de sólo 10 metros (12).

En el Delta del Orinoco se distinguen tres regiones naturales: Delta Superior, Delta Medio y Delta Inferior o Bajo Delta. El Delta Superior comprende las zonas de mayor altitud, compuestas de suelos arenosos que sólo se inundan parcialmente durante la creciente anual del Orinoco en los meses de agosto y septiembre. El Delta Medio es la zona central, constituida por planicies cenagosas donde predominan pantanos y turberas inundables durante todo el año. El Delta Inferior o Bajo Delta es la zona más baja y en contacto directo con el mar, está formado por tierras anegadizas de suelos limosos, surcadas por una red de caños e islas deltaicas, incluye marismas y estuarios sujetos a las inundaciones cotidianas provocadas por las mareas. El moriche abunda en el Delta Superior, pero en el Delta Medio e Inferior están presentes las seis especies de palmas, así como la mayoría de la población warao (12) (13) (15).

Los warao se especializaron en el aprovechamiento de manglares, bosques ribereños, sabanas húmedas, ríos y entornos litorales (13). Su dieta se basó en los productos de las palmas que complementaban con el consumo de miel, frutos silvestres, aves, mamíferos, peces, reptiles y crustáceos. Durante miles de años su supervivencia dependió del valor nutritivo de la fécula (sagú o yuruma) de las palmas de moriche (*Mauritia flexuosa*) y temiche (*Manicaria saccifera*) (12).



Mapa 2: Área de ocupación warao en Venezuela (número 20, color oliva) (16).

Las principales actividades económicas tradicionales eran la pesca, la cosecha de productos selváticos y la cacería menor. Se trataba de una sociedad de recolectores con una economía de subsistencia, donde “la recolección está orientada hacia la cosecha y no hacia la producción de recursos” (13). Sin embargo, a partir de los años 1930 adoptaron la siembra de conucos para el autoabastecimiento, incorporando principalmente el cultivo del ocumo chino (*Colocasia esculenta*), y luego también integraron el arroz y el maíz para la venta, con un significativo impacto sobre la cultura autóctona (17).

Los warao están establecidos en –al menos– 459 comunidades (18) (véase tabla 1, pág. 19) ubicadas principalmente a lo largo de los caños. La mayoría de los asentamientos están habitados por 50 a 250 individuos, aunque existen comunidades con más de 500 habitantes (13). En las comunidades ribereñas, las casas (*janoko*) se ubican paralelas al río. La base de la estructura es un palafito construido sobre pilotines, de manera que el piso quede siempre por encima de la marea más alta, y un techo a dos aguas cubierto con hojas de temiche. Entre las casas se construyen puentes con estructuras similares a los pisos. Las viviendas tradicionales no tienen paredes, pero actualmente es muy común la incorporación de tabiques de hoja de temiche o paredes de tablas (17).

La estructura de la sociedad warao tradicional que existió hasta la segunda mitad del siglo XX era igualitaria, matrilocal y matrifocal. Aunque compartían el idioma que les daba un sentido de identidad como waraos, el concepto unificador de “tribu” o “pueblo” estaba ausente. En realidad, los actuales warao son el resultado de la amalgama de varios subgrupos históricos de habla warao sumamente heterogéneos (19). El parentesco consanguíneo era el fundamento de su organización social, basada en unidades domésticas. Una aldea típica se conformaba por una a tres familias consanguíneas extendidas *awaraowi-*

tu, y entre cuatro y seis de estas comunidades formaban una aglomeración *awarao*, que era sociopolíticamente autónoma. Los habitantes de una *awarao*, consideraban las otras aglomeraciones como *warao daisa* (otros warao). Todos los que no hablan su idioma son clasificados como *jotarao*, “gente de tierra alta” (12).

La escogencia de pareja estaba prescrita entre miembros de una misma aglomeración *awarao*. Cuando un hombre se unía a una mujer dejaba su comunidad para ir a vivir en la casa de sus suegros. El yerno (*dawatuma*) debía cumplir con el “servicio de prestaciones” a su suegro (*araji*) durante los primeros años de matrimonio, dedicándose a buscar alimentos, levantar una casa para su mujer y mantener la de su suegra. Mientras más hijas tuviera una pareja, mayor sería el equipo de trabajo conformado por sus yernos, asegurando el bienestar para sus años de vejez. Al crecer la unidad doméstica, también aumentaba el prestigio social del suegro, hasta llegar al rango de *aidamo* (“el viejo”, jefe de la unidad doméstica) (12).

Los ancianos *aidamotuma* ejercían el liderazgo en la unidad doméstica, y los chamanes (*wisiratu*, *bajanarotu*, *joarotu*, *najarima*, etc.) “eran los guardianes de la sabiduría sociocultural y socioambiental, vigilaban que las normas y conductas que las regían fueran cumplidas; atendían las enfermedades místicas entre los adultos, y tutelaban los rituales religiosos y sociales que reforzaban la identidad sociocultural”. En cada unidad doméstica la línea materna, encabezada por la fundadora de la aldea, tenía un importante poder sobre la toma de decisiones. “Las mujeres eran dueñas de sus respectivas viviendas (*janoko arotu*), mantenían una reciprocidad balanceada entre las familias nucleares, aplacaban desacuerdos domésticos, atendían los partos y las enfermedades no místicas” (12).

Concepción warao de la salud

La salud *-bajuka-* es considerada el estado normal del individuo, y está directamente relacionada con la calidad de la sangre, la cual determina su fuerza física, resistencia y capacidad reproductiva. Para los warao, el cuerpo está lleno de una cantidad finita de sangre y es necesario alimentarse adecuadamente para mantenerla fuerte. Cuando la sangre se debilita o la persona sufre alguna hemorragia, disminuye la vitalidad y el cuerpo puede ser invadido por agentes patógenos que producen enfermedades. Los órganos que se asocian con el sistema circulatorio - corazón, hígado y útero- son los más importantes para la salud de los pacientes, pero también las almas pueden ser afectadas por agentes patógenos. Los waraos identifican cuatro almas dentro de su cuerpo, cada una asociada a funciones, emociones y sentimientos específicos, y se ubican en la cabeza, el pecho, el bajo abdomen y el tórax (12).

Gracias a las investigaciones desarrolladas por J Wilbert, W Wilbert y C Ayala Lafée-Wilbert, sabemos que en la cultura warao coexisten dos teorías sobre la enfermedad con sus respectivos sistemas terapéuticos: el chamanismo y la teoría pnéumica (20) (12) (21) (22). La teoría chamánica explica el origen de las enfermedades consideradas místicas, las cuales son causadas por ataques de espíritus caníbales devoradores de almas (*jebu*), objetos patógenos (*bajana*) o encantamientos (*joa*), enviadas por los dioses ultraterrenos como resultado de infracciones cometidas por la víctima al violar normas de comportamiento con el entorno socioambiental; o también, por agresiones de chamanes enemigos que envían enfermedades a través de saetas mágicas (12) (22).

Los chamanes son predominantemente varones que actúan como curanderos rituales e intermediarios entre los seres humanos y los dioses cardinales, varios de los dioses menores y otros espíritus, con

quienes se comunican mediante el humo del tabaco (12). Los dominios sobrenaturales tienen un orden jerárquico que se relaciona con la virulencia de las enfermedades que cada uno de los dioses controla. El dios del sur -*Uraro*, el sapo- produce las enfermedades febriles (viruela, sarampión, paludismo y fiebre amarilla); el dios del norte -*Warowaro*, la mariposa- envía vientos fríos que causan dolencias respiratorias (bronquitis, neumonía y tos ferina); el dios del este -*Domu Ariawara*, el Pájaro del Origen- controla las afecciones gastrointestinales (helmintiasis, diarrea, disentería y cólera); el dios del oeste -*Abajera*, el guacamayo rojo- produce la muerte por enfermedades hemorrágicas (tuberculosis pulmonar). Los chamanes están obligados -por sus promesas iniciáticas- a proveer alimentos a los dioses a cambio de la fertilidad, salud y longevidad de su gente. Los dioses castigan a los waraos por sus transgresiones, transmitiéndoles enfermedades, especialmente a los niños (20) (12).

Las enfermedades sobrenaturales son tratadas por tres clases de chamanes. El *bajanarotu* o succionador, se especializa en la extracción de objetos mágicos patógenos -*bajanas*- del cuerpo del paciente; obtiene su poder del “Espíritu del Tabaco” y del dios *Mawari*; aplaca a los seres místicos con humo de tabaco y es capaz de prevenir, causar o curar enfermedades gastrointestinales. El *joarotu* o “dueño de las joas” -hechizos cantados con los que flecha a sus víctimas- se vincula con *Joebo* el dios cardinal caníbal del inframundo en el oeste, a quien debe proveer “sacrificios humanos” por medio de la hechicería; a cambio, éste le otorga el poder de curar enfermedades que van acompañadas de pérdida de sangre, como la tuberculosis y la disentería. El *wisiratu* o “dueño del dolor”, detenta el poder de los dioses del norte, del este y del sur, a quienes debe proveer periódicamente de humo de tabaco y sagú de moriche; a cambio, los dioses reducen la muerte de niños y le confie-

ren de poder para curar enfermedades. El *wisiratu* es la figura central de la religiosidad warao y su misión es mantener el equilibrio entre el mundo sobrenatural y el mundo warao; también proporciona orientación psicológica y refuerza las normas morales dentro del grupo (20) (22).

Por otra parte, la teoría pnéumica warao explica la enfermedad como resultado de la contaminación por un olor fétido que entra en el cuerpo del paciente afectando los órganos de la zona donde penetra, así como alguna de las cuatro almas. El proceso curativo consiste en oponer al olor patógeno, un medicamento vegetal de olor fragante que desplace el aire fétido, para lograr la curación que se caracteriza por un aire neutro (20). Este tipo de enfermedades son tratadas por las mujeres fitoterapeutas *-yarokotarotu-*, quienes son expertas en la recolección, preparación y administración de medicinas botánicas. W Wilbert registró entre las fitoterapeutas warao el uso de cien especies de plantas, con las que preparan 259 medicamentos (20) para el tratamiento de tres clases de enfermedades no místicas: 1) enfermedades gastrointestinales, respiratorias, febriles y cutáneas causadas por la intrusión de un olor fétido en el cuerpo; 2) enfermedades relacionadas con la “sangre débil”, trastornos del sistema reproductor de la mujer y pérdida de fuerza por esfuerzos excesivos o exposición prolongada a los elementos naturales; y 3) enfermedades causadas por parásitos intestinales, picaduras de escorpiones, arañas y culebras, y dolencias odontológicas (12).

El diagnóstico de las enfermedades es un proceso complejo que puede prolongarse varias semanas e involucrar a los diferentes chamanes y las fitoterapeutas. El protocolo médico warao establece que el paciente debe acudir en primer lugar a cada uno de los tres chamanes, *bajanarotu*, *joarotu* y *wisiratu*, a fin de establecer si el mal es de origen sobrenatural y aplicar la cura correspondiente. Si la enfermedad no es

de origen místico, entonces la fitoterapeuta evalúa al enfermo para determinar la dolencia y su tratamiento. En caso que ninguno de los especialistas médicos warao identifique el padecimiento dentro de su ámbito curativo, o si los tratamientos no logran los resultados esperados, entonces enviarán al enfermo a la medicatura, por tratarse de afecciones exóticas provenientes del mundo de los criollos (12).

Wilbert y Ayala concluyen que los warao no desconfían de los médicos criollos ni de las terapias biomédicas, debido a que la etnoepidemiología indígena identifica una cantidad de enfermedades provenientes del mundo criollo, y existen más articulaciones que conflictos entre ambos sistemas médicos. Las principales excepciones en este sentido se relacionan con la resistencia hacia el uso de sueros porque “diluyen” la sangre, la inmunización de los niños debido a los efectos secundarios de las vacunas, y el choque cultural con la ginecología y la obstetricia. Tanto los chamanes como las fitoterapeutas ven crecer su prestigio si sus pacientes son sanados por la medicina criolla, ya que el diagnóstico correcto finalmente lleva al enfermo al tratamiento adecuado. Sin embargo, son comunes las quejas entre los médicos criollos referentes al mal estado en que acuden los pacientes a la medicatura, prácticamente moribundos, lo cual infunde frustración entre los galenos y cierto desprecio por la medicina tradicional warao (12). Así mismo refieren problemas debido a la falta de adherencia de los pacientes a algunos medicamentos, los cuales suspenden apenas sienten mejoría, lo que puede complicar cuadros que requieren tratamientos prolongados o permanentes, como en los casos de tuberculosis, malaria o VIH.

Impactos del contacto y desplazamientos

Los humedales del Delta Medio e Inferior no fueron una zona atractiva para los invasores europeos, y se considera que resultaron un “refugio fortuito que salvó al warao del genocidio epidemiológico, la esclavitud y la guerra que sufrieron otros pueblos vecinos”, logrando conservar su organización social tradicional hasta comienzos del siglo XX (12). Durante los siglos XVII y XVIII los misioneros capuchinos aragoneses incursionaron en el área con el fin de reubicar a los warao en pueblos de misión fundados en regiones más accesibles para los españoles. Como consecuencia de estos traslados, muchos warao huyeron hacia la Guyana Holandesa (Surinam) (12).

En 1848 se estableció el primer asentamiento criollo en territorio warao, el poblado “Cuarenta y Ocho”, luego llamado Tucupita, que atrajo a pescadores, comerciantes y agricultores del oriente del país. A principios del siglo XX se impuso a los warao un sistema de explotación y trabajos forzados como colectores de balatá y braceros en los ingenios de azúcar y haciendas de cacao y café. A partir de la década de 1920 se inició el establecimiento permanente de los misioneros capuchinos en el corazón del territorio warao. Los misioneros denunciaron y combatieron hasta cierto punto el sistema de esclavitud al que estaban sometidos los warao; pero también generaron importantes cambios en la sociedad y la cultura warao, con la fundación de internados para la educación y evangelización de los niños, y con la promoción del cultivo del ocumo chino, que crece en las orillas de los caños. Este cultivo reemplazó la fécula de moriche como base de la dieta y prácticamente obligó a los warao que habitaban los morichales resguardados en el interior de las islas a establecer asentamientos permanentes y expuestos en las márgenes de los ríos (12).

Otras intervenciones de gran impacto y largo alcance en la vida de los warao se originaron con la explotación petrolera. A partir de los años 1930 la llegada de las empresas petroleras al Delta Inferior occidental limitaron el libre acceso de los warao a sus territorios ancestrales y ocasionaron graves daños ambientales que redujeron la disponibilidad de sus recursos alimenticios básicos y generaron cambios en sus patrones de asentamiento y alimentación, así como el surgimiento de nuevas enfermedades que precipitaron la salida de numerosas comunidades de su hábitat ancestral (12).

En general, desde la segunda mitad del siglo XX el contacto con la sociedad nacional se intensificó, acelerando los procesos de cambio de la cultura y el estilo de vida de los waraos. A mediados de la década de los cincuenta comenzaron a participar como mano de obra en industrias madereras, agrícolas, pesqueras, ganaderas y procesadoras de palmito, auspiciadas tanto por los misioneros capuchinos como por entes particulares. A través de sus bodegas, estas empresas introdujeron bienes de consumo criollos que fueron adoptados por los warao (12). Un ejemplo importante fue el aserradero fundado en 1953 en la zona de los caños Winikina y Araguabisi. Esta empresa propició la concentración de una numerosa población indígena en sus adyacencias, atraídos por la fuente de empleo y el acceso a bienes manufacturados. En 1979 el aserradero detuvo su actividad, ocasionando que muchos waraos de la zona migraran hacia Barrancas y Tucupita en busca de nuevas oportunidades laborales. En 1983 se reiniciaron las operaciones, y también se contruyeron una escuela y un dispensario médico, atrayendo de regreso a muchos pobladores. Sin embargo, en 1988 la empresa redujo considerablemente el personal y en 1997 una fábrica de palmito vecina también dejó de operar, forzando que buena parte de la población abandonara paulatinamente la región debido a la falta de “trabajo asalariado, bajos

niveles de ingreso, escasez de productos occidentales y limitada cobertura en salud” (23).

La implementación a partir de los años 1960 de una red de asistencia médica, escuelas y otros servicios públicos con el objeto de incorporar a la población warao a la vida nacional, contribuyeron en cierta medida a mejorar sus condiciones de vida, pero muchas veces a costa de su asimilación social, política y cultural. Muchos indígenas fueron formados y luego contratados como enfermeros o maestros en sus comunidades; otros como obreros, planteros, motoristas, etc. La mayoría de los puestos de trabajo en instituciones públicas dependientes del gobierno nacional, regional o local, eran asignados a militantes de los partidos de los gobiernos de turno, estableciéndose así un sistema de clientelismo político más interesado en los votos que en el bienestar de los warao. En opinión de Heinen y Gassón, los criollos y los misioneros llevaron las cosas del siglo veinte, acompañadas de nuevos “significados, valores y tecnologías” que impactaron profundamente el mundo indígena: “los últimos cincuenta años han visto una constante interferencia en la vida Warao, generando lentamente una pérdida de las creencias, de la auto-estima y del conocimiento ambiental, sin proporcionar nada a cambio” (19).

De acuerdo con Wilbert y Ayala la economía monetaria nacional ha transformado la organización social y la economía tradicional warao. El trabajo remunerado ha convertido el dinero en el eje económico, que al ser manejado principalmente por los hombres ha desplazado la organización matrifocal de la familia extendida tradicional, reduciéndola a familia nuclear encabezada por el hombre. Se está desmoronando una sociedad donde la mujer garantizaba la distribución equitativa de recursos dando prioridad a las necesidades de las familias. Actualmente

es el hombre quien ejerce el control económico, resultando en la desconfiguración de las estructuras políticas y sociales tradicionales (12).

En 1965, el cierre del caño Manamo tuvo graves consecuencias en la vida de las comunidades del Delta occidental y el vecino estado Monagas. La disminución del cauce y la penetración del mar incrementó la salinización de los ríos y la acidificación de los suelos (12) afectando a cientos de indígenas warao que se vieron obligados a emigrar hacia las cercanías de Tucupita, Barrancas y otros centros urbanos (13).

Otro evento que tuvo un tremendo impacto en la sociedad warao fue la epidemia de cólera entre 1992 y 1993. Esta enfermedad cobró la vida de cerca de 500 waraos en el delta del Orinoco (24), especialmente en la zona de Mariusa, con una incidencia 30,4 veces mayor entre los indígenas (23), forzando a cientos de personas a desplazarse hacia Barrancas y Tucupita (24) (22).

Viajes al interior de Venezuela

A partir del año 1992, un grupo de waraos que se habían establecido en Barrancas fueron a San Félix y Puerto Ordaz para pedir ayuda a la alcaldía. Durante ese viaje descubrieron que podían obtener ingresos considerables en corto tiempo, pidiendo en las calles; a partir de entonces, cada vez más waraos empezaron a viajar a las ciudades para “recolectar dinero”. Los primeros viajes fueron de corto plazo y dirigidos a los centros urbanos más cercanos. Luego los desplazamientos se hicieron más prolongados y frecuentes, realizándose dos veces al año, y alcanzando ciudades más distantes, como Maturín, El Tigre, Puerto La Cruz, Caracas, Maracay, Valencia y Barquisimeto. Según Ayala y Wilbert, estas “carrerías” en el contexto cultural warao, siguen patrones análogos a las incursiones y acampadas provisionales para la recolección de productos silvestres, como cangrejos o yuruma de moriche, pero

en lugar de realizarse en los ecosistemas deltaicos son llevadas a cabo en entornos urbanos. Para los waraos esta actividad no es entendida como “pedir limosna”, sino “cosechar dinero”, correlacionando el sentido al de “cosechar productos silvestres” (23).

Los waraos que por diferentes causas fueron desplazados del delta inferior y medio, se establecieron en las periferias de los centros urbanos criollos, constituyendo asentamientos en condiciones de extrema pobreza, como *Yakariyene* y *Playita de Volcán* cerca de Tucupita, *Los Barrancos de Fajardo* y el malecón de *Barrancas del Orinoco*, en Monagas, y *Cambalache*, junto al vertedero de basura de Puerto Ordaz, entre otros. Las principales fuentes de ingreso de los habitantes de estas comunidades han sido trabajos informales eventuales, los viajes para “recolectar dinero”, la elaboración y venta de artesanía, la recuperación de basura, el servicio doméstico y en algunos casos la prostitución (22). En años recientes, algunas de estas colectividades han sido reubicadas en viviendas construidas por el gobierno nacional a través del MPPPI, como en los casos de *Wirinoko Arao* en Barrancas del Orinoco, *Yakerawitu* y *Janokosebe*, cerca de Tucupita. Sin embargo, en términos generales continúan padeciendo la carencia de servicios básicos, atención médica y escuelas, así como la ausencia de fuentes de empleo, entre otros problemas (25).

Migración a Brasil

La crisis económica, la creciente situación de inseguridad alimentaria y hambre, y la falta de acceso a servicios de salud y medicinas, impulsaron a muchos waraos a emigrar hacia los países limítrofes en busca de ayuda -principalmente comida-, desplazándose hacia Brasil (26) y en menor medida a Guyana y Trinidad. Desde el 2016 un número cada vez mayor de waraos viajaron a Pacaraima y Boa Vista (departamento de Roraima, Brasil), donde pedían dinero en las calles, reproduciendo las mismas estrategias que implementaban en sus viajes por Venezuela. La respuesta de las autoridades brasileras fue la deportación a Venezuela de los indígenas, pero en diciembre de 2016 una decisión de la Justicia Federal impidió la deportación de 450 waraos que estaban en proceso de ser devueltos a Venezuela, ordenando su retorno a la ciudad de Boa Vista (26). A partir de entonces, los grupos familiares warao han podido ingresar a Brasil, adoptando procesos de movilidad entre ambos países para acceder a alimentos y reunir dinero, ropa, calzado y otros bienes en Brasil, y luego regresar a sus zonas de origen en Delta Amacuro, realizando recorridos que llegan a superar los 3.000 Kms.

No existen cifras precisas sobre la cantidad de waraos que han migrado a Brasil, en parte por la dificultad de contabilizar a las personas que participan en estos flujos migratorios con gran movilidad. En enero de 2018 se contaron 915 indígenas venezolanos -en su mayoría warao, pero también pemón y e'ñepá- en las ciudades de Pacaraima, Boa Vista, Manaus, Santarém y Belém do Pará (27), la Organización de Estados Americanos estimó que desde enero de 2017 hasta marzo de 2018 ingresaron a Brasil entre 1.500 y 2.000 indígenas warao (28), pero otras fuentes reseñan que el número podría superar los 3.000 (29). En estas localidades los grupos familiares warao han recibido asistencia alimentaria y hospedaje en albergues dispuestos con apoyo de la Diócesis de

Roraima, ACNUR, el gobierno brasilero y ONG para los migrantes venezolanos en situación de migración o refugio, pero otros grupos se mantienen acampando en las calles. A partir de varias decisiones a favor de la protección de los warao emitidas por el Ministerio Público Federal de Brasil, los gobiernos departamentales y locales de Roraima, Amazonas y Pará han destinado recursos e iniciado procesos de consulta, diseño e implementación de políticas específicas para la atención alimentaria, sanitaria y educativa de los waraos migrantes (30) (27).

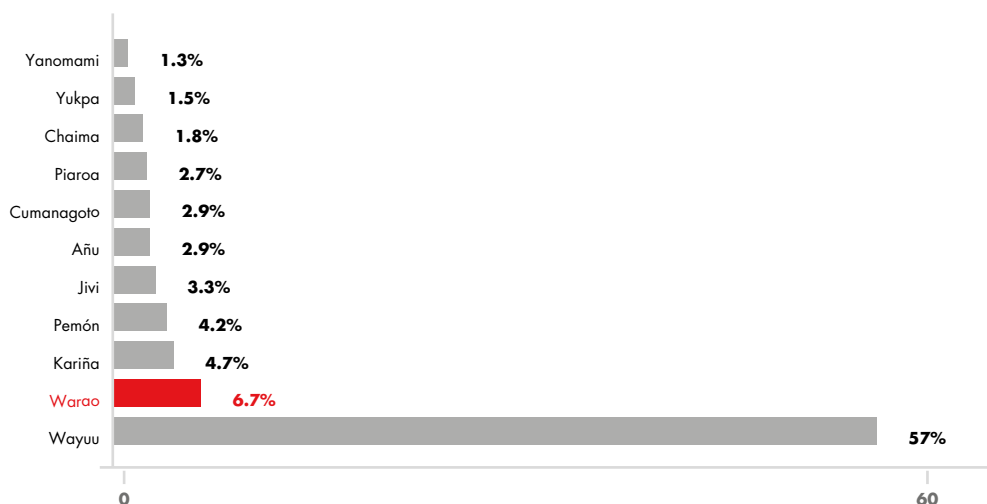
3.

DEMOGRAFÍA Y CONDICIONES DE VIDA

La población warao según los censos de población oficiales

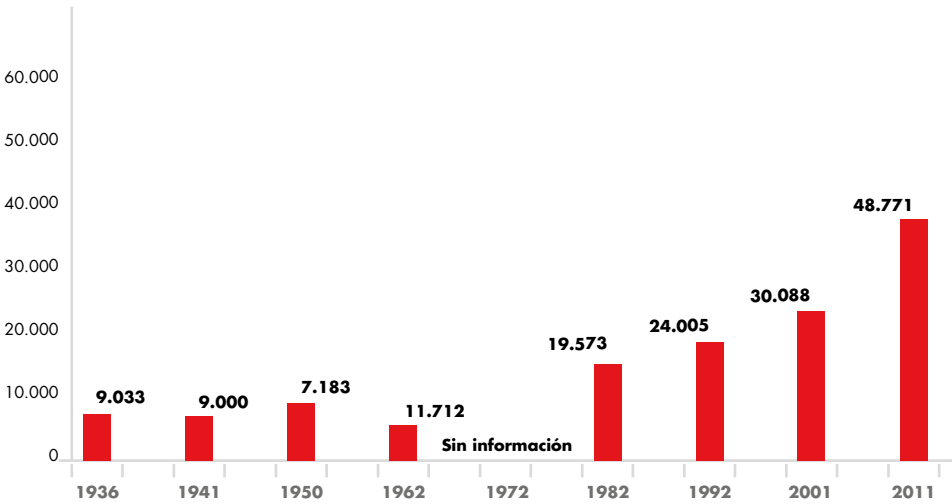
Los resultados del empadronamiento de la población indígena realizado en el XIV Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2011, indican que la población indígena de Venezuela alcanzó un total de 724.592 personas, correspondiente al 2,7% de la población nacional, (31) quienes se identifican como pertenecientes a un total de 52 pueblos indígenas. (32) El que registró la mayor población fue el pueblo indígena wayuu con el 57,1% del total de la población indígena; seguido por los warao con 6,7% de los indígenas del país. (31) Esto nos indica que los warao son el segundo pueblo indígena por número de habitantes en Venezuela (véase gráfico 1). El total de personas que se declararon pertenecientes al pueblo indígena warao fueron 48.771, de los cuales, 24.848 fueron hombres y 23.923 mujeres. (32)

Pueblos indígenas con mayor población, Censo 2011



De acuerdo a los censos oficiales, la población warao ha registrado un importante crecimiento desde 1936 (véase gráfico 2). Aunque los censos de 1936, 1941 y 1950 hubo una disminución de la población, a partir de 1950 se registró una tendencia de crecimiento poblacional en aumento. En 1972 el censo de población no diferenció entre población indígena y no indígena, por lo que no hay información disponible. Desde 1950 hasta 2011 la población warao creció a razón de una tasa promedio anual de 3,18%, multiplicándose casi siete veces en 61 años.

Población Warao, Censos 1936-2011



Según el censo del 2011 la población warao en Venezuela se distribuía principalmente en el estado Delta Amacuro, donde habitaban 40.280 personas que se reconocieron como waraos, lo que equivale al 82,6% del total. También estaban presentes en Monagas con 6.588

habitantes (13,5%), Bolívar con 850 (1,7%), Sucre con 727 (1,5%) y otros estados con 326 (0,7%) (véase tabla 1 y mapa 2 en la página 11).

El empadronamiento de la población indígena en el Censo del 2011 no consideró la figura de “comunidades indígenas”, como en censos anteriores, sino la de “centros poblados”, que no hace alusión a la composición étnica. Para tener una aproximación a lo que puede considerarse como comunidades indígenas, el INE identifica aquellos centros poblados donde la población indígena es mayoritaria (mayor o igual al 50%). La tabla 1 refleja la distribución por estados de los centros poblados donde la población warao registrada era mayoritaria. De acuerdo con este criterio, había 459 centros poblados mayoritariamente por waraos en el 2011; en Delta Amacuro había 414, el 90,2% del total; en Monagas había 40 (8,7%) y en Sucre 5 (1,1%). También es importante considerar la existencia de numerosos centros poblados con población warao minoritaria (menor al 50%), que no aparecen reflejados en las cifras de la tabla 1.

Distribución de la población warao por entidades federales, Censo 2011

Entidad federal	Población	Porcentaje	Centros poblados ³	Porcentaje
Delta Amacuro	40.280	82,6%	414	90,2%
Monagas	6.588	13,5%	40	8,7%
Bolívar	850	1,7%	-	-
Sucre	727	1,5%	5	1,1%
Otras	326	0,7%	-	-
Total	48.771	100,0%	459	100%

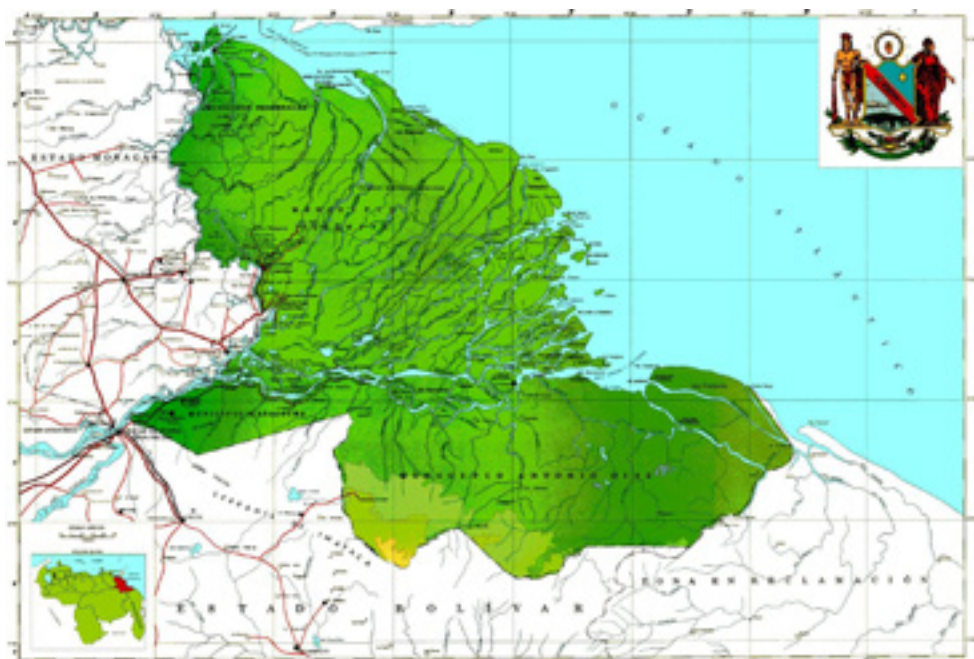
Tabla 1: fuente, INE (32) (18).

³ Con 50% o más habitantes warao. Fuente: INE [CITATION Ins18 \1 3082].

Estado Delta Amacuro

Aspectos geográficos

El estado Delta Amacuro se encuentra ubicado en el extremo nororiental del país (véase mapa 3) y posee una superficie de 40.200 Km², que representa el 4,39% del territorio nacional. Limita al Norte con el Golfo de Paria y el Océano Atlántico, al Sur con el Estado Bolívar, al Este con el Océano Atlántico y la zona en reclamación de la Guyana Esequiba y al Oeste con el Estado Monagas (33). Junto con los estados Bolívar y Amazonas conforman la Guayana venezolana, y forma parte de la región amazónica.



Mapa 3: Estado Delta Amacuro – mapa físico. fuente, IGVS (34).

El relieve del estado se caracteriza por la presencia del delta del río Orinoco que abarca una superficie de 18.810 km², con islas formadas por la acumulación de depósitos sedimentarios y numerosos ríos, caños y canales que forman una intrincada red fluvial. Al menos siete ríos son navegables durante todo el año, en especial el brazo principal del Orinoco denominado Río Grande. Además del Orinoco y sus caños, existen otros tributarios importantes como los ríos Amacuro y Barima. La mayor parte del territorio es inundada por las crecidas del Orinoco, que alcanza su nivel máximo en el mes de agosto y por las mareas, que penetran diariamente hasta 100 km tierra adentro (35).

La división político-territorial del estado incluye cuatro municipios: Antonio Díaz, Casacoima, Pedernales y Tucupita. Estos a su vez están divididos en 21 parroquias. La capital es la ciudad de Tucupita (véase mapa 3 y tabla 5).

Características generales de la población del estado Delta Amacuro

La población total del estado Delta Amacuro en el año 2011 sumaba 165.525 habitantes con una densidad poblacional de 4,1 hab/km² (33). De acuerdo con las proyecciones del INE, al 30 de junio de 2018 la población asciende a 201.612 habitantes (véase tabla 2).

Estado Delta Amacuro – Población por municipios Proyección al 30 de junio de 2018, con base al censo 2011

Estado Delta Amacuro	201.612
Municipio Antonio Díaz	31.979
Municipio Casacoima	39.061
Municipio Pedernales	7.639
Municipio Tucupita	122.933

Tabla 2: fuente, INE (36).

En el 2011 la población indígena sumó 41.543 personas (32), el 25% de la población de la entidad (33) (véase gráfico 3) y el 5,7% de la población indígena nacional; mientras que la población no indígena reunió 123.982 habitantes (75%). De los indígenas, el 51,3 % eran hombres y el 48,7 % mujeres, con un índice de masculinidad del 105,4 (37). Delta Amacuro es la segunda entidad federal, después de Amazonas, con mayor proporción de población indígena (37) y la cuarta (después de Zulia, Amazonas y Bolívar) por total de población indígena (32).

Estado Delta Amacuro. Distribución de la población indígena y no indígena

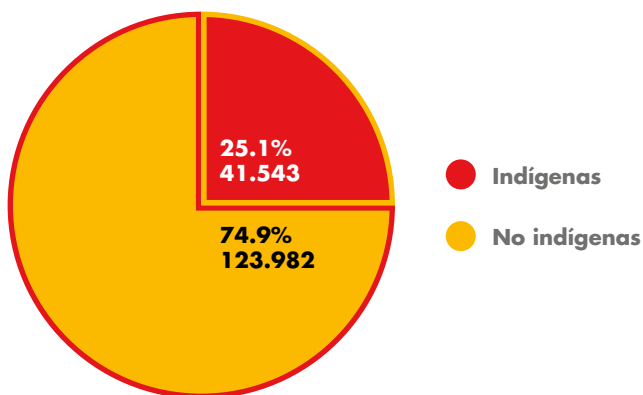


Gráfico 3: fuente, INE (33) (38).

En Delta Amacuro existen comunidades de dos pueblos indígenas que han habitado la región tradicionalmente: los warao y los arawako, también conocidos como lokono. De acuerdo al censo del 2011 los warao son la población indígena mayoritaria de Delta Amacuro, sumando 40.280 personas que representan el 97% de los indígenas y el 24,3% de la población del estado; los arawako sumaron 906 personas, que equivalen al 2,2% de la población indígena y 0,5 % del total poblacional del estado. Las declaraciones de personas de pueblos indígenas provenientes de otras regiones del país o que no especificaron su auto reconocimiento étnico totalizaron 357 personas (0,9 %) (véase gráfico 4) (32).

Estado Delta Amacuro. Población por pueblos indígenas, Censo 2011

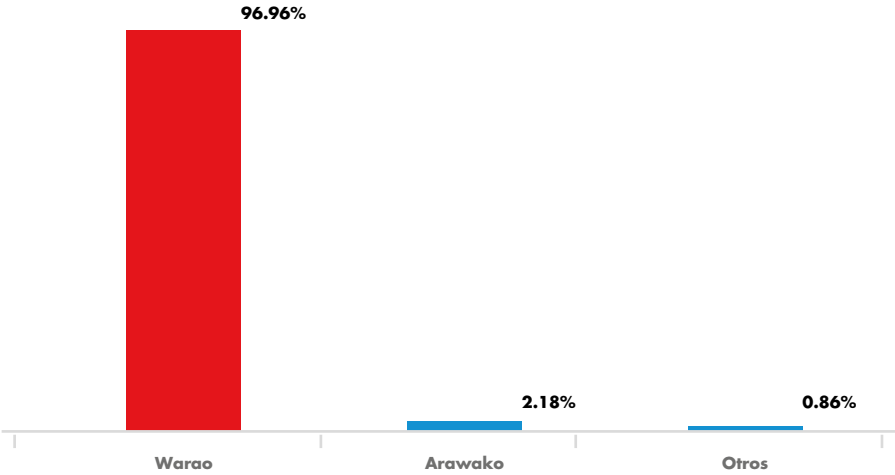


Gráfico 4: fuente, INE (32).

Distribución espacial de la población indígena y no indígena

La distribución espacial de la población indígena y no indígena varía considerablemente entre los municipios de la entidad. En los municipios Antonio Díaz y Pedernales, la población indígena es mayoritaria con respecto al total de la población, mientras que en los municipios Casacoima y Tucupita son minoría. El municipio Tucupita concentra la mayoría de la población total del estado (véase tabla 3 y gráfico 5). El municipio Antonio Díaz tiene mayoría de población indígena, la cual representa el 92,2% del total de la población, con una importante presencia warao que alcanza el 88,7% de la población municipal, y casi toda la población arawako existente en el país. Le sigue el municipio Pedernales, donde también hay mayoría de población indígena, con 69%, la cual es casi en su totalidad warao.

Distribución de la población – Estado Delta Amacuro. Censo 2011*

Municipio	Indígenas			Total	%
	Warao	Arawako	Otros		
Antonio Díaz	23.636	881	60	24.577	92,2%
Casacoima	352	7	69	428	1,4%
Pedernales	4.402	3	35	4.440	69,0%
Tucupita	11.890	15	193	12.098	11,8%
Total	40.280	906	357	41.543	25,1%

*continúa en la página siguiente.

Municipio	No indígenas	%	Total	%
Antonio Díaz	2.078	7,8	26.655	16,1
Casacoima	29.127	98,6	29.555	17,8
Pedernales	1.998	31,0	6.438	3,9
Tucupita	90.779	88,2	102.877	62,2
Total	123.982	74,9	165.525	100

Tabla 3: fuente, INE (33) (38).

Población Warao, Censos 1936-2011

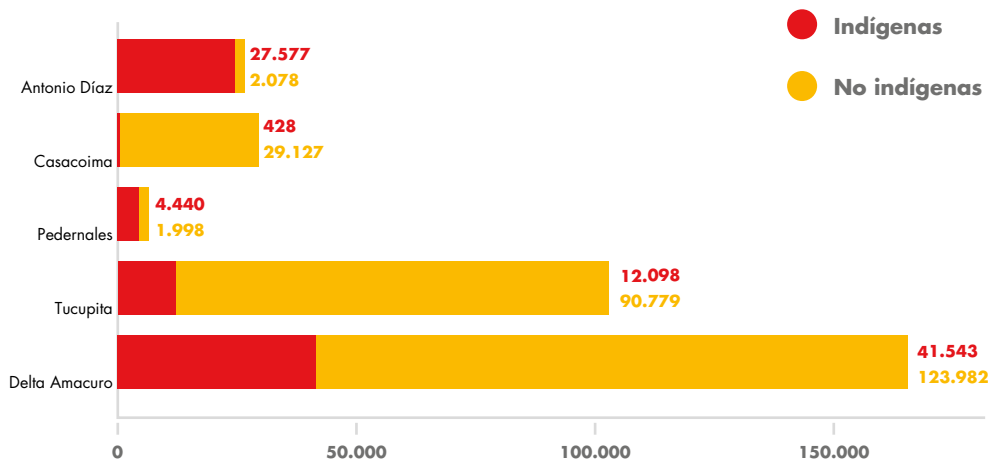


Gráfico 5: fuente, INE (33) (38).

La población warao del estado Delta Amacuro se distribuye principalmente en el municipio Antonio Díaz, donde residen el 58,7%; le siguen Tucupita con el 29,5%, Pedernales con el 10,9% y Casacoima con 0,9% (véase gráfico 6) (38).

Estado Delta Amacuro. Distribución de la población warao. Censo 2011

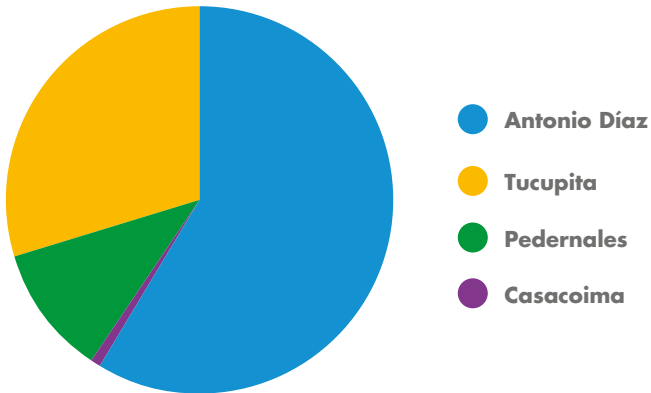


Gráfico 6: fuente, INE (38).

Distribución de la población indígena en áreas rurales y urbanas

Otro factor importante a considerar es la distribución de la población indígena en áreas rurales y urbanas. La tendencia nacional de la población indígena durante las últimas décadas ha sido la movilización desde las comunidades indígenas, ubicadas en zonas rurales, hacia las zonas urbanas. El censo del 2011 registró que un 63% de la población indígena nacional habita en áreas urbanas, mientras que el 37% se mantiene en zonas rurales. Es decir, la mayoría de la población indígena está viviendo en áreas urbanas. Sin embargo, esta tendencia está marcada sobre todo por la población indígena del estado Zulia, que es la mayor a nivel nacional y con la mayor proporción de población indígena urbana. En el caso del estado Delta Amacuro observamos (véase tabla 4), en cambio, que la mayoría de la población indígena (87%) continúa ubicada en zonas rurales. Delta Amacuro se ubica, en este sentido, como la entidad con la mayor proporción de población indígena en zonas rurales (32). No obstante, entre los censos del 2001 y el 2011 se observó un crecimiento de la población indígena en zonas urbanas en la entidad, la cual pasó del 7% en el 2001, al 13% en el 2011 (31).

Estado Delta Amacuro.

Población indígena por área urbana y rural. Censo 2011.

Municipio	Población indígena rural	%	Población indígena urbana	%
Antonio Díaz	24.577	100	0	0
Casacoima	338	79	90	21
Pedernales	4.440	100	0	0
Tucupita	6.879	57	5.219	43
Total	36.234	87	5.309	13

Tabla 4: fuente, INE (38).

Al observar la distribución de la población indígena de Delta Amacuro en áreas urbanas y rurales por municipios (véase tabla 4), verificamos que toda la población warao de los municipios Antonio Díaz y Pedernales se encuentra ubicada en zonas rurales, es decir, habita en comunidades indígenas. En los municipios Casacoima y Tucupita la mayoría de la población warao (79% y 57%, respectivamente) se mantiene habitando áreas rurales, mientras que el 21% y el 43% se ubica en zonas urbanas (38).

Como se expuso anteriormente (en la página 19), en el Censo del 2011 no se consideró la figura de “comunidades indígenas”, sino la de “centros poblados”, sin alusión a la composición étnica. En la tabla 5 se aprecia la distribución por municipios y parroquias de los centros poblados donde la población warao registrada en el 2011 fue mayoritaria (mayor o igual al 50%). De acuerdo con este criterio, en el 2011 había 414 centros poblados mayoritariamente por waraos en el estado Delta Amacuro. El municipio con mayor cantidad de centros poblados warao fue Antonio Díaz con 324, equivalentes al 78% del total del estado; las parroquias con más centros poblados warao fueron Padre Barral con 114, Manuel Renaud con 90 y Curiapo con 65. El siguiente municipio con mayor número de centros poblados warao fue Tucupita, con 55 (13%); seguido por Pedernales con 34 (8%) y Casacoima, donde sólo había un centro poblado mayormente por waraos (18).

Es importante considerar la existencia de 97 centros poblados del estado Delta Amacuro con menos de 50% de habitantes warao, que no aparecen reflejados en las cifras de la tabla 5. En algunas de estas localidades, aunque los warao son minoría, tienen una presencia importante. Resaltan los casos de Hacienda del Medio, Carapal de Guara, Paloma y las urbanizaciones Leonardo Ruíz Pineda y Delfín Mendoza, ubicados en Tucupita o sus inmediaciones. En cada uno de estos centros poblados viven al menos 500 waraos y en total suman 4.740 (18).

Estado Delta Amacuro – Centros poblados con mayoría (50%) de habitantes warao por parroquias y municipios. Censo 2011.

Municipios	Parroquias	Centros poblados por parroquias	Centros poblados por municipios	%
Antonio Díaz	Curiapo	65	324	78,3
	Almirante Luis Brión	13		
	Francisco Aniceto Lugo	27		
	Manuel Renaud	90		
	Padre Barral	114		
	Santos de Abelgas	15		
Casacoima	Imataca	-	1	0,2
	Cinco de Julio	-		
	Juan Bautista Arismendi	-		
	Manuel Piar	-		
	Rómulo Gallegos	1		
Pedernales	Pedernales	25	34	8,2
	Luis Beltrán Prieto Figueroa	9		
Tucupita	San José	-	55	13,3
	José Vidal Marcano	9		
	Juan Millán	13		
	Leonardo Ruíz Pineda	3		
	Mariscal Antonio José de Sucre	-		
	Monseñor Argimiro García	1		
	San Rafael	11		
	Virgen del Valle	18		
Total		414	414	100

Tabla 5: fuente, INE (18).

Composición por edad y sexo

En la tabla 6 se presentan los valores de los grandes grupos de edad de la población residente en el estado Delta Amacuro, discriminados entre población indígena y no indígena, de acuerdo con los resultados del censo del 2011. Estos datos permiten apreciar que la población dependiente de 0 a 14 años es proporcionalmente mucho mayor entre los indígenas (42%) (véase gráfico 7), población que mantiene un patrón de alta fecundidad; mientras que en la población no indígena se observa que este segmento poblacional representa el 33%, resultado de la disminución progresiva en los patrones de fecundidad experimentada en el país durante las últimas décadas (33).

Estado Delta Amacuro. Composición de la población indígena y no indígena por grupos de edad. Censo 2011.

Grupos de edad	0 – 14	15 – 64	65 y más	Total
Población indígena	17.329 42%	23.137 56%	1.077 2%	41.543 100%
Población no indígena	40.296 33%	76.349 63%	5.264 4%	121.909 100%
Total	57.625 35%	99.486 61%	6.341 4%	163.452 100%

Tabla 6: fuente, INE (38).

Estado Delta Amacuro.

Composición de la población indígena y no indígena por grupos de edad.
Censo 2011

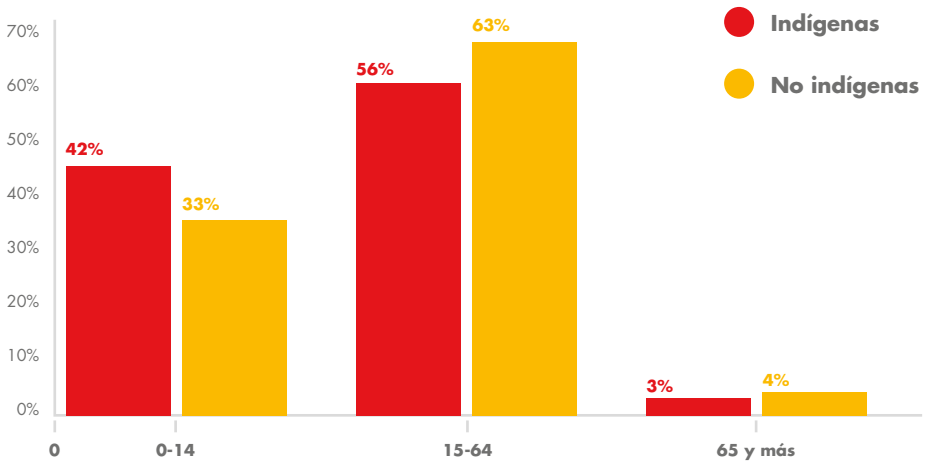


Gráfico 7: fuente, INE (38).

Respecto al grupo de población de 15 a 64 años, considerada como potencialmente activa, se observa que entre los no indígenas alcanza el 63%, frente a los indígenas con 56%. Esto indica que entre los no indígenas hay una mayor sobrevivencia poblacional de esta cohorte y un proceso de envejecimiento de la población como resultado de las mejoras en las condiciones generales de salud. La mayor proporción de adultos mayores (4%) tiende a confirmar que la población no indígena alcanza en mayor proporción edades de 65 años y más. En cambio, los indígenas experimentan una disminución comparativa de las edades centrales y de los adultos mayores (2%), como consecuencia de peores condiciones de salud y una mayor mortalidad general.

Estas tendencias pueden confirmarse comparando las pirámides de población indígena y no indígena del 2011. El gráfico 8 ilustra el comportamiento de la población indígena, con una base ancha que representa la alta fertilidad, y una pirámide que tiende a estrecharse rápidamente, como resultado de la alta mortalidad. El gráfico 9 muestra la pirámide de la población no indígena, que presenta un ensanchamiento de los tramos centrales, con una disminución de la fertilidad y la tendencia al envejecimiento de la población.

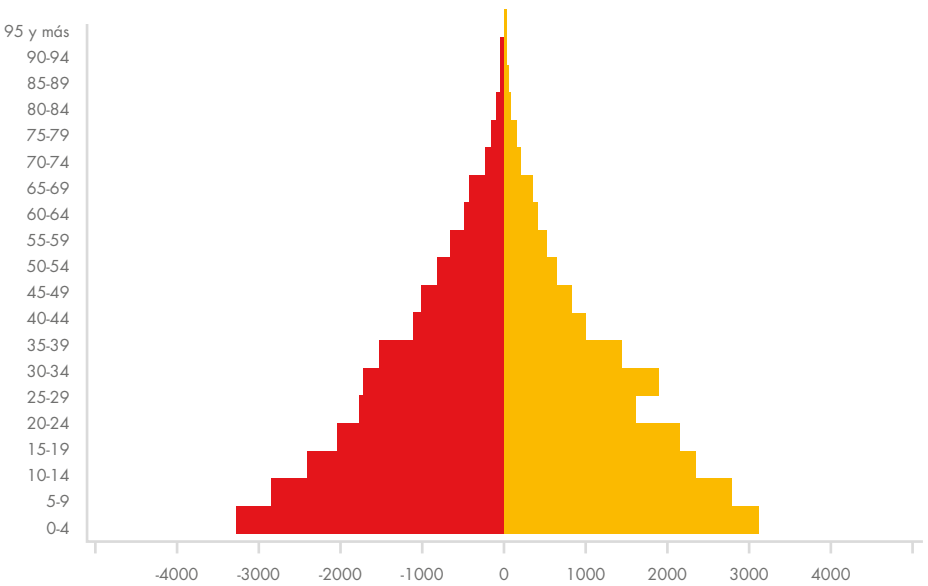


Gráfico 8: fuente, INE (38).

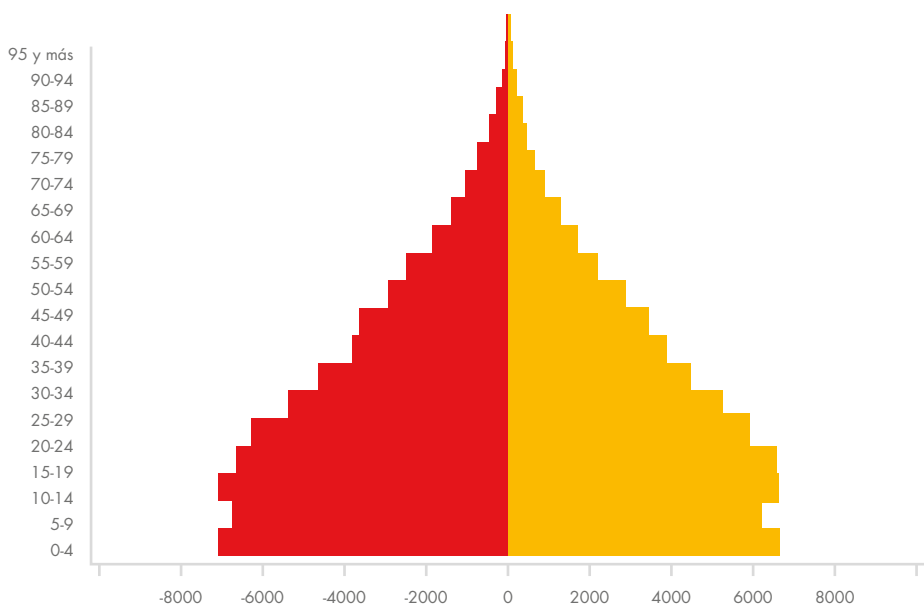


Gráfico 9: fuente, INE (38).

La población del estado Delta Amacuro es mayoritariamente joven, con una edad mediana de 22 años para 2011 (33). La población indígena de la entidad tiende a ser más joven con una mediana de edad de 18 años. La edad mediana de la población por municipios confirma esta tendencia (véase tabla 7), ya que en los municipios Antonio Díaz y Pedernales, donde la población indígena es mayoritaria, la edad mediana es 18 años, mientras que en Casacoima es 21 años y en Tucupita 23 años, ambos municipios cuya población mayoritaria no es indígena.

Estado Delta Amacuro. Mediana de edad por municipios. Censo 2011.

Municipio	Mediana de edad
Antonio Díaz	18
Casacoima	21
Pedernales	18
Tucupita	23
Delta Amacuro	22

Tabla 7 Fuente: INE (38).

Índice de masculinidad

El índice de masculinidad correspondiente a la población total del estado Delta Amacuro para el Censo 2011 es de 106,1 hombres por cada 100 mujeres, mostrando un predominio numérico de hombres sobre mujeres. Con una tendencia similar, la población warao del estado Delta Amacuro fue de 40.280 personas en 2011, con 20.644 hombres y 19.636 mujeres, que corresponde con un índice de masculinidad de 105,1.

Personas indígenas con discapacidad

El 98% de la población indígena del estado Delta Amacuro declaró no tener discapacidades; 325 personas (0,78%) manifestaron tener deficiencia visual, 85 (0,2%) discapacidad músculo esquelética, 80 (0,19%) discapacidad auditiva, 75 (0,18%) deficiencia respiratoria, entre otras (véase tabla 8). En total, en el 2011, había 841 indígenas con alguna discapacidad, el 2% de la población indígena del estado.

Estado Delta Amacuro. Población indígena con discapacidad. Censo 2011.

Personas con discapacidad	Total	Porcentaje
Total población indígena	41.543	100
Ninguna	40.702	97,9
Visual	325	0,78
Músculo esquelética	85	0,20
Auditiva	80	0,19
Respiratoria	75	0,18
Voz y habla	59	0,14
Cardiovascular	51	0,12
Neurológica	49	0,12
Mental-intelectual	38	0,09
Mental-psicosocial	26	0,06

Tabla 8: fuente, INE (38).

Características de la fecundidad

La tasa global de fecundidad en Venezuela ha experimentado un descenso durante los últimos años para los que existen datos disponibles. En el gráfico 10 se observa la tendencia de la fecundidad a nivel nacional y en cada una de las entidades para los años 2006, 2009 y 2012. Resalta que el estado Delta Amacuro presentó la mayor tasa global de fecundidad del país en el año 2006, con 5,25 hijos por mujer, y en el 2009 con 4,98. Para el año 2012 el estado Apure pasó a ocupar el primer puesto en fecundidad con una tasa de 3,72 y Delta Amacuro el segundo lugar con una tasa de 3,47, pero se mantuvo por encima del promedio nacional de 2,45 para ese año (39).

Tasa global de fecundidad corregida, según entidad federal, 2006-2012

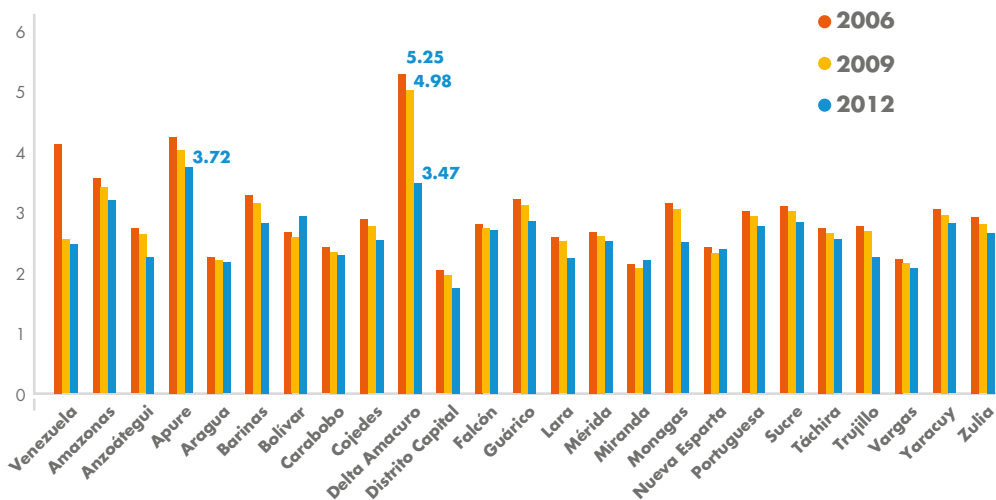


Gráfico 10: fuente, INE (39).

Promedio de hijos por mujer

La estimación de la paridez total en el estado Delta Amacuro se obtiene a partir de la pregunta sobre fecundidad acumulada del censo 2011, dirigida a las mujeres de 12 años y más; ésta indica que el número promedio de hijos por mujer se sitúa en el orden de 2,4 (33). En el conjunto nacional, Delta Amacuro y Apure ocuparon el segundo lugar, luego de Sucre, en número promedio de hijos por mujer (véase gráfico 11) (38). El análisis de la paridez media por municipios (véase gráfico 12) nos permite apreciar que el promedio de hijos por mujer (de 12 años y más) es superior en el municipio Casacoima y le siguen Antonio Díaz, Pedernales y Tucupita en orden descendente (38). Los datos del censo 2011 disponibles, no permiten verificar diferencias entre el promedio de hijos por mujeres indígenas y no indígenas. Es llamativo que el municipio Casacoima, donde la población indígena es minoritaria, presente el mayor nivel de paridez del estado, ya que como se verá más adelante (página 51 en la página 51 y siguientes), distintas investigaciones reportan promedios muy elevados de hijos entre las madres warao (entre 6 y 12 hijos por mujer), así como tasas extremadamente elevadas de mortalidad infantil, especialmente en menores de 5 años.

Paridez media por estados, Censo 2011

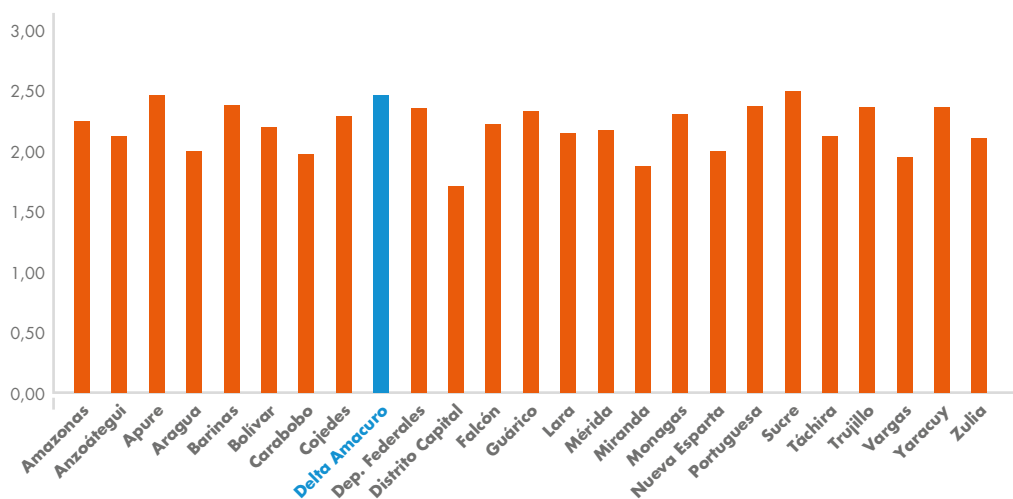


Gráfico 11: fuente, INE (38).

Estado Delta Amacuro. Paridez media por municipios. Censo 2011

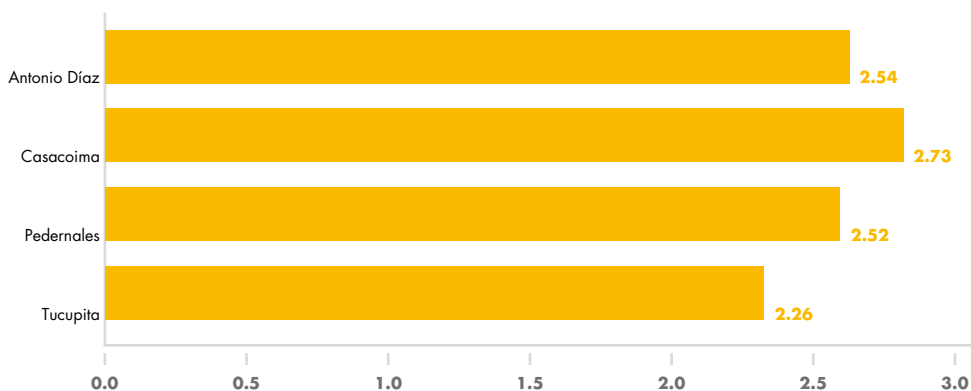


Gráfico 12: fuente, INE (38).

El gráfico 13 representa la relación de los niños y niñas menores de 5 años con respecto al total de mujeres en edad reproductiva (12 a 49 años) por municipios del estado Delta Amacuro. Resalta el elevado índice que presentan los municipios Antonio Díaz y Pedernales, con 709 y 679 niños(as) por 1000 mujeres respectivamente. Estos indicadores están entre los más altos a nivel nacional, sólo superados por los municipios Alto Orinoco, Autana y Manapiare del estado Amazonas. Aquí es importante subrayar que el elemento en común entre estos municipios es su población mayoritariamente indígena.

Estado Delta Amacuro.

Relación niños(as) por mil mujeres por municipios. Censo 2011

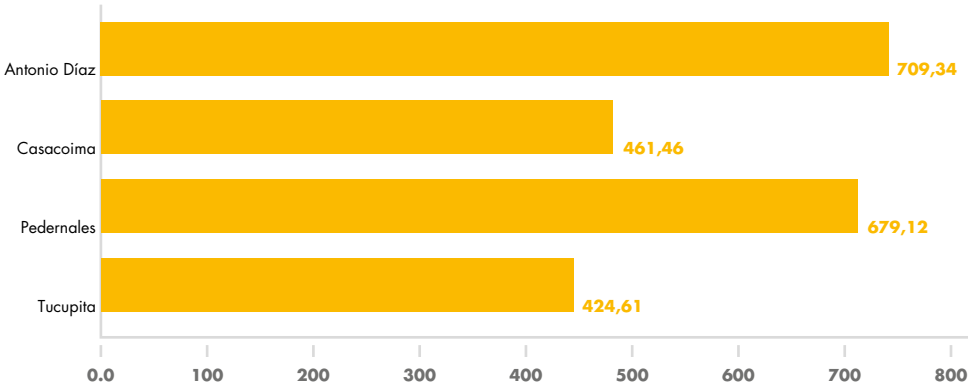


Gráfico 13: fuente, INE (38).

Características educativas

Niveles de alfabetismo

De acuerdo a los resultados del Censo 2011, solamente un 4,9% de la población de 10 años y más en Venezuela declaró no saber leer y escribir. Sin embargo, en la distribución de la población analfabeta por entidades federales (véase gráfico 14), encontramos que Delta Amacuro exhibe la tasa más alta del país, correspondiente a 15,8% de la población de la entidad (38).

% Población de 10 años y más analfabeta

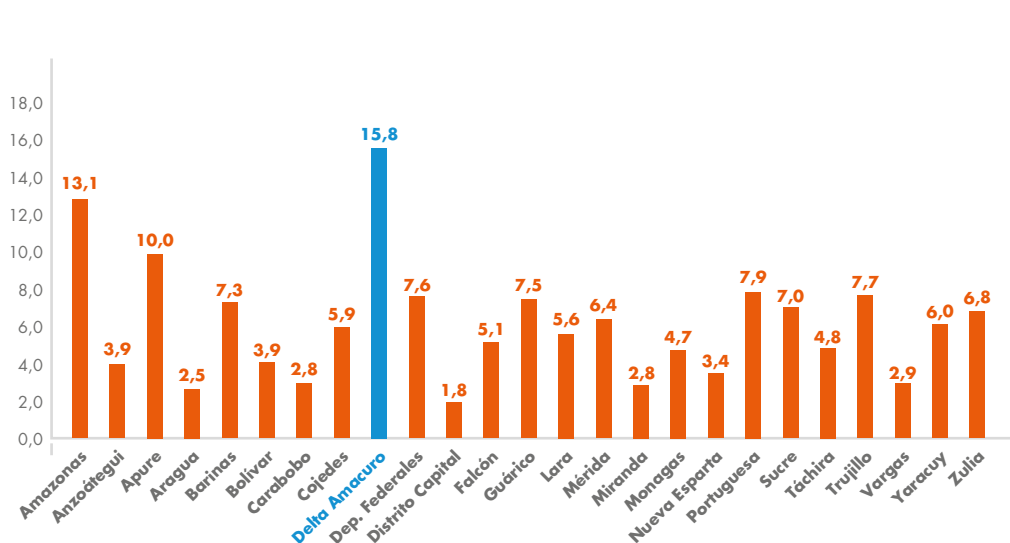


Gráfico 14: fuente, INE (38).

El análisis de la población indígena nacional por condición de alfabetismo, demuestra que Delta Amacuro es el estado que presenta la menor tasa del país, con 42,4%; es decir, el 57,6% de la población indígena de 10 años y más es analfabeta (véase gráfico 15) (38).

Estado Delta Amacuro.

Población indígena por condición de alfabetismo. Censo 2011

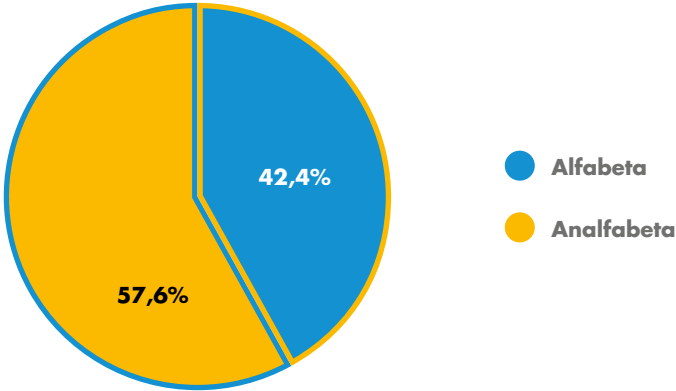


Gráfico 15: fuente, INE (38).

El gráfico 16 ilustra la distribución por municipios de la población de 10 años y más analfabeta en el estado Delta Amacuro. Salta a la vista cómo los municipios con mayor proporción de población analfabeta son Antonio Díaz con 52,6% y Pedernales con 49,9%, donde la población indígena es mayoritaria. Sólo un municipio en el país presenta una tasa de analfabetismo mayor: el municipio Alto Orinoco del estado Amazonas con 54,8%, donde la población también es en gran mayoría indígena (38).

Estado Delta Amacuro.

Porcentaje de población de 10 años y más analfabeta, Censo 2011

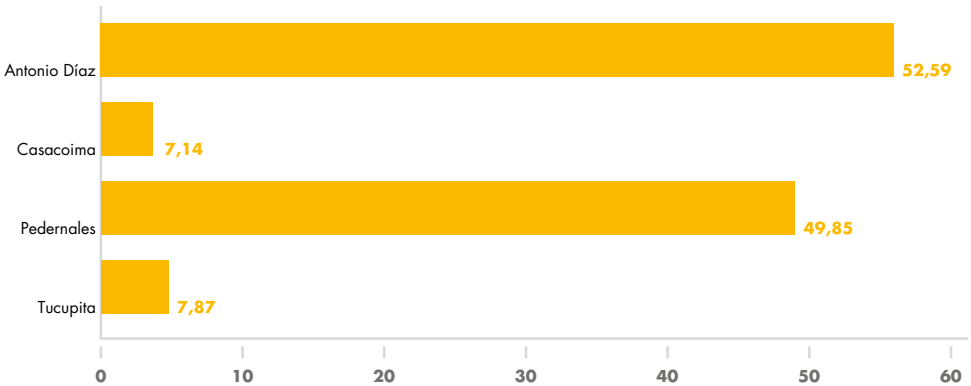


Gráfico 16: fuente, INE (38).

Asistencia escolar

De acuerdo con los resultados del Censo 2011, Delta Amacuro presenta la tasa más elevada del país en hogares con niños de 7 a 12 años que no asisten a la escuela, equivalente al 4,6% (véase gráfico 17). Esto se corresponde con los altos niveles de analfabetismo que analizamos anteriormente. Es importante señalar que entre los censos del 2001 y 2011 se registró un aumento de la inasistencia escolar en la entidad. Resaltan las altas tasas de los municipios Pedernales (24,49%) y Antonio Díaz (19,81%), las dos mayores entre los municipios de todo el país; asimismo la abrupta elevación del indicador en Pedernales entre 2001 y 2011, registrando un aumento de 18,5% (40).

Estado Delta Amacuro. Porcentaje de hogares con niños de 7 a 12 años que no asisten a la escuela, según entidad federal y municipios. Censos 2011-2011

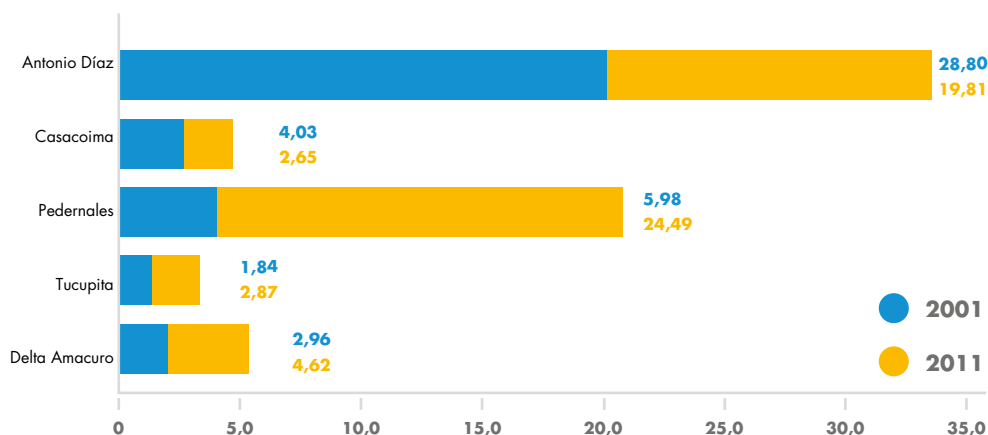


Gráfico 17: fuente, INE (40).

Viviendas y hogares

Viviendas por condición de ocupación

En el Censo 2011 se empadronaron en el estado Delta Amacuro 42.945 viviendas⁴ y 33.910 hogares (38). La distribución de viviendas por municipios (véase tabla 9), se aproxima en general a la distribución de la población por municipios (véase tabla 3, pág. 22). En términos de la condición de ocupación de las viviendas, el estado Delta Amacuro presenta 15% de viviendas desocupadas, observándose que el municipio Casacoima tiene la mayor proporción de viviendas desocupadas, con 19,6%, seguido por el municipio Antonio Díaz, con 18,6%.

Estado Delta Amacuro. Viviendas por condición de ocupación, según municipios. Censo 2011.

Municipio	Total		Ocupada		Desocupada ⁵	
Antonio Díaz	6.083	14,2%	4.950	81,4%	1.133	18,6%
Casacoima	9.266	21,6%	7.448	80,4%	1.818	19,6%
Pedernales	1.393	3,2%	1.180	84,7%	213	15,3%
Tucupita	26.203	61,0%	22.904	87,4%	3.299	12,6%
Delta Amacuro	42.945	100,0	36.482	85,0%	6.463	15,0%

Tabla 9: fuente, INE (38).

⁴ Incluye las viviendas familiares y las viviendas colectivas.

⁵ Incluye las categorías 'Desocupada', 'Desocupada (en construcción)' y 'Desocupada (ocasional)'.

Distribución de hogares y promedio de personas por hogar

La distribución de hogares por municipios (véase tabla 10) presenta variaciones importantes respecto al total de población y el número de viviendas. Estas diferencias están determinadas por el promedio de personas por hogar, el cual varía considerablemente entre los municipios del estado. Delta Amacuro presenta el segundo mayor promedio a nivel nacional con 4,3 personas por hogar, luego de Amazonas con 4,4 personas por hogar. Resalta de manera importante el promedio de 5,4 personas por hogar correspondiente al municipio Antonio Díaz, que lo ubica como el municipio con el mayor promedio de personas por hogar a nivel nacional. Le sigue a nivel del estado Delta Amacuro, el municipio Pedernales con 5,2 personas por hogar. Estos indicadores están vinculados a municipios con población indígena mayoritaria, donde predominan los hogares conformados por familias extendidas y numerosas, y una elevada tasa de fecundidad.

Estado Delta Amacuro. Distribución de hogares por municipios y promedio de personas por hogar. Censo 2011.

Municipio	Total hogares		Promedio de personas por hogar
Antonio Díaz	2.582	7,6%	5,4
Casacoima	7.484	22,1%	3,9
Pedernales	932	2,7%	5,2
Tucupita	22.912	67,6%	4,3
Delta Amacuro	33.910	100,0%	4,3

Tabla 10: fuente, INE (38).

Hogares con déficit en hacinamiento

El hacinamiento es una condición definida en términos estructurales a partir del número de personas por pieza de dormitorio. Se considera que hay hacinamiento en hogares que presentan más de 3 personas por cuarto para dormir (41). Sin embargo, según el CELADE “para los pueblos indígenas, y dependiendo del contexto territorial, los resultados de este indicador pueden ser más bien una constatación de sus formas de vida” (42). No obstante, este es un indicador importante que debe ser considerado, sobre todo por sus implicaciones para la salud.

Estado Delta Amacuro. Hogares con déficit en hacinamiento, según municipios. Censo 2011.

Municipio	Total	Hay Hacinamiento		No Hay Hacinamiento	
Antonio Díaz	2.582	1.317	51,0%	1.265	49,0%
Casacoima	7.484	1.309	17,5%	6.175	82,5%
Pedernales	932	398	42,7%	534	57,3%
Tucupita	22.912	3.258	14,2%	19.654	85,8%
Delta Amacuro	33.910	6.282	18,5%	27.628	81,5%

Tabla 11: fuente, INE (38).

La distribución de hogares con déficit en hacinamiento (véase tabla 11) muestra que aunque el estado Delta Amacuro presenta un 18,5% de hogares en hacinamiento, el indicador en el municipio Antonio Díaz se eleva hasta el 51%, y en Pedernales a 42,7%. Estas cifras indican una altísima proporción de hogares en condición de hacinamiento en los municipios donde la población warao es mayoritaria.

Hogares con déficit por calidad de la vivienda

En términos de calidad de la vivienda, se observa que la distribución de viviendas con características físicas inadecuadas (véase tabla 12) la encabeza el municipio Casacoima con el 27,4%, seguido de Pedernales con 21,6%. El municipio Antonio Díaz presenta la menor proporción de viviendas inadecuadas con un 5,9%.

Estado Delta Amacuro. Hogares con déficit por calidad de la vivienda, según municipios. Censo 2011.

Municipio	Total	Calidad de la vivienda			
		Vivienda inadecuada		No es vivienda inadecuada	
Antonio Díaz	2.582	152	5,9%	2.430	94,1%
Casacoima	7.484	2.050	27,4%	5.434	72,6%
Pedernales	932	201	21,6%	731	78,4%
Tucupita	22.912	3.213	14,0%	19.699	86,0%
Delta Amacuro	33.910	5.616	16,6%	28.294	83,4%

Tabla 12 Fuente: INE (38).

Hogares con déficit de servicios básicos

La salubridad y la calidad del agua son fundamentales para el desarrollo y el bienestar humanos. Proporcionar acceso a agua salubre es uno de los instrumentos más eficaces para promover la salud y reducir la pobreza (43). La falta de acceso a servicios sanitarios básicos como el agua potable y sistemas de eliminación de excretas, tiene efectos directos sobre los niveles de morbi-mortalidad de la población, por lo tanto también es un indicador del derecho a la salud (44). La distribución de hogares con déficit de servicios de saneamiento básico en Delta Amacuro (véase tabla 13) destaca al municipio Antonio Díaz con 69% de los hogares, seguido por Casacoima con 54% y Pedernales con 42%. El municipio Tucupita, en cambio, agrupa un 81% de hogares con servicios básicos. Estas cifras son muy resaltantes, e indican las pésimas condiciones de salubridad en casi todo el estado, pero especialmente en Antonio Díaz. Estas condiciones son determinantes en las elevadas tasas de morbi-mortalidad por enfermedades transmitidas por el agua.

Estado Delta Amacuro. Hogares con déficit en servicios, según municipios. Censo 2011.

Municipio	Total	Con Déficit en Servicios Básicos		Con Servicios Básicos	
Antonio Díaz	2.582	1.768	68,5%	814	31,5%
Casacoima	7.484	4.017	53,7%	3.467	46,3%
Pedernales	932	389	41,7%	543	58,3%
Tucupita	22.912	4.352	19,0%	18.560	81,0%
Delta Amacuro	33.910	10.526	31,0%	23.384	69,0%

Tabla 13: fuente, INE (38).

Acceso a agua potable

El acceso a agua potable es un derecho humano fundamental como parte del derecho a la vida. Un abastecimiento de agua inadecuado condiciona la salud y el bienestar de las personas (45). El análisis detallado sobre las formas de acceder al servicio de agua en las viviendas del estado Delta Amacuro (véase tabla 14), permite corroborar las tendencias sobre déficit de servicios de saneamiento básico. En el municipio Antonio Díaz el 86% de las viviendas obtienen el agua directamente del río, caño o quebrada, sin ningún tipo de tratamiento. En el municipio Tucupita el 76% de las viviendas recibe servicio de agua por acueducto o tubería, seguido por Casacoima con 36%, mientras que en Pedernales y Antonio Díaz apenas el 20% y 7%, respectivamente (46).

Estado Delta Amacuro. Viviendas con servicio de agua, según municipios. Censo 2011.

Municipio	Formas en que llega el servicio								
	Total	Acueducto o Tubería	Camión Cisterna	Pila Pública	Pozo con Tubería o Bomba				
Antonio Díaz	4.945	367	7,4%	5	0,1%	3	0,1%	65	1,3%
Casacoima	7.431	2.644	35,6%	1.958	26,3%	39	0,5%	124	1,7%
Pedernales	1.176	232	19,7%	66	5,6%	3	0,3%	159	13,5%
Tucupita	22.800	17.281	75,8%	1.616	7,1%	164	0,7%	833	3,7%
Estado Delta Amacuro	36.352	20.524	56,5%	3.645	10,0%	209	0,6%	1.181	3,2%

Municipio	Formas en que llega el servicio									
	Pozo o Manantial Protegido		Aljibes o Jagüeyes		Río, Caño, Quebrada		Lago, Laguna		Otros Medios	
Antonio Díaz	15	0,3%	9	0,2%	4.274	86,4%	37	0,7%	170	3,4%
Casacoima	45	0,6%	1.346	18,1%	728	9,8%	19	0,3%	528	7,1%
Pedernales	0	0,0%	0	0,0%	198	16,8%	25	2,1%	493	41,9%
Tucupita	52	0,2%	119	0,5%	1.966	8,6%	105	0,5%	664	2,9%
Estado Delta Amacuro	112	0,3%	1.474	4,1%	7.166	19,7%	186	0,5%	1.855	5,1%

Tabla 14: fuente, INE (46).

Eliminación de excretas

En la distribución por municipios de las formas de eliminación de excretas (véase tabla 15) resalta que el municipio Tucupita tiene poceta conectada a cloaca en el 50% de las viviendas, y poceta conectada a pozo séptico en el 32%. El 74% de las viviendas de Casacoima tienen pozo séptico. En contraste, los municipios Antonio Díaz y Pedernales no tienen poceta o excusado en el 85% y 59% de las viviendas, respectivamente, y las excretas son depositadas en el río, caño o quebrada, que en la mayoría de los casos también es la fuente de agua para el consumo (47).

**Estado Delta Amacuro. Viviendas con eliminación de excretas, según municipios.
Censo 2011.**

Municipio	Formas de eliminación de excretas										
	Total	Poceta Conectada a Cloaca		Poceta Conectada a Pozo Séptico		Poceta sin Conexión a Cloaca o a Pozo Séptico		Excusado de Hoyo o Letrina		No Tiene Poceta o Excusado	
Antonio Díaz	4.945	35	0,7%	136	2,8%	57	1,2%	531	10,7%	4.186	84,7%
Casacoima	7.431	200	2,7%	5.532	74,4%	38	0,5%	387	5,2%	1.274	17,1%
Pedernales	1.176	30	2,6%	361	30,7%	22	1,9%	73	6,2%	690	58,7%
Tucupita	22.800	11.301	49,6%	7.209	31,6%	441	1,9%	479	2,1%	3.370	14,8%
Estado Delta Amacuro	36.352	11.566	31,8%	13.238	36,4%	558	1,5%	1.470	4,0%	9.520	26,2%

Tabla 15: fuente, INE (47).

Servicio de basura y manejo de los desechos sólidos

El servicio de basura y las formas de manejo de los desechos sólidos, también son un indicador importante de saneamiento que se asocia a las condiciones básicas vinculadas a la situación de salud de la población. La tabla 16 muestra que los municipios Tucupita y Casacoima cuenta con servicio de aseo urbano para la mayoría de las viviendas, 73% y 58%, respectivamente. En Antonio Díaz el 66% de las viviendas lanza los desechos en cualquier lugar, 19% los arroja al río, caño, quebrada o laguna, y en el 10% se quema. En Pedernales el 34% de las viviendas cuenta con aseo urbano, el 29% lanza la basura en cualquier lugar y el 29% la bota al río, caño, quebrada o laguna (48).

Viviendas con servicio de basura, según entidad federal, municipios y parroquias. Censo 2011.

Municipio	Formas de desechos de la basura							
	Total	Es Recogida por el Servicio de Aseo Urbano	Se Bota en Container o Depósito Colectivo	Se Entierra	Se Quema	Se Bota en Río, Caño, Quebrada o Laguna	Se Lanza en Cualquier Lugar	
Antonio Díaz	4.945	177	32	29	495	961	3.251	
Casacoima	7.431	4.325	92	289	2.377	147	201	
Pedernales	1.176	403	19	14	51	337	352	
Tucupita	22.800	16.672	673	263	2.683	928	1.581	
Delta Amacuro	36.352	21.577	816	595	5.606	2.373	5.385	
		59%	2%	2%	15%	7%	15%	
								3%
								66%
								30%
								7%
								3%

Tabla 16 Fuente: INE (48).

Pobreza

A partir de la información recabada en el XIV Censo de Población y Vivienda del año 2011 es posible medir y caracterizar la pobreza mediante el método de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Para el caso del estado Delta Amacuro este método parece ser más adecuado para medir la pobreza que la metodología de Línea de Pobreza por Ingreso, dada la alta proporción de población indígena que vive en contextos culturales donde la alimentación, la salud y la educación no están necesariamente asociadas al mercado.

De acuerdo al Censo del 2011 y según el método NBI, el 24,6% de los hogares de Venezuela eran pobres, de estos el 17,6% eran pobres no extremos y 7% pobres extremos, mientras que el 75,4% de los hogares no eran pobres (véase gráfico 18). Delta Amacuro destaca como el estado con la mayor proporción de hogares pobres con 46,4%, de los cuales 25,4% eran pobres no extremos y 21% pobres extremos, mientras que el 53,6% eran hogares no pobres (38).

La distribución de hogares pobres y no pobres por municipios revela que Antonio Díaz era el municipio más pobre a nivel nacional, y los municipios Casacoima y Pedernales estaban entre los 10 más pobres del país (38). Antonio Díaz presentaba 83% de hogares pobres, de los cuales 28% eran pobres no extremos y 55% pobres extremos, tan solo el 17% de los hogares no eran pobres (véase tabla 17). Le sigue Casacoima con 71% y Pedernales con 62% de hogares en situación de pobreza por NBI. En Antonio Díaz y Pedernales, municipios con población indígena mayoritaria, la proporción de hogares en pobreza extrema es superior a los pobres no extremos, lo cual indica una mayoría de hogares con dos o más necesidades básicas insatisfechas.

Hogares pobres y no pobres, según entidad federal. Censo 2011

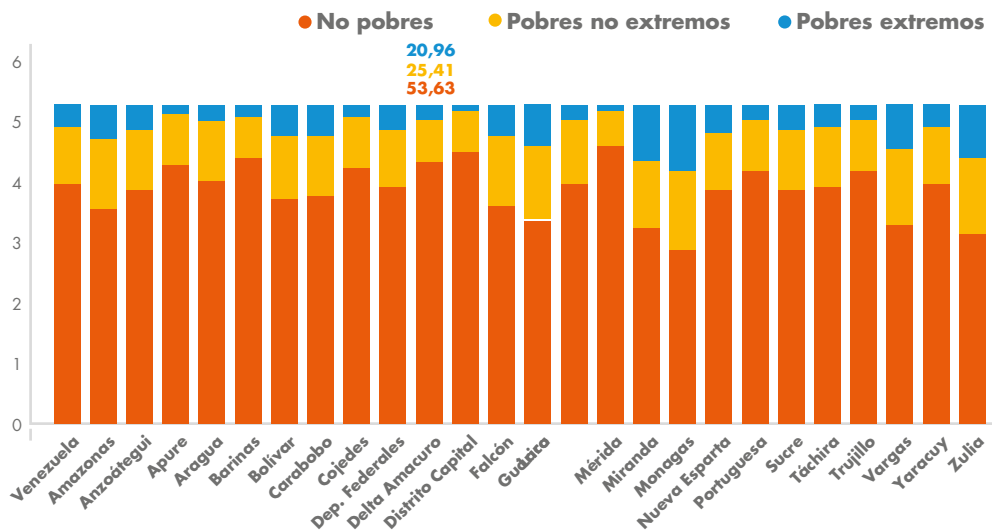


Gráfico 18: fuente, INE (38).

Estado Delta Amacuro. Hogares pobres y no pobres, según municipios. Censo 2011

Municipio	Total Hogares ⁶	No Pobres		Pobres No Extremos		Pobres Extremos		Pobres	
TOTAL	32.522	17.440	53,6%	8.265	25,4%	6.817	21,0%	15.082	46,4%
Antonio Díaz	2.398	405	16,9%	667	27,8%	1.326	55,3%	1.993	83,1%
Casacoima	7.327	2.107	28,8%	3.139	42,8%	2.081	28,4%	5.220	71,2%
Pedernales	837	316	37,8%	156	18,6%	365	43,6%	521	62,2%
Tucupita	21.960	14.612	66,5%	4.303	19,6%	3.045	13,9%	7.348	33,5%

Tabla 17: fuente, INE (38).

Los datos del Censo del 2011 nos muestran con claridad las grandes brechas e inequidades en las condiciones de vida de las comunidades indígenas warao del estado Delta Amacuro, respecto a la población criolla de la misma entidad, así como respecto a los indicadores promedio a nivel nacional. Sin embargo, la carencia de datos oficiales más recientes impide contar con una caracterización actualizada de la situación.⁶

Con base en los resultados de las encuestas ENCOVI, realizadas desde el año 2014 al 2017, se puede inferir que el abrumador aumento de la pobreza a nivel nacional (véase gráfico 19) debe tener una incidencia importante también en aquellos sectores que históricamente han reportado mayor proporción de hogares en pobreza y pobreza extrema,

⁶ No incluye a los hogares en viviendas de otro tipo y colectividad.

tratándose de una pobreza crónica, entre los que se encuentran las comunidades indígenas del Delta. No obstante, las encuestas ENCOVI no reflejan información específica sobre el estado Delta Amacuro, y excluyen a la población indígena de la muestra de estudio (49) (50).

Evolución de la pobreza por ingreso. 2014-2017

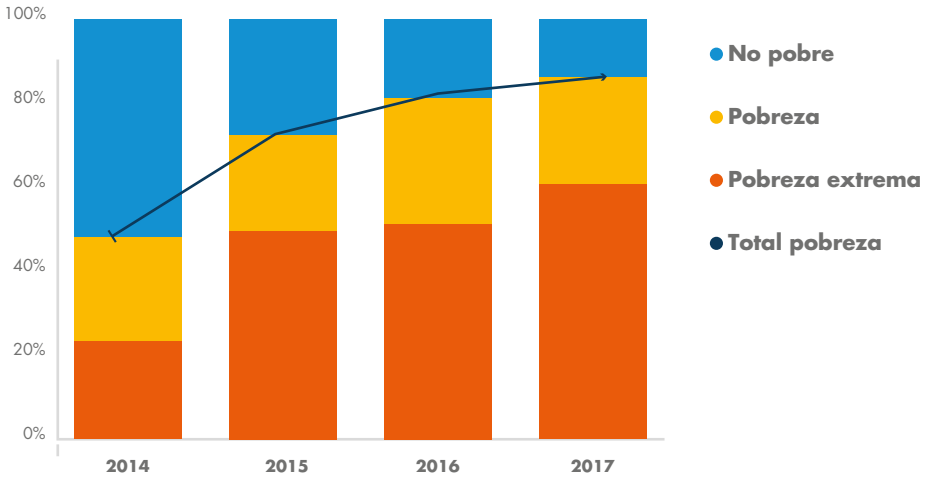


Gráfico 19: fuente, ENCOVI (50).

4. **SITUACIÓN DE SALUD Y ALIMENTACIÓN DE LA POBLACIÓN WARAO**

La salud de los pueblos indígenas

Gran parte de las sociedades nativas de América desaparecieron luego del contacto con las enfermedades del viejo mundo. Se estima que la población amerindia se redujo en 90% por efecto de epidemias contra las que no tenían inmunidad ni conocimientos para enfrentarlas (51). Los pueblos indígenas que lograron sobrevivir resultaron profundamente afectados y tuvieron que aislarse o migrar para alejarse de las zonas de conflicto con los europeos, experimentando una lenta recuperación. Sin embargo, desde mediados del siglo XX las poblaciones indígenas latinoamericanas y del Caribe han experimentado un aumento poblacional de más del 70% y hoy se estiman en unos 48,4 millones de personas (52). En Venezuela, la población indígena ha tenido un rápido crecimiento en las últimas décadas, debido en gran medida al acceso a servicios de salud, en especial a la vacunación. Este es, de hecho, uno de los principales estímulos para el acercamiento de sus comunidades a la sociedad nacional y uno de sus principales reclamos (53).

No obstante, el denominador común a los pueblos indígenas en todo el continente, es que conforman uno de los sectores más marginados y sub-atendidos por el estado y, a pesar de las mejoras reportadas, continúan teniendo los peores indicadores de salud de sus respectivas regiones. En la mayoría de los territorios indígenas las terapias tradicionales siguen siendo la única alternativa médica disponible, y donde sí

existen, los servicios de salud suelen ser altamente deficientes e irregulares. El resultado de este abandono son varios de los peores indicadores de salud de la región, que muchas veces pasan inadvertidos porque ni siquiera existen registros epidemiológicos. Además, algunas enfermedades tienen una ocurrencia casi exclusivamente indígena, o es en sus territorios donde tienen los peores impactos, por lo que suelen estar cargadas de prejuicios que afectan su prevención y tratamiento oportuno. Las principales causas de mortalidad en territorios indígenas se repiten a lo largo y ancho de la geografía nacional –desnutrición, complicaciones del parto, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas agudas, tuberculosis, etc.– la mayoría prevenibles si son atendidas a tiempo (54).

Dos factores limitan el acceso de los pueblos indígenas al sistema de salud pública nacional. Por un lado, las dificultades de acceso a gran parte de su población, que habitan en zonas remotas y de difícil cobertura. Por el otro, y más importante aún, la prestación de servicios de salud en territorios indígenas ha estado caracterizada por la falta de medios de comunicación efectivos entre los agentes involucrados en su planificación e implementación y las comunidades receptoras, provocando desencuentros y choques de visiones que afectan tanto la calidad como la viabilidad del servicio de salud que se presta. La desconexión entre el sistema de salud pública nacional y las comunidades indígenas ha alimentado además la discriminación, la intolerancia y la incompreensión a la que los indígenas han debido someterse tradicionalmente para acceder a su derecho a la salud (53).

Emergencia humanitaria compleja

En Venezuela, las carencias históricas del sistema de salud para la atención de las poblaciones indígenas, se han visto agravadas por los estragos de una emergencia humanitaria compleja que aqueja a la población a nivel nacional, y con especial gravedad la salud y la vida de los indígenas. El colapso de las capacidades sanitarias producto del desmantelamiento del sistema de salud pública, sobre todo en los últimos cinco años, junto al ascenso de los niveles de pobreza, hambre, desnutrición y el desplome de los servicios básicos, han masificado las afectaciones a la salud, causando daños físicos y mentales a las personas y la pérdida de vidas (55).

La emergencia humanitaria producto de la profunda crisis sociopolítica y económica que afecta al país, se ha visto reflejada en el sistema de salud pública en un agravado déficit de personal médico y de enfermería, la disminución al mínimo de la dotación de medicamentos e insumos esenciales, fallas en hospitales y otros establecimientos de la red pública de atención, serias limitaciones en la cobertura de servicios e incapacidad para el control de problemas de salud pública como la infección por VIH y la tuberculosis, la atención adecuada de las personas con enfermedades crónicas potencialmente mortales y el aumento de la mortalidad materna y en menores de 1 año. Los brotes de difteria, sarampión y malaria que se han propagado por la mayoría de los estados del país son evidencias claras de la incapacidad del sistema nacional de salud para atender, contener y revertir la emergencia sanitaria.

Otra consecuencia de la emergencia humanitaria ha sido la intensificación de movimientos poblaciones tanto dentro del país como hacia otros países, causando problemas de salud pública en naciones vecinas que han debido implementar respuestas de ayuda humanitaria para la

atención de contingentes de personas provenientes de Venezuela, muchos de ellos con problemas de salud y nutrición.

Acceso a la información epidemiológica

La principal dificultad para lograr conocer la situación de salud del pueblo indígena warao es la falta de acceso a la información epidemiológica oficial, la cual se encuentra totalmente censurada por el estado venezolano. De acuerdo con Provea, el MPPS no ha publicado “estadísticas sanitarias ni epidemiológicas y se retiraron de su página web oficial todos los archivos históricos de los boletines sobre enfermedades y muertes de notificación obligatoria, anuarios estadísticos de mortalidad y otros datos de salud” (56).

Para el presente estudio se hicieron solicitudes por escrito de la información epidemiológica del estado Delta Amacuro, tanto a la Dirección General de Epidemiología del MPPS, como a la Autoridad Única de Salud de la entidad; una fue denegada y la otra no recibió respuesta. No obstante, fue posible acceder a información a través de algunos programas del MPPS, las actualizaciones epidemiológicas y otros documentos de la OPS/OMS, así como en páginas web de ONG como el Observatorio Venezolano de la Salud (CENDES-UCV), la Sociedad Venezolana de Salud Pública, Red Defendamos la Epidemiología Nacional, entre otras.

Otro aspecto a considerar referente a la información epidemiológica de la población indígena es el importante subregistro de los hechos vitales (natalidad y mortalidad) y de la morbilidad en la mayoría de las comunidades indígenas ubicadas en zonas de frontera y otras áreas de difícil acceso, en las que el estado tiene poca o precaria presencia, y donde la ausencia de personal médico u otros actores del sector salud suele ser la norma. Debido a esto, el registro de la información está

marcado por prolongados vacíos, o lo que se ha dado en llamar “silencio epidemiológico”. Es el caso de la mayoría de las comunidades warao que habitan el bajo y medio delta, en los municipios Antonio Díaz, Pedernales y Tucupita.

Por otra parte, aunque el MPPS incluyó la variable étnica entre los datos del paciente que registra el sistema de información epidemiológica nacional, y algunos programas de salud ya habían incorporado dicha variable en sus instrumentos de registro de pacientes, la información no está disponible al público. Hasta la fecha, solamente dos publicaciones del MPPS, el *Anuario de Mortalidad y el Anuario de Morbilidad* del año 2013 (edición más reciente disponible), incluyen información referente a los pacientes indígenas.

Además de la carencia de información epidemiológica oficial dependiente del MPPS, tampoco hay acceso a la información alimentaria y nutricional de la población venezolana que debería estar disponible a través del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) en la página web del Instituto Nacional de Nutrición, ente adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Alimentación.

Finalmente, el INE, ente encargado de la producción de las estadísticas oficiales, tiene disponible en su página web un cúmulo importante de información demográfica, social y económica de los pueblos indígenas de Venezuela basada en los resultados del Censo del 2011, pero no dispone de información actualizada sobre la situación de salud, alimentación, educación o indicadores socioeconómicos.

Situación de salud vista por los warao

De acuerdo con Wilbert y Ayala (12), aparte de las enfermedades epidémicas que han azotado la región del delta (sarampión, cólera, malaria, etc.) los problemas de salud cotidianos que más preocupan a los practicantes de la medicina warao son los trastornos febriles, respiratorios, gastrointestinales, dermatológicos y odontológicos de menor rango, sobre todo entre los preadolescentes y ancianos.

Las enfermedades febriles son consideradas como una causa principal de morbilidad y mortalidad entre los grupos más susceptibles, particularmente los niños y en ocasiones las mujeres embarazadas, quienes pueden llegar a abortar (12). Las infecciones respiratorias agudas son consideradas igualmente peligrosas para los preadolescentes y ancianos, ya que existe la creencia de que la tos, el estornudo y la fiebre relacionada con ellas, debilitan el cuerpo y con frecuencia llevan a la muerte por agotamiento. Las diarreas y vómitos son las enfermedades que más afectan a los warao, quienes piensan que son causadas por espíritus o por contagio, y son los chamanes y las fitoterapeutas quienes se ocupan de su tratamiento. “Las deposiciones de heces blandas son tan comunes entre los warao que el término para una evacuación normal *kimi*, ha sido reemplazado en el habla común por la palabra *sojo* (diarrea)”. Las enfermedades dermatológicas afectan sobre todo porque las molestias que provocan -dolor, picazón, inhibición del sueño, etc.-, impiden llevar a cabo las actividades cotidianas de forma eficiente (12).

Morbilidad y mortalidad

Los datos sobre las principales causas de morbilidad del estado Delta Amacuro (véase tabla 18), permiten un acercamiento al contexto regional de la situación de salud de los warao. Esta información refleja las primeras causas de consulta y sus frecuencias en la población del estado, sin diferenciar entre indígenas y no indígenas. La información que se presenta corresponde al Anuario de Morbilidad del año 2013 (57), la más reciente disponible. Al compararla con años anteriores se observa que, aunque hay variaciones en el orden, se mantiene fundamentalmente el mismo perfil de morbilidad. No obstante, es posible que en el presente puedan existir variaciones, como veremos más adelante, consecuencia de la profundización del deterioro de las condiciones de vida, especialmente en aspectos como la alimentación y el acceso a la atención médica y las medicinas; así como a los brotes de malaria, enfermedades prevenibles por vacunas y otras enfermedades infecciosas ocurridos en los últimos años.

Morbilidad registrada red ambulatoria. Informe EPI-15, consolidado del año 2013
Delta Amacuro

Orden	Enfermedades	N°	Tasa	%
1	IRA vías resp. sup. y sitios múltiples no especif.	38.177	21.239,8	14,2
2	Diarreas	24.350	13.547,1	9,1
3	Fiebre	23.341	12.985,8	8,7
4	IRA no especif. vías resp. inferiores	16.332	9.086,3	6,1
5	Rinofaringitis aguda	12.914	7.184,7	4,8
6	Amigdalitis aguda	10.158	5.651,4	3,8
7	Cefalea	8.033	4.469,2	3,0
8	Bronquitis	6.909	3.843,8	2,6
9	Hipertensión arterial	5.212	2.899,7	1,9
10	Síndrome viral (virosis)	4.865	2.706,6	1,8
11	Asma	4.630	2.575,9	1,7
12	Infección urinaria	4.011	2.231,5	1,5
13	Otros traumatismos	3.679	2.046,8	1,4
14	Otitis	2.929	1.629,5	1,1
15	Heridas	2.903	1.615,1	1,1
16	Otras complic. del embarazo, parto y puerperio (*)	2.783	5.678,4	1,0
17	Dolor abdominal	2.599	1.446,0	1,0
18	HelminCIAS	2.542	1.414,2	0,9
19	Faringitis aguda	2.417	1.344,7	0,9
20	Abscesos	2.262	1.258,5	0,8
21	Otras enfermedades esófago, estomago e intestino	2.108	1.172,8	0,8

22	Anemias	2.059	1.145,5	0,8
23	Infección respiratoria aguda grave	2.016	1.121,6	0,8
24	Otros accidentes	1.999	1.112,1	0,7
25	Caries dental	1.941	1.079,9	0,7
Primeras 25 causas de consulta		191.169	106.357	71,2
Otras causas de consulta		77.433	43.080	28,8
Total causas de consulta		268.602	149.437	100,0

(*): Tasa específica por 100.000 mujeres entre 15 y 49 años de edad.

NOTA: La tasa general de morbilidad registrada es por 100.000 habitantes.

Fuente: EPI-15 Dirección de Vigilancia Epidemiológica.

Tabla 18: fuente, MPPS (57).

Durante el 2013 las 25 primeras causas de consulta representaron el 71,2% de las 268.602 que en total se registraron en el estado. Las cinco primeras causas de morbilidad fueron infecciones respiratorias agudas de las vías respiratorias superiores e inferiores, diarreas, fiebre y rinofaringitis aguda, representando entre las cinco el 42,9% de los casos. Es decir, las principales enfermedades que afectaron a la población de Delta Amacuro en el 2013 fueron enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades infecciosas y parasitarias de transmisión hídrica y alimentaria, y síntomas, signos y hallazgos anormales.

Las infecciones respiratorias agudas de las vías respiratorias superiores y sitios múltiples no específicos, fue la primera causa de morbilidad durante el 2013 en Delta Amacuro. Aunque en el contexto nacional la entidad ocupó uno de los últimos puestos respecto a las cifras absolutas de consultas acumuladas (38.177), en términos relativos presentó la mayor tasa del país (21.239,8 x 100.000 hab.). En el caso de las diarreas presentó la segunda mayor tasa a nivel nacional (13.547,1 x 100.000 hab.),

luego del estado Portuguesa (27.014,0 x 100.000 hab.); y lo mismo ocurrió en el caso de la fiebre, presentando la segunda mayor tasa del país (12.985,8 x 100.000 hab.) luego de Amazonas (13.628,8 x 100.000 hab.) (57).

De acuerdo con el *Anuario de Mortalidad* del año 2013 (el más reciente disponible) en el estado Delta Amacuro ocurrieron un total de 883 defunciones (véase tabla 19); el 62,4% (551) correspondieron a varones y 37,6% a hembras, con una tasa de mortalidad general de 4,9 por 1.000 habitantes. La distribución de las defunciones por grupos de edad muestra que ocurrieron 132 muertes infantiles (menores de 1 año) acumulando el 15% del total, con una tasa de mortalidad infantil de 28,3 x 1000 nv.⁷, el doble de la tasa nacional de ese año: 14,7 por 1000 nv. en 2013 (58). El grupo etario de 1 a 14 años acumuló 70 muertes (8%); de 15 a 64 años, 390 (44%); y de 65 años y más, 291 (33%) (59).

Delta Amacuro. Mortalidad general registrada por grupos de edad y sexo, 2013

TOTAL - 1	Grupos de edad en años								
	1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65 - 74	75 y +		
T	883	132	51	19	68	124	198	113	178
V	551	81	22	9	50	87	120	73	109
H	332	51	29	10	18	37	78	40	69

Tabla 19: fuente, MPPS (59).

⁷ Nacidos vivos estimados en base al Censo 2011.

La distribución de la mortalidad infantil a lo largo del año (véase tabla 20), muestra un aumento considerable de los fallecimientos en los meses de mayo, septiembre y noviembre. Esto puede estar relacionado con los ciclos de lluvias que inician en el mes de mayo y son seguidos por las crecientes del Orinoco que inundan parte del delta con aguas turbias y contaminadas. Al terminar la temporada de invierno entre septiembre y octubre, la disminución del nivel de los ríos hace que el agua arrastre sedimentos que vuelven a contaminar las aguas. Estos dos momentos del año que vienen acompañados de grandes cambios en los niveles fluviales, por lo general están acompañados por un auge importante de enfermedades infecciosas de transmisión hídrica como diarrea y vómitos, con el consiguiente aumento de la mortalidad infantil (60).

Delta Amacuro. Mortalidad infantil (menores de un año) por meses y sexo, 2013.

MESES													
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
T	132	12	10	10	7	17	7	9	11	15	11	16	7
V	81	9	6	4	6	13	6	2	5	10	7	11	2
H	51	3	4	6	1	4	1	7	6	5	4	5	5

Tabla 20 Fuente: MPPS (59).

Durante 2013 las 10 primeras causas de mortalidad diagnosticadas en el estado Delta Amacuro (véase tabla 21) acumularon 654 defunciones, equivalentes al 74,3% del total. Las cinco primeras causas de mortalidad diagnosticadas fueron enfermedades del corazón, cáncer, enfermedades cerebrovasculares, afecciones originadas en el período perinatal y diabetes, acumulando el 47,3% del total de los casos. Resaltan la alta mortalidad perinatal, y el elevado número de muertes por VIH, que lo ubica dentro de las 10 primeras causas de mortalidad.

Delta Amacuro. Diez principales causas de mortalidad diagnosticadas, 2013.

GRUPO DE CAUSAS	N°	Porcentajes
1. Enfermedades del corazón	134	15,2%
2. Cáncer	105	11,9%
3. Enfermedades cerebrovasculares	62	7,0%
4. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	62	7,0%
5. Diabetes	55	6,2%
6. Enfermedades infecciosas intestinales	55	6,2%
7. Suicidios y homicidios	51	5,9%
8. Accidentes de todo tipo	48	5,5%
9. Neumonía	45	5,1%
10. Enfermedad por VIH	37	4,2%
TOTAL	654	74,3%

Tabla 21: fuente, MPPS (59).

Delta Amacuro. Mortalidad indígena registrada según causas, 2013

ORDEN	GRUPO DE CAUSAS	Nº	%
1	Diarrea, gastroenteritis y otras enfermedades infecciosas intestinales	47	24,0
2	Infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades respiratorias	24	12,2
3	Enfermedades del corazón	18	9,2
4	Enfermedad por VIH	15	7,7
5	Cáncer	13	6,6
6	Causas externas (caídas, ahogamiento y sumersión accidentales, agresiones, otras)	13	6,6
7	Enfermedades del sistema digestivo	12	6,1
8	Desnutrición	11	5,6
9	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	10	5,1
10	Tuberculosis respiratoria	5	2,6
11	Enfermedades cerebrovasculares	5	2,6
12	Septicemia	4	2,0
13	Embarazo, parto y puerperio	4	2,0
14	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	4	2,0
15	Tos ferina	3	1,5
16	Enfermedades del sistema nervioso	3	1,5
17	Enfermedades del sistema genitourinario	2	1,0
18	Diabetes mellitus	1	0,5
19	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1	0,5
20	Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1	0,5
TOTAL		196	100,00

Tabla 22: fuente, MPPS (59).

Mortalidad indígena

Un elemento que incorporó por primera vez el Anuario de Mortalidad del año 2013, es el registro de la mortalidad indígena por entidad de residencia (véase tabla 22). En el caso del estado Delta Amacuro, donde los warao son mayoría en la composición de la población indígena, esta información permite contar con un perfil aproximado de las causas de mortalidad de este pueblo. En total se registraron 196 defunciones de indígenas en Delta Amacuro durante el 2013, el 62% (121) de varones y el 38% (75) de hembras, con una tasa de mortalidad indígena de 4,72 x 1000.⁸ Las muertes de indígenas equivalen al 22,2% del total de muertes registradas en el estado (883).

Las muertes de indígenas registradas en el 2013 ocurrieron por 20 causas o grupos de causas. Las cuatro primeras acumularon 104 defunciones, equivalentes al 53% del total. La primera causa de mortalidad en indígenas fueron la diarrea, gastroenteritis y otras enfermedades infecciosas intestinales, con 47 decesos (24% de todas las causas). Le siguieron las infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades respiratorias, con 24 muertes (12,2%), enfermedades del corazón, con 18 muertes (9,2%) y enfermedad por VIH, con 15 muertes (7,7%). Otras causas en orden de importancia fueron cáncer, causas externas, enfermedades del sistema digestivo, desnutrición y ciertas afecciones originadas en el período perinatal, todas con 10 o más decesos registrados. También se notificaron muertes por tuberculosis respiratoria, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y tos ferina.

⁸ Cálculo propio, con base en la población indígena del estado Delta Amacuro censada el año 2011 (41.543).

Al comparar la mortalidad registrada en la población general con la indígena, resalta que murieron más indígenas que no indígenas por desnutrición, diarreas y enfermedades infecciosas intestinales y tos ferina. En Delta Amacuro se registraron 12 muertes por desnutrición de las cuales 11 fueron indígenas, lo que equivale al 92% de los casos. De 55 muertes registradas por diarreas y enfermedades infecciosas intestinales, 47 fueron indígenas, representando el 85,5%. Hubo 4 muertes por tos ferina de las cuales 3 (75%) fueron indígenas. De los 10 fallecidos por tuberculosis respiratoria 5 (50%) eran indígenas. En el caso de las muertes por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, de 8 muertes 4 (50%) eran indígenas; lo mismo ocurrió con los fallecidos por septicemia con 8 casos de los cuales 4 eran indígenas. En el caso de

**Causas de morbilidad en pacientes warao del Hospital
"Dr. Luis Razetti" de Tucupita, enero 2015 – marzo 2017.**

	Causas de morbilidad	N° de casos	Promedio mensual	Morbilidad proporcional
1	Síndrome diarreico	197	21,9	33,9%
2	Deshidratación	74	8,2	12,7%
3	Infección respiratoria	57	6,3	9,8%
4	Neumonía	56	6,2	9,6%
5	Desnutrición	54	6,0	9,3%
6	Síndrome emético	35	3,9	6,0%
7	Anemia	26	2,9	4,5%
8	Síndrome doloroso abdominal	15	1,7	2,6%

enfermedad por VIH, de un total de 37 muertes registradas, 15 ocurrieron entre indígenas, lo que representa el 41% de los decesos (59).

9	Síndrome febril	14	1,6	2,4%
10	Síndrome coqueluchoide	12	1,3	2,1%
11	Tuberculosis	11	1,2	1,9%
12	VIH	8	0,9	1,4%
13	Intolerancia oral	6	0,7	1,0%
14	Bronquialitis	6	0,7	1,0%
15	Paludismo	5	0,6	0,9%
16	Bronconeumonía	3	0,3	0,5%
17	Empofoñamiento ofídico	2	0,2	0,3%
TOTAL		581	64,6	100%

Tabla 23: fuente, SAOI, Tucupita).

Morbilidad y mortalidad de pacientes warao que acuden al hospital de Tucupita

Otra aproximación a la situación de salud de los warao es posible mediante el análisis de los registros del Servicio de Atención y Orientación al Indígena (SAOI, véase pág. 91) del Complejo Docente Hospitalario “Dr. Luis Razetti” de Tucupita.⁹ Aunque esta información se limita a los pacientes que ingresan al hospital de la capital del estado, tiene la ventaja de que solamente se refiere a los indígenas, y por ende permite conocer la cantidad de personas warao que acuden al centro asistencial, así como las principales causas de morbilidad y mortalidad. No obstante, es importante aclarar que este es sólo un ejercicio de aproximación, que no busca sustituir las estadísticas oficiales.

⁹ La base de datos incluye información sobre los pacientes atendidos en 14 meses discontinuos entre enero del 2015 y marzo del 2017. Tanto los formatos de registro de información, como la data registrada, son variables y de calidad diversa.

Durante 13 meses (discontinuos) entre enero del 2015 y marzo del 2017, se atendieron 1317 pacientes warao; con un promedio de 101,3 pacientes por mes. La distribución de los pacientes según su zona de residencia indica que el 48% procedía del municipio Tucupita, 32% de Antonio Díaz, 13% de Pedernales, 0% de Casacoima y 7% del estado Monagas.

La tabla 23 permite apreciar las causas de morbilidad de los pacientes warao que acudieron al hospital de Tucupita durante el lapso señalado.¹⁰

10 Debido a la calidad de la data, sólo se incluyeron los registros correspondientes a 9 de los 14 meses reportados.

Las causas y frecuencias de la morbilidad de los pacientes warao que acudieron al hospital de Tucupita reflejan grosso modo los problemas de salud reportados por Wilbert y Ayala para las comunidades warao del bajo y medio delta (véase pág. 42). Resaltan en primer lugar los trastornos gastrointestinales, con las diarreas como la principal causa de enfermedad, acumulando una tercera parte de todos los casos; seguida por la deshidratación, consecuencia común del síndrome diarreico. Las enfermedades del sistema gastrointestinal acumulan el 56% de las causas de morbilidad. Le siguen las enfermedades del sistema respiratorio con las infecciones respiratorias en primer término, seguidas por la neumonía; otros pacientes presentaron síndrome coqueluchoide, bronquiolitis y bronconeumonía. Las enfermedades respiratorias acumularon el 23% de los casos. Llama la atención la frecuencia de pacientes con desnutrición y anemia, afecciones relacionadas con deficiencias en la alimentación, las cuales acumularon el 14% de la morbilidad. También se reportaron casos de síndrome febril y de otras enfermedades como tuberculosis, VIH y paludismo, así como emponzoñamientos ofídicos.

Buena parte de los problemas de salud que se reportan parecen estar directamente determinados por las condiciones de vida que imperan en las comunidades de origen, como la falta de acceso a servicios sanitarios básicos -agua potable y sistemas de eliminación de excretas y desechos sólidos-, los cuales pueden ser causas de trastornos gastrointestinales. Asimismo, los casos de desnutrición y anemia están vinculados a situaciones de pobreza con serias limitaciones para cubrir las necesidades alimentarias básicas, así como a una alta incidencia de parasitosis intestinales. La elevada frecuencia de infecciones respiratorias también puede estar vinculada a condiciones de vida precarias y a deficiencias nutricionales. Sin embargo, la falta de acceso a servicios sanitarios y la

Causas de mortalidad en pacientes warao del Hospital "Dr. Luis Razetti" de Tucupita, enero 2015 – marzo 2017

Orden	Causas de mortalidad	N° de casos	Promedio mensual	Mortalidad proporcional	N° de casos <1 año
1	Desnutrición	12	1,00	16,4%	9
2	Neumonía	7	0,58	9,6%	
3	Síndrome diarreico agudo	6	0,50	8,2%	5
4	Obstrucción intestinal	6	0,50	8,2%	
5	Obito fetal	4	0,33	5,5%	4
6	Tuberculosis	4	0,33	5,5%	
7	Shock séptico	3	0,25	4,1%	
8	Cáncer de cuello uterino	2	0,17	2,7%	
9	Insuficiencia respiratoria	2	0,17	2,7%	1
10	Cáncer	2	0,17	2,7%	
11	Prematuridad	2	0,17	2,7%	2
12	Shock hipovolémico	2	0,17	2,7%	1
13	Hipertensión arterial	2	0,17	2,7%	
14	Sepsis punto partida respiratoria	2	0,17	2,7%	2
15	Sepsis neonatal	1	0,08	1,4%	1
16	Síndrome desgaste orgánico	1	0,08	1,4%	
17	Síndrome distres respiratorio	1	0,08	1,4%	
18	Enfermedad cerebrovascular	1	0,08	1,4%	
19	VIH/SIDA	1	0,08	1,4%	
20	Anemia severa	1	0,08	1,4%	

21	Sepsis de punto de partida de piel y partes blandas	1	0,08	1,4%	
22	Síndrome convulsivo febril	1	0,08	1,4%	1
23	Sepsis	1	0,08	1,4%	
24	Intoxicación por planta	1	0,08	1,4%	1
25	Perforación intestinal	1	0,08	1,4%	
26	Accidente cerebrovascular hemorrágico	1	0,08	1,4%	
27	Depresión neonatal severa	1	0,08	1,4%	1
28	Insuficiencia renal aguda	1	0,08	1,4%	
30	Falla multiorgánica	1	0,08	1,4%	
31	Falla multiorgánica por sepsis ginecológica	1	0,08	1,4%	
32	Tumor hepático	1	0,08	1,4%	
TOTAL		73	5,42	100%	28

Tabla 24: fuente, SAOI, Tucupita.

exclusión generalizada del sistema de atención de salud pública son el factor fundamental que impide a estas poblaciones hacer frente a sus dolencias.

Es importante recalcar que la mayoría de la población warao habita en el delta medio y bajo (véase pág. 22), y muchas comunidades se encuentran a considerable distancia de Tucupita (100-150 Kms). Trasladarse a la capital del estado implica viajes por río de varias horas -en caso de disponer de embarcación con motor- o días -en caso contrario. Es un hecho que los traslados a Tucupita por motivos de salud se limitan a eventos de extrema urgencia que requieren atención especializada en centros asistenciales con un nivel de resolución mayor al que se puede encontrar en el interior del estado. No obstante, se observa que las

principales causas de morbilidad reflejadas en la tabla 23, indican una alta proporción de afecciones prevenibles o tratables en el primer nivel de atención. En consecuencia, estos datos pueden estar reflejando la falta de acceso de estas poblaciones a los servicios de atención primaria de salud, así como la incapacidad de los establecimientos de la red ambulatoria ubicada en el interior del estado -por falta de personal, medicamentos y demás insumos- para atender adecuadamente a estos pacientes, quienes se ven obligados a buscar ayuda en la capital del estado.

Las muertes hospitalarias de pacientes warao ocurridas durante 12 meses¹¹ (discontinuos) entre enero del 2015 y marzo del 2017, se reflejan en la tabla 24. Impresiona de inmediato que la primera causa de mortalidad sea la desnutrición, con 12 casos que representan 16,4% de las muertes, lo que indica la gravedad de las condiciones nutricionales entre los warao, posiblemente asociadas también a parasitosis intestinales y diarreas agudas. Le siguen la neumonía, con 7 casos (9,6% de la mortalidad) y el síndrome diarreico agudo, con 6 casos (8,2%). Las tres primeras causas agrupan un tercio de las defunciones (34,2%), pero se trata de muertes evitables si tuvieran acceso a alimentos y tratamientos adecuados y oportunos. Otro elemento que llama la atención es la elevada mortalidad infantil, con un total de 28 muertes de menores de 1 año (incluyendo óbitos fetales), las cuales representan el 38,4%, más de un tercio del total de defunciones registradas, con 9 de los 12 (75%) casos de muerte por desnutrición y 5 de los 6 (83%) casos de muerte por síndrome diarreico agudo.

11 12 de los 14 meses reportados incluyeron causas de mortalidad.

Mortalidad materna

La mortalidad materna y perinatal es un indicador de injusticia social, desigualdad de género y pobreza, y refleja problemas estructurales en el sistema de salud. Por eso, estas muertes son consideradas indicadores universales de la calidad en los servicios de salud, así como de las condiciones de vida, ya que en un alto porcentaje son evitables.

La mortalidad materna se redujo 45% a nivel mundial y 40% en América Latina entre 1990 y 2013. Entre 2002 y 2013, la razón de mortalidad materna disminuyó de 68,4 a 58,2 por 100.000 nv. en las Américas (58). Sin embargo, Venezuela fue uno de los cinco países del continente donde la mortalidad materna aumentó entre 1990 y 2013 (61). Entre 2005 y 2010 la mortalidad materna tuvo un promedio de 63,8 muertes por 100.000 nv. en el país (62); sin embargo, para el 2013 ascendió a 68,7 por 100.000 nv. (58); alcanzando 89,95 en el 2015 y 112,3 en el 2016, registrando un aumento del 90,5% entre 1990 y 2016 (63). La OPS también hizo referencia a las muertes de madres indígenas en Venezuela, que en el año 2015 representaron el 3,2% del total de muertes maternas (58). De acuerdo con el Observatorio Venezolano de la Salud, el aumento de la mortalidad materna y neonatal en Venezuela está relacionado con el deterioro de la infraestructura y la falta de acceso a los servicios de salud, así como con el déficit de la alimentación y el estado nutricional de las embarazadas (64).

En el año 2011 se registraron 8 muertes maternas en Delta Amacuro. Aunque se trata de una cifra relativamente baja, en término proporcionales resultó ser la tasa más alta a nivel nacional con 179,8 por 100.000 nv, la cual casi triplica la tasa nacional de 61,3 por 100.000 nv. (65). En el año 2013 las tasas de mortalidad materna más altas se presentaron en los estados Amazonas, con 143 por 100.000 nv; Vargas, 141,8 por 100.000 nv; y Delta Amacuro, 129,9 por 100.000 nv (66). En Delta Amacu-

ro se registraron ese año 8 muertes maternas, de las cuales la mitad (4) fueron mujeres indígenas (59). Estas cifras indican cómo en años recientes el estado Delta Amacuro se encuentra entre los que han presentado mayores tasas de mortalidad materna, con una alta proporción entre mujeres indígenas.

Embarazo, parto y puerperio entre los warao

La mayoría de las mujeres warao, en especial aquellas que habitan comunidades con estilos de vida culturalmente tradicionales, pocas veces acuden a los servicios médicos para la atención del embarazo y el parto.

La cultura warao impone a la mujer gestante una serie de prohibiciones cuyo incumplimiento podría ser fatal para ella, su familia y el bebé. No debe bañarse en el río, donde sería víctima de los nabarao, espíritus acuáticos que atacan a las mujeres menstruantes o embarazadas, y son especialmente atraídos por el alma-sombra del feto. Además, debe someterse a una dieta especial que excluye una serie de alimentos. El padre también debe tomar precauciones, especialmente cuando sale de cacería o pesca. El alma del feto aún no está fija en su cuerpo y al acompañar a su padre a la selva o el río puede atraer a otros espíritus que lo atacarían (67).

En el proceso del parto, la mujer que da a luz es auxiliada por una o dos mujeres de su familia, normalmente por su madre. Sólo en casos difíciles interviene la yajorotu, comadrona experta en la atención de los partos. Cuando se presentan situaciones extremas de partos complicados o muy prolongados, se busca la intervención del wisiratu para que entone los cantos rituales del alumbramiento y expulse del cuerpo de la madre al jebu que estaría impidiendo el nacimiento del bebé (67).

Luego del alumbramiento se deben seguir cuidadosamente ciertas normas para la correcta disposición de la placenta, y la preservación del cordón umbilical una vez que se desprenda del ombligo del recién nacido. De lo contrario, se exponen a los ataques de ciertos espíritus jebu, que pondrían en peligro la salud y la propia vida tanto de la madre como del bebé. Además, la madre y el padre se someten a un régimen puerperal en resguardo de la salud corporal y espiritual del recién nacido y para garantizarle ciertas cualidades físicas. Los mandatos del puerperio incluyen prohibiciones sobre ciertas actividades y alimentos hasta que ocurra el desprendimiento del cordón umbilical, así como la completa abstención de relaciones sexuales entre marido y mujer, hasta que el niño empiece a caminar.

La salud infantil es muy importante para los warao, quienes prestan especial atención a las normas de cuidado vinculadas a prácticas sobrenaturales de protección de los niños, tales como rezos chamánicos, ceremonias rituales y cantos protectores. Las madres warao creen que las muertes de sus hijos son provocadas por dioses y espíritus malignos jebu, o debido a maleficios joa enviados por chamanes joarotu enemigos. Aunque las muertes de niños warao son muy frecuentes, siempre causan un profundo dolor para toda la comunidad (67).

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil se redujo en 67% en el continente americano: de 53,8 a 17,9 por cada 1.000 nv entre 1990 y 2015, lográndose alcanzar el Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio relativo a la reducción en dos terceras partes de la mortalidad de los niños menores de cinco años entre 1990 y 2015. La diarrea y la neumonía siguen siendo causas importantes de defunción; estas dos enfermedades causaron 14% del total de muertes en niños del hemisferio en el 2015. En Venezuela, la

mortalidad infantil pasó de 24,6 por 1000 nv en 1990 a 14,7 por 1000 nv en 2013, experimentando una reducción del 40,2% (58). De acuerdo con el Anuario de Mortalidad del año 2013 en Delta Amacuro ocurrieron 132 muertes infantiles (menores de 1 año), 81 varones (61,4%) y 51 hembras (38,6%), con una tasa de mortalidad infantil de 28,3 x 1000 n.v., el doble de la tasa nacional de ese año; mientras que los menores de 5 años sumaron 183 fallecidos, alcanzando una tasa de 39,3 por 1.000 nv. (59).

De acuerdo con Ayala y Wilbert (67), “actualmente, las madres waraos sufren pérdidas equivalentes a las de nuestra sociedad a comienzos del siglo XIX”. Hasta los años 1960 la mayoría de los warao no le ponían nombres a sus hijos hasta que no cumplieran 4 o 5 años de edad. Debido a la elevada mortalidad preadolescente, si un niño moría sin tener nombre, era menor el impacto psicológico. Una encuesta aplicada en 1999 entre 200 madres warao contabilizó que tuvieron un total de 2.400 hijos, lo que equivale a un promedio de 12 hijos por mujer. De éstos, 930 (38,8%) fallecieron a causa de enfermedades: 726 (78%) antes de los cuatro años y 204 (22%) no llegaron a la adolescencia (12). Es decir, que cada mujer perdió en promedio casi cinco hijos menores de 12 años.

Entre octubre y noviembre de 2011 se desarrolló una investigación (68) con el objetivo de determinar el índice de supervivencia infantil (ISI) en población warao, las principales causas de mortalidad infantil y los factores socio-demográficos asociados. Se aplicó una encuesta epidemiológica transversal abarcando a 688 mujeres provenientes de 97 comunidades en 7 diferentes subregiones de todo el delta, recolectando datos sobre las características socio-demográficas y la historia reproductiva de cada mujer estudiada.

De las 97 comunidades, 59% no tenían acceso a educación primaria y 95% a secundaria. Solamente 8% de las comunidades contaba con plantas potabilizadoras de agua, mientras que el 44% de las mujeres

buscaba el agua para beber directamente del río, y 37% recolectaba agua de lluvia; solamente una minoría tenía acceso al agua por acueductos comunales (16%), servicio doméstico (2%) o agua embotellada (1%). Ninguna de las 97 comunidades contaba con sistemas de recolección de aguas servidas. La mayoría de las mujeres (84%) no contaban con áreas destinadas a servir como baño, y el 85% defecaban al aire libre. El 72% de las mujeres arrojaban la basura en el suelo, o al río (23%) y solamente el 4% la quemaban. La mayoría de las comunidades (76%) no tenían generadores de electricidad. No había acceso a un médico en el 93% de las comunidades y 85% carecía de servicios de atención primaria de salud. La mayoría de las mujeres (96%) fueron clasificadas como multidimensionalmente pobres, y el índice multidimensional de pobreza (IMP)¹² de la muestra fue de 0,56 (68).

En la investigación se registraron 3.937 nacidos vivos, un promedio de 5,7 por mujer entrevistada, de los cuales 2.692 (68%) aún seguían con vida y 1.245 (32%) habían muerto por diferentes causas. También se registraron 196 muertes fetales (1 por 20,1 nv). El ISI promedio resultó en 73,8% ± 26. El 97% de los fallecidos fueron menores de 5 años, y el 54% de las muertes ocurrieron antes del primer año de vida. Aunque se registraron 28 muertes en niños menores de 5 años entre enero y noviembre del 2011 (uno cada doce días), no se pudo estimar la tasa de mortalidad infantil porque no se registró el número total de niños nacidos durante ese período (68).

El 85% de las muertes fueron a causa de enfermedades infecciosas, con gastroenteritis/diarrea (63%) e infección respiratoria aguda/neumonía (18%) como las principales causas de las muertes infantiles reportadas. El elevado número de muertes infantiles causadas por gastroenteri-

12 El IMP fue usado para clasificar los hogares según carencias en tres aspectos básicos: educación, salud (sanidad) y nivel de vida en 10 indicadores. El indicador sobre nutrición no fue incluido en el estudio.

tis o diarrea, parece estar relacionado con la falta de acceso a agua potable y a sistemas de recolección de aguas servidas; mientras que las muertes por infecciones respiratorias agudas o neumonía estarían vinculadas a una alta prevalencia de portadores de neumococos entre los niños warao, previamente documentada (69) (68).

Entre las conclusiones de la investigación destacan que el ISI en población warao del Delta es en promedio muy bajo, aunque existen diferencias subregionales importantes. La baja supervivencia infantil resultó estadísticamente asociada a múltiples condiciones de pobreza, edad materna avanzada y residencia en vivienda tradicional. El estudio también hace mención a que el bajo ISI encontrado no se corresponde con los datos oficiales disponibles, lo que no era inesperado dado el importante subregistro de nacimientos y muertes, debido al aislamiento geográfico y cultural de los warao. Finalmente, se sugiere que la supervivencia infantil warao podría mejorar en el mediano plazo con intervenciones específicas como una cobertura de vacunación más amplia y completa, incluyendo las vacunas contra rotavirus, neumococo y *Haemophilus influenzae* tipo B; así como mejorando la atención prenatal y perinatal (68).

Tres casos de enfermedades endémicas y epidémicas: sarampión, tuberculosis y VIH/SIDA

La población indígena warao de Delta Amacuro presenta perfiles de morbilidad y mortalidad determinados principalmente por sus condiciones de vida y la falta de acceso a servicios de salud eficientes y culturalmente adecuados. Los principales problemas de salud que los afectan (véase pág. 42) son prevenibles y remediabiles, y las muertes altamente evitables si recibieran los cuidados de salud necesarios.

A continuación se presentan tres casos de enfermedades con graves consecuencias en la salud colectiva de los warao, con el fin de analizar la información disponible y comprender los factores determinantes de la situación de salud/enfermedad y las respuestas del sistema regional de salud para abordarlas. Los ejemplos que se presentan son el brote de sarampión del 2017-2018, la tuberculosis endémica y la epidemia de VIH/SIDA.

Sarampión

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa que puede causar severos problemas de salud, incluyendo neumonía, inflamación del cerebro e inclusive la muerte; afortunadamente esta enfermedad es prevenible por vacunación. Los casos graves son más frecuentes en niños pequeños malnutridos, sobre todo en aquellos con insuficiencia de vitamina A o con el sistema inmunitario debilitado por el VIH/SIDA u otras enfermedades. En poblaciones con altos niveles de malnutrición y que no reciben una atención sanitaria adecuada, el sarampión puede llegar a matar de 3 a 6% de los casos. También puede provocar complicaciones graves en las mujeres embarazadas, ser causa de aborto o parto prematuro. Quienes se recuperan del sarampión se

vuelven inmunes de por vida. El sarampión cursa con brotes epidémicos, con una tasa de contagio en personas no vacunadas cercana al 100%. Cuando aparece algún caso, la producción de un brote significativo dependerá directamente de la tasa de vacunación de la población y de las medidas preventivas llevadas a cabo (70).

A partir de 1994, cuando los países de América se comprometieron con la meta de interrumpir la transmisión autóctona del sarampión para inicios del siglo XXI, y luego de 22 años de esfuerzos que involucraron una amplia administración de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola en el continente, en septiembre del 2016 la OPS/OMS declaró la región de las Américas como el primer continente libre de sarampión (71), y en diciembre del mismo año Venezuela recibió el correspondiente certificado de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita (72).

El último brote endémico se registró en Venezuela en el 2002, pero algunos países de la región siguieron notificando casos importados de otras regiones del mundo donde el virus continúa circulando. En 2013 empezó un brote importante en Brasil que duró hasta julio de 2015, cuando se registró el último caso (71).

Según la OPS, el primer caso confirmado de sarampión en Venezuela fue reportado en julio del 2017. Desde esa fecha hasta la semana epidemiológica 46 (11 al 17 de noviembre) del 2018, se notificaron 8.943 casos sospechosos de los cuales 6.370 fueron confirmados, 727 en 2017 y 5.643 en 2018. La intensidad del brote ha disminuido y durante las últimas ocho semanas sólo se han confirmado 12 casos en el país. “Se registraron 75 defunciones, 2 de 2017 en Bolívar y 73 de 2018 (37 Delta Amacuro, 27 Amazonas, 6 Miranda y 3 en Distrito Capital)” (73). No obstante, para el mes de agosto de 2018 la OPS había reportado 53 muertes por sarampión en Delta Amacuro (74).

Para mediados de marzo del 2018, la mayoría de los casos confirmados se habían registrado en el estado Bolívar donde se encontraba el epicentro del brote, en el municipio Caroní. La diseminación del virus hacia otras regiones del país se debió al elevado movimiento migratorio generado por las actividades mineras y comerciales. La mayor incidencia de casos confirmados fue en menores de 5 años, seguido del grupo de 6 a 15 años (75). Según la última actualización epidemiológica de la OPS, “la tasa de incidencia a nivel nacional es de 1777 por 100.000 habitantes, siendo los estados con mayor tasa de incidencia Delta Amacuro (206,8 por 100.000 habitantes)”, seguido por Distrito Capital, Amazonas y Vargas (73).

La OPS también manifestó su inquietud porque “los pueblos indígenas que viven en la zona fronteriza de Venezuela son sumamente vulnerables a las enfermedades epidémicas. En especial causan preocupación los waraos, que viven en las zonas fronterizas entre Venezuela y Guyana y que están ahora migrando al norte de Brasil, el pueblo wayú que vive en las zonas fronterizas entre Venezuela y Colombia, y los yanomamis que viven en zonas a lo largo de la frontera entre Venezuela y Brasil” (76).

Se confirmaron 535 casos en comunidades indígenas desde los primeros días de enero hasta finales de noviembre de 2018, en los estados “Amazonas (170 casos, de los cuales 135 son de la etnia Sanema, 24 Yanomami, 3 Yekuana, 3 Baniva, 3 Piapoco, 1 Shaima y 1 Yeral), Delta Amacuro (341 casos de la etnia Warao), Monagas (22 casos, siendo 20 Warao, 1 Shaima y 1 Eñepa), y Zulia (2 casos de la etnia Wayú) (73)”. Sin embargo, llama la atención que en el mes de agosto la OPS reportaba casos en comunidades indígenas de los estados Anzoátegui (14), Apure (23) y Bolívar (41) (74). Respecto a las defunciones de indígenas se

registraron 64, “de las cuales 37 son de Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 27 son de Amazonas (16 de la etnia Sanema)” (73).

Los casos sospechosos y confirmados en Delta Amacuro se notificaron desde agosto de 2017. Para el mes de junio del 2018 se informaba que los casos confirmados procedían de los municipios Antonio Díaz, Pedernales y Tucupita, con las tasas más altas de incidencia en las parroquias Luis Beltrán Prieto Figueroa (3.320 por 100.000 hab.), Pedernales (1.466 por 100.000 hab.) y Juan Millán (527 por 100.000 hab.) (77).

Las cifras oficiales de la epidemia de sarampión dejan en evidencia que la población más vulnerable a nivel nacional es Delta Amacuro, y en particular la población warao; ya que fue la entidad donde se registró la mayor tasa de incidencia (206,8 por 100.000 habitantes), donde ocurrió el mayor número de muertes (37) equivalentes al 49% del total nacional, y todos los fallecidos fueron waraos.

La OPS en Venezuela notificó el 8 de noviembre de 2017 su apoyo en la implementación del “Plan de Respuesta Rápida Nacional” del MPPS, para la interrupción del brote de la enfermedad en Bolívar, Anzoátegui, Delta Amacuro, Monagas y Sucre, “que incluye la conformación de equipos de respuesta rápida a nivel nacional, estadual y municipal, la implementación de estrategias y actividades de vacunación, vigilancia epidemiológica, búsqueda e investigación de casos y capacitación del personal de salud”. Además, se dispuso de más de 6 millones de dosis de vacuna contra el sarampión, rubeola y paperas (SRP) y sarampión/rubeola (SR) para aumentar las coberturas de vacunación en niños y adolescentes a nivel nacional (78).

De acuerdo con la Sociedad Venezolana de Salud Pública, Red Defendamos la Epidemiología Nacional, a pesar de la planificación para la contención del brote, las actividades de control en el estado Delta Amacuro no fueron ejecutadas oportunamente, ni eficientemente;

resultando que a mediados de enero de 2018 aparecieron los primeros casos y defunciones en la entidad (79).

De acuerdo con la OPS, entre los factores que contribuyen a la propagación de la epidemia, en el país y fuera de este, se encuentran: “1) una cobertura de vacunación insuficiente, por lo que quedan focos de población susceptible; 2) un sistema de vigilancia inadecuado; 3) la demora en la aplicación de medidas de control; 4) la escasa capacidad para aislar a los pacientes y manejar los casos de manera adecuada; y 5) un intenso movimiento transfronterizo de la población durante el período de incubación o transmisibilidad del virus” (76).

Subregistro epidemiológico del brote de sarampión

El sub-registro en las comunidades indígenas -producto del déficit de servicios médicos y la política de no reconocimiento del registro epidemiológico comunitario-, así como la falta de acceso a la información epidemiológica oficial, contribuyen a la invisibilización gubernamental de la magnitud del brote de sarampión en las comunidades warao. Por esto, los datos presentados por la OPS fueron discutidos por organizaciones de la sociedad civil y activistas del movimiento indígena quienes, hasta abril, contabilizaban 54 defunciones, siendo los niños y niñas warao las principales víctimas del virus (80). En el mes de mayo la asociación civil Kapé-Kapé publicó un informe en el que reportó información de una fuente presuntamente oficial del estado Delta Amacuro, la cual señalaba: “desde el mes de octubre de 2017 hasta la primera semana de abril de 2018 la ocurrencia de 918 casos con 62 defunciones por sarampión, con la población más afectada tanto en morbilidad como mortalidad los menores de 15 años, con una incidencia mayor en menores de 5 años y desnutridos” (81).

En un registro realizado por habitantes de la comunidad de Nabasanuka, ubicada en la parroquia Manuel Renaud del Municipio Antonio Díaz, se contabilizaron desde el 21 de febrero hasta el 4 de junio, 32 fallecidos provenientes de cinco comunidades (véase tabla 25). La mayoría menores de 10 años y con predominio de niños varones, aunque también se notificaron casos de adultos sintomáticos y fallecidos. Estas muertes no fueron registradas ni confirmadas por el sistema de vigilancia epidemiológica regional. Para ninguno de los casos se levantaron actas de defunción, por no haber presencia de personal médico en la zona, y ninguno de los menores de edad tenía partida de nacimiento. Solamente unos pocos niños tenían documentos de identidad que les fueron suministrados en refugios de Brasil (82). Esto quiere decir que, para el Estado venezolano, estas personas nunca existieron a efectos legales.

Muertes por sarampión, parroquia Manuel Renaud, municipio Antonio Díaz (febrero-junio 2018)

Comunidad	Muertes
Anaburo	18
Caño Pequeño	3
Morichito y Barranquilla	7
Nabasanuka	4
TOTAL	32

Tabla 25: fuente, comunidad de Nabasanuka, junio 2018.

En un recorrido realizado como parte del presente estudio, del 30 de mayo al 2 de junio del 2018, se visitaron ocho comunidades warao ubicadas en las márgenes del Caño Manamo,¹³ en el lindero entre Monagas y Delta Amacuro, distantes 2 o 3 horas por lancha desde Tucupita. Se pudieron constatar de primera mano los reportes de casos de sarampión y tos ferina, así como malaria, lechicina, conjuntivitis, diarrea, vómitos, parasitosis intestinal, desnutrición y enfermedades de la piel.

En entrevistas realizadas en las comunidades visitadas, se recopilieron testimonios referentes a muertes por sarampión, tosferina, malaria y parasitosis intestinal.¹⁴ En la tabla 26 se reflejan los casos de fallecidos por sarampión hasta la fecha de la visita. Es importante aclarar que estos casos tampoco fueron registrados ni confirmados por el sistema de vigilancia epidemiológica regional, ni se levantaron actas de defunción, por no haber presencia de personal médico en la zona. Por lo tanto, esta información tiene un carácter testimonial y referencial que busca llamar la atención sobre la gravedad de la situación, pero no pretende convertirse en una estadística por carecer de la confirmación científica necesaria.

13 Santo Domingo de Guacajarita, Guacajarita 1, La Ceibita, Sagaray, Guacajara de Mánamo, San José de Guacajara, La Ensenada de Guacajara y La Culebrita.

14 También se recopiló información sobre casos ocurridos en comunidades que no fueron visitadas.

Muertes por sarampión en comunidades ribereñas o aledañas al Caño Manamo (febrero-junio 2018)

Comunidad, estado	Muertes
El Puente Morichal Largo, Monagas	3
Santo Domingo de Guacajarita, Monagas	2
Septiembre 2017	El médico warao Jesús Jiménez advirtió sobre la amenaza latente del sarampión, sobre todo para las comunidades indígenas. Llamó la atención del MPPS por la falta de medidas preventivas e instó a las autoridades a emprender una campaña de vacunación (84).
	2
Noviembre 2017	La representación de la OPS en Venezuela anunció su apoyo en la implementación del “Plan de Respuesta Rápida” del MPPS, para la interrupción del brote de la enfermedad en Bolívar, Anzoátegui, Delta Amacuro, Monagas y Sucre (79). La Zona Educativa de Delta Amacuro anunció la aplicación de la vacuna contra el sarampión y la difteria a la población estudiantil de 6 a 15 años de edad, pero esta acción se redujo a las escuelas y liceos del municipio Tucupita (85).
	20
Diciembre 2017	Primeros casos de sarampión en Maturín y Barrancas del Orinoco ¹⁵ , estado Monagas. El brote de sarampión coincidió con la propagación de malaria en Barrancas del Orinoco y Ciudad Guayana (85).
Enero 2018	Primeros casos en Delta Amacuro: ocho niños warao de Capure de la Horqueta, municipio Tucupita, fueron ingresados con cuadros de sarampión al Hospital Materno-Infantil “Dr. Ismael Brito” de Tucupita; cuatro de ellos fallecieron (86).

Tabla 26: fuente, entrevistas.

Las entrevistas también aportaron información sobre las labores de inmunización llevadas a cabo en las comunidades visitadas, resultando que sólo 3 de las 8 comunidades habían sido abordadas por equipos de vacunación: Santo Domingo de Guacajarita (Monagas), Ensenada de Guacajara y La Culebrita (Delta Amacuro). El enfermero de Santo

Situación de salud y alimentación
de la población warao

<p>Febrero 2018</p>	<p>El director regional de salud Dr. Martín Márquez, anunció el abordaje para la vacunación en Mariusa, municipio Tucupita, luego de confirmarse los primeros casos en el lugar (85). En Mariusa murieron dos menores y a mediados del mes falleció otro niño de un año en El Caigual (86). Del total de fallecidos reportados, cinco ocurrieron en el Hospital Materno-Infantil “Dr. Ismael Brito” en Tucupita (87). La diputada (AN) por Delta Amacuro Larissa González, hizo un llamado urgente para que se declarase en emergencia la salud del estado y para que se desplegaran equipos médicos para atender y vacunar a las comunidades de las zonas fluviales; reveló que había 11 niños hospitalizados con sarampión y denunció la falta de insumos y medicamentos en el hospital de Tucupita (88). Otros 20 niños con cuadros de sarampión ingresaron al hospital de Tucupita provenientes de los caños del municipio Tucupita y Pedernales, se registró un deceso (89) (81). Las autoridades de salud guardaron silencio ante el aumento de los casos (89). Las comunidades afectadas eran Mariusa, Capure de la Horqueta, El Caigual, Lagunita de Mariusa y Platanalito, de los municipios Tucupita y Pedernales (81).</p>
<p>Marzo 2018</p>	<p>En Mariusa reportaron el fallecimiento de 15 niños (7 a 14 años) entre febrero y marzo. El brote inició el 22 de enero con casos de sarampión y tosferina, pero el único enfermero en la zona no contaba con medicamentos (90). La alcaldía de Tucupita anunció que abordarían la zona con una jornada integral de salud (90). Misioneros y vecinos de Nabasanuka (parroquia Manuel Renaud, municipio Antonio Díaz), informaron que en Morichito murieron cinco niños y una niña (2 a 8 años) por sarampión entre el 21 de febrero y el 12 de marzo, y más niños estaban “en delicado estado”. Hicieron un llamado urgente para el traslado de medicamentos, vacunas y personal médico (91). Siete niños fallecieron en Pedernales, municipio Pedernales, después de padecer sarampión y encontrarse con el CDI de la comunidad completamente vacío (85). Medios de comunicación reportaron silencio y hermetismo por parte de las autoridades regionales de salud y del MPPPÍ frente a los llamados de auxilio de las comunidades warao (92). La OPS informó sobre la ocurrencia de sólo dos defunciones por sarampión en Venezuela, sin mencionar su ubicación. Además notificó que desde febrero, 19 casos confirmados habrían sido exportados a Brasil, Colombia y Ecuador, de los cuales 14 en Brasil de “ciudadanos venezolanos, no vacunados, cuyas edades oscilaron entre 9 meses y 18 años de edad” (75). La Sociedad Venezolana de Salud Pública estimó en 17 el número de fallecidos en Delta Amacuro con causa primaria en sarampión, de un total de 20 fallecidos a nivel nacional desde el comienzo de la epidemia. Esto evidenciaba que el Plan de Respuesta Rápida Nacional no había dado los resultados esperados, por lo que resultaba indispensable fortalecer con urgencia la vacunación efectiva de la población en riesgo. Para ello era necesario asegurar el número de vacunas necesarias a nivel nacional (93). El Dr. Martín Márquez, Autoridad Única de Salud del estado Delta Amacuro, anunció que estaban gestionando la habilitación de lanchas para el inicio de una jornada de “vacunación masiva” contra el sarampión en el municipio Antonio Díaz, aunque no precisó fechas ni mayores detalles (81).</p>

<p>Abril 2018</p>	<p>La Asociación Civil Kapé Kapé informó que el brote de sarampión se había convertido en emergencia sanitaria extendiéndose por tres municipios del estado: Tucupita, Pedernales y Antonio Díaz, causando al menos 44 fallecidos, mayormente entre menores de 12 años (81).</p> <p>El sacerdote Wilson Jochem de la misión Consolata en Nabasanuka informó la muerte de otro niño por sarampión en la parroquia Manuel Renaud del municipio Antonio Díaz, sumando 20 los casos de muerte por la enfermedad en la parroquia. También denunció la falta de ambulancia para el traslado de pacientes y el silencio de las autoridades sanitarias sobre la situación, quienes se limitaban a desmentir las muertes (94).</p> <p>Se reportaron 10 muertes de waraos por paludismo y sarampión en los últimos 30 días en el municipio Pedernales. La carencia de ambulancias o cualquier otro medio de transporte impedía el traslado de los enfermos al hospital de Tucupita (95).</p> <p>El Dr. Martín Márquez informó sobre el plan de vacunación que se llevaría a cabo en Delta Amacuro, asegurando la activación de varios puntos fijos y móviles en los cuatro municipios, atendiendo a las comunidades warao con 13 vacunas para prevenir 18 enfermedades (96).</p> <p>Dos niñas warao (3 y 14 años) fallecieron en el sector Las Juas Juas del municipio Tucupita, sin recibir atención médica (97).</p> <p>Se denunció que una gran cantidad de vacunas llevaban 20 días en Tucupita sin poder ser llevadas a la parroquia Manuel Renaud por falta de transporte (98).</p> <p>Dos mujeres waraos (27 y 28 años) fallecieron en Pedernales sin recibir la atención adecuada por falta de medicamentos (99).</p>
<p>Mayo 2018</p>	<p>La asociación civil Kapé Kapé cuestionó la cifra oficial de 16 muertes por sarampión, que según la Dirección Regional de Salud habían ocurrido en Delta Amacuro. De acuerdo a los registros de la ONG habrían ocurrido aproximadamente 120 decesos en comunidades indígenas durante el primer trimestre del año, y consideró que el gobierno regional había "maquillado" las cifras, violando el derecho de acceso a la información pública (100).</p> <p>El Ministro de Salud Luis López informó sobre el inicio del plan de vacunación en el municipio Antonio Díaz del estado Delta Amacuro (101).</p> <p>El médico epidemiólogo Carlos D'Suze reveló que según una fuente de la institución regional de salud se reportaba "desde el mes de octubre de 2017 hasta la primera semana de abril de 2018 la ocurrencia de 918 casos con 62 defunciones por sarampión, con la población más afectada tanto en morbilidad como mortalidad los menores de 15 años". Ante esta grave situación recomendó: Decretar estado de emergencia sanitaria en el estado Delta Amacuro; desarrollar un Plan de Respuesta Rápida; vacunar para mantener las coberturas homogéneas del 95% contra el sarampión, la rubéola y las paperas (SPR); dotar de medicamentos e insumos a los servicios de salud para atender los casos complicados; y fortalecer la vigilancia epidemiológica para detectar casos sospechosos (70).</p> <p>Voceros de las comunidades indígenas del municipio Antonio Díaz denunciaron la muerte por sarampión de varios niños en un informe que presentaron a la Defensoría del Pueblo en Tucupita. Dicha institución respondió afirmando que la Dirección Regional de Salud y la OPS realizarían una jornada "masiva" de vacunación del 29 de abril al 6 de mayo. La acción anunciada se implementó únicamente en dos comunidades, Winikina y Araguabisi, dejando sin vacunar al resto de la parroquia, en especial a las comunidades más afectadas, donde aún se presentaban casos (102).</p> <p>Las poblaciones warao del municipio Pedernales afectadas por el sarampión aún no habían sido abordadas por ningún organismo de salud. El CDI de Pedernales, atendido por médicos cubanos, no contaba con medicamentos para los pacientes con sarampión (103).</p> <p>Más de cinco niños murieron en Santo Domingo y otras comunidades vecinas del municipio Pedernales. La carencia de transporte fluvial no permitió trasladar a los pacientes hasta el Hospital de Tucupita (104).</p>

Junio 2018	<p>El Dr. Jesús Jiménez, médico y activista warao, se refirió a las muertes por el sarampión en Delta Amacuro calificando la apatía de los gobiernos nacional y regional como “un hecho genocida” (105). Un niño warao (7 años) procedente del municipio Antonio Díaz, falleció en el hospital de Tucupita donde se recuperaba del sarampión, presuntamente como consecuencia de una hiperhidratación por un “cuestionable tratamiento médico” (106). Cuatro niños y cuatro adultos fallecieron sin recibir atención médica en la comunidad indígena Los Güires, ubicada a 45 minutos por carretera de Tucupita (107).</p>
Septiembre 2018	<p>Habitantes de Mariusa informaron que 28 niños, con edades entre 0 y 12 años, han muerto a causa del sarampión en lo que va del año 2018. A pesar de que las denuncias de estas muertes fueron elevadas ante las autoridades sanitarias del estado, hasta la fecha ningún organismo ha visitado la zona, ni han recibido atención médica (108).</p>

Domingo de Guacajarita informó que estaban esperando una nueva jornada de vacunación por parte del equipo de salud del hospital de Temblador, estado Monagas (83).

Estos ejemplos, provenientes de dos sectores de comunidades warao (Parroquia Manuel Renaud, en los alrededores de Nabasanuka, y un pequeño grupo de comunidades del Caño Manamo), ejemplifican la gravedad de la epidemia y el subregistro de casos (enfermos y defunciones). Estos datos sugieren la magnitud que puede haber alcanzado el brote considerando la extensión geográfica y la gran cantidad de comunidades indígenas de las que se carece de información.

Reseña de la epidemia de sarampión en Delta Amacuro

A partir de información divulgada por medios de comunicación regionales, así como otras fuentes, se presenta un resumen del desarrollo de la epidemia:

15 En esta localidad se asienta una comunidad warao que mantiene contacto permanente con el medio y bajo delta.

Balance de muertes de indígenas warao por sarampión

A partir de la información recabada es posible estimar en aproximadamente 101 (véase tabla 27) el número de decesos por complicaciones asociadas al sarampión en la población warao de Delta Amacuro entre enero y junio de 2018. Sin embargo, es importante considerar que los medios informativos consultados están basados en Tucupita y no cuentan con conexión telefónica o de internet con la mayor parte de las zonas rurales del estado. Es por esto que sus fuentes de información suelen ser personas que vienen de las comunidades a la capital del estado. Por lo tanto, es probable que no se haya tenido información sobre casos ocurridos en comunidades remotas o de difícil acceso, por no poder movilizarse hasta Tucupita.

Muertes de indígenas warao por sarampión, enero – junio del 2018.

Mes	Municipios	Muertes	Total
Enero	Tucupita	4	4
Febrero	Tucupita	4	4
Marzo	Tucupita	13	26
	Antonio Díaz	6	
	Pedernales	7	
Abril	Antonio Díaz	14	28
	Pedernales	12	
	Tucupita	2	
Mayo	Pedernales	5	5
Junio	Antonio Díaz ¹⁶	1	9
	Tucupita	8	
S/F ¹⁷	Tucupita	13	25
	Antonio Díaz ¹⁸	12	
Total			101

Tabla 27: fuente, medios de comunicación regionales y comunidad de Nabasanuka.

16 Corresponde a un niño de Antonio Díaz que falleció en el hospital de Tucupita.

17 Sin fecha: la noticia no especifica la fecha de los decesos.

18 Diferencia entre el total de casos reportados por habitantes de Nabasanuka (véase tabla 25, pág. 64) y los reflejados en marzo y abril.

Respecto a la información proveniente de las comunidades visitadas en el caño Manamo (véase tabla 26, pág. 56), donde se registraron 15 fallecimientos ocurridos en comunidades warao de los municipios Tucupita y Pedernales; no parece adecuado sumar esta cifra al total de muertes debido a que los medios consultados no especifican en algunos casos las comunidades de origen, lo que podría resultar en duplicación de casos registrados.

Respecto a las edades de las víctimas, la gran mayoría son niños y niñas. En algunos casos las noticias no especifican las edades, pero podemos inferir que al menos 59 (58%) son niños, 6 (6%) adultos y 36 (36%) de edades desconocidas. Los meses con mayores reportes de muertes por sarampión fueron abril (28), seguido por marzo (26).

Lo primero que queda en evidencia por la ocurrencia del brote de sarampión, es que las coberturas de vacunación del Delta son extremadamente bajas; no sólo entre los niños más pequeños, sino también en mayores de 5 años e incluso entre la población adulta, pero sobre todo entre la población indígena warao, que al no estar inmunizada es mucho más vulnerable al contagio.

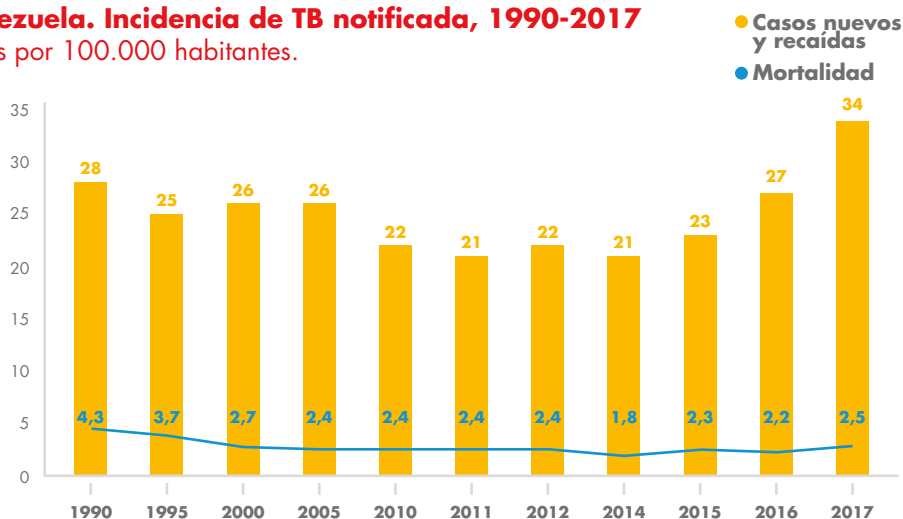
A partir de la revisión de las noticias, llama la atención que a pesar de las múltiples alertas sobre la inminencia del brote en Delta Amacuro, y las posteriores denuncias y llamados de ayuda por parte de las víctimas, las respuestas oficiales fueron extremadamente lentas, insuficientes y tardías. La carencia de vacunas, medicamentos e insumos médicos para atender a la población susceptible o afectada, así como la inexistencia de medios de transporte fluvial, revelan la incapacidad del sistema regional de salud para atender la emergencia. Por otra parte, la falta de información oportuna sobre la situación y de orientación a la población sobre las medidas a implementar, evidencian una importante omisión que contribuyó a empeorar la situación.

Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo, pero es tratable y prevenible. Se calcula que una cuarta parte de la población tiene TB latente, y es una de las 10 principa-

Venezuela. Incidencia de TB notificada, 1990-2017

Tasas por 100.000 habitantes.

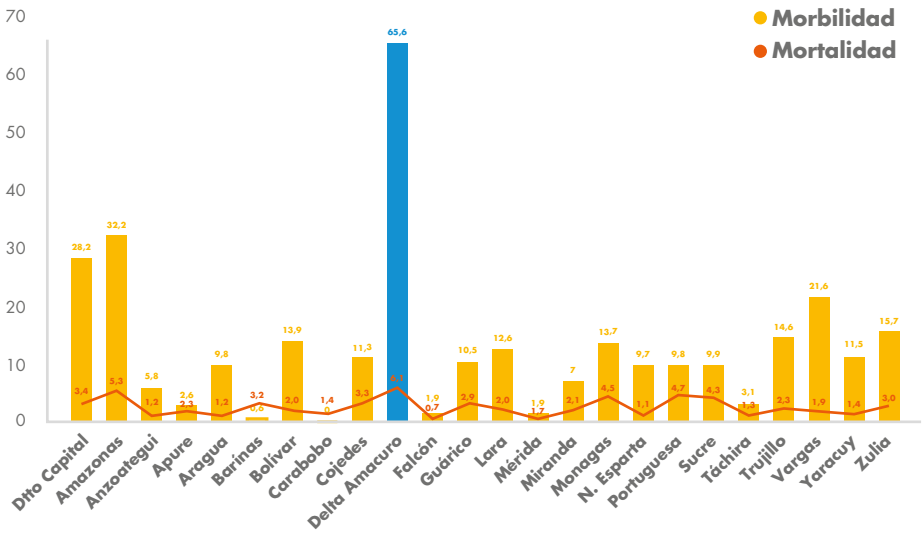


les causas de muerte a nivel mundial. El riesgo de enfermarse de TB es mucho mayor en personas inmunodeprimidas, como en casos de infección por VIH, malnutrición o diabetes. En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron y 1,7 millones murieron de TB; el 40% de las muertes asociadas al VIH se debieron a esta enfermedad. Más del 95% de las muertes por TB se producen en países de ingresos bajos y medianos (109). Entre los principales factores que mantienen la endemia de TB destacan la pobreza, las desigualdades e inequidades sociales, la falta de capacidad operativa para la detección y tratamiento adecuado de los

casos diagnosticados, las migraciones y el impacto de la pandemia del VIH (110).

Entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial Fin de la TB, se plantea para 2035 reducir la mortalidad por TB en un 95% y la tasa de incidencia de TB en un 90% en comparación con 2015. En

TBC por entidades federales, año 2013, Tasas por 100.000 habitantes.



la región de las Américas se redujo en 50% la prevalencia y mortalidad por TB entre 1990 y 2015, cumpliendo con la meta establecida de los ODM. Las tasas de mortalidad disminuyeron de 4,3 a 2,5 por 100.000 entre el 2000 y el 2015. Sin embargo, la TB sigue siendo un grave problema de salud pública y la coinfección por el VIH uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad (111).

En Venezuela la incidencia de TB disminuyó entre 1990 y 2014 (véase gráfico 18), pasando de una tasa de 28 a 21 por 100.000 habitantes¹⁹, sin embargo entre 2014 y 2017 se experimentó un repunte de casos que aumentaron a 34 por 100.000, registrándose un rápido aumento de la incidencia en los últimos tres años. La tasa de mortalidad por TB (excluyendo VIH) se redujo de 4,3 a 2,5 por 100.000 entre 1990 y 2017 (112) (113) (114) (115) (116) (117).

Gráfico 18: fuente, OMS (112) (113) (114) (115) (116) (117).

La distribución de la TB por estados en el año 2013²⁰ (véase gráfico 19), muestra que Delta Amacuro presentó las mayores tasas de morbilidad y mortalidad a nivel nacional con 65,6 y 6,1 por 100.000 habitantes, respectivamente. La tasa de morbilidad fue 6 veces superior a la tasa nacional de 10,7 por 100.000; mientras que la tasa de mortalidad fue casi tres veces mayor a la tasa nacional de 2,3 por 100.000. Las muertes por TB en Delta Amacuro sumaron 10 casos, de los cuales 5 (50%) fueron indígenas (57) (59).

Gráfico 19: fuente, MPPS (57) (59).

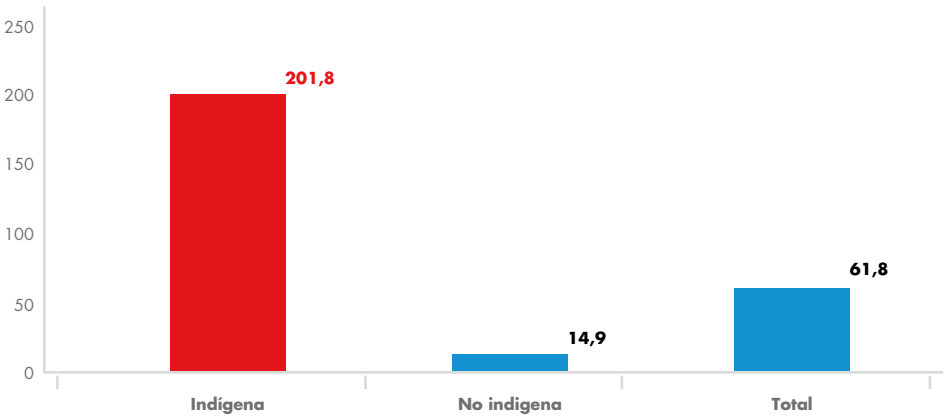
La ficha epidemiológica de TB del Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis de Venezuela registra las variables “indígena” y “etnia” entre los datos del paciente. Esto ha permitido al programa conocer las estadísticas detalladas de los casos registrados en pacientes indígenas. En el estado Delta Amacuro entre los años 2012 y 2017, la

19 Incluyendo casos notificados nuevos y recaídas.

20 Esta información proviene de las publicaciones oficiales más recientes del MPPS, el Anuario de Morbilidad 2013 y el Anuario de Mortalidad 2013. Sin embargo, es importante indicar que las cifras de casos de TB reportados en el Anuario de Morbilidad están muy por debajo (cerca de 50%) de los casos reportados por Venezuela que aparecen publicados en el Global Tuberculosis Report de la OMS. Por eso, es muy posible que las tasas reales por estados sean muy superiores a las que aparecen en el gráfico 19, así como la tasa nacional que se reporta para el 2013, de 10,7 por 100.000.

Estado Delta Amacuro 2012-2017.

Incidencia promedio de TB, población indígena y no indígena.
Tasas por 100.000 habitantes



mayoría de los casos notificados de TB (82%) fueron en indígenas warao (véase tabla 25). Además, del total de casos de TB en pacientes waraos, el 82% ocurrieron en Delta Amacuro y 18% en otros estados. Promediando el número de casos ocurridos entre 2012 y 2017, y con base en la población registrada en el censo del 2011, la tasa promedio de incidencia de TB en Delta Amacuro corresponde a 61,8 por 100.000 habitantes; entre la población no indígena la tasa promedio es 14,9 por 100.000, mientras que en población indígena equivale a 201,8 por 100.000 (gráfico 20), 13 veces más alta que la tasa promedio en población no indígena y 19 veces superior a la tasa nacional²¹. Esta desigualdad en los indicadores es una evidencia de las tremendas inequidades en salud existentes entre la población indígena y no indígena en el estado Delta Amacuro.

21 Cálculos propios a partir de datos del Programa Nacional Integrado de Control de la TB.

Tuberculosis en población indígena warao. Venezuela 2012 - 2017

Año	N° Casos TB en Edo. Delta Amacuro	N° Casos TB en población indígena Edo. Delta Amacuro	Porcentaje	N° Casos TB en población indígena warao
2012	102	93	91 %	114
2013	81	74	91 %	95
2014	103	78	76 %	100
2015	101	81	80 %	104
2016	103	86	84 %	96
2017	124	91	73 %	103
	102,3	83,8	82,5%	102

Tabla 25: fuente, Programa Nacional Integrado de Control de la TB.

Gráfico 10: Fuente, Cálculos propios a partir de datos del Programa Nacional Integrado de Control de la TB.

Un estudio publicado en el año 2002 reportaba que “en la población warao de Delta Amacuro, la tasa de tuberculosis es la más alta registrada en el país”. En 1998 el Estado Delta Amacuro tenía la tasa de prevalencia más alta de TB en Venezuela, con 54,6 casos por 100.000 habitantes, incrementándose a 93,2 por 100.000 en 1999, con 124 casos registrados. “El 90% de los casos se presentó entre la población Warao, en donde la tasa llegó a ser de 450/100.000”, aunque se consideraba que debía existir un importante subregistro, sobre todo de los casos de TB en la población infantil, que no es fácil de diagnosticar, especialmente en áreas rurales (118).

Fernández de Larrea y colaboradores (2002) desarrollaron una metodología para diagnosticar TB infantil en la población warao. Evaluaron 502 niños entre 0 y 15 años provenientes de las comunidades de Guayo (281), Murako (90), Jobure (48), Meregina (44) y Koamuho (39). Se seleccionaron 27 niños sospechosos de padecer TB de acuerdo a criterios clínicos, epidemiológicos y reactividad a la tuberculina; de los cuales 16 (60%) fueron confirmados con radiología, cultivo y serología de padecer TB. Se registró “una prevalencia de TBC infantil de 3,2% (16/502 niños estudiados) en la zona en estudio, lo cual confirma un subregistro en esta población. Esta prevalencia es alarmantemente alta, aún para un país en vías de desarrollo” (118), y era equivalente a una tasa de 3.190/100.000 de prevalencia de TB en los niños menores de 15 años (119).

En el año 2004 el Programa Nacional de Control de la TB con apoyo de la OPS solicitó una investigación con el objetivo de realizar una evaluación socioepidemiológica para orientar el diseño de una campaña contra la TB entre los waraos. El estudio se llevó a cabo en siete comuni-

dades de la parroquia Manuel Renaud del municipio Antonio Díaz y determinó que los waraos reconocen la enfermedad y la identifican con los términos de jebu sabana o obo sabana (espíritu malo o tos mala), saben que es contagiosa, mortal y reconocen sus síntomas, a pesar de que ninguna de las comunidades encuestadas había recibido información sobre la TB por parte del personal de salud. Ni siquiera los auxiliares de medicina simplificada waraos tenían conocimientos básicos sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento y otros aspectos asociados a la enfermedad, y los chamanes admitieron que eran incapaces de curarla (120).

Todas las personas que participaron en el estudio mostraron una disposición positiva al diagnóstico, así como a la recepción de tratamiento, lo que fue evaluado como ventajas para la aplicación de un programa de erradicación de la TB en la zona warao. En este sentido se presentaron una serie de recomendaciones, entre las que destacaban: la implementación de un programa didáctico permanente para la comunidad, sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento, a través de afiches, videos y grabaciones en warao; involucrar actores locales (maestros, wisiratus, comisarios, policías, etc.) en el monitoreo de sus comunidades; entre otras (120). Lamentablemente dichas recomendaciones nunca se implementaron, a pesar de las expectativas que se generaron en las comunidades.

La alta prevalencia de TB en población indígena de Venezuela se sigue identificando como un problema de primera línea. En la reunión de evaluación del Programa Nacional de Tuberculosis, realizada en la OPS/OMS en septiembre del 2016 (121), se planteó que “los grupos más afectados identificados fueron: personas indígenas (631 casos), personas diabéticas (618 casos), personas privadas de libertad (588 casos), personas que viven con VIH (585 casos), personal de salud (150 casos) y

contactos de pacientes con resistencia múltiple a medicamentos (7 casos)” (122).

Funcionamiento del Programa de Control de la TB para la atención de los pacientes warao

Los medicamentos para el tratamiento de la TB en el país son adquiridos anualmente por el MPPS a través del Fondo Estratégico de la OPS, garantizando el tratamiento gratuito para todos los pacientes notificados (123). Sin embargo, actualmente existe un patrón de importantes deficiencias que limitan la capacidad de diagnóstico y atención oportuna de los pacientes. De acuerdo con las organizaciones ICA-SO-ACCSI las principales deficiencias que presenta actualmente el Programa Nacional de Tuberculosis incluyen la “falta de pruebas de PPD (sensible a tuberculina) en la mayoría de los hospitales y de PCR (cadena de reacción polimerasa) fuera de Caracas; falta de acceso a muchos exámenes críticos excepto en laboratorios privados a altos costos (incluyendo serología, cultivo bacterial, anatomía patológica, exámenes Ziehl Neelsen, exámenes de amplificación ADA y ADN); falta de medicamentos para efectos secundarios; transferencias frecuentes entre clínicas para poder completar exámenes del tórax y sanguíneos; interrupciones de tratamientos; y falta de personal entrenado en algunas áreas del país”, además de la “subestimación de la TB y co-infección TB/VIH en grupos indígenas y la falta de descarte del VIH en pacientes con TB” (122).

El Programa de Control de la TB en el estado Delta Amacuro tiene una serie de dificultades para el tratamiento adecuado de los pacientes warao, como la falta de personal y de recursos logísticos para acceder a las comunidades warao, especialmente las de acceso fluvial, para la vigilancia activa, tratamiento y seguimiento de los casos. El programa

está centralizado en Tucupita, no llega a la red ambulatoria y mucho menos a las comunidades, los médicos rurales no están integrados al programa, ni se está haciendo vigilancia. Tampoco existen campañas de promoción y prevención de la TB adaptadas a la cultura y el idioma warao. Los pacientes diagnosticados tienen que viajar a Tucupita para buscar el tratamiento. Por esto Delta Amacuro es el estado con mayor pérdida de seguimiento (abandono del tratamiento). Los pacientes warao abandonan el tratamiento en cuanto sienten mejoría, lo que ocasiona recaídas y casos de TB multi-resistente a los fármacos (MDR-TB) (124).

VIH/SIDA

Situación epidemiológica

En Venezuela se contabilizaron unas 120.000 personas con VIH en el 2016 (125), con una prevalencia de 0,56% en la población general y superior a 5% en los grupos más vulnerables, especialmente en el de hombres que tienen sexo con hombres (58). Se estima que ocurrieron 6.500 nuevas infecciones y 2.500 muertes relacionadas con el SIDA durante ese año (125). El HIV-1 subtipo B es el más prevalente en las Américas y particularmente en Venezuela (126), donde representa el 99,9% de las cepas circulantes. Esto constituye una ventaja para el abordaje de la epidemia, ya que es el subtipo más conocido y que mejor se sabe tratar (127).

Los pueblos indígenas de Venezuela se encuentran, en general, libres de infección por VIH, ya que es un virus importado de reciente introducción. A diferencia de otras enfermedades como la tuberculosis y la hepatitis B, endémicas en poblaciones indígenas donde presentan las mayores prevalencias a nivel nacional. Los warao son la única excepción en el caso del VIH, donde el virus se implantó y se difundió con una evolución explosiva, causando estragos por la agresividad de las cepas, las comorbilidades presentes en la zona, especialmente TB/VIH y hepatitis/VIH, y la falta de acceso a servicios de atención básica de salud y tratamientos antirretrovirales (127).

La primera noticia sobre casos de VIH en población warao la difundió la Cruz Roja Venezolana en el 2007, cuando diagnosticaron varios casos,²² todos masculinos sintomáticos, en San Francisco de Guayo. En el año 2009 se reportaron 32 personas infectadas, incluyendo una mujer,

²² 5 o 15, según las diferentes versiones (126) (133).

en siete comunidades de la parroquia Padre Barral, municipio Antonio Díaz (126) (128). Para inicios del año 2011 se contaban 37 pacientes VIH positivos, otros 21 ya habían fallecido y 4 nunca fueron encontrados. El Programa Regional de ITS/SIDA manejaba una lista de 14 pacientes en TARV, de los cuales 8 estaban vivos pero no recibían el tratamiento (127).

Un primer estudio realizado por investigadores del IVIC, el Instituto de Biomedicina de la UCV, y el Instituto Oswaldo Cruz – FIOCRUZ de Brasil, tuvo por objetivo analizar la diversidad genética del VIH presente entre los warao. El análisis molecular del VIH-1 de 16 de estos pacientes, provenientes de San Francisco de Guayo, Usidu, Jeukubaka e Isla de Jobure, permitió identificar al menos dos introducciones independientes del virus entre los warao. Quince casos correspondieron a VIH-1 subtipo B en hombres que refirieron tener sexo con hombres. Un solo caso de VIH-1 subtipo C, muy raro en Venezuela, se registró en una mujer infectada cuyo esposo murió un año antes con síntomas asociados a SIDA. También se identificaron seis cepas del subtipo B con mutaciones de resistencia a fármacos, aunque no todos estos pacientes recibieron tratamiento antes del estudio. Esto hace suponer que hay cepas resistentes del virus infectando a otros individuos (126).

Se postula que el primer contagio con VIH-1 subtipo B pudo ocurrir durante una de las “expediciones de recolección” de limosnas emprendidas hacia el centro del país (véase pág. 16), ya que la secuencia molecular del virus está emparentada con la de un paciente que vivía en Maracay (129). El caso aislado de VIH-1 subtipo C al parecer no se difundió. Es posible que se deba al contacto con una persona proveniente de Asia, donde se han identificado cepas emparentadas. Se especula que la llegada de este subtipo viral puede estar vinculada a buques de carga asiáticos que atraviesan el Orinoco para abastecerse de minerales en el estado Bolívar. Un origen desde Guyana tampoco puede descartar-

se por su ubicación adyacente al Delta, además de presentar la mayor incidencia de VIH en Sur América (126).

Un segundo estudio desarrollado a finales del 2011 tuvo por objetivo evaluar la extensión y la dinámica de diseminación del VIH-1 en ocho comunidades warao del bajo Delta²³. Esta investigación confirmó una única introducción del VIH-1 subtipo B ocurrida alrededor del año 2002 que se diseminó entre los warao a través de dos rutas principales de transmisión por contactos entre comunidades de dos subtribus o aglomeraciones awarao (véase pág. 12). Una de estas rutas se inició en San Francisco de Guayo alrededor del 2005, desde donde se diseminó por varias comunidades cercanas; y la otra se inició en Jeukubaka también en el 2005 y se diseminó hacia localidades vecinas, pero también a otras lejanas como Nabasanuka, Kuberuna y Cambalache (129).

Una muestra de 576 individuos fue evaluada, resultando un total de 55 casos positivos provenientes de seis comunidades, revelando que en aproximadamente una década el 9,55% de la población había sido infectada. La prevalencia resultó significativamente mayor en hombres (15,6%) que en mujeres (2,6%), así como entre individuos con edades de 18 a 30 años. El rango de prevalencia varió de 0 a 22% entre las comunidades, pero alcanzó el 35,3% entre los hombres en Usidu (129). Estas cifras representan una prevalencia de infección por VIH dramáticamente elevada, aproximadamente 10 veces mayor a la prevalencia mundial (0,8%) (130).

A partir de la introducción del VIH alrededor del 2002 y luego de una fase inicial de crecimiento lento, el virus llegó a las comunidades de Guayo y Jeukubaka alrededor del 2005 y a partir de entonces empezó a dispersarse exponencialmente, a razón de 0,8 por año entre 2005 y 2012,

23 San Francisco de Guayo, Jobure de Guayo, Ibuiruna, Jeukubaka, Jobotoboto, Usidu, Ibute e Isla de Jobure.

lo que quiere decir que el número de infectados se duplicó cada 10 meses, lo cual puede ser devastador para este pueblo indígena (129).

La amplia diferencia de las prevalencias entre hombres y mujeres ha sido relacionada con prácticas homosexuales y bisexuales de hombres warao. También se ha asociado la diseminación del VIH con mujeres transgénero llamadas tidawina quienes mantienen prácticas sexuales con hombres cotidianamente. Tres casos de VIH identificados en el estudio eran tidawinas, y otros cinco hombres seropositivos refirieron haber tenido relaciones sexuales con tidawinas durante la menstruación de sus esposas (129).

Una investigación publicada en 2015 reveló una frecuencia extremadamente alta (96%) de cepas CXCR4 entre los waraos infectados con VIH. Estas cepas, mejor conocidas como X4 son formas más patógenas del virus que normalmente se desarrollan en el paciente a partir de cepas jóvenes menos virulentas CCR5 (R5) presentes en el estadio inicial de la infección. Las cepas X4 están asociadas a una mayor celeridad de la infección y su progresión hacia SIDA. El estudio también mostró un número significativo de infecciones que ocurrieron entre 1 y 12 meses antes de la recolección de las muestras, así como una gran proporción (50-70%) de transmisiones que ocurrieron en la fase más temprana de la infección (≤ 12 meses). Esto es consistente con una infección inicial dominada por una cepa X4 o una selección muy rápida de variantes X4 después de la infección. En los warao esta transición al virus más letal se está produciendo más rápido, posiblemente como consecuencia de la elevada prevalencia de tuberculosis, que funciona como factor sinérgico favoreciendo la progresión de R5 a X4. Esto hace que la epidemia curse con mayor velocidad hacia SIDA, lo que explicaría la rápida mortalidad que ha tenido esta epidemia en la comunidad, haciendo que la esperan-

za de vida de un warao infectado con VIH sin recibir TARV sea menor a cinco años (131) (127) (132).

Resumiendo, la epidemia de VIH-1 entre los warao se caracteriza por una prevalencia extremadamente alta de cepas X₄, intervalos muy cortos de transmisión, una alta prevalencia de tuberculosis y acceso limitado a la TARV y la atención sanitaria general. Estos factores combinados pueden acelerar la evolución a SIDA y reducir en gran medida la esperanza de vida de las personas infectadas con el VIH. Esta evidencia apunta a la necesidad de una intervención urgente para controlar la dispersión de la enfermedad en esta población aislada y vulnerable (131).

Dos nuevas investigaciones fueron llevadas a cabo por estudiantes de medicina de la UCV en julio del 2015. El objetivo fue evaluar la situación de la infección por VIH en dos grupos de comunidades: el primer grupo constituido por 15 comunidades de la Parroquia Padre Barral del Municipio Antonio Díaz, en el radio del hospital de San Francisco de Guayo,²⁴ y el segundo grupo de 11 comunidades de la parroquia Manuel Renaud en el radio del hospital de Nabasanuka²⁵ (133).

En el primer grupo de comunidades se aplicaron pruebas rápidas de VIH a 666 individuos encontrando 48 casos positivos que representan una prevalencia de 7%. Se identificaron casos de VIH en siete comunidades y las mayores prevalencias de infección estaban en Jobure de Guayo (21%), Usidu (15%) y San Francisco de Guayo (8,93%). Se identificó una mayor prevalencia entre hombres (85%) que mujeres (15%), y en el grupo de edades comprendidas entre 15 y 24 años (64%), confirmando que la

24 San Francisco de Guayo, Usidu, Ibute, Jobotoboto, Isla de Jobure, Jobure de Guayo, Guayaboroína, Teikuburojo, Jeukubaka, Iburuina, Murako, Kuamujo, La Mora, Merejina y Jabana de Merejina.

25 Arawabisi, Bamutanoko, Bonoína, Burojosanuka, España, Kuarejoro, Kuberuna, Manakal, Nabasanuka, Siawani y Winikina.

prevalencia de infección por VIH se mantuvo en los últimos 3 años. En el primer grupo de comunidades también se exploró la sobrevivencia de pacientes conocidos por el MPPS y el Hospital “Hermana Isabel López” de San Francisco de Guayo. A partir de una lista de 101 pacientes anteriormente diagnosticados, resultó que 51 (50%) continuaban con vida, 38 (37%) habían fallecido, y 13 (13%) no fueron encontrados (134).

En el segundo grupo de comunidades se aplicaron pruebas rápidas de VIH a 361 waraos, resultando positivos 6 individuos (4 hombres y 2 mujeres) para una prevalencia de 1,7%. Un número significativo, considerando que estas comunidades están alejadas de la zona de origen de la epidemia y aparentemente se habían mantenido sin casos hasta 2012. Las comunidades con incidencia de VIH fueron Nabasanuka con 3 casos (prevalencia de 5%), Burojosanuka con 2 casos (6,6%), y Bamutanoko con 1 caso (5,3%). También se determinó que la mayoría de las personas con VIH había realizado viajes fuera de su comunidad, cuatro señalaron haber tenido contacto con múltiples parejas, tres dijeron ser heterosexuales, uno homosexual y dos bisexuales. Ninguno tenía tuberculosis (133). De 26 comunidades evaluadas en las dos investigaciones, se encontraron casos de infección por VIH en 10.

En el 2016 un equipo del Instituto de Biomedicina junto a un grupo de estudiantes de medicina de la UCV regresaron a la zona para reevaluar la sobrevivencia de pacientes. Encontraron que de los sobrevivientes del primer grupo de comunidades evaluados el año anterior (51) todos menos uno habían fallecido, y de los nuevos diagnósticos sólo la mitad seguía con vida. Con base en estos datos se calcula la supervivencia de los warao seropositivos sin TARV en aproximadamente dos años (135).

Factores de riesgo y determinantes socioculturales en la adquisición del VIH

De acuerdo con Villalba y colaboradores, los principales factores de riesgo para infección por VIH entre los warao son la falta de conocimientos sobre el VIH y los métodos de prevención, el sistema explicativo warao sobre el origen de las enfermedades que no identifica la vía sexual como forma de contagio, la promiscuidad (la media de parejas sexuales por individuo fue de 4 al año, aunque algunos pacientes reportaron más de 30) y la temprana edad de iniciación sexual. También se documentó sexo pagado, especialmente entre tidawina, así como algunos casos de transmisión vertical madre-hijo (129).

La figura del sujeto transgénero tidawina (en idioma warao: ‘mujer con pene’) en el contexto de la cultura tradicional warao “no era otra cosa que una mujer más, que mantenía relaciones sexuales exclusivas con su marido y desempeñaba un papel en algunos hogares warao como pareja estable y ayudante de la primera esposa de la familia” (22). Las tidawina perdieron el importante espacio que ocupaban en la sociedad warao, por la presión de los misioneros católicos, quedando marginadas y proscritas (22). A partir de la aparición de la epidemia de VIH las tidawina han sido estigmatizadas como causantes de la introducción de la enfermedad y son identificadas por los propios warao como el primer factor de riesgo para contraerla (22). Es importante aclarar, no obstante, que el factor de riesgo no radica en la homosexualidad en sí misma, sino en la práctica del sexo anal (136). Las relaciones sexuales anales constituyen el comportamiento sexual de mayor riesgo para la transmisión del VIH, donde el integrante receptivo del acto sexual –que puede ser hombre o mujer- tiene un riesgo mucho mayor de contagio que la pareja insertiva (137).

Por otra parte, Gottopo y colaboradores postulan que un factor determinante de las condiciones sociales para el contagio y propagación del virus han sido los procesos migratorios experimentados por los warao. Estas migraciones fueron especialmente intensas a partir del inicio de la década de los noventa, luego de la epidemia de cólera de los años 1992-1993 que generó un éxodo migratorio hacia las zonas urbanas aledañas al Delta (Tucupita, Barrancas y Ciudad Guayana), donde se asentaron en condiciones de extrema precariedad (véase pág. 16) (22).

Una de las comunidades que resultó de este proceso es el asentamiento warao de Cambalache, ubicado junto al basurero de Ciudad Guayana (véase pág. 81). Cambalache es una localidad con alto riesgo de contagio de VIH debido a la prostitución, el tráfico de drogas y las condiciones de miseria en las que viven alrededor de 200 waraos dedicados a la recolección de desechos y la mendicidad, además de ser una localidad receptora de población flotante que pasa temporadas en la zona y luego regresa al delta (138). En Cambalache ya habían sido identificados previamente 16 individuos VIH positivos, pero además, el 53% de los casos identificados en ocho comunidades del bajo Delta el año 2011, refirieron haber visitado Cambalache, por lo que se cree que esta localidad juega un papel en la introducción y dispersión del VIH entre los warao (129).

Otro elemento señalado por Gottopo son las fiestas como espacios de riesgo para el contagio de VIH. Los propios waraos identifican las fiestas con el consumo desmedido de alcohol, la pérdida del autocontrol, las peleas y la proliferación de encuentros sexuales casuales. La falta de uso del condón como método preventivo convierte estos eventos en situaciones de alto riesgo para el contagio (138) (136).

Un estudio realizado en el 2015 evaluó específicamente los factores de riesgo para infección por VIH en siete comunidades de la parroquia

Padre Barral del municipio Antonio Díaz. Se identificaron como principales factores de riesgo la inestabilidad en la pareja sexual, las prácticas de hombres que tienen sexo con hombres, las relaciones sexuales fortuitas y durante viajes, el inicio precoz de relaciones sexuales, el sexo oral, el sexo anal y el no uso de métodos de barrera. El desconocimiento de la forma de transmisión y prevención resultaron también estadísticamente significativos, así como la falta de conocimiento acerca del VIH, movimientos migratorios frecuentes y las prácticas sexuales de riesgo (130).

Aunque los factores de riesgo identificados son fundamentales para orientar la implementación de planes de prevención y atención de los pacientes afectados, es importante resaltar los determinantes sociales de la salud de los warao que subyacen a la aparición y propagación de la epidemia. Gottopo y colaboradores señalan en este sentido que “estos factores de riesgo, asociados a la epidemia de VIH en poblaciones warao, son secundarios e irrelevantes frente al hecho de que la población en cuestión no cuenta con servicios médicos eficientes que permitan diagnósticos rápidos y efectivos, ni dispone de acceso a tratamientos adecuados y a campañas educativas de prevención” (22). El sistema de salud en Delta Amacuro, especialmente en las áreas de mayor presencia indígena, se caracteriza por su escasa infraestructura, falta de personal y materiales, y la carencia de un sistema de vigilancia y registro de información epidemiológica. “La desasistencia médica sanitaria alcanza grados de ‘dramatismo’, al punto que una docente warao acota: ‘Pareciera que quisieran acabar con los warao’” (22).

Sin un sistema de salud que responda a las necesidades sanitarias y se adecue a las particularidades culturales y lingüísticas indígenas, no es acertado atribuir a los elementos de la cultura warao los principales factores de riesgo para la infección por VIH. Mucho más peso en este

análisis debe darse a la situación de discriminación racial, inequidad social y exclusión de los servicios públicos, en particular de salud, como condiciones que subyacen a la magnitud que ha alcanzado esta epidemia entre los warao (22).

Acceso y atención oportuna en los servicios de salud

Durante los últimos años una serie de problemas han constituido barreras para el diagnóstico, la provisión del tratamiento antirretroviral y el seguimiento oportuno de los casos de VIH a nivel nacional. La Sociedad Venezolana de Infectología ha hecho llamados de atención sobre “la situación de las personas que viven con VIH en Venezuela, cuyos tratamientos han experimentado interrupciones prolongadas debido a la profunda escasez de antirretrovirales, de tratamientos contra infecciones oportunistas así como de pruebas de seguimiento y control, como cargas virales de VIH y subpoblaciones linfocitarias” (139), así como de test de resistencia a los antirretrovirales (132).

El Programa de VIH/ITS en Delta Amacuro también tiene importantes limitaciones para la atención adecuada de los pacientes warao, como carencia de reactivos y pruebas rápidas para diagnosticar, falta de tratamientos antirretrovirales y preservativos, escasez de personal y de recursos logísticos para llegar a las comunidades. El programa se encuentra centralizado en Tucupita, pero no se ha logrado la articulación con los consultorios populares y los equipos de salud no están integrados al programa. A nivel regional no se está haciendo despistaje, y los pacientes ya diagnosticados tienen que viajar a Tucupita para asistir a las consultas con el médico infectólogo del estado Monagas que viaja a Delta Amacuro cada dos semanas. Cuando hay disponibilidad de tratamientos antirretrovirales, los pacientes deben ir a la capital del

estado para retirarlos (140), pero los altos costos del transporte fluvial impiden hacer el viaje.

Uno de los problemas más importantes con los pacientes warao que reciben tratamiento es la falta de adherencia, porque lo abandonan en cuanto sienten mejoría, ocasionando recaídas y casos de resistencia a los antirretrovirales. “Los pacientes indígenas cuando se sienten bien no entienden por qué se tienen que tomar un tratamiento si se sienten bien, y ese es el grave problema que tenemos allí porque los pacientes dejan de tomar el tratamiento, van y vienen y eso genera resistencia” (140). Esto sucede a pesar que se implementó el tratamiento con un antirretroviral de dosis única que simplifica la administración de cocteles de drogas (140). No obstante, muchos de los pacientes no reciben los tratamientos, y si los reciben tienen dificultades para seguirlos porque no son explicados en su idioma y el personal encargado “ignora que en la concepción tradicional de salud no existen métodos de sanación engorrosos, que implican el consumo de varios medicamentos al día de por vida” (22).

Varias instituciones han desarrollado campañas educativas para la prevención del VIH mediante charlas y proyecciones de películas, especialmente en las zonas de Guayo y Nabasanuka, así como en comunidades aledañas a Tucupita, donde también han apoyado a pacientes warao para recibir atención médica y tratamientos. Entre dichas instituciones destacan las hermanas de la misión de San Francisco de Guayo, la Pastoral indígena, los misioneros de La Consolata, el programa regional de VIH/ITS, la Sociedad Venezolana de la Cruz Roja, ACNUR y los estudiantes de medicina de la UCV cuando hacían sus pasantías rurales. Estas actividades han contribuido a que algunas comunidades warao tengan información sobre la enfermedad, su prevención y tratamiento. Sin embargo, el principal problema sigue

estando en la falta de acceso a un sistema de salud que les garantice medidas preventivas, atención médica y tratamientos antirretrovirales (136).

La Defensoría del Pueblo en Caracas convocó a partir del año 2016 unas mesas de trabajo interinstitucionales para abordar el problema de la epidemia de VIH entre los warao a las que han asistido varias instituciones (MPPS, MPPPI, MPPE, OPS, ONU-SIDA, etc.). Gracias a estas reuniones la Dirección de Programas de Salud del MPPS organizó una jornada de abordaje integral de salud en el bajo Delta, donde participaron especialistas de varios programas, incluso de VIH. Sin embargo, aunque se había pautado repetirla cada tres meses, no se volvió a realizar por las dificultades de logística fluvial (140). Por otra parte, ONU-SIDA y ACNUR están apoyando un plan de capacitación para los maestros warao en materia de prevención del VIH; y también UNICEF, ONU-SIDA y OPS han hecho aportes de tratamientos antirretrovirales y otros productos (140). Sin embargo, estas medidas no han sido suficientes y de acuerdo con Gottopo y colaboradores “la epidemia de VIH no ha sido tratada con la urgencia que amerita” (22).

Alimentación, estado nutricional y patologías asociadas

Alimentación y estado nutricional en Venezuela

La información sobre el estado nutricional de la población venezolana debería estar disponible a través del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), dependiente del Instituto Nacional de Nutrición, ente adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Alimentación. No obstante, al igual que la información epidemiológica oficial (véase pág. 41), el SISVAN no se encuentra accesible al público desde el año 2007 (141), verificándose una situación de censura de la información sobre el estado nutricional de la población venezolana.

Los resultados de una investigación sobre las tendencias de la malnutrición y su relación con las macro-políticas económicas y de alimentación en Venezuela entre 1996 y 2011, dan cuenta de una importante disminución de los niveles de desnutrición, correlacionados con la inversión y las mejoras en los programas económicos, sociales y alimentarios; al tiempo que se registró un aumento significativo en los casos de obesidad (142).

El porcentaje de la desnutrición entre las causas de muerte disminuyó de 1,48% en 1996 a 0,37% en 2011, lo que representa un descenso relativo superior al 72%. Mientras que la tasa de mortalidad por obesidad durante el mismo lapso pasó de 0,04 a 0,36 por 100.000 habitantes, lo que constituye un incremento del 800%. La morbilidad porcentual por desnutrición en menores de 15 años para el lapso 2002-2011 se distribuyó en 71% de desnutrición leve, 22% de desnutrición moderada y 7% de desnutrición grave. También se reportó el descenso de morbilidad y mortalidad por patologías inmunoprevenibles, infecciones intestinales, influenza y neumonía asociadas con la desnutrición (142).

No obstante, numerosos informes de investigaciones desarrolladas por instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales,²⁶ señalan que la situación alimentaria y nutricional en Venezuela se viene deteriorando aceleradamente desde 2012. Paradójicamente, el mismo año que la FAO otorgó a Venezuela un reconocimiento por haber logrado “reducir a la mitad la proporción de personas que padecen hambre”, de acuerdo con la meta del ODM 1, a pesar de las señales de desabastecimiento y escasez de alimentos que ya empezaban a reportarse (64).

Durante una década, hasta fines de 2014, la economía venezolana creció gracias a los altos precios del petróleo, lo que permitió expandir el gasto público en programas sociales que se reflejaron en la reducción de la pobreza, que pasó de 49% en 1999 a 25% en 2012, y la pobreza extrema de 22% a 7% (143). La caída del precio internacional del petróleo, la mala gestión en política económica, la corrupción administrativa, la carencia de ahorros para afrontar la nueva coyuntura y el derrumbe de la producción de PDVSA, han tenido profundos impactos en el desempeño económico y social del país, con un decrecimiento continuado del PIB desde el 2012, un aumento sostenido de la inflación que alcanzó niveles de hiperinflación en el 2017, y un aumento generalizado de la pobreza, que alcanzó al 87% de la población en 2017, con 26% en estado de pobreza y 61% en pobreza extrema (50). Por su parte, el gobierno venezolano argumenta que la causa fundamental de la crisis económica son las sanciones unilaterales que los gobiernos de los Estados Unidos de América, la Unión Europea y otros países han tomado contra Venezuela, en forma de un bloqueo financiero y boicot a las inversiones extranjeras

26 Observatorio Venezolano de la Salud, CENDES-UCV, Caritas Venezuela, Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición, Centro de Investigaciones Agroalimentarias de la Universidad de Los Andes, Fundación 5 al día, Colegio de Nutricionistas y Dietistas de Venezuela, Provea, etc.

en el país, que limitan la disponibilidad de recursos para la inversión en programas sociales, importaciones de insumos médicos y alimentos; todo ello con el objetivo de provocar el colapso económico y social para precipitar un cambio de gobierno (144) (145).

A partir del 2014 los indicadores de alimentación, nutrición y salud han mostrado signos claros de crisis que han evolucionado rápidamente hacia situaciones extremas de inseguridad alimentaria y hambre, en especial en los grupos vulnerables, hasta extremos que indican que Venezuela se encuentra en situación de emergencia humanitaria. De acuerdo con los expertos en el área, la alimentación de los venezolanos está severamente comprometida debido a restricciones de acceso a los alimentos tanto por razones físicas como económicas. A inicios del 2017 la producción nacional sólo cubría un tercio de las demandas alimentarias del país y la importación de alimentos sufrió una drástica disminución por la caída de los ingresos, a lo que se sumó la reducción de la demanda de alimentos por falta de capacidad adquisitiva de la población debido a la hiperinflación (146).

Por su parte, el Estado venezolano no ha implementado medidas para estimular la producción de alimentos en el país y en su lugar ha impulsado la estatización de los circuitos de distribución existentes y la implantación de una estructura dedicada a la importación y distribución de alimentos como mecanismo de dominación política e ideológica, a través de los Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP). Los alimentos distribuidos por los CLAP no se adecuan a las necesidades nutricionales ni al patrón cultural de Venezuela, tampoco existe claridad en los criterios de vulnerabilidad para la asignación, la periodicidad de entrega, ni los mecanismos para verificar la inocuidad y calidad de los alimentos (146).

La crisis de la seguridad alimentaria en Venezuela finalmente fue reportada por la FAO en el informe Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe del 2017, donde se señaló que el caso de Venezuela fue el más significativo en el alza de la prevalencia de la subalimentación en la región entre 2014 y 2016, con un crecimiento de 3,9% con respecto al trienio anterior. Esto “significa un aumento de 1,3 millones de personas subalimentadas en Venezuela, lo que explica buena parte del aumento observado en Sudamérica” (147). De acuerdo con FAO y OPS la cantidad de personas padeciendo hambre alcanzó 4,1 millones en el 2016, lo que equivale al 13% de la población nacional (147). El informe anual de PROVEA sobre la situación de los derechos humanos en Venezuela indica que a finales del 2017, 9 de cada 10 personas no podían costear su alimentación diaria y aproximadamente 8,2 millones de personas ingerían dos o menos comidas al día. La Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) reportó que 40% de la población escolar está dejando de asistir a clases por falta de alimentos. Caritas Venezuela reportó un aumento de 100% en las cifras de desnutrición aguda en menores de 5 años respecto al 2016, pasando de 8% a 16% de los niños, de los cuales el 33% mostraron un retardo del crecimiento irreversible, y 52% en menores de 2 años (146).

De acuerdo con la especialista Susana Raffalli, en 2017 la situación de vulneración de los derechos a la vida, la salud y la alimentación alcanzó niveles humanitarios, por la naturaleza, intensidad y extensión de los daños, el saldo de vidas perdidas y sufrimiento sin respuestas relevantes por parte del Estado. Un 10% de niños menores de 5 años con desnutrición aguda es un indicador de crisis que se alcanzó a inicios del 2017, pero para el mes de diciembre se rebasó el umbral de 15% que indica emergencia de salud pública de carácter humanitario (146).

La migración forzada en condiciones precarias es otra señal de violación del derecho a la alimentación y uno de los indicadores de crisis humanitarias, reconocido por ACNUR en la activación de programas de atención de las necesidades humanitarias de los venezolanos en las fronteras de Colombia y Brasil (146). Como se mencionó anteriormente (véase pág. 17), la falta de acceso a alimentos y el hambre ha sido el principal factor de expulsión en el caso de la población warao; quienes migran a Brasil buscando ayuda alimentaria en albergues para refugiados venezolanos –algunos específicamente establecidos para la atención de los warao-, así como mayores oportunidades de acceso a recursos mediante la estrategia de “recolección de dinero” (véase pág. 16).

La alimentación de los warao

Tradicionalmente, los warao basaron su alimentación en el aprovechamiento de los recursos disponibles en los diversos ecosistemas que componen el delta del Orinoco (morichales, herbazales, bosques de albardones, bosques de inundación y entornos litorales). La producción de alimentos dependía de la pesca, la cosecha de productos silvestres y la cacería menor; además de la cacería del manatí (*Trichechus manatus*) y la recolección anual de cangrejos marinos. Aunque la base principal de la dieta eran los derivados de las palmas, que incluían yuruma, palmito y frutas, además de larvas de escarabajo. También cosechaban los frutos de unas 20 especies de árboles (12).

Los cambios de la sociedad y la cultura warao ocurridos durante el siglo XX como consecuencia de influencias foráneas y desplazamientos (véase pág. 14), modificaron los patrones de asentamiento y la producción de alimentos, con cambios importantes en la dieta, los estilos de vida y la flexibilización de prohibiciones culturales que limitaban la cacería mayor y la tala de la mayoría de las especies de árboles. La

adopción de la horticultura incorporó el cultivo del ocumo chino como nueva base de la dieta vegetal, sustituyendo la yuruma de palma; además del arroz, maíz, caña de azúcar, entre otros rubros. La implantación de industrias extractivas como aserraderos, pesquerías, palmiteras y petroleras, también generaron impactos ambientales y culturales con incidencias en la alimentación. Además, el acceso a bienes de consumo en las bodegas de los criollos, incluyó varios rubros alimenticios industrializados como harinas refinadas, pastas, azúcar, enlatados, etc.

La mayor parte del pueblo warao sigue habitando el Delta medio e inferior y continúa “orientado hacia la autosubsistencia basada en la horticultura, la pesca y la recolección de recursos silvestres” (12). Sin embargo, el acelerado crecimiento demográfico y los cambios en la estructura productiva, han generado importantes presiones sobre los ecosistemas deltaicos, reduciendo los recursos disponibles, con posibles impactos en la alimentación.

Según Wilbert y Ayala la estrecha relación entre alimentación y salud varía de acuerdo al estilo de vida, que se manifiesta entre los waraos que habitan en su territorio tradicional, en tres tipos característicos de formas de vida:

1. Las comunidades más alejadas que conservan la cultura tradicional y basan su alimentación en el consumo de pescado y ocumo chino. No tienen acceso frecuente a productos occidentales y mantienen unas condiciones de salud similares a las que existían a inicios del siglo XX.
2. Los que compran sus alimentos “en la bodega”, que se limitan a harinas, pastas, refrescos y enlatados, y que no cuentan con recursos suficientes para adquirir lo necesario para tener una dieta balanceada. Este grupo presenta una situación de salud deteriorada, especialmente entre los niños y ancianos, con una

alta incidencia de enfermedades infecciosas, además de una depresión psicológica producto de la ruptura sociocultural, que se traduce en frecuentes riñas entre familiares.

3. Comunidades desarrolladas por organizaciones gubernamentales o religiosas, las cuales cuentan con servicios de electricidad, escuela, bodega, medicatura, capilla, etc. La mayoría de los adultos jóvenes tienen empleos remunerados que les permiten subsistir de sus salarios y prescindir de la pesca y el cultivo, aunque sus ingresos no logran cubrir una alimentación balanceada. En estas poblaciones se observa una alta tasa de obesidad, gran acumulación de basura, proliferación de ratas, y un elevado consumo de alcohol que a su vez provoca numerosos accidentes y conflictos (12).

Por otra parte, los desplazamientos de numerosos sectores de la población warao hacia los alrededores de Tucupita, Barrancas y Puerto Ordaz, han modificado radicalmente la alimentación y los estilos de vida de estas comunidades. La dependencia de trabajos remunerados, la carencia de tierras de cultivo y la falta de acceso a los ecosistemas deltaicos donde anteriormente obtenían alimento, los ha llevado a adoptar la dieta del criollo. Sin embargo, las condiciones de vida de estos waraos, que con frecuencia se caracterizan por una extrema pobreza, limitan sus posibilidades para obtener alimentos en la cantidad y calidad que requieren. Estas deficiencias alimentarias se manifiestan en la alta frecuencia de casos de desnutrición y una serie de condiciones de salud asociadas como las parasitosis intestinales, IRA, anemia, retraso en el crecimiento, emaciación, además de constituir condiciones de base para otras dolencias como la TB.

Estos nuevos contextos están ocasionando entre los warao nuevos problemas de salud propios de poblaciones urbanas, que son el resulta-

do del proceso conocido como transición epidemiológica nutricional (148), caracterizado por un acelerado incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles tales como diabetes tipo II, dislipidemias (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia), síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares, las cuales están directamente vinculadas con elevados índices de sobrepeso y obesidad (142).

Estado nutricional de la población warao

Para el presente estudio no fue posible el acceso a información oficial actualizada sobre el estado nutricional de la población del estado Delta Amacuro, ni tampoco sobre la población indígena warao. Como se mencionó anteriormente, esta información está restringida y censurada por las propias instituciones gubernamentales (véase pag. 72).

En el año 1998 las poblaciones de los estados Delta Amacuro y Amazonas mostraban índices de desnutrición superiores a otras entidades, y esto se relacionaba con el alto porcentaje de población indígena, la fuerte dependencia económica y las serias limitaciones de acceso por vía terrestre. En el estado Delta Amacuro, el déficit nutricional en niños de 2 a 14 años para el primer trimestre de 1998 era de 27,5%, casi 4 puntos por encima de la media nacional de 24% (149).

La deficiencia de nutrición ha sido una causa de mortalidad importante en el estado Delta Amacuro, apareciendo de manera recurrente entre las 10 primeras causas. Para el año 2003 aparecía como la quinta causa de mortalidad en el estado Delta Amacuro, con el 7% de los casos (150). En el 2006 fue la séptima causa de muerte, con una tasa de 21 por cada 100.000, mientras que a nivel nacional era de 2 por cada 100.000 (151). En el 2007 pasó al décimo lugar, con 24 casos que representaban el 4% de las muertes registradas (152).

Para el año 2013 no apareció entre las 10 primeras causas de mortalidad del estado, pero como se señaló previamente (véase tabla 22, pág. 46), resultó ser la octava causa de mortalidad entre la población indígena, con 11 casos (5,6% de las muertes entre indígenas) de los 12 que se registraron en total en la entidad. Este dato es muy importante porque indica que la mayoría de las muertes por desnutrición corresponden a pacientes indígenas, representando el 95% de los casos en el año 2013.

Tal como se vió anteriormente, en el análisis de las causas de morbilidad en pacientes warao que acudieron al hospital de Tucupita (véase tabla 23, pág. 47), la desnutrición ocupa el quinto lugar con 54 casos registrados durante 9 meses entre enero del 2015 y marzo del 2017, representando el 9,3% de la morbilidad y un promedio de 6 casos por mes. Empero, la desnutrición apareció como primera causa de mortalidad en pacientes warao del hospital de Tucupita durante el mismo período, con 12 casos registrados, a razón de una muerte por mes, de los cuales 9 (75%) eran menores de 1 año. Estas cifras equivalen a una tasa de mortalidad aproximada de 29,8 por 100.000,²⁷ tomando en consideración que sólo se refiere a las muertes registradas en el hospital de Tucupita; suponiendo que existe un subregistro importante de las muertes por desnutrición ocurridas en las propias comunidades, la tasa debe ser aún mayor.

Estas cifras dan una idea aproximada de la grave situación relativa al estado nutricional de la población warao, y evidencian que no se trata de un problema reciente, sino de larga data. Sin embargo, las condiciones extremas de inseguridad alimentaria y hambre que colocan a Venezuela en emergencia humanitaria, afectando especialmente a los grupos más

27 Cálculos propios, tomando como base la población warao del estado Delta Amacuro registrada en el Censo del 2011 (40.280 hab.).

vulnerables (véase pág. 72 y siguientes), han generado un significativo aumento de la desnutrición y el hambre entre los warao.

Los programas de distribución de alimentos implementados por el gobierno no han dado respuestas satisfactorias a esta problemática, generando en el caso warao altos niveles de conflictividad social. Los alimentos distribuidos por los CLAP no se adecuan a las necesidades nutricionales de los warao en términos de las cantidades y la periodicidad de entrega, resultando insuficientes; pero tampoco en cuanto a la composición de los rubros incluidos, que no se ajustan al patrón cultural warao. Los saqueos a una veintena de comercios en Tucupita el 31 de junio de 2016 fueron una muestra de que la política alimentaria no había logrado aliviar la grave situación de hambre de la población del delta. En noviembre de ese año hubo protestas con cierre de vías en los alrededores de Tucupita exigiendo la regularización en la distribución de las bolsas de comida. En marzo del 2017 se reportaron conflictos entre los vecinos de San Francisco de Guayo por el acceso a los alimentos del Mercal (153). El 22 de septiembre de 2017 la policía arremetió contra una protesta en Tucupita en la que se exigía un operativo de venta de alimentos, resultando dos fallecidos y varios heridos por armas de fuego, todos waraos (154).

Por otra parte, las graves deficiencias en el Programa de Alimentación Escolar (PAE) en la entidad, también han desmejorado la oferta de alimentos para niños, niñas y adolescentes escolarizados, provocando deserción escolar y lesionando el derecho a la alimentación y la educación de las comunidades indígenas (153).

Como se señaló antes (véase pág. 17), la masiva migración desde el delta del Orinoco hacia Brasil, recorriendo cientos de kilómetros, ha estado motivada principalmente por la búsqueda de comida, atención de salud y acceso a fuentes de recursos que les permitan vivir con

dignidad. El testimonio de Zulelma, una mujer warao que se encontraba refugiada junto a sus hijos en el terminal de autobuses de Manaos en febrero del 2017, es un claro ejemplo:

“Vinimos para acá porque no tenemos qué comer en Venezuela. La situación está complicada. Mis hijos pedían comida (...) y yo no tenía como. Vinimos para Manaos para comer (...) Aquí estoy engordando. Estaba muriendo por no comer. También conseguimos remedios para los niños”²⁸ (155).

Las extraordinarias crecidas del río Orinoco de los años 2017 y 2018 afectaron más aún a las comunidades del delta, con graves impactos sobre las condiciones nutricionales y la proliferación de complicaciones de salud, especialmente por enfermedades de origen hídrico. Los conucos se inundaron, perdiéndose la fuente principal de alimentos de más de 2.000 familias warao que tuvieron que abandonar sus viviendas para ubicarse en albergues provisionales, sin recibir atención adecuada por parte de las instituciones gubernamentales (156) (157) (158).

Relaciones entre estado nutricional, infección parasitaria y anemia

Verhagen y colaboradores desarrollaron un estudio entre 2010 y 2011 comparando los índices de desnutrición y su asociación con infecciones parasitarias intestinales y anemia en niños en edad escolar de tres poblaciones rurales del país: yanomami (Amazonas), warao (Delta Amacuro) y criolla (Carabobo). La investigación abarcó una muestra de 390 niños entre 4 y 16 años, de los cuales 264 (68%) tenían al menos un tipo de parásito y 142 (36%) estaban infectados con múltiples especies de

parásitos; 89 niños (23%) con dos especies de parásitos diferentes, 46 niños (12%) con tres especies y siete niños (2%) con cuatro especies diferentes. La prevalencia de poliparasitismo fue más alta en Amazonas en comparación con el delta del Orinoco y Carabobo. Más de la mitad de los niños en cada región estaban infectados por helmintos. La frecuencia de anquilostomiasis e infecciones por *S. stercoralis* fue mayor en la región amazónica, mientras que los niños warao y criollos mostraron más infecciones por *A. lumbricoides* y *T. trichiura*. Los niños waraos presentaron la menor tasa de prevalencia de las tres regiones, con 51%, pero la mayor variedad de especies de parásitos, con anquilostomas (5%), *Ascaris lumbricoides* (28%), *Strongyloides stercoralis* (5%), *Trichuris trichiura* (40%), *Giardia lamblia* (16%), *Hymenolepis nana* (8%), este último sólo presente en el Delta del Orinoco (159).

El 30% de los niños evaluados en el Delta presentaron desnutrición, demostrándose la relación de los indicadores de déficit según peso/altura o IMC/edad con infección por helmintos. El 9% de los niños warao estaban anémicos, y la infección por anquilostoma estuvo significativamente más presente en los niños con anemia. El promedio de hemoglobina en los niños infectados con anquilostoma fue de 12,8 en comparación con 14,0 en niños no infectados con anquilostoma. La mayoría de los niños (65%) infectados con anquilostoma, *A. lumbricoides* o *S. stercoralis* tenían infecciones de intensidad leve. La anemia en la infancia puede tener efectos graves a largo plazo para la salud, incluyendo un desarrollo cognitivo y socioemocional reducido (159).

Se encontró una asociación significativa de la desnutrición aguda (estado de emaciación) con las infecciones por helmintos, mientras que la desnutrición crónica, que genera retraso en el crecimiento, se asocia con la presencia de *G. lamblia*. Los niveles de hemoglobina disminuyeron significativamente en niños con anquilostomiasis y se observó una

asociación de estos niveles de hemoglobina con baja altura para la edad, un indicador de desnutrición crónica. Los niños con retraso en el crecimiento generalmente muestran un aumento en los niveles de permeabilidad intestinal que resulta en una función intestinal deficiente y malabsorción. Las infecciones por *G. lamblia* se asocian más a la permeabilidad intestinal que las infecciones por helmintos, este es otro factor que puede vincular las infecciones por *G. lamblia* con la malnutrición crónica (159).

Se ha demostrado que la relación entre la infección parasitaria intestinal y la desnutrición es probablemente bidireccional. Esto quiere decir que un deficiente estado nutricional es un factor de riesgo para sufrir infección por parásitos intestinales y, a su vez, las infecciones de parásitos intestinales deterioran el estado nutricional, provocando déficits de crecimiento. Otro de los hallazgos del estudio fue que el grado de reinfección por helmintos después de recibir tratamiento anti-helmíntico fue significativamente más alto en niños desnutridos, lo cual sugiere que un estado nutricional deficiente facilita la adquisición de helmintos. Por otra parte, está comprobado que el estado nutricional de niños en edad escolar mejora significativamente después de recibir tratamiento antihelmíntico regularmente (159).

La alta prevalencia de infecciones por *A. lumbricoides* y *T. trichiura* entre la población warao, está asociada a la defecación en campo abierto o en cuerpos de agua alrededor de las casas. En general, más niños se infectan con helmintos y *G. lamblia* en la temporada de lluvias, mientras que en la estación seca disminuye la adquisición de infecciones, debido a la relación entre las condiciones ambientales y la supervivencia de los parásitos. Sin embargo, en el delta del Orinoco es probable que se produzca transmisión durante todo el año con poca distinción entre las estaciones seca y lluviosa, debido a la presencia de cuerpos de agua

permanentes adyacentes a las casas. El análisis de infecciones en niños waraos no mostró diferencias entre las tasas de prevalencia durante la temporada de lluvias en comparación con la estación seca para cualquiera de los helmintos transmitidos por el suelo o *G. lamblia* (159).

La eosinofilia²⁹ se observó con mayor frecuencia en los niños con infección por helmintos, en particular aquellos con *S. stercoralis* o infección por anquilostoma mostraron tasas significativamente más altas de eosinofilia que los no infectados con estos helmintos. Los helmintos intestinales inducen esta respuesta inmune en el huésped, la cual juega un papel crucial en la reducción de la gravedad de las infecciones agudas por helmintos. Sin embargo, esta respuesta inmune puede inhibir la producción de otros tipos de respuestas inmunes importantes para combatir patógenos como *Mycobacterium tuberculosis* y el VIH. Verhagen y colaboradores, señalan la importancia de considerar el papel inmunomodulador de las infecciones por helmintos en regiones como el delta del Orinoco donde existe una elevada prevalencia de TB y VIH (159).

Para lograr un efecto a largo plazo sobre el estado nutricional y el crecimiento, los medicamentos antiparasitarios deben integrarse con intervenciones nutricionales tales como suplementos de micronutrientes. La distribución a gran escala de drogas anti-helmínticas podría prevenir secuelas irreversibles y permanentes en estos niños. La OMS recomienda la implementación de programas de desparasitación centrados en las escuelas, por la gran carga de morbilidad y las concomitantes consecuencias en el desarrollo de los niños en edad escolar; sin embargo, hay abundantes evidencias que sugieren que, para reducir la desnutrición, los programas de desparasitación deben implementarse

29 La eosinofilia es la presencia de una cantidad anormalmente alta de eosinófilos (un tipo de glóbulos blancos) en la sangre.

antes de los 24 meses de edad. Los niños pequeños en edad preescolar se encuentran en una etapa crítica de crecimiento y desarrollo que aumenta su vulnerabilidad a los efectos perjudiciales de las infecciones parasitarias intestinales (159).

Estado nutricional y salud en comunidades warao en contextos periurbanos

A continuación se resumen algunos casos relativos a la situación nutricional de poblaciones warao ubicadas en las adyacencias de zonas urbanas criollas. Aunque estos datos no son actuales, son referencias importantes para entender el impacto de los cambios culturales en los patrones alimentarios y la salud de las comunidades warao que migraron asentándose fuera del territorio tradicional.

Yakariyene

Una evaluación nutricional de la población infantil warao de Yakariyene, realizada en el 2004, demostró signos del deterioro alimentario ocurrido en comunidades ubicadas en las adyacencias de los centros urbanos. Yakariyene fue concebida como una infraestructura para brindar alojamiento provisional a los warao que visitaban Tucupita para realizar diligencias o actividades comerciales. Con el tiempo, muchas familias se establecieron allí de manera permanente “ocasionando un grave problema de hacinamiento, condiciones higiénicas deplorables, haciendo a esta población vulnerable a muchas enfermedades contagiosas, vicios, malos hábitos de alimentación que terminan no solo con su cultura sino que favorecen el crecimiento de la población desnutrida”, aumentando el riesgo de que padezcan patologías asociadas al déficit nutricional (149).

En el estudio se evaluaron 107 niños entre 0 y 15 años, resultando que el 55% se encontraba en rangos de nutrición normal, mientras el 45% restante presentaba problemas de malnutrición (43% por déficit y 3% por exceso). Los casos críticos, de desnutrición moderada y grave, se presentaron entre los lactantes y pre-escolares. El 33% de la muestra presentó tallas por debajo de lo normal para su edad (149).

Sin embargo, otro estudio realizado en el 2004 que tuvo por objetivo evaluar la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular en la población de Yakariyene, encontró que la población adulta estaba en términos generales bien alimentada (160). De 145 adultos de la comunidad, se evaluaron 44 con edades entre 21 y 50 años, encontrando que el índice de masa corporal promedio, la circunferencia de cintura, la presión arterial media, glicemia, ácido úrico, creatinina sérica, insulina y perfil lipídico estaban dentro de lo normal, aunque el colesterol HDL-C presentó valores bajos, los valores de glicemia e insulina no mostraron alteración, ni tampoco se demostró resistencia a la insulina. Los investigadores concluyeron que una dieta diaria rica en carbohidratos complejos, fibra y ácidos grasos insaturados, así como la intensa actividad física, “hacen que esta población presente menos riesgo de diabetes, obesidad y enfermedad cardiovascular” (160).

Playita de Volcán

La comunidad Playita de Volcán se fundó alrededor de 1985 por waraos provenientes de comunidades del bajo Delta que migraron debido a la falta de acceso a la educación y a servicios de salud, así como por las pocas oportunidades económicas, el difícil acceso a los alimentos, además de la búsqueda de beneficios de los programas y políticas sociales del gobierno nacional. La comunidad se encuentra ubicada en la

orilla del río Manamo, a menos de una hora por carretera de Tucupita, y sirve como el principal puerto que comunica el bajo delta con la capital del estado. Los miembros de la comunidad se dedican principalmente al contrabando de gasolina, la cual consiguen en la estación de servicio ubicada en las adyacencias, y que es transportada hacia Guyana y Trinidad, donde el diferencial de precios lo hace un negocio altamente rentable. Otra actividad a la que se dedican, sobre todo los jóvenes, es la carga y descarga de embarcaciones. La pesca y la siembra son actividades económicas secundarias (161).

Las condiciones de salubridad de la comunidad son deficientes, con limitado acceso al agua potable, acumulación de desechos sólidos, y deposición de aguas servidas y excretas directamente en el río, del que una parte de la comunidad se abastece directamente de agua no apta para el consumo. Además, esta población no cuenta con servicio de atención médica (161).

El estudio sobre el estado nutricional de la comunidad, desarrollado en septiembre y octubre de 2014 determinó que los individuos evaluados se encontraban “en una situación de riesgo importante, debido a la presencia simultánea de malnutrición tanto por déficit como por exceso, junto a una proporción importante de anemia, hiperglicemia y obesidad abdominal, así como también, a un consumo de alimentos caracterizado por ser rico en grasas y azúcares”, que podría asociarse al padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles como el síndrome metabólico (161).

La prevalencia de anemia se observó en 47,4% de la población. Esto representa un valor muy elevado, cerca de 30% mayor al reportado a escala nacional. Además se identificó como problema de salud severo en los grupos de riesgo, como niños en edad preescolar (56%), mujeres embarazadas (86%) y mujeres en edad fértil (54%). También se encontró

que los niveles de glicemia resultaron por encima de lo normal en el 72% de los individuos evaluados, lo que podría ser indicador de una alta incidencia de diabetes tipo 2 (161).

La evaluación antropométrica identificó que el 22% de los niños, niñas y adolescentes presentaba algún tipo de déficit nutricional (14% déficit de tipo crónico y 7,8% déficit de tipo agudo); mientras que el 57,5% de los adultos presentaron un IMC superior al recomendado (35% sobrepeso y 22,5% obesidad), incluyendo al 20% de las embarazadas que presentaron exceso de peso en relación con su estatura y semanas de gestación. El 32% de los evaluados presentó una circunferencia de cintura mayor a la recomendada, lo que podría relacionarse con enfermedades metabólicas y cardiovasculares. El 35% de los adultos evaluados tenía un IMC dentro de los parámetros recomendados. Solamente el 7,5% de las mujeres adultas presentaron valores inferiores a la norma (161).

La prevalencia de infecciones parasitarias intestinales resultó extremadamente alta, con el 89% de la población con infección parasitaria por helmintos, protozoarios o ambos (161).

Barrancas del Orinoco

En marzo del 2011 se desarrolló un estudio entre los habitantes de la comunidad indígena warao de Barrancas del Orinoco, en el estado Monagas, para determinar la frecuencia del síndrome metabólico, el cual está asociado principalmente con la obesidad y conlleva la aparición de síntomas estrechamente relacionados con enfermedades cardiovasculares. En el caso de la población warao, los procesos de transculturación producto de la migración hacia zonas urbanas, acompañados de cambios en los hábitos alimentarios y la adopción de un estilo de vida sedentario, son factores de riesgo que, unidos a una

posible predisposición genética, los lleva a padecer enfermedades de origen cardiovascular y endocrino-metabólico, en particular el síndrome metabólico (162).

De 140 habitantes, se evaluaron 61 personas con edades entre 30 y 69 años, quienes presentaron una alta frecuencia de síndrome metabólico, entre 28%, 33% y 41% del total (según los criterios de ATP III, ALAD y IDF, respectivamente). El 31% de la población presentó un estado nutricional normal, el 36% tenía sobrepeso y 28% obesidad, sólo 5% tuvo bajo peso. La frecuencia de obesidad abdominal varió entre 44%, 54% y 75% (según ATP III, ALAD e IDF, respectivamente). En relación a los componentes del síndrome metabólico, se encontró una frecuencia de colesterol HDL-C bajo de 67% (85% femenino y 44% masculino), 30% con triglicéridos altos, 10% (15% femenino y 4% masculino) con hiperglicemia y 49% con hipertensión (41% femenino y 59% masculino) (162).

Los autores señalaban la necesidad de realizar nuevos estudios que determinen si existe una relación directa entre los hábitos alimenticios del warao con la alta prevalencia de síndrome metabólico, así como la importancia de dar seguimiento a los casos de hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad para realizar los tratamientos oportunos y mejorar la calidad de vida de estos pacientes (162).

El vertedero de basura en Cambalache fue el lugar donde se disponían los desechos de Ciudad Guayana desde 1985 hasta su clausura en el 2015 (163). En este espacio de aproximadamente 25 hectáreas hace vida una comunidad warao que se dedica a la recolección y venta de desechos. La comunidad warao de Cambalache está ubicada a un kilómetro del antiguo vertedero, a orillas del río Orinoco, y mantiene contacto con sus comunidades de origen en el delta. Muchos waraos visitaban Cambalache por temporadas para recolectar enseres y luego intercambiarlos en sus comunidades. La comunidad vive en condiciones de insalubridad, pobreza extrema, limitado acceso a tratamientos médicos y alimentos, parte de los cuales los obtenían entre los desechos del vertedero. En el año 2011 fallecieron ocho

niños, la mayoría menores de 2 años, por diarrea aguda, neumonía y meningitis, asociados a cuadros graves de desnutrición (164).

Tras el cierre y reubicación del vertedero la comunidad de Cambalache se mantiene en su ubicación original, pero las condiciones de vida no han mejorado ya que las autoridades locales no tomaron medidas para ofrecer alternativas económicas (163) y parte de sus habitantes continúan recuperando desechos en el nuevo vertedero. La escases de alimentos ha mantenido a esta población en condiciones de hambre y las muertes de niños asociadas a la desnutrición continúan ocurriendo (165) (166).

5.

La atención en salud en el estado Delta Amacuro corresponde a la Dirección Regional de Salud (DRS), la cual depende funcional y administrativamente del MPPS. La DRS es la autoridad única en materia de

Red de establecimientos de salud del estado Delta Amacuro

Municipio	Parroquia	Tipo de establecimiento									Total	
		CPT1	CPT2	CPT3	CDI	SRI	CAT	Optica	Cons. Odont	Hospital tipo I		Hospital tipo II
	Almirante Luis Brión	4	1									5
	Curipo	13	1		1	1		1	1			18
	Francisco Aniceto Lugo		1									1
	Manuel Renaud	17								1		18
	Padre Barral	10								1		11
Antonio Díaz	Santos de Abelas	4	1									5
	Total Antonio Díaz	48	4		1	1		1	1	2		58

salud del estado, responde directamente a los lineamientos emanados del MPPS y gestiona toda la red de establecimientos de salud, a través de la cual debe desarrollar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud.

Por otra parte, la instancia encargada del diseño y adecuación de las políticas de salud diferenciadas y especialmente adaptadas a las particularidades culturales de los pueblos indígenas, es la Dirección

	Imataca	4		1	1		1				7
	Cinco de Julio										0
	Juan Bautista Arismendi	1	4					1			6
	Manuel Piar		5								5
Casacoima	Rómulo Gallegos	9	1					1			11
	Total Casacoima	10	14		1	1		1	2		29
	Luis Beltrán Prieto Figueroa	1	1								2
Pedernales	Pedernales	3	2		1	1		1	1		9
	Total Pedernales	4	3		1	1		1	1		11
	José Vidal Marcano	4	4								8
	Juan Millán	9	2					1			12
	Leonardo Ruiz Pineda		4								4
	Mariscal Antonio José de Sucre	2	1	1	1						5
	Monseñor Argimiro García		3			1	1	2	2	1	10
	San José		1								1
	San Rafael	10	5	1					1		17
	Virgen del Valle	6	4						1		11
Tucupita	Total Tucupita	31	24	2	1	1	1	2	5	1	68
Total Delta Amacuro		93	45	2	4	4	1	5	9	2	166

Tabla 26: fuente, MPPS (consolidado propio).

General de Salud Indígena, Intercultural y Terapias Complementarias (en adelante DSI) del MPPS. A su vez, el Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas (MPPPI) como organismo rector de la política indigenista, también contempla en su ámbito de acción la atención de la salud y alimentación de los indígenas. En esta sección se revisará la situación del sistema de salud del estado Delta Amacuro, haciendo también un recuento de las políticas especialmente dirigidas a la atención de los warao por parte de la DSI y el MPPPI.

Red de establecimientos de salud para la atención de la población warao

La red de establecimientos de atención de salud del estado Delta Amacuro agrupa la llamada red ambulatoria tradicional que incluye los ambulatorios rurales tipo I y II (AR I y AR II), los ambulatorios urbanos tipo I (AU I) y los hospitales (tipo I y II). Además, también incluye los servicios implementados a través de la Misión Barrio Adentro con apoyo de la misión médica cubana, que incluyen los Consultorios Médicos Populares (CMP), los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), los Servicios de Rehabilitación Integral (SRI), el Centro de Alta Tecnología (CAT), las ópticas y los consultorios odontológicos.

Desde el año 2015, según la nueva clasificación de los establecimientos del primer nivel de atención del SPNS (167), los AR I pasaron a denominarse Consultorios Populares tipo 1 (CPT1); los AR II y los CMP pasaron a ser Consultorios Populares tipo 2 (CPT2); y los AU I, pasaron a Consultorio Popular tipo 3 (CPT3) (168).

Para el presente estudio fue posible acceder a diferentes fuentes de datos en el MPPS sobre la red de establecimientos de salud en Delta Amacuro. Sin embargo, hay que resaltar la divergencia entre las fuentes en cuanto a la cantidad y tipos de establecimientos registrados. De acuerdo con la DRS existen en total 136 establecimientos entre la red tradicional y la red de Barrio Adentro, distribuidos en 51 CPT1, 75 CPT2 y 10 CPT3 (169). Por su parte, la base de datos del Viceministerio de Redes de Atención Ambulatoria en Salud del MPPS registra 41 consultorios populares (sin distinguir entre tipos 1, 2 o 3), 4 CDI, 4 SRI, 5 ópticas, 1 Centro de Alta Tecnología y 9 consultorios odontológicos, los cuales suman 64 establecimientos. En la tabla 26 aparece consolidada dicha información, no obstante es importante aclarar que aunque se trata de una sistematización propia a partir de fuentes oficiales, esta base de

datos no es oficial y probablemente registre un número mayor de establecimientos que los realmente existentes.

Consultorios Populares tipo 1

El estado Delta Amacuro cuenta con un total de 166 establecimientos de salud³¹, de los cuales 93 (56%) son CPT1 (antiguos AR I). Estos puestos de salud son atendidos por los ahora llamados Promotores de Salud -de acuerdo con la nueva clasificación del año 2015- los cuales eran conocidos desde la década de 1960 como Auxiliares de Medicina Simplificada (AMS), y quienes a partir del año 2006 pasaron a denominarse Agentes Comunitarios de Atención Primaria en Salud (ACAPS). Este personal era parte de un viejo programa del MPPS que tenía por objetivo proveer atención primaria de salud en comunidades rurales sin acceso a la atención médica mediante personas seleccionadas por las propias comunidades, las cuales eran entrenadas, supervisadas y abastecidas por los sistemas regionales de salud, y realizaban acciones de promoción, inmunización y otras actividades de prevención y atención de enfermedades.

En la gran mayoría de los casos, los CPT1 no cuentan con una sede o establecimiento propio para tal fin, sino que funcionan en la vivienda del promotor de salud. Además, sobre todo en los últimos años, se han agravado las condiciones de trabajo de este personal, quienes no reciben dotaciones regulares ni suficientes de medicinas e insumos para la atención de sus comunidades, y para hacerlo deben viajar hasta Tucupita. Tampoco cuentan con la supervisión necesaria, que debería ser realizada por el médico del CPT2 más cercano; ni mucho menos con medios de transporte ni combustible para el traslado de enfermos o la visita a las comunidades que deben atender.

En la práctica, la carencia de los recursos necesarios para que este personal pueda desarrollar su labor, significa que más de la mitad de los

31 Cálculos propios a partir de varias fuentes de datos del MPPS.

establecimientos de la red del estado y la inmensa mayoría de las comunidades warao no cuentan con acceso a las atenciones de salud más básicas. Adicionalmente, muchos de los promotores de salud se han visto obligados a migrar a Brasil en busca de ayuda por la situación de crisis alimentaria y emergencia humanitaria, quedando los CPT₁ sin personal.

Consultorios Populares tipo 2

De acuerdo con la norma oficial vigente los CPT₂ “tienen un área de responsabilidad poblacional [entre] 1.000 y 2.500 personas o entre 200 y 500 familias, preferiblemente 1250 personas o 250 familias, dentro de los territorios sociales bajo su responsabilidad”. Dichos establecimientos ofrecen “servicios de promoción para la salud, inmunización y otras actividades de prevención de enfermedades, atención médica general integral y comunitaria al individuo(a), familia y comunidad, cuidados básicos de enfermería y atención al medio escolar, laboral y ambiental”. Para cumplir con estos objetivos, los CPT₂ “cuentan con un Grupo Básico de Salud (GBS) conformado por un médico(a), una enfermera(o), un Promotor(a) de Salud debidamente certificados por el ente rector en salud” (168).

En el estado Delta Amacuro existen 45 CPT₂ (véase tabla 26), equivalentes al 27% del total de servicios de salud de la entidad. Considerando que la población estimada de Delta Amacuro ronda los 200.000 habitantes (véase pág. 21) y que un CPT₂ tiene un área de responsabilidad poblacional máxima de 2.500 personas, el estado debería contar al menos con 80 establecimientos de este tipo. Esto significa que existe un déficit del 44%, faltando al menos 35 CPT₂ en la entidad.

Si se analiza la situación por municipios se observa que las brechas de atención son mayores donde la población indígena es mayoritaria.

Por ejemplo, en Antonio Díaz habitan alrededor de 32.000 personas, 92% de las cuales son indígenas, pero sólo existen cuatro CPT2 y dos hospitales tipo I; esto significa que cada establecimiento debe atender un promedio de 5.333 habitantes, presentando un déficit del 54% y faltando al menos 7 CPT2 en el municipio. El Hospital “Hermana Isabel López” en San Francisco de Guayo debe atender a 8.569 habitantes de 117 comunidades de la parroquia Padre Barral; y el hospital “Dr. Luis Beltrán Gómez Zabaleta” de Nabasanuka, tiene bajo su cuidado a 6.343 habitantes de las 94 comunidades warao de la parroquia Manuel Renaud.

Por otra parte, aunque el municipio Tucupita reúne la mayoría de la población del estado con 123.000 habitantes, así como la mayor cantidad de servicios de salud, con 24 CPT2, dos CPT3 y el Complejo Docente Hospitalario “Dr. Luis Razetti”, único hospital tipo 2, hacen falta por lo menos 23 CPT2 adicionales para cumplir con los estándares del MPPS, lo cual equivale a un déficit del 47%.

El análisis de los déficits de servicios de salud nos revela profundas desigualdades en la distribución de los recursos que deja a los warao en una situación de extrema vulnerabilidad. Este es un tema importante que se vincula directamente con las capacidades de atención del Estado, el acceso de la población a los servicios sanitarios y, a fin de cuentas, con las posibilidades reales de garantizar el derecho a la salud y la vida. Sin embargo, las cifras presentadas no son más que cálculos cuantitativos a partir de normativas teóricas, sin considerar otras variables importantes, como las características geográficas de la entidad y la cultura de la población indígena, las cuales deberían ser consideradas para adecuar los programas de atención a las necesidades y expectativas de esta población. De acuerdo con Luis F. Gottopo “los programas de prevención, atención y tratamiento son prácticamente inexistentes o en extre-

mo escasos. La oferta de centros de atención médica es precaria y sus procedimientos no se ajustan a las formas de vida del pueblo warao, lo que evidencia que en el diseño mismo de los sistemas de salud operan mecanismos de exclusión y marginación de la cultura de los indígenas, tanto de zonas rurales como periurbanas (22).

Además del tema de los déficits de servicios de salud, otro asunto de vital importancia son las carencias estructurales en las condiciones de funcionamiento de los CPT2 existentes en la entidad, especialmente en las zonas con mayor presencia de comunidades warao.

Logística de transporte fluvial

La mayoría de las fuentes consultadas coinciden en señalar que el principal problema que limita las labores de atención en salud de las comunidades warao es la falta de medios y logística de transporte fluvial (12) (169) (170) (171). La geografía del delta del Orinoco se caracteriza por una inmensa red de ríos y caños, a lo largo de los cuales se distribuyen las comunidades warao. Por lo tanto, la vía de acceso a la gran mayoría de las comunidades indígenas es a través de la navegación de dichos cursos de agua. La gran paradoja es que la DRS y la red de establecimientos de salud padecen la falta crónica de embarcaciones, motores fuera de borda, combustible y lubricantes necesarios para desplazarse, y con frecuencia dependen del apoyo de otras instituciones -como la Guardia Nacional- para trasladar insumos, personal de salud o pacientes con emergencias médicas que deben ser remitidos al hospital de Tucupita.

En el Delta, la venta de gasolina está limitada mediante un sistema de cupos, cuyo despacho está bajo control militar en el Puerto de Volcán, cerca de Tucupita, para restringir el contrabando hacia Guyana y Trinidad. Este sistema genera un estado de permanente escasez de

combustible y un mercado negro con precios excesivamente elevados. Por otra parte, los costos de los lubricantes y de mantenimiento de motores fuera de borda, han convertido el transporte fluvial en un lujo inaccesible para la mayoría de la población. Estos factores generan graves consecuencias en materia de salud, limitando las capacidades de desplazamiento de la población para acceder a los servicios, y del propio sistema sanitario para visitar las comunidades y funcionar adecuadamente.

Personal médico

La escasez de médicos es otro problema crónico que afecta el funcionamiento de los CPT2. Por lo general, en los CPT2 ubicados en comunidades warao, el personal de enfermería y los promotores de salud son habitantes de la propia localidad. En cambio, el personal médico suele provenir de otras regiones del país. Hasta hace unos pocos años, los estudiantes del último año de medicina de la Escuela Vargas de la UCV iban al Delta para hacer sus pasantías rurales durante estadías de dos meses. Algunos de estos estudiantes volvían luego de graduarse para cumplir con su año de servicio rural, por lo general en los CPT2 de San Francisco de Guayo, Nabasanuka, Pedernales, Curiapo y otros. Lamentablemente, los altos costos del transporte y la creciente inseguridad para viajar en el interior del delta, llevó a las autoridades de la Facultad de Medicina de la UCV a suspender actividades en Delta Amacuro.

Como una solución para la carencia de personal médico en zonas rurales y barrios populares del país, el MPPS implementó el programa de formación de Médicos Integrales Comunitarios (MIC), los cuales se capacitan en los Consultorios Populares ubicados en sus comunidades de origen. No obstante, la experiencia en Delta Amacuro no ha dado los resultados esperados, ya que los MIC empiezan a cursar

el posgrado de Medicina General Integral en Tucupita inmediatamente después de graduarse y no pueden hacer su año rural en comunidades lejanas porque deben permanecer cerca de su lugar de estudio (169).

Otro programa para la formación de médicos provenientes de las comunidades indígenas es el Proyecto Cacique Nigale, implementado por la DSI en convenio con la Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. A pesar de lo positivo de esta iniciativa, hasta ahora sólo cuatro médicos formados bajo este esquema permanecen trabajando en comunidades warao.

Otro factor que limita la disponibilidad de médicos en los CPT2 del interior del estado, ha sido la necesidad de personal del hospital de Tucupita, el cual ha ido concentrando a la mayoría de los médicos disponibles en el estado. Muchos cargos de médicos rurales que estaban asignados a CPT2, han sido reasignados al hospital y dichos establecimientos se han quedado sin cargos disponibles para médicos rurales. En el mes de mayo, cuando se visitó la zona para el presente estudio, sólo habían cinco CPT2 en áreas rurales con presencia médica: Sacupana, La Horqueta, San José de Amacuro, Coporito y San Francisco de Guayo (169).

Finalmente, pero no menos importante, hay que señalar que el personal médico que trabaja en la atención de la población indígena no recibe ningún tipo de orientación ni formación sobre el idioma, la cultura y la medicina tradicional warao; conocimientos que les permitirían comunicarse mejor, comprender la visión que los propios pacientes tienen sobre sus problemas de salud y lograr mejores resultados de los tratamientos médicos. Estos conocimientos deberían ser fundamentales para que los médicos puedan adecuar sus actividades a las particularidades culturales de las comunidades que atienden.

Infraestructura y dotación

El presupuesto de la DRS de Delta Amacuro se invierte esencialmente en Tucupita, donde reside la mayoría de la población del estado. El hospital de Tucupita se lleva la mayor parte por ser el principal establecimiento de salud, con tres emergencias (pediatría, obstetricia y adultos) y 176 camas (169). Sin embargo, tanto el hospital de Tucupita como la DRS padecen de graves limitaciones logísticas y de infraestructura, como la carencia de transporte terrestre y fluvial, la falta de funcionamiento del cuarto frío para mantener la reserva de vacunas de todo el estado, etc. Asimismo, la dotación de medicamentos e insumos del propio hospital es insuficiente y carece de elementos esenciales. Los CPT2 en general presentan deficiencias de infraestructura, servicio eléctrico, agua, equipamiento, refrigeración, dotación de medicinas y material médico.

El caso de los hospitales de Guayo y Nabasanuka ilustra bien la situación de falta de dotación y mantenimiento de los establecimientos de salud que deberían atender a las comunidades warao. Fueron inaugurados en el año 2011 como “hospitales de alta tecnología” que contaban con “emergencias las 24 horas del día, hospitalización, farmacia, sala de parto, ambulancia fluvial, odontología, obstetricia, cocina, lavandería (...) residencia para los médicos residentes y su propia planta de luz y agua” (172). Actualmente estos hospitales no cuentan con las capacidades resolutorias de un hospital y presentan carencias en los elementos más básicos como el servicio eléctrico (que con frecuencia deja de funcionar por meses), agua potable, laboratorio, rayos X, refrigeración, ambulancias fluviales, material médico, vacunas, medicinas, entre otros (173). La dotación de medicinas e insumos que envía la DRS es mínima, y eran los médicos de la UCV -quienes solían hacer su año rural en estos hospitales- los que traían donaciones de medicinas.

Enrique Moraleda, líder de la comunidad de Nabasanuka, se refirió a las condiciones del hospital “Luis Beltrán Gómez Zabaleta” señalando que “no hay ambulancia, medicina, ni una planta eléctrica que garantice el funcionamiento del hospital (...) las personas que se enferman están condenadas a morir por el alto costo que implicaría su traslado al hospital Dr. Luis Razetti de Tucupita”, y concluyó afirmando que “enfermarse en la selva es una sentencia de muerte” (174).

Misión Barrio Adentro

Para el presente estudio no fue posible acceder a información sobre el estado de los establecimientos dependientes de la Misión Barrio Adentro (MBA) en Delta Amacuro. Hay que señalar que la red de servicios implementados por la MBA (CMP, CDI, SRI, CAT, etc) constituyó una ampliación de la oferta de servicios de atención y un aumento de la capacidad resolutiva instalada no sólo en Tucupita, sino también en las capitales de los municipios, sobre todo con la presencia de personal médico especializado. Sin embargo, los servicios de la MBA fueron situados en localidades donde ya existían establecimientos de la red ambulatoria tradicional y en muchos casos resultó en una duplicación de la oferta sin un aumento significativo de la cobertura geográfica y poblacional del sistema, manteniendo sin acceso a las comunidades históricamente excluidas. Por otra parte, la MBA implementó el mismo esquema diseñado para todo el país, sin ninguna adaptación a las particularidades geográficas y culturales de la región. A fin de cuentas, la MBA en Delta Amacuro reprodujo la misma lógica del sistema de salud previamente existente, resultando en la reproducción de los mecanismos de exclusión y marginación de las comunidades indígenas en su acceso a los servicios de salud.

De acuerdo con los reportes a nivel nacional, la MBA no ha escapado del colapso del sistema de salud, presentando deterioro de las infraestructuras, déficit de personal y de dotación de medicamentos e insumos médicos y una importante disminución de sus capacidades para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades (175). Prueba de esta situación en el estado Delta Amacuro son los pacientes fallecidos por complicaciones asociadas al sarampión durante este año, quienes no lograron acceder a la atención necesaria en los CDI, porque no tenían disponibles los medicamentos básico necesarios (véase pág. 58).

Articulación del sistema de salud

En teoría el sistema de atención de salud está estructurado como una pirámide. En la base están los CPT₁, los cuales dependen de un CPT₂ que agrupa una cantidad de comunidades en su área de atención. Los CPT₂ se agrupan por municipios, junto a otros establecimientos con mayor capacidad resolutive (CDI, etc.) y los municipios dependen jerárquicamente de la DRS en Tucupita.

La falta de medios de transporte fluvial y la escasa cobertura de la red de telefonía e internet en el interior del estado, hace que el sistema de salud no funcione articuladamente. El flujo de insumos, materiales, medicamentos, vacunas, personal y demás elementos necesarios para el funcionamiento de los servicios se encuentra prácticamente estancado. La falta de personal médico en las zonas rurales incide en el subregistro de la morbilidad y los hechos vitales (natalidad-mortalidad), y los promotores de salud de los CPT₁ quedan sin supervisión. La carencia de medios de comunicación dificulta el flujo de la información y genera deficiencias en la vigilancia epidemiológica. Los programas de atención por enfermedades (TBC, VIH, malaria, etc) se concentran en Tucupita y están desconectados de la red de establecimientos del interior del

estado, obligando a los pacientes a trasladarse hasta la capital para tener acceso a exámenes médicos, pruebas de laboratorio y medicamentos. Los casos de urgencias médicas con frecuencia tienen desenlaces fatales por la falta de transporte para traslados al hospital de Tucupita.

Desarrollo de las políticas de atención en salud de los indígenas

El diseño e implementación de la política pública orientada a materializar el derecho a la salud integral de los pueblos indígenas considerando sus prácticas, culturas y medicinas tradicionales -según lo establece la CRBV y demás leyes-, corresponde a la DSI adscrita al MPPS. Entre los objetivos que corresponden a esta dependencia, destacan los siguientes:

- » Elaborar estrategias para el abordaje y la caracterización de las condiciones de vida y salud de los pueblos y comunidades indígenas.
- » Incorporar el enfoque intercultural y la medicina tradicional al conjunto de servicios y programas del sistema de salud, garantizando la atención en salud de los pueblos y comunidades indígenas, con pertinencia cultural y lingüística.
- » Fortalecer, fomentar y difundir las manifestaciones culturales que garanticen la salud y el buen vivir de los pueblos y comunidades indígenas.
- » Diseñar programas de capacitación, formación e incorporación del recurso humano indígena en el sistema de salud, así como la sensibilización y formación del personal de salud en materia de interculturalidad.
- » Desarrollar mecanismos de participación de los pueblos y comunidades indígenas en la formulación, ejecución y evaluación de planes y proyectos en salud, con el debido respeto a su organización, autoridades legítimas, sistemas de comunicación e información y las lenguas de los integrantes involucrados.
- » Formular y difundir programas específicos para la atención en salud, tomando en cuenta el enfoque de interculturalidad, con el

objeto de reconocer, respetar y aceptar el pluralismo cultural y contribuir a la construcción de una sociedad en la que la igualdad de derechos sea el estandarte (176).

La política de salud intercultural que ha sido diseñada, no plantea la creación de un nuevo subsistema de salud para la atención de los pueblos indígenas y otros grupos étnicos. Más bien, la estrategia asumida consiste en incorporar el enfoque intercultural a los servicios y programas del SPNS, a fin de adecuar la atención a las particularidades culturales y lingüísticas de los grupos étnicos, con miras a superar la exclusión y la discriminación. En relación específica a la atención de las poblaciones indígenas, resalta que la DSI tiene una dependencia conjunta y directa de las políticas establecidas tanto por el MPPS, como por el órgano rector de la política indigenista, el MPPPI. En resumen, la DSI es la principal entidad oficial encargada de velar por la materialización del derecho a la salud integral de los pueblos indígenas, aunque esta competencia no le corresponde de manera exclusiva, sino en articulación con el resto de las dependencias del MPPS y el MPPPI.

Por otra parte, el MPPPI -órgano rector de la política pública dirigida a los pueblos y comunidades indígenas-, también implementa programas para la atención en salud, alimentación y demás condiciones de vida de dichas poblaciones. Dentro de la estructura organizativa del MPPPI, estas competencias corresponden a la Dirección General de Atención Integral al Indígena, adscrita al Viceministerio del Vivir Bien de los Pueblos Indígenas. Entre los objetivos de esta dependencia, destacan los siguientes:

- » Promover y garantizar el acceso oportuno y equitativo a las políticas sociales, la asistencia y desarrollo integral, con la finalidad de garantizar el goce de los derechos de los Pueblos y

Comunidades Indígenas, en articulación con los órganos, entes y demás organismos competentes.

- » Formular lineamientos y planes de atención integral para los Pueblos y Comunidades Indígenas.
- » Velar y garantizar que las políticas emanadas del Viceministro o Viceministra, en aras de satisfacer las necesidades a través de los diferentes planes, programas y proyectos del Ministerio sean cumplidas en articulación con los entes rectores (177).

El MPPPI también incluye en el nivel operacional de su estructura las Direcciones Generales de los Territorios Comunales Indígenas, que son unidades administrativas territorialmente desconcentradas. La ejecución de los lineamientos y programas del MPPPI entre la población warao corresponde a la Dirección General del Territorio Comunal Indígena del Delta, Caños y Manglares, que abarca los estados Delta Amacuro y Monagas (177). Además de ésta, la Misión Guaicaipuro -ente adscrito al MPPPI- también actúa como ejecutor de las políticas y proyectos hacia los pueblos indígenas (178).

Es obvio que las competencias y objetivos de estas instituciones coinciden, de ahí que esta comunidad de propósitos debería estar acompañada de una articulación interinstitucional permanente. Lo mismo debería ocurrir con la gobernación y las alcaldías del estado Delta Amacuro, así como con otras instituciones y misiones sociales. Empero hay que destacar la poca articulación que ha existido entre estos organismos en el diseño e implementación de los planes y programas de atención en salud y alimentación de la población indígena del Delta. Esta falta de enlace conlleva la duplicación y dispersión de esfuerzos e inversiones de recursos. Ahora bien, la multiplicidad de acciones del sector gubernamental dirigidas a la atención en salud y alimentación de la población warao, aunque a menudo desarticuladas entre sí, eviden-

cian una voluntad política para responder a estos problemas que debería traducirse en la mejoría de las condiciones de vida. Sin embargo, como se ha visto en las páginas anteriores, los indicadores de salud y alimentación muestran lo contrario, lo que prueba la poca eficacia que han tenido las políticas desarrolladas hasta ahora, a pesar de la inversión de esfuerzos y recursos económicos.

La falta de eficacia de las políticas orientadas a mejorar las condiciones de vida de los warao parecen estar asociadas a tres factores principales: 1) las dificultades de acceso a gran parte de su población, que habitan en zonas remotas y de difícil cobertura, y que requieren una compleja logística de transporte cuyo funcionamiento ha sido crónicamente defectuoso en el estado Delta Amacuro; 2) la falta de medios adecuados de comunicación entre las instituciones públicas y las comunidades, lo que viene acompañado por la exclusión de los propios warao en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones; 3) los vicios presentes en las instituciones, como el asistencialismo, el clientelismo político, la discriminación, la incomprensión y la corrupción administrativa, los cuales empañan la gestión pública.

A continuación se presenta una tentativa de descripción de algunos de los principales programas de salud implementados entre la población warao, tanto por la DSI como por el MPPPI.

Programas de salud de la DSI dirigidos a los warao

La actual DSI es resultado del desarrollo de una oficina creada originalmente en el año 2003 para abordar desde el MPPS el tema de la salud indígena. A lo largo de 15 años se han implementado una serie de planes para la atención en salud de los pueblos y comunidades indígenas, tanto a escala nacional como a nivel regional y local. A continuación se presenta un resumen de algunos programas orientados a la atención de los warao.

Servicios de Atención y Orientación al Indígena

Los Servicios de Atención y Orientación al Indígena (SAOI) ubicados en los hospitales de mayor referencia para pacientes indígenas, buscan brindar atención y orientación mediante el acompañamiento de los facilitadores interculturales bilingües que cumplen funciones de traductores y gestores de los diferentes servicios requeridos de la institución, con objeto de mejorar la calidad de la atención, evitar los maltratos y la discriminación a los pacientes indígenas, y reducir el tiempo de estadía. Sin embargo, los objetivos planteados son más amplios y buscan generar cambios en los servicios hospitalarios para que presten las atenciones adecuadas a las particularidades de los pueblos indígenas que acuden a ellos (5).

Los SAOI que atienden fundamentalmente población warao se encuentran ubicados en el Hospital “Dr. Luis Razetti” de Tucupita y en el Hospital “Dr. Tulio López Ramírez” en Barrancas del Orinoco. Cuando se inauguró en noviembre del 2006, el SAOI de Tucupita contaba con un equipo de 19 personas, incluyendo a 15 facilitadores warao (179); el SAOI de Barrancas del Orinoco inició actividades en diciembre del 2007 con un equipo de 7 empleados, de los cuales 4 eran facilitadores

interculturales warao (180). Actualmente el SAOI de Tucupita está reducido a su mínima expresión y sólo cuenta con dos facilitadores de la DSI y dos promotores de la Gobernación del estado, quienes deben enfrentar toda clase de limitaciones para prestar la atención que requieren los pacientes indígenas. La mayoría de los miembros del equipo se retiraron debido a la baja remuneración y la falta de insumos para la atención de los pacientes, para lo cual muchas veces aportan parte de su salario. El déficit de facilitadores interculturales indígenas, quienes cumplen un rol fundamental como traductores entre los pacientes y el personal de salud, trae como consecuencia que se continúen presentando problemas con algunos médicos, quienes dejan de atender a los pacientes warao con la excusa de que no entienden lo que dicen (181).

Además de las deficiencias en el servicio prestado por los SAOI, los pacientes se enfrentan a las graves limitaciones que padecen los hospitales, especialmente debido a la escasez de medicamentos e insumos. Esta situación se evidenció con el ingreso de los primeros casos waraos con complicaciones por el sarampión, a inicios de año, cuando varios pacientes fallecieron porque el hospital de Tucupita no contaba con antibióticos y otros insumos necesarios (véase pág. 57) (88).

Otros problemas que enfrentan los pacientes y sus familiares cuando acuden al hospital de Tucupita son los referentes a la alimentación y el alojamiento. El hospital de Tucupita está dando, desde hace meses, sólo una comida al día. Sin embargo, recientemente los cuatro alcaldes del estado acordaron aportar conjuntamente las cenas a los pacientes y sus acompañantes. No obstante, la alimentación sigue siendo insuficiente y los pacientes y acompañantes se quejan de pasar mucha hambre en el hospital. Por otra parte, los waraos que viajan hasta Tucupita para acudir al hospital, por lo general lo hacen acompañados de uno o más familiares, quienes se enfrentan con la carencia de espa-

cios adecuados para alojarse. Es común encontrar familias warao acampando en el malecón de Tucupita por tener algún familiar hospitalizado. La alcaldía del municipio Pedernales dispone de una casa de hospedaje en el sector Paloma, en las afueras de Tucupita, para el alojamiento -una vez egresados- de los pacientes y acompañantes provenientes de ese municipio. Los alcaldes de los otros tres municipios se comprometieron con apoyar la casa de hospedaje para poder recibir a los waraos provenientes de sus municipios, pero hasta ahora sólo la alcaldía de Pedernales se ocupa del establecimiento (181).

Plan Delta

El Plan Delta fue un plan interministerial dirigido a disminuir el índice de pobreza en el estado Delta Amacuro, especialmente entre la población indígena warao. El MPPS participó en el Plan a través de la DSI, la cual preparó seis proyectos cuya ejecución debía implementarse entre los años 2006 y 2010, con una inversión total de Bs. 4.070 millones.

Los proyectos eran los siguientes:

4. Atención y hospedaje del paciente indígena Warao con manejo médico ambulatorio y sus familiares: consistía en la construcción de una casa de hospedaje para albergar pacientes indígenas y sus familiares en Tucupita, cuando son referidos desde las comunidades al hospital. Inversión: Bs. 720.000.000.
5. Atención nutricional y alimentaria a la población indígena Warao: este proyecto implicaba la construcción de una unidad de recuperación nutricional intercultural en Tucupita, con la que se pretendía brindar educación nutricional, atención alimentaria y nutricional a la población warao con diagnóstico de malnutrición por déficit, respetando patrones de consumo tradicionales, en una

población estimada de 6.200 pacientes warao.

Inversión: Bs. 950.000.000.

6. Fortalecimiento de la medicina tradicional Warao del municipio Antonio Díaz: el proyecto buscaba propiciar la participación de los médicos tradicionales e incorporar la medicina tradicional y las prácticas terapéuticas del pueblo warao a los servicios de salud en el municipio Antonio Díaz del estado Delta Amacuro, con la instalación de 12 Centros de Medicina Tradicional Warao. Inversión: Bs. 400.000.000.
7. Implementación y fortalecimiento de la atención de salud integral comunitaria indígena en el Estado Delta Amacuro: tenía por objetivo la construcción e implementación de 12 Centros de Atención Integral Comunitaria Indígena para garantizar la atención y asistencia oportuna en salud a la población warao de comunidades de difícil acceso. Inversión: Bs. 500.000.000.
8. Formación de Agentes de Salud Integral Comunitarios Indígenas del estado Delta Amacuro: este proyecto buscaba garantizar la atención oportuna en las comunidades de difícil acceso con personal indígena capacitado como Agentes Comunitarios para la atención primaria de salud. Inversión: Bs. 500.000.000.
9. Recuperación de la infraestructura de los establecimientos de Salud del primer nivel del Estado Delta Amacuro: el proyecto buscaba garantizar el acceso de la población warao a los servicios de salud fortaleciendo la red ambulatoria existente en las comunidades. Inversión: Bs. 1.000.000.000 (182) (180).

De los seis proyectos que formaban parte del Plan Delta, la DSI fue responsable de la ejecución en su totalidad del proyecto de Formación de Agentes de Salud Integral Comunitarios Indígenas del estado Delta Amacuro (número 5 de la lista). Con este proyecto en el año 2008 se

formaron 54 waraos como Agentes de Salud Indígena y se incorporaron a la red de atención primaria de salud del estado Delta Amacuro, bajo la figura de defensores de salud de la MBA y como promotores de salud de la gobernación y la alcaldía del municipio Antonio Díaz (5).

En los otros cinco proyectos, la DSI tuvo una participación parcial. Uno de los más importantes fue el referente al fortalecimiento de la medicina tradicional warao. En el 2007 se realizaron dos “Encuentros de medicina tradicional warao” en los que se realizó la consulta previa e informada a las comunidades sobre el proyecto y se intercambiaron ideas sobre la manera de incorporar la medicina tradicional a la red de establecimientos de salud, contando con la participación de 41 wisiratus de diferentes sectores del municipio Antonio Díaz. También se consultó sobre la ubicación de los futuros Centros de Medicina Tradicional Warao y el diseño de las infraestructuras inspiradas en los janokos warao (5), se realizaron el diseño arquitectónico y los cálculos métricos y se visitaron las comunidades seleccionadas para el proyecto (180).

Respecto a los demás proyectos (números 1, 2, 4 y 6) la DSI también participó en acciones como la ubicación de terrenos, la selección de comunidades o la identificación de establecimientos, levantamientos planimétricos, elaboración de diseños y planos para la construcción de obras, etc (180). Sin embargo, todo lo relacionado con la construcción de infraestructuras era competencia exclusiva de la Fundación de Edificaciones y Equipamiento Hospitalario (FUNDEEH) del MPPS (5). En el año 2007 el MPPS transfirió al FUNDEEH los recursos correspondientes para la construcción de las infraestructuras (proyectos 1, 2, 3, 4 y 6), pero las obras no se ejecutaron.

El Plan Delta representó la oportunidad de desarrollar una serie de proyectos de envergadura que podrían haber generado mejoras en los servicios de atención con una incidencia positiva en las condiciones de

vida del pueblo warao. Sin embargo, a pesar de los avances reportados, las obras de infraestructura no se ejecutaron y ninguno de los proyectos logró alcanzar los objetivos trazados, con la única excepción de la Formación de Agentes de Salud Integral Comunitarios Indígenas. Esto generó una gran frustración entre los warao, sobre todo en aquellas comunidades donde se avanzó con procesos de consulta para el desarrollo de alguno de los proyectos. Por otra parte, no se puede obviar el hecho de que las construcciones ni siquiera se iniciaron aunque los recursos financieros fueron asignados y transferidos a la unidad ejecutora.

Programa de Apoyo a las Poblaciones Warao del Delta del Río Orinoco

El Programa de Apoyo a las Poblaciones Warao del Delta del Río Orinoco tuvo como propósito principal “construir las capacidades de autogestión necesarias para mejorar de manera sostenible el bienestar de las comunidades Warao en el municipio Antonio Díaz”, beneficiando 15.000 habitantes de 260 comunidades. El programa constaba de dos iniciativas principales: 1) fortalecer las capacidades de autogestión comunitaria a través de los consejos comunales; y 2) gestionar un fondo de inversión comunitaria. Se planteaba desarrollar un proceso sistemático de capacitación para el autogobierno y la gestión territorial, centrado en los consejos comunales indígenas; y la activación del fondo de inversión, en alianza con otros organismos del sector público, para financiar las iniciativas comunitarias a través de procesos de planificación, monitoreo y evaluación participativa (183). El programa se enfocaba principalmente “en los medios de vida de las familias y las comunidades, especialmente en lo relativo a la seguridad alimentaria y las condiciones básicas de la salud pública” (184).

El programa tenía una duración prevista de siete años (2010-2017) y respondía a un convenio de préstamo entre la RBV y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola - FIDA (una agencia de la ONU) firmado en diciembre del 2009. El organismo responsable de la ejecución era el MPPS, por medio de la DSI, bajo la supervisión directa del FIDA. El costo total del programa estaba previsto en 18 millones de dólares, de los cuales el FIDA aportaría \$ 13 millones, y el resto sería costeado con aportes del gobierno venezolano (\$ 4,6 millones) y los beneficiarios del programa (\$ 0,4 millones) (183) (184).

El lanzamiento oficial fue el 11 de noviembre del 2010 en la comunidad San Francisco de Guayo. Entre el 2011 e inicios del 2013 se desarrollaron actividades de acuerdo con el Plan Operativo Plurianual 2010 – 2017 principalmente en las áreas de formación y capacitación de líderes comunitarios; fortalecimiento de la identidad cultural a través de cantos, bailes y fiestas tradicionales; así como acompañamiento y apoyo a Consejos Comunales, organizaciones de segundo grado y organizaciones culturales. Sin embargo, no se cumplió con el desarrollo del estudio de línea base; ni la implementación de los sub-proyectos de salud integrada y medios de vida, infraestructura social y comunicaciones, y manejo comunitario de recursos naturales y desarrollo territorial, según lo establecía el Plan Operativo Plurianual. El total de recursos ejecutados en dicho lapso sumó Bs. 8,7 millones, equivalentes a 1,38 millones de dólares (185).

De acuerdo con la DSI, hubo una serie de problemas y dificultades técnicas, administrativas y logísticas que obstaculizaron la ejecución, evaluación y seguimiento del programa, por lo que se propuso que fuese abortado; transferido a otra institución; o replanteado, reprogramado y ejecutado conjuntamente entre el MPPS y otra institución (185). Finalmente se decidió el cierre del programa y el reembolso de los

recursos que no fueron ejecutados, perdiéndose una oportunidad irrepetible para reducir la pobreza y mejorar las condiciones de vida de las comunidades warao. No obstante, aunque la suma de recursos invertida durante la vigencia del programa no fue despreciable, las acciones emprendidas tampoco parecen haber tenido la incidencia esperada en virtud del logro de los objetivos planteados.

Programas de salud del MPPPI dirigidos a los warao

El MPPPI fue creado en el año 2007 con la misión institucional de ser “el órgano rector de políticas gubernamentales para el ámbito indígena” (186) y con el objetivo de “dar respuestas en el corto y mediano plazo a las necesidades más urgentes de estas comunidades” garantizando la implementación de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas del país (187). Para cumplir con sus finalidades, el MPPPI ha implementado diferentes proyectos que han ido cambiando a lo largo de los once años de existencia de la institución. Sin embargo, el común denominador de la política desarrollada a través del MPPPI ha sido la canalización hacia las comunidades indígenas de las políticas de asistencia social del gobierno nacional, particularmente las misiones sociales; así como la instauración del sistema de organización política, social y económica impulsado por el gobierno bajo la figura de los consejos comunales. En este sentido, vale destacar la escasez de esfuerzos por desarrollar políticas diferenciadas que consideren y respeten los propios sistemas de organización sociopolítica de cada pueblo indígena. A continuación se presenta el resumen de algunos de los proyectos y acciones relacionados con la atención en salud de los warao.

Proyecto de atención integral a la población indígena en condición de extrema vulnerabilidad

Es un proyecto de tipo asistencial dirigido a la población indígena nacional, pero especialmente orientado a las comunidades más vulnerables. Entre las múltiples acciones específicas que abarca el proyecto, se destacan las siguientes por estar vinculadas a la atención de los warao, entre otros pueblos indígenas del país:

Jornadas de atención integral a las comunidades indígenas

Consiste en la atención de las comunidades indígenas en situación de extrema vulnerabilidad a través de jornadas médicas, de alimentación y de entrega de insumos básicos. Las jornadas de atención médica se llevan a cabo en el marco de un convenio entre el MPPPI y la MBA; mientras que las acciones relativas a la seguridad alimentaria consisten en jornadas de entrega de módulos de suplementos nutricionales (bolsas de comida), así como el funcionamiento de las “casas de alimentación”, a través de un convenio entre Fundaproal y la Misión Guaicaipuro (188).

Janoko flotante de atención médica integral

Como parte de este proyecto vale hacer una mención especial sobre el Janoko flotante de atención médica integral. Se trata de una embarcación de 300 toneladas adquirida por el MPPPI, equipada y puesta en funcionamiento con el objetivo de brindar atención de salud a las comunidades warao de los estados Delta Amacuro y Monagas ubicadas en zonas de acceso fluvial, así como “apoyar el proceso de organización y capacitación de los consejos comunales waraos” (186) (189). El proyecto es dirigido por la Misión Guaicaipuro junto a la misión médica cubana (190). La embarcación está acondicionada como un pequeño hospital que incluye consultorios de medicina general, odontología, ginecología, laboratorio, farmacia y seis camarotes para albergar al personal de la MBA. Además cuenta con dos espacios con capacidad para 25 personas cada uno, destinados a actividades formativas y de promoción de salud (189).

De acuerdo con la información disponible en las Memoria y Cuenta del MPPPI, se presenta un recuento de las actividades desarrolladas a través del janoko flotante (véase tabla 27). De la revisión de las actividades desarrolladas anualmente se puede observar cómo durante los primeros años de actividad, entre el 2009 y el 2011, el janoko flotante

facilitó el acceso a la atención de salud a un número importante de comunidades warao (80 o más). Sin embargo a partir del año 2012 se observa una disminución considerable de las coberturas alcanzadas, llegando al punto que en el 2015 sólo se atendieron dos comunidades, dedicando apenas cinco días en todo el año; mientras que en el 2016 las jornadas médicas abarcaron tan sólo diez días. Según información suministrada por personal del MPPS, la embarcación no ha vuelto a movilizarse desde el 2016 (170).

El janoko flotante representa una de las estrategias más adecuadas para la atención en salud de las comunidades warao de acceso fluvial, ya que garantiza el acceso a los servicios directamente en las comunidades, en lugar de obligar a los enfermos y sus familiares a desplazarse en busca de ayuda. Además, facilita la atención integral de salud, incluyendo la prevención y promoción, y no sólo la curación de los enfermos. Lamentablemente, este recurso está siendo subutilizado y corre peligro de perderse.

Actividades de atención médica a comunidades warao realizadas a través del Janoko flotante.

Año	Actividades desarrolladas
2007	Adquisición de una casa flotante, la cual será transformada en Centro de Atención Integral Fluvial (186).
2008	Construcción e inauguración del Janoko flotante de atención médica integral para el pueblo warao, en conjunto entre la MBA, el MPPPI y la Misión Guacaipura. El MPPS apoyó con la dotación de equipos médicos (189).
2009	Se atendieron 82 comunidades indígenas del estado Delta Amacuro a través de jornadas médicas realizadas por el Janoko flotante, en las que se realizaron un total de 12.951 consultas médicas, beneficiando a 1.288 niños, 1.580 niñas, 4.681 hombres y 5.402 mujeres. Se implementaron 50 talleres sobre prevención de enfermedades (191).
2010	Se atendieron 89 comunidades indígenas warao beneficiando a 36.002 personas con atenciones de medicina general, ginecología, odontología, oftalmología, laboratorio clínico y epidemiología, beneficiando a 6.471 niños, 7.873 niñas, 9.526 hombres y 11.899 mujeres. Se realizaron 400 charlas de prevención de salud y 306 traslados de pacientes en ambulancia a los centros de salud y hospitales (190).
2011	Fortalecimiento de la atención integral en salud en 80 comunidades warao, conformadas por 6.270 familias y un total de 31.350 personas, mediante la dotación de 20.980 unidades de diferentes medicamentos en las jornadas llevadas a cabo mediante el Janoko flotante de atención integral (192).
2012	Se atendieron alrededor de 1.000 personas a través del Janoko flotante en las comunidades Playita de Volcán, Los Pinos, Yamusal de Macareo, Toledo, Macareo de Tucupita y comunidades del sector Arature y kuyubine (San José de Amacuro) del municipio Antonio Díaz, brindándoles atención en medicina integral, ginecología, charlas sobre prevención de enfermedades y entrega de medicamentos (193).
2013	Se atendieron 4.135 personas a través del Janoko flotante en los sectores Boca de Araguao, Merijina, Arature, Coparito, Punta Pescador, con un total de 46 comunidades. Se hicieron donaciones de medicamentos, kits de higiene personal, kits de higiene bucal, kits de telas, franelas, chinchorros, lentes, kits deportivos, sábanas, planta eléctrica a gasoil, ambulancia fluvial, motores fuera de borda y suplementos alimenticios (194).
2014	No aporta información (188).
2015	Se atendieron un total de 853 pacientes en jornadas de atención médica integral del Janoko flotante en las comunidades Cangrejito y Manoa, del municipio Antonio Díaz, del 24 al 29 de noviembre. Se realizó la entrega de donaciones de ropa para niños, ollas, kits de costura, módulos de alimentación y hamacas. Se entregaron 967 juguetes a niños y niñas waraos en 23 sectores del bajo Delta (195).
2016	El Janoko flotante realizó un recorrido del 25 de julio al 3 de agosto en las comunidades de San José de Amacuro, Arature, Merejina y Boca de Araguao atendiendo un total de 6.046 personas (187).

Tabla 27. Fuente: MPPPI

Esta acción específica se refiere a la administración de todo tipo de ayudas directas para solventar necesidades puntuales, así como brindar diferentes asesorías, a través de la Oficina de Atención al Ciudadano del

MPPPPI en Caracas y las capitales de estados: atención de casos de salud; estudios médicos de alto costo; suministro de equipos, insumos y ayudas médicas; hospedajes en casos de salud; ayudas de alimentación; pasajes y viáticos; servicios funerarios; entrega de kits agrícolas, artesanales y de pesca; suministro de materiales y reparación de infraestructuras; abordajes a familias warao en situación de calle en varias ciudades del país; donaciones de sillas de ruedas, muletas, artículos de aseo personal, hamacas, mosquiteros, máquinas de coser, telas, electrodomésticos, cocinas, enseres de cocina, etc; así como asesorías jurídicas a consejos comunales y asesorías para los procesos de demarcación del hábitat y tierras indígenas, entre otras (188) (195).

Dotación y mantenimiento para el funcionamiento de las unidades de asistencia médica básicas

Consiste en la dotación de medicinas e insumos médicos, mantenimiento de infraestructuras, equipamiento con lanchas y motores fuera de borda, entre otros, de los establecimientos de salud en comunidades indígenas.

Centro de sanación chamánico El Moriche

Se trata de una infraestructura construida por el MPPPPI entre los años 2007 y 2008 en la localidad de El Moriche del municipio Tucupita, “destinado a las actividades armónicas ancestrales, culturales y artesanales de los pueblos y comunidades indígenas en su hábitat” (188). Las Memoria y Cuenta del MPPPPI no aportan detalles sobre el objetivo ni tampoco sobre la gestión de los Centros de sanación chamánicos, que permitan hacer un balance de los resultados obtenidos. No obstante, para el año 2014 se menciona que El Moriche funcionaba como base de misiones (188), lo que parece señalar un cambio en la función del

establecimiento, pasando a ser un local donde las misiones sociales del gobierno tienen su asiento.

La información presentada sobre las condiciones de vida, la situación de salud y alimentación de los warao, así como los datos relativos al sistema de atención en salud del estado Delta Amacuro, permiten concluir que existen graves violaciones de los derechos humanos del pueblo indígena warao y específicamente del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y de los derechos a la vida, a la alimentación, al agua potable y al saneamiento, a un medio ambiente sano, a la vivienda, a la educación, al trabajo, a la dignidad humana, a la no discriminación, a la igualdad, al acceso a la información y otros derechos vinculados. A continuación se enumeran los principales hallazgos del presente estudio y su relación con la situación de los derechos humanos del pueblo indígena warao.

1. Las condiciones de vida del pueblo warao se caracterizan por el mayor promedio de personas por hogar a nivel nacional, una elevada proporción de hogares presentando hacinamiento y déficit de servicios de saneamiento básico, falta de acceso al agua potable y carencia de sistemas de aguas servidas y manejo de desechos, las mayores tasas de población analfabeta y de hogares con niños que no asisten a la escuela, los más altos niveles de pobreza y pobreza extrema del país (véase pág. 31 y sgtes). Estos indicadores evidencian la falta de condiciones para el disfrute del derecho a un nivel de vida adecuado, a acceder y disfrutar de condiciones de vida saludables, a un medio ambiente sano, al agua potable y al saneamiento, a vivienda digna, a educación gratuita y adecuada, entre otros. El Estado venezolano no ha implementado las acciones necesarias, suficientes y adecuadas para corregir o mitigar estos problemas.

2. Las principales causas de morbilidad y mortalidad entre los warao son prevenibles y remediables, y las muertes altamente evitables, pero ocurren como consecuencias de las condiciones de vida existentes en las comunidades, la ausencia de servicios de saneamiento básico, falta de acceso al agua potable, carencia de alimentos y falta de acceso a servicios de salud y atención médica adecuados. El estado venezolano no ha implementado medidas suficientes y adecuadas para garantizar la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento oportunos de enfermedades, garantizando el acceso a establecimientos, servicios y programas de salud adecuados; creando así las condiciones que aseguren asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.
3. Delta Amacuro está entre los estados con mayores tasas de mortalidad materna del país, con una alta proporción de mujeres indígenas, y la tasa de mortalidad infantil duplica el promedio nacional (véase pág. 50 y sgtes). El índice de supervivencia infantil en población warao es en promedio muy bajo y la mayoría de las muertes ocurren por enfermedades infecciosas. Estas muertes son en una alta proporción evitables y ocurren como consecuencia de las desigualdades sociales, de género y económicas, así como las barreras culturales, que excluyen a los warao del sistema de salud. El Estado venezolano no ha implementado las políticas necesarias para la reducción de la mortalidad materna, de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños warao.
4. Las cifras oficiales sobre el brote epidémico de sarampión dejan en evidencia que el estado más vulnerable a nivel nacional es Delta Amacuro, y en particular la población warao; ya que fue la entidad donde se registró la mayor tasa de incidencia, donde

ocurrieron el mayor número de muertes equivalentes al 49% del total nacional, y donde todos los fallecidos fueron waraos (véase pág. 53 y sgtes). Aunque los casos sospechosos y confirmados en Delta Amacuro se notificaron desde agosto de 2017; seguidos de numerosas alertas, denuncias y llamados de ayuda por parte de las víctimas; y a pesar de la planificación para la contención del brote, las actividades de control en el estado Delta Amacuro no fueron ejecutadas oportunamente, ni eficientemente; resultando que a mediados de enero de 2018 ocurrieron las primeras defunciones en la entidad y continuaron durante los meses siguientes.

En este caso específico se constata que el Estado venezolano no actuó con diligencia en la implementación de las medidas necesarias y suficientes para garantizar el derecho a la vida y la salud de la población, verificándose la falta de disponibilidad de los servicios de salud, la discriminación de un sector vulnerable y marginado de la población como son los indígenas warao, la falta de accesibilidad física a los establecimientos y servicios de salud, y la falta de acceso a la información.

Asimismo se constató el subregistro de enfermos y fallecidos (véase pág. 55), así como casos de muertes no certificadas con acta de defunción, y de niños y niñas fallecidos que no tenían partida de nacimiento ni documentos de identidad, por lo que estos casos no fueron registrados por el sistema de vigilancia epidemiológica, ni entraron en las estadísticas. Todo ello contribuyó a invisibilizar la situación que ocurría en comunidades warao remotas y de difícil acceso geográfico. Estos hechos constituyen violaciones al derecho a la identidad y al acceso a la información.

5. Delta Amacuro presenta las mayores tasas de morbimortalidad por TB a nivel nacional (véase pág. 61), pero la mayoría de los casos notificados en la entidad corresponden a indígenas warao (82%). La población warao de Delta Amacuro presenta las tasas de TB más altas registradas en el país, con una prevalencia alarmantemente elevada en menores de 15 años. La incidencia en población warao es 13 veces superior que en población no indígena y 19 veces superior a la tasa nacional. Esta desigualdad en los indicadores es una evidencia de las tremendas inequidades en salud existentes entre la población indígena y no indígena en el estado Delta Amacuro.

En el caso específico de la TB se confirma la falta de garantías para el ejercicio del derecho a la protección de la salud de los warao, debido a las carencias en la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, la discriminación de este sector vulnerable y marginado de la población, las limitaciones de transporte que faciliten el acceso a los establecimientos de salud y las comunidades afectadas, la inexistencia de campañas de promoción y prevención de la TB adaptadas a la cultura y en idioma warao, la falta de adaptación del programa a la cultura y la medicina tradicional warao, y la falta de participación de los actores locales warao en las labores de monitoreo de sus comunidades. La demostrada vulnerabilidad de esta población que presenta la mayor prevalencia de TB del país, obliga la adopción de las medidas necesarias, suficientes y adaptadas culturalmente para garantizar el derecho a la protección de la salud y a la vida de los indígenas warao.

6. La epidemia de VIH entre los warao tuvo una evolución explosiva, duplicando el número de infectados cada 10 meses y en aproximadamente una década el 9,55% de la población había sido infectada. Estas cifras representan una prevalencia dramática-

mente elevada, aproximadamente 10 veces mayor a la mundial, lo cual puede ser devastador para este pueblo indígena. La epidemia de VIH-1 entre los warao se caracteriza por una prevalencia extremadamente alta de cepas X₄, intervalos muy cortos de transmisión, una alta prevalencia de tuberculosis y acceso limitado a TARV y la atención sanitaria general. Estos factores combinados aceleran la evolución a SIDA y reducen la esperanza de vida de los warao seropositivos sin TARV en aproximadamente dos años.

En el caso de la epidemia de VIH se observa un conjunto especialmente grave de omisiones por parte del Estado en la adopción de medidas para garantizar el derecho a la protección de la salud y la vida de los warao. Las evidencias científicas disponibles plantean una situación dramática de consecuencias devastadoras y la necesidad de una intervención urgente para controlar la dispersión de la enfermedad en esta población aislada y vulnerable. En cambio se constata la falta de medidas preventivas de nuevos contagios, así como la carencia en la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, la discriminación en el acceso a la atención médica, las pruebas diagnósticas y los medicamentos, las limitaciones de transporte que faciliten el acceso a los establecimientos de salud y las comunidades afectadas, la inexistencia de campañas de promoción y prevención del VIH adaptadas a la cultura y en idioma warao, la falta de adaptación del programa a la cultura y la medicina tradicional warao, y la falta de acceso a la información.

7. La deficiencia de nutrición ha sido una causa de mortalidad importante en el estado Delta Amacuro. En pacientes warao que acudieron al hospital de Tucupita la desnutrición aparece como primera causa de mortalidad a razón de una muerte por mes, principalmente en menores de 1 año. La mayoría de las muertes por desnutrición del estado Delta Amacuro corresponden a pacientes indígenas.

Los altos índices de malnutrición y de muertes por desnutrición, así como la situación de inseguridad alimentaria y hambre que han forzado a numerosas familias warao a migrar a Brasil en condiciones precarias, constituyen vulneraciones del derecho a la alimentación de los warao que a su vez resultan en violaciones al derecho a la salud y a la vida. La ausencia de respuestas adecuadas del Estado para mitigar el hambre y atender los

problemas de salud asociados a la desnutrición, evidencian la falta de garantías para el derecho a la alimentación, amén de que las condiciones extremas de inseguridad alimentaria y hambre que colocan a Venezuela en emergencia humanitaria han sido generadas principalmente por el propio Estado venezolano.

8. A partir de la información recabada sobre la red de establecimientos de salud del estado Delta Amacuro se puede constatar la existencia de importantes déficits en la disponibilidad de servicios para la atención de las comunidades warao; la existencia de problemas estructurales en las condiciones de funcionamiento de los establecimientos existentes que limitan al mínimo la implementación de programas de prevención, promoción y atención en salud; así como la falta de adaptación a la cultura, el idioma y la medicina tradicional del pueblo warao. Estos elementos operan como mecanismos de exclusión que mantienen a los waraos marginados del sistema de salud, con dramáticas consecuencias sobre sus condiciones de vida.

Los esfuerzos de la DSI por ampliar la red con servicios adecuados a las necesidades de atención y las particularidades culturales de los warao han obtenido resultados muy limitados, principalmente debido a problemas en la gestión de los recursos, perdiéndose importantes oportunidades para mejorar la calidad de vida de estas comunidades. Por otra parte, las acciones desarrolladas por el MPPPI han sido acertadas en algunos aspectos, pero se han orientado principalmente a la solución de problemas puntuales, individuales y coyunturales, bajo un enfoque asistencialista, sin enmarcarse en un plan que oriente las inversiones de esfuerzos y recursos.

En general se observa que el sistema no está en capacidad de dar respuestas adecuadas a los problemas de salud de los warao, aunque el

Estado ha contado con recursos para ello. El principal obstáculo parece ser la dispersión y duplicación de esfuerzos, la falta de coordinación en torno a un plan que articule a las instituciones y los recursos para obtener resultados orientados a resolver problemas estructurales y mejorar la calidad de vida y la salud del pueblo warao.

Se constata así que el Estado venezolano ha incurrido en graves omisiones en su obligación de garantizar el derecho a la protección de la salud y la vida de los warao, así como el derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas; al no garantizar la disponibilidad, ni la accesibilidad física y sin discriminación, ni la aceptabilidad y calidad de los establecimientos, servicios y programas de salud necesarios.

AGRADECIMIENTOS

La preparación de este informe fue posible gracias al apoyo y la información aportada por numerosas personas e instituciones a quienes manifestamos nuestra gratitud:

Equipo del Programa Venezolana de Educación-Acción en Derechos Humanos – PROVEA; Pedro Rivas, Bernarda Escalante y el Instituto Caribe de Antropología y Sociología de la Fundación La Salle; Alejandro Luy, Soliria Menegatti, Simón, Bárbara, Aracelis y Zenaida de Fundación Tierra Viva; Josiah Khokal, Inocent Bakwangama, Zacarías Kariuki y Vilson Jochem de la Misión de la Consolata; Jacobus de Waard del Laboratorio de Tuberculosis del Instituto de Biomedicina UCV; Berenice del Nogal de la Escuela Vargas de Medicina UCV – Hospital de Niños J. M. de los Ríos; Werner Wilbert y Cecilia Ayala Lafée-Wilbert del Centro de Antropología IVIC; Flor Pujol y Héctor Rangel del Laboratorio de Virología Molecular IVIC; Minerva Vitti del Centro Gumilla; Esperanza Arintero y Basilio López de Fundación La Salle – Tucupita; José Naveda, Eudo Torres y Francisco Pérez de Radio Fe y Alegría – Tucupita; Julio Lavandero del Vicariato Apostólico de Tucupita; Dirección General de Salud Indígena, Intercultural y Terapias Complementarias, Viceministerio de Redes de Atención Ambulatoria en Salud, Programa de VIH/ITS y Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis del MPPS; Instituto Nacional de Estadística; Instituto Nacional de Nutrición; Dirección Regional de Salud del Estado Delta Amacuro; SAOI del Complejo Docente Hospitalario “Dr. Luis Razetti” de Tucupita; Basilio Arintero, Herminia Ratti y José Luis Jiménez de la comunidad Yakerawitu; Cecilia López de la comunidad Santo Domingo de Wakajarita; Nélica y Nilca de la comunidad Sagaray; Oleria, Cupe, Julianita, Merita, Maribel, María y Merina de la comunidad Guacajara de Mánamo; comunidad San José de Guacajara; Edelia Cooper y Misleni Cooper de la comunidad Wakajarita 1; Gisela Rodríguez, María Luisa Medina y

Roberto de la comunidad La Culebrita; Ofelina Pérez de la comunidad La Ceibita; Reina de la comunidad Ensenada de Guacajara; Julián Villalba, Luis Felipe Gottopo, Clara Mantini-Briggs, Charles Briggs, María Alejandra Rosales, Enrique Tapias, Jo D'Elía, Mariapia Bevilacqua, Deivis López, Alicia Moncada y otros colaboradores que se mantienen anónimos.

1. **Provea.** *La salud es un derecho humano. 2da. edición. s/l.:* Provea, s/f.
2. **Naciones Unidas - Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.** *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.* Ginebra: Naciones Unidas, 11 de agosto de 2000.
3. **OMS.** *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Nueva York: OMS, 2006.
4. **D'Elía, Y.** Situación del derecho a la salud en Venezuela 1998-2008. Balance: 10 años de políticas públicas en salud. **Situación de los Derechos Humanos en Venezuela. Informe anual Octubre 2007/Septiembre 2008.** Caracas: Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos, 2008.
5. **Tillett, A.** La implementación del derecho a la salud integral de los pueblos indígenas y el reconocimiento de la medicina tradicional. [ed.] LJ Bello. *El Estado ante la sociedad multiétnica y pluricultural: Políticas públicas y derechos de los pueblos indígenas en Venezuela (1999-2010).* Caracas-Copenhague: Grupo de Trabajo Socioambiental de la Amazonía (Wataniba) - Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA), 2011, págs. 132-161.
6. **OPS/OMS.** *Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas.* [En línea] 2009. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=780%3A2009-programa-salud-pueblos-indigenas-americas&catid=2553%3Aexpired-content&Itemid=820&lang=es.
7. —. *Resolución CD37.R5. Salud de los pueblos indígenas.* [En línea] 1993. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1582/CD37.R5sp.pdf>.
6. —. *Resolución CD40.R6. Salud de los pueblos indígenas.* [En línea] 1997. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/ResVICD40R6Span.pdf>.
8. —. *Resolución CD47.R18. La salud de los pueblos indígenas de las Américas.* [En línea] 2006. <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD47r18-s.pdf>.

9. —. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Hacia el consenso en la Región de las Américas*. [En línea] 2014. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/UHC-consultas-CD53-Spanish-2014.pdf>.
10. —. *Reunión Regional de etnicidad y salud en las Américas. 7 – 8 de diciembre de 2015 (Nota conceptual y agenda)*. [En línea] 2015.
11. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/afrodescendientes_Agenda_Reunion_Etnicidad_y_Salud_Dec-2015.pdf.
12. **Wilbert, W. y Ayala Lafée-Wilbert, C.** *Los warao*. [ed.] Freire, G y Tillett, A. *Salud indígena en Venezuela*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2007, Vol. 2, págs. 331-397.
13. **Ayala Lafée-Wilbert, C. y Wilbert, W.** *Gente de la curiara: Los Warao un pueblo indígena de caños y humedales*. Caracas: Fundación La Salle de Ciencias Naturales, Instituto Caribe de Antropología y Sociología, 2012. Vol. 2, Serie Nuestra Diversidad Cultural.
14. **Wikimedia Commons contributors.** File: Warao language.png. *Wikimedia Commons, the free media repository*. [En línea] 2010. https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=File:Warao_language.png&oldid=46833464.
15. **Rondón León, CE.** Estado Delta Amacuro. [aut. libro] *Fundación Empresas Polar. Geo Venezuela*. Caracas: Fundación Empresas Polar, 2009, Vol. 3, 45, págs. 126-197.
16. **Freire, G. y Tillett, A.** *Salud Indígena en Venezuela. Mapa General*. Caracas: Dirección de Salud Indígena, Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2007.
17. Heinen, HD. Los warao. [ed.] MA. Perera. **Los aborígenes de Venezuela. 2da edición actualizada**. Caracas: Fundación La Salle de Ciencias Naturales, Instituto Caribe de Antropología y Sociología, Total Venezuela S.A., 2011, Vol. 3, págs. 967-1113. Monografía N° 35.

18. **Instituto Nacional de Estadística.** *Venezuela - Estados Bolívar, Delta Amacuro, Monagas, Sucre. Censo 2011. Lista de centros poblados con población declarada warao.* Caracas: s.n., Agosto de 2018. inédito. Base de datos (Excel).

19. **Heinen, HD. y Gassón, R. [ed.].** *Forasteros en su propia tierra: Testimonios de los Amerindios Warao.* Caracas: Ediciones IVIC, 2008.

20. **Wilbert, W.** *Fitoterapia Warao.* Caracas: Fundación La Salle de Ciencias Naturales, Instituto Caribe de Antropología y Sociología, 1996. pág. 655. Monografía N° 41.

21. **Wilbert, W. y Ayala Lafée-Wilbert, C.** *Fitoterapia warao: fundamentos teóricos.* [ed.] G. Freire. *Perspectivas en salud indígena: Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas.* Quito: Ediciones Abya-Yala, 2011, págs. 307-324.

22. **Gottopo, LF; Gottberg, G. y Olivares, D.** *Las migraciones warao contemporáneas y su posible relación con la propagación del VIH.* Fundacredesa. Caracas: s.n., 2014. Inédito.

23. **Ayala Lafée-Wilbert, C. y Wilbert, W.** *La mujer Warao: De recolectora deltana a recolectora urbana.* Caracas: Instituto Caribe de Antropología y Sociología, Fundación La Salle de Ciencias Naturales, 2008. Monografía N° 51.

24. **Briggs, C. y Mantini-Briggs, C.** *Las historias en los tiempos del cólera.* Caracas: Editorial Nueva Sociedad, 2004.

25. **Notidario.** *En Barrancas del Orinoco Waraos de Wirinoko Arao exigen atención gubernamental.* Notidario: Delta Amacuro, Bolívar y Monagas. [En línea] 29 de mayo de 2018. https://notidariove.wordpress.com/2018/05/29/en-barrancas-del-orinoco-waraos-de-wirinoko-arao-exigen-atencion-gubernamental/?blogsub=confirming#blog_subscription-5.

26. **Frota Simões, G. da [ed.].** *Perfil Sociodemográfico e Laboral da imigração venezuelana no Brasil.* Curitiba: Editora CRV, 2017. pág. 112.

27. **Ramos, L; Botelho, E; y Tarragó, E.** *Parecer Técnico N° 208/2017. Sobre a situação dos indígenas da etnia Warao, da região do delta do Orinoco,*

nas cidades de Boa Vista e Pacaraima. *Ministerio Público Federal, Procuradoria Geral da República, Brasil*. Brasília: s.n., 2017. pág. 41.

28. **García, S.** *La comunidad indígena venezolana que migra a Brasil para sobrevivir*. AA. [En línea] 18 de mayo de 2018. <https://www.aa.com.tr/es/mundo/la-comunidad-ind%C3%ADgena-venezolana-que-migra-a-brasil-para-sobrevivir/1149573>.

29. **Trajano, E.** *No Brasil, Warao preservam grupo e buscam ficar perto da fronteira*. *O Globo Mundo*. 26 de Agosto de 2018.

30. **Barbosa, C.** *Migrante cidadão: a sobrevivência dos Warao em Belém e Santarém*. *Amazonia Real*. [En línea] 14 de marzo de 2018. <http://amazoniareal.com.br/migrante-cidadao-sobrevivencia-dos-warao-em-belem-e-santarem/>.

31. **República Bolivariana de Venezuela.** *Resultados población indígena. XIV Censo de Población y Vivienda 2011*. s.l.: Gerencia General de Estadísticas Demográficas, Instituto Nacional de Estadística.

32. —. *Censo Nacional de Población y Vivienda 2011. Empadronamiento de la Población Indígena*. Caracas: Ministerio del Poder Popular de Planificación. Instituto Nacional de Estadística (INE).

33. —. *XIV Censo Nacional de Población y Vivienda. Resultados por Entidad Federal y Municipio del Estado Delta Amacuro*. Caracas: Ministerio del Poder Popular de Planificación. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2014.

34. **Instituto Geográfico de Venezuela Simón Bolívar.** *Mapa Físico Estado Delta Amacuro. Primera edición s.l.*, Venezuela: Instituto Geográfico de Venezuela Simón Bolívar, 2012.

35. **Instituto Nacional de Estadística.** *Informe Geoambiental 2011. Estado Delta Amacuro*. Caracas: Gerencia de Estadísticas Ambientales, INE, 2011.

36. **Instituto Nacional de Estadística.** *Proyección de la población al 30 de junio, según entidad federal y municipios (año calendario)*. [En línea] 2013. http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/SituacionDinamica/Proyecciones/xls/Entidades/Resumen_Municipios.xls.

37. **República Bolivariana de Venezuela.** *Primeros Resultados de Población Indígena. Censo 2011.* Instituto Nacional de Estadística. Caracas: s.n., 2012.
38. **Instituto Nacional de Estadística.** *Censo 2011. Procesado con Redatam + SP. CEPAL/CELADE 2003-2013.* [En línea] 2011-2012. <http://www.redatam.ine.gob.ve/Censo2011/index.html>.
39. **Instituto Nacional de Estadística.** *Tasa global de fecundidad corregida, según entidad federal, 2006-2012.* INE - Demográficos - Indicadores demográficos. [En línea] http://www.ine.gob.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=159&Itemid=85.
40. **Instituto Nacional de Estadística.** *Porcentaje de hogares con niños de 7 a 12 años que no asisten a la escuela, según entidad federal y municipios, Censos 2001-2011.* INE - Demográficos - Censos de población y vivienda. [En línea] http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/xls/pobrezavariante/relativas/Porc_Assistencia_Escolar.xls, <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/html/CuadroProbresVarRelativas.html>.
41. **CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe.** *Medición de la pobreza por NBI en Venezuela.* [En línea] 2017. <https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/2017-05-lorian-perez-ve.pdf>.
42. **CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe.** *Viviendas en Situación de Hacinamiento.* [En línea] https://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/viviendas_en_situacion_de_hacinamiento.htm.
43. **Organización Mundial de la Salud.** *Salubridad y calidad del agua. Agua, saneamiento e higiene.* [En línea] 2018. http://www.who.int/water_sanitation_health/water-quality/es/.
44. **CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe.** *Viviendas con servicios sanitarios deficientes.* [En línea] https://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/helpsipi.htm#vivienda_y_saneamiento.htm.

45. **CELADE/CEPAL.** *Viviendas con Abastecimiento de agua inadecuado.* [En línea] https://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/viviendas_con_abastecimiento_de_agua_inadecuado.htm.

46. **Instituto Nacional de Estadística.** *Viviendas con servicio de agua, según entidad federal, municipios y parroquias, Censo 2011.* [En línea] 2011. http://www.ine.gob.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=95&Itemid=26.

47. **Instituto Nacional de Estadística.** *Viviendas con eliminación de excretas, según entidad federal, municipios y parroquias, Censo 2011.* [En línea] 2011. http://www.ine.gob.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=95&Itemid=26.

48. **Instituto Nacional de Estadística.** *Viviendas con servicio de basura, según entidad federal, municipios y parroquias, Censo 2011.* [En línea] 2011. http://www.ine.gob.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=95&Itemid=26.

49. **Correa, G.** *Aspectos metodológicos de la ENCOVI 2014.* [eds.] A. Freitez, M. González y G. Zuñiga. *Una mirada a la situación social de la población venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014 (ENCOVI 2014).* Caracas: UCAB; USB; UCV; Fundación Konrad Adenauer, 2015, págs. 13-21.

50. **España, LP. y Ponce, MG.** *ENCOVI Encuesta sobre condiciones de vida en Venezuela.* Caracas: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello, Universidad Simón Bolívar, Laboratorio de Ciencias Sociales LACSO., 2018.

51. **Denevan, WM.** *The Pristine Myth: The Landscape of the Americas in 1492.* *Annals of the Association of American Geographers*, Vol. 62, 3, 1992, págs. 369-385.

52. **Montenegro, R y Stephens, C.** *Indigenous health in Latin America and the Caribbean.* *The Lancet*, 367, 2006, págs. 1859-1869.

53. **Freire, G.** *Introducción.* [ed.] G. Freire y A. Tillett. *Salud Indígena en Venezuela.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Dirección del Salud Indígena, 2007, Vol. 1, págs. 11-17.

54. —. *Introducción. Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas.* Quito: Abya-Yala / GEA, 2011, págs. 13-40.

55. **Provea.** *Derecho a la alimentación. Situación de los Derechos Humanos en Venezuela. Informe anual enero/diciembre 2017.* Caracas: Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA), 2018.

56. —. *Derecho a la salud. Situación de los derechos humanos en Venezuela. Informe anual enero/diciembre 2017.* Caracas: Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos.

57. **MPPS.** *Anuario de morbilidad año 2013.* Caracas: MPPS, Dirección General de Epidemiología, Dirección de Vigilancia Epidemiológica.

58. **OPS.** *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2017.

59. **MPPS.** *Anuario de mortalidad 2013.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud, Dirección General de Epidemiología y la Dirección de Información y Estadísticas en Salud, 2015.

60. **Anónimo.** *Comunicación personal.* [entrev.] A. Tillett. Tucupita, 2 de junio de 2018.

61. **OPS/OMS.** *Reducción mortalidad materna en 11 países de la Región.* [En línea] 2014. https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=220:reduccion-mortalidad-materna-en-11-paises-de-la-region&Itemid=

62. **Ministerio del Poder Popular para la Salud.** *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana / Organización Mundial

de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, Fondo de Población de Naciones Unidas – UNFPA, 2013.

63. **López, A.** *La mortalidad materna en Venezuela: un crimen de Estado contra las mujeres*. Aporrea. [En línea] 2017. <https://www.aporrea.org/actualidad/n318168.html>.

64. **Observatorio Venezolano de la Salud.** *La situación alimentaria y nutricional en Venezuela omitida en el último reporte de la FAO*. [ed.] Centro de Estudios del Desarrollo CENDES-UCV, Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición, Fundación 5 al día, Centro de Investigaciones Agro-Alimentarias de la Universidad de Los Andes, Colegio de Nutricionistas Observatorio Venezolano de la Salud. Febrero de 2017. Vol. 7/ESP.

65. **UNICEF.** *Análisis de situación de la niñez y adolescencia en Venezuela, 2013*. [Presentación Power Point] Noviembre de 2013.

66. **Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género (Minmujer).** **1er Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres 2014-2019**. Caracas: Viceministerio para la Protección de los Derechos de la Mujer – Instituto Nacional de la Mujer.

67. **Ayala Lafée, C. y Wilbert, W.** *Hijas de la luna: Enculturación femenina entre los warao*. Caracas: Fundación La Salle de Ciencias Naturales, Instituto Caribe de Antropología y Sociología, 2001. Monografía N° 45.

68. **Villalba, JA. y otros.** *Low Child Survival Index in a Multi-Dimensionally Poor Amerindian Population in Venezuela*. PLoS ONE, Vol. 8, 12, 2013. doi:10.1371/journal.pone.0085638.

69. **Rivera-Olivero, IA; Bogaert, D; Bello, T; del Nogal, B; Sluijter, M. et al.** *Pneumococcal Carriage among Warao Amerindian Children in Venezuela: Serotypes, Susceptibility Patterns and Molecular*. Epidemiology - Clinical Infectious Diseases, Vol. 45, 2007, págs. 1427-1434. doi: 10.1086/522984.

70. **D'Suze, C.** *Experto muestra a detalles la incidencia del sarampión en Delta Amacuro. Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/experto-muestra-a-detalles-la-incidencia-del-sarampion-en-delta-amacuro/>.

71. **OPS/OMS.** *La región de las Américas es declarada libre de sarampión.* Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS. [En línea] 2016. [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12528%3Aregion-americas-declared-free-measles&catid=740%](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12528%3Aregion-americas-declared-free-measles&catid=740%3Aregion-americas-declared-free-measles&Itemid=740).

72. **—.** *Venezuela recibe certificado por la eliminación de sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita.* Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS. [En línea] 2016. https://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=274:venezuela-recibe-certificado-por-la-eliminacion-de-sarampion-rubeola-y-sindrome-de-rubeola-congenita&Itemid=215.

73. **OPS/OMS.** *Actualización Epidemiológica: Sarampión. 30 de noviembre de 2018.* Washington, D.C.: OPS/OMS, 2018.

74. **OPS/OMS.** *Actualización Epidemiológica: Sarampión. 20 de agosto de 2018.* Washington, D.C.: OPS/OMS, 2018.

75. **—.** *Actualización Epidemiológica, Sarampión. 16 de marzo de 2018.* Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS. [En línea] 2018. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=44093&lang=es.

76. **OPS/OMS.** *Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los estados miembros vecinos.* Washington, D.C., EUA: Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS, 2018. 162ª Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, D.C., EUA, del 18 al 22 de junio del 2018.

77. **OPS/OMS.** *Actualización Epidemiológica, Sarampión. 8 de junio de 2018.* Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS. [En línea] 2018. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sarampion-2183&alias=45351-8-junio-2018-sarampion-actualizacion-epidemiologica-351&Itemid=270&lang=en.

78. —. *Actualización Epidemiológica, Sarampión. 8 de mayo de 2018. Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS*. [En línea] 2018. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=44800&lang=es
79. **Oletta, JF. et al.** *Décimo cuarta Alerta de sarampión. La epidemia de sarampión impacta a la población vulnerable del estado Delta Amacuro. Alianza Venezolana por la Salud*. [En línea] 2018. <http://alianzasalud.org/2-de-abril-de-2018/>.
80. **AFP.** *ONG denuncia muerte de 54 menores indígenas por sarampión. Las víctimas tienen entre 2 y 14 años. El Nacional (portal web)*. [En línea] 2018. http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/ong-reporto-muerte-menores-indigenas-venezolanos-por-sarampion_229771 .
81. **Kapé, Kapé.** *Radiografía del paso del sarampión por Delta Amacuro. Tane tanae Así Pasó*. [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/radiografia-del-paso-del-sarampion-por-delta-amacuro/>.
82. **Cochem, V.** *Comunicación personal*. [entrev.] A. Tillett. Caracas, 16 de mayo de 2018.
83. **Anónimo.** *Comunicación personal*. [entrev.] A. Tillett. Santo Domingo de Guacajarita, 30 de mayo de 2018.
84. **El sarampión amenaza comunidades indígenas de Delta Amacuro.** *Tane tanae Así Pasó*. [En línea] 25 de septiembre de 2017. <http://tanetanae.com/sarampion-amenaza-comunidades-indigenas-delta-amacuro/>.
85. **Torres, E.** *Sarampión en Delta: las tumbas hablan por sí solas. Radio Fe y Alegría Noticias*. [En línea] 2018. <http://www.radiofeyalegrianoticias.net/sitio/2018/03/sarampion-en-delta-las-tumbas-hablan-por-si-solas/>.
86. **Reportan muerte de seis niños waraos por sarampión en una semana en el Delta Amacuro.** *Tane tanae Así Pasó*. [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/reportan-muerte-de-seis-ninos-waraos-por-sarampion-en-una-semana-en-el-delta-amacuro/>.

87. **Kapé Kapé: el sarampión siembra la muerte de niños waraos en Delta.** *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/kape-kape-sarampion-siembra-la-muerte-ninos-waraos-delta/>.

88. **Treinta niños han fallecido en el materno de Tucupita en lo que va de 2018: Dip. Larissa González.** *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/treinta-ninos-fallecido-materno-tucupita-lo-va-2018-dip-larissa-gonzalez/>.

89. **Torres, E.** *Reportan aumento de sarampión en Delta Amacuro y las autoridades callan.* *Radio Fe y Alegría Noticias.* [En línea] 2018. <http://www.radiofe-yalegrianoticias.net/sitio/2018/02/reportan-aumento-de-sarampion-en-delta-amacuro-y-las-autoridades-callan/>.

90. **Mueren 15 niños por carencia de medicinas contra el sarampión en Mariusa.** *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/mueren-15-ninos-carencia-medicinas-sarampion-mariusa/>.

91. **Torres, E.** *Brote de sarampión en Delta Amacuro dejó seis muertos en la última semana.* *Radio Fe y Alegría Noticias.* [En línea] 2018. <http://www.radiofe-yalegrianoticias.net/sitio/2018/03/brote-desarampion-en-delta-amacuro-dejo-seis-muerto-en-la-ultima-semana/>.

92. **Sarampión: las muertes del silencio en Delta Amacuro.** *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/sarampion-las-muertes-del-silencio-delta-amacuro/>.

93. **Oletta, JF. et al.** *Décima Tercera Alerta de sarampión. Avanza la epidemia de sarampión y se disemina a Brasil. Caso exportado a Colombia. Alianza Venezolana por la Salud.* [En línea] 2018. <http://alianzasalud.org/18-de-marzo/>.

94. **Medina, A.** *Sacerdote confirma 20 muertes de niños por sarampión en selva deltana.* *Radio Fe y Alegría Noticias.* [En línea] 2018. <http://www.radiofe-yalegrianoticias.net/sitio/2018/04/sacerdote-confirma-20-muertes-de-ninos-por-sarampion-en-selva-deltana/>.

95. **Pacientes de Pedernales viajan en gabarra hasta Tucupita para intentar salvar sus vidas.** *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/pacientes-de-pedernales-viajan-en-gabarra-hasta-tucupita-para-intentar-salvar-sus-vidas/>.
96. Conoce los puntos de vacunación en Delta Amacuro. *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/conoce-los-puntos-de-vacunacion-en-delta-amacuro/>.
97. Mueren dos niñas de sarampión y las entierran sin urnas en Tucupita. *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/mueren-dos-ninas-de-sarampion-y-las-entierran-sin-urnas-en-tucupita/>.
98. **Medina, A.** Temen perder vacunas destinadas a los caños por falta de gestión gubernamental. *Radio Fe y Alegría Noticias.* [En línea] 2018. <http://www.radiofeyalegrianoticias.net/sitio/2018/04/temen-perdervacunas-por-falta-de-transporte-fluvial-en-delta-amacuro/>.
99. **Crece número de víctimas mortales por sarampión en Pedernales. Tane tanae Así Pasó.** [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/crece-numero-de-victimas-mortales-por-sarampion-en-pedernales/>.
100. **Cuestionan a la dirección de salud por “maquillar” cifras de muertes por sarampión en Delta.** *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/cuestionan-a-la-direccion-de-salud-por-maquillar-cifras-de-muertes-por-sarampion-en-delta/>.
101. **Este viernes inicia plan de vacunación en el municipio Antonio Díaz del Delta.** *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/este-viernes-inicia-plan-de-vacunacion-en-el-municipio-antonio-diaz-del-delta/>.
102. **Denuncian que jornada de vacunación en selva deltaica fue deficiente.** *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/denuncian-que-jornada-de-vacunacion-en-selva-deltaica-fue-deficiente/>.

103. Denuncian que enfermos de sarampión todavía no son atendidos en Pedernales. *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/denuncian-que-enfermos-con-sarampion-de-pedernales-todavia-no-son-atendidos/2018>.

104. Persiste el sarampión en los caños. *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/persiste-el-sarampion-en-los-canos/>.

105. “Es un hecho genocida”, así calificó un médico warao a las muertes por sarampión en Delta. *Tane Tanae Así pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/es-un-hecho-genocida-asi-califico-un-medico-warao-a-las-muertes-por-sarampion-en-delta/>.

106. Niño warao pudo haber muerto por cuestionable tratamiento médico en Tucupita. *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/nino-warao-pudo-haber-muerto-por-cuestionable-tratamiento-medico-en-tucupita/>.

107. Ocho waraos murieron por sarampión en los Güires de Tucupita. *Tane tanae Así Pasó.* [En línea] 2018. <https://tanetanae.com/ocho-waraos-murieron-por-sarampion-en-los-guieres-de-tucupita/>.

108. Al menos 28 niños de comunidad indígena en el Delta han muerto por sarampión. *Correo del Caroní. 07 de Septiembre de 2018.*

109. OMS. Tuberculosis. *Organización Mundial de la Salud - OMS.* [En línea] 16 de febrero de 2018. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.

110. MPPS. Directrices para el despistaje, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en pacientes con indicación de terapias biológicas. *Caracas: Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, Dirección General de Programas de Salud, Coordinación Nacional de Salud Respiratoria, 2010.*

111. **OPS/OMS.** Situación de TB en las Américas y la estrategia mundial Fin de la Tuberculosis. [recopil.] A. Tenorio G. [Presentación PPT]. Caracas: s.n., 1-2 de junio de 2017. Evaluación Nacional del Programa Integrado de Control de la TB.
112. **WHO.** *Global Tuberculosis Report 2013*. Geneva: World Health Organization, 2013.
113. —. *Global Tuberculosis Report 2014*. Geneva: World Health Organization, 2014.
114. —. *Global Tuberculosis Report 2015. 20th edition*. Geneva: World Health Organization, 2015.
115. —. *Global Tuberculosis Report 2016*. Geneva: World Health Organization, 2016.
116. —. *Global Tuberculosis Report 2017*. Geneva: World Health Organization, 2017.
117. —. *Global Tuberculosis Report 2018*. Geneva: Wprld Health Organization, 2018.
118. **Fernández de Larrea, C. y otros.** *Tuberculosis en menores de 15 años en la población Warao de Venezuela. Investigación Clínica*, Vol. 43, 1, 2002, págs. 35-48.
119. **González, N. y otros.** *Estudio de la respuesta inmunitaria en niños Warao de comunidades con alta prevalencia de tuberculosis. Investigación Clínica*, Vol. 44, 4, Maracaibo, 2003, págs. 303-318.
120. **Wilbert, W.** *Evaluación socioepidemiológica de los waraos de la parroquia Manuel Renaud (municipio Antonio Díaz) referente a la tuberculosis, paludismo y diarreas. Informe final*, 31 agosto 2004. OPS, MSDS, IVIC, FLASA. 2004. Inédito.
121. **OPS. Evaluación nacional del programa de tuberculosis se realizó en la OPS/OMS Venezuela.** *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*. [En línea] http://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=

210:evaluacion-nacional-del-programa-de-tuberculosis-serealizo-en-la-opsoms.

122. **ICASO – ACCSI. Peligro triple. Resurgimiento de epidemias, un sistema fallido de salud pública y la indiferencia global sobre la crisis en Venezuela.** *International Council of AIDS Service Organizations ICASO y Acción ciudadana contra el Sida ACCSI.* 2017. <http://www.accsi.org.ve/accsi/wp-content/uploads/ICASO-ACCSI-Informe-Triple-Peligro-VIH-TB-y-malaria-Venezuela-esp%C3%B1ol.pdf>.

123. **Representación de OPS/OMS para Venezuela, Aruba, Curaçao, Sint Maarten y los Territorios Insulares del Reino de Holanda.** *Héroe de la salud: Mercedes España, coordinadora nacional de la División de Salud Respiratoria del MPPS. Salud Hoy, Edición 5, Caracas: OPS/OMS, Septiembre de 2017.*

124. **Anónimo.** *Comunicacion personal. [entrev.] A. Tillett.* Caracas, 24 de Abril de 2018.

125. **UNAIDS.** *UNAIDS data 2017.* Ginebra: s.n., 2017. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf.

126. **Rangel, HR. y otros. Evidence of at Least Two Introductions of HIV-1 in the Amerindian Warao Population from Venezuela.** *PLoS ONE, Vol. 7, 7, 2012, pág. e40626. doi:10.1371/journal.pone.0040626.*

127. **Pujol, FH. Infección por VIH en comunidad Warao.** [Presentación Power Point]. Caracas: s.n., 2016. Foro sobre la salud del pueblo warao, Escuela de Antropología UCV, 21 julio 2016.

128. **Cesin, MA. y otros. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes warao seropositivos.** *Parroquias Padre Barral y Manuel Renaud, Municipio Antonio Diaz, Estado Delta Amacuro, Venezuela.* Póster. [Digital].

129. **Villalba, JA; Bello, G; Maes, M; Sulbaran, YF; Garzaro, D; Loureiro, CL. et al. HIV-1 epidemic in Warao Amerindians from Vene-**

zuela: spatial phylodynamics and epidemiological patterns. *AIDS*, Vol. 27, 11, 2013, págs. 1783-1791. doi:10.1097/QAD.0b013e3283601bdb.

130. **De Waard, J. y otros. Factores de riesgo para infección por VIH en indígenas de la etnia warao del Municipio Antonio Díaz, Estado Delta Amacuro, Venezuela. Octubre – diciembre 2015.** *Boletín Venezolano de Infectología*, Vol. 28, 1, enero-junio de 2017, Caracas, págs. 55-65.

131. **Rangel, HR. y otros. The Evolving HIV-1 Epidemic in Warao Amerindians Is Dominated by an Extremely High Frequency of CXCR4-Utilizing Strains.** *Aids Research and Human Retroviruses*, Vol. 31, 12, 2015, págs. 1265-1268. DOI: 10.1089/aid.2015.0155.

132. **Pujol, F. y Rangel, H. Comunicación personal.** [entrev.] A. Tillett. Caracas, 20 de marzo de 2018.

133. **Vitti, M. Una epidemia de sida está diezmando a los warao.** *Revista Sic*, 9 de diciembre de 2015. <http://revistasic.gumilla.org/2015/una-epidemia-de-sida-esta-diezmando-a-los-warao/>.

134. **Andara, S. y otros. Evaluación de la situación actual de infección por VIH en comunidades indígenas Warao. Parroquia Padre Barral, Municipio Antonio Díaz, Estado Delta Amacuro, Venezuela, Julio 2015.** [Tutores] J. de Waard, B. del Nogal y A. Silva W. [Presentación Power Point]. Caracas: UCV, Facultad de Medicina, Escuela De Medicina “José María Vargas”, Cátedra De Salud Pública, 7 de Agosto de 2015.

135. **De Waard, J. Comunicación personal.** [entrev.] A. Tillett. Caracas, 22 de Marzo de 2018.

136. **Vitti, M. Viaje al fondo de una etnia enferma.** *Revista Sic*, 11 de diciembre de 2015. <http://revistasic.gumilla.org/2015/viaje-al-fondo-de-una-etnia-enferma/>

137. **Relaciones sexuales anales y el riesgo de VIH.** CDC - Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [En línea] 2016. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/analsex.html>.

138. **Gottopo, LF. El contexto de la epidemia de VIH entre los warao.** [Presentación Power Point]. Caracas: s.n., 21 de julio de 2016. Foro sobre la salud del pueblo warao, Escuela de Antropología UCV, 21 julio 2016.

139. **Junta Directiva de la SVI. Editorial - Día Mundial de Lucha contra el SIDA.** *Sociedad Venezolana de Infectología.* [En línea] 1 de diciembre de 2018. <http://www.svinfectologia.org/index.php/10-noticias/ultima-hora/237-noticias-svi.html>.

140. **Matos, D. Comunicación personal.** [entrev.] A. Tillett. Caracas, 10 de mayo de 2018.

141. **Observatorio Venezolano de la Salud (OVS). Obligaciones con el derecho a la alimentación en Venezuela. Informe para el 2do ciclo del Examen Periódico Universal de Venezuela, durante el 26° período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos. s.l.:** *Observatorio Venezolano de la Salud, Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición, Centro de Investigaciones Agroalimentarias*, 2016.

142. **Rísquez, A. y otros. Morbilidad y mortalidad por malnutrición en Venezuela: enlaces con las políticas de alimentación (1996-2011).** [ed.] A. Carosio (comp.). *Tiempos para pensar. Investigación social y humanística hoy en Venezuela.* Caracas: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO, Fundación Centro de Estudios Latinoamericanos Rómulo Gallegos, 2015, Vol. 2, págs. 157-166.

143. **Comisión Económica para América Latina - CEPAL. Venezuela (República Bolivariana de): Perfil nacional socio-demográfico.** *CEPALSTAT Bases de datos y publicaciones estadísticas.* [En línea] 2018. http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=VEN&idioma=spanish.

144. **Confirmado: EEUU reconoce que las sanciones buscan el colapso de Venezuela.** *Misión Verdad.* [En línea] 30 de enero de 2018. <http://misionverdad.com/LA-GUERRA-EN-VENEZUELa/eeuu-reconoce-publicamente-que-busca-llevar-a-venezuela-al-colapso>.

145. **Redacción BBC Mundo. Estados Unidos impone por primera vez sanciones financieras contra el gobierno de Nicolás Maduro en Venezuela.**

BBC Mundo. [En línea] 25 de agosto de 2017. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-41055728>.

146. **PROVEA**. *Derecho a la alimentación. Situación de los Derechos Humanos en Venezuela. Informe anual enero/diciembre 2017*. Caracas: Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA), 2018.

147. **FAO y OPS**. *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y Organización Panamericana de la Salud, 2017.

148. **Hidalgo, G. Epidemiología nutricional. [ed.] L. Echezuría Marval**. *Temas de epidemiología y salud pública*. Caracas: UCV, Ediciones de la Biblioteca, 2013.

149. **Chumpitaz, D. y otros**. *Evaluación nutricional de la población infantil warao en la comunidad de Yakariyene estado Delta Amacuro, agosto - octubre 2004*. Caracas: Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica, 2006, Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, Vol. 25, 1, págs. 26-31. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55925104>.

150. **Ministerio de Salud y Desarrollo Social - Dirección de Epidemiología**. *Estado Delta Amacuro - Perfil epidemiológico*. Caracas: Inédito, 2003. Presentación Power Point.

151. **Zambrano, A. [ed.]** *Mortalidad y disparidades territoriales*. Caracas: CISOR, 2009, Reporte Venescopio, 27.

152. **MPPS - Oficina de Análisis de Situación de Salud**. *Situación de salud del Estado Delta Amacuro - Aspectos resaltantes - Perfil epidemiológico*. Caracas: Inédito, 2009. Presentación Power Point.

153. **Asociación Civil Kapé-Kapé**. *Boletín 5 Alimentación indígena*. Abril 2017.

154. **El Nacional Web**. *MP acusó a 10 Policías de Delta Amacuro por asesinato de dos waraos*. El-Nacional.com. [En línea] 13 de diciembre de 2017. <http://>

www.el-nacional.com/noticias/sucesos/

acusos-policias-delta-amacuro-por-asesinato-dos-waraos_215339.

155. **Seixas, R.** "Vimos para Manaus para comer", diz índia venezuelana que vive na Rodoviária. Amazonia - noticia e informacao. [En línea] 10 de febrero de 2017. <http://amazonia.org.br/2017/02/>

viemos-para-manaus-para-comer-diz-india-venezuelana-que-vive-na-rodoviaria/.

156. **Kapé-Kapé, Asociación Civil.** *Boletín* 7. Enero 2018.

157. **Cedeño, J.** *Advierten crisis en comunidades indígenas del Delta ante crecida del río.* El-Nacional.com. [En línea] 10 de junio de 2018. <http://www.el-nacional.com/noticias/politica/>

advierten-crisis-comunidades-indigenas-del-delta-ante-crecida-del-rio_243456.

158. **Kapé-Kapé, Asociación Civil.** *Informe sobre inundaciones y las afectaciones sociales en los pueblos indígenas. Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro.* Ciudad Bolívar: Asociación Civil Kapé-Kapé, Agosto 2018.

159. **Verhagen, LM. y otros.** *High Malnutrition Rate in Venezuelan Yanomami Compared to Warao Amerindians and Creoles: Significant Associations WITH Intestinal Parasites and Anemia.* PLoS ONE, Vol. 8, 10, 2013, pág. e77581.

160. **Case, C. y otros.** *Factores de riesgo asociados a diabetes mellitus tipo 2 en indios waraos del delta amacuro, Venezuela.* Interciencia, Vol. 31, 4, 2006, págs. 309-311.

161. **Jackson, L. y Rodríguez, F.** *Condiciones de vida de la comunidad warao de Playita de Volcán, estado Delta Amacuro.* [ed.] A. Carosio (comp.). *Tiempos para pensar. Investigación social y humanística hoy en Venezuela.* Caracas: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO, Fundación Centro de Estudios Latinoamericanos Rómulo Gallegos, 2015, Vol. 2, págs. 183-191.

162. **Brito, N. y otros.** *Frecuencia de síndrome metabólico en indígenas de la etnia Warao de Barrancas del Orinoco, estado Monagas: Venezuela.* *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, Vol. 11, 3, 2013, págs. 128-140.

163. **Siverio, J.** *Clausura de Cambalache excluyó a familias waraos.* Correo del Caroní. [En línea] 30 de noviembre de 2015. <http://deslinde2011.blogspot.com/2015/11/clausura-de-cambalache-excluyo-familias.html>.

164. **García, N.** *Otros dos niños waraos mueren por desnutrición en Cambalache, estado Bolívar.* Correo del Caroní. [En línea] 11 de abril de 2011. <http://www.correodelcaroni.com/content/view/176739/1/>.

165. **Suniaga, C.** *Niños waraos mueren de hambre en el estado Bolívar.* VPI tv. [En línea] 28 de julio de 2018. <https://www.vpity.com/venezuela/comunidad-warao-padece-estragos-de-la-crisis-venezolana/>.

166. **Kapé-Kapé, Asociación Civil.** *Boletín 9.* Ciudad Bolívar: Kapé-Kapé, Julio 2018.

167. **Ministerio del Poder Popular para la Salud.** *Resolución 400 “Clasificación de los Establecimientos que conforman el SPNS en el Primer Nivel de Atención Médica e instaurarán la Red de Atención Comunal de Salud”.* Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 40.723. Caracas, 13 de Agosto de 2015.

168. —. *Modelo de atención integral y criterios para su gestión dentro de la red de atención comunal de salud.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2016.

169. **Anónimo.** *Comunicación personal.* [entrev.] A Tillet. Tucupita, 25 de Mayo de 2018.

170. —. [entrev.] A. Tillet. Caracas, 8 de marzo de 2018.

171. —. [entrev.] A. Tillet. Caracas, 10 y 11 de mayo de 2018.

172. **Prensa Gobernación.** *Gobierno Bolivariano inauguró dos (02) hospitales de alta Tecnología en el Corazón del Orinoco.* Gobierno Bolivariano del Estado Delta Amacuro. [En línea] 2010. http://190.9.130.32/index.php?option=com_content&view=article&id=215:dotados-con-medicamentos-y-personal-que-atendera-a-mas-de-30-mil-waraos-de-antonio-diaz-&catid=17:noticias&Itemid=6.

173. **Vitti, M.** *La amargura del Warao*. Revista SIC, 6 de mayo de 2015. <http://revistasic.gumilla.org/2015/la-amargura-del-warao/>

174. **Torres, E.** *Cacique warao afirma que enfermarse en la selva es una sentencia de muerte (+audio)*. Radio Fe y Alegría Noticias Venezuela. [En línea] 13 de junio de 2018. <http://www.radiofeyalegrianoticias.net/sitio/cacique-warao-afirma-que-enfermar-en-la-selva-es-una-sentencia-de-muerte/regiones/>.

175. **Sarmiento, M.** *Misión Barrio Adentro: De mal en peor*. Crónica Uno. [En línea] 12 de agosto de 2018. <http://cronica.uno/mision-barrio-adentro-de-mal-en-peor/>.

176. **Venezuela, República Bolivariana de.** *Decreto N° 1.887. Reglamento Orgánico del Ministerio del Poder Popular para la Salud*. Gaceta Oficial, N° 6.189 Extraordinario, págs. 29-43, 16 de julio de 2015.

177. —. *Decreto N° 1626. Reglamento Orgánico del Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas*. Gaceta Oficial, N° 6.176 Extraordinario, 20 de febrero de 2015.

178. —. *Misión Guaicaipuro. Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas*. [En línea] 21 de febrero de 2011. <https://web.archive.org/web/20120531030353/http://www.minpi.gob.ve:80/minpi/es/mg>.

179. **Dirección de Salud Indígena.** *Logros de impacto social obtenidos en el estado Delta Amacuro, año 2005-2006*. Caracas: Dirección de Salud Indígena, MPPS, 2007.

180. **Dirección de Salud Indígena, MPPS.** *Informe de gestión. Dirección de Salud Indígena. Memoria 2007*. Caracas: Inédito, 2007.

181. **Anónimo.** *Comunicación personal*. [entrev.] A Tillett. Tucupita, 29 de Mayo de 2018.

182. **Dirección de Salud Indígena, MPPS.** *Informe de Gestión. Memoria 2006*. Caracas: Inédito, 2007.

183. **República Bolivariana de Venezuela - Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola.** *Programa de apoyo a las poblaciones warao del delta del río Orinoco.* Resumen del Programa. S.l. : Inédito, s.f.

184. **Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola - FIDA.** *Informe del Presidente. Propuesta de préstamo a la República Bolivariana de Venezuela. Programa de Apoyo a las Poblaciones Warao del Delta del Orinoco.* Roma: s.n., 2008.

185. **Dirección de Salud Indígena, MPPS.** *Logros del proyecto: "Programa de apoyo a las poblaciones warao del delta del Orinoco" del 2010 al primer trimestre 2013.* Caracas: s.n., 2014.

186. **RBV - MPPPI.** *Memoria y Cuenta 2007.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas, 2008.

187. —. *Memoria y Cuenta 2016.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas, 2017.

188. —. *Memoria y Cuenta 2014.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas, 2015.

189. —. *Memoria y Cuenta 2008.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas, 2009.

190. —. *Memoria y Cuenta 2010.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas, 2011.

191. —. *Memoria y Cuenta 2009.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas, 2010.

192. —. *Memoria y Cuenta 2011.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas, 2012.

193. —. *Memoria y Cuenta 2012.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas, 2013.

194. —. *Memoria y Cuenta 2013.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas, 2014.

195. —. *Memoria y Cuenta 2015.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas, 2016.

196. **OPS/OMS.** *Atualización Epidemiológica: Sarampión. 20 de julio de 2018.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2018.

197. **Vasconcelos, I.** *Receber, enviar e compartilhar comida: aspectos da migração venezuelana em Boa Vista, Brasil.* REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, Vol. 26, 53, 2018, págs. 135-151.

198. **Associação Brasileira de Antropologia - ABA, Cáritas Diocesana Roraima, Cátedra Sérgio Vieira de Mello / UFRR et al.** *Nota sobre as medidas de acolhida e proteção aos direitos dos povos indígenas em situação de migração trans-fronteiriça no Estado de Roraima-Brasil.* 2018.

199. **Yamada, E; Torelly, M. y organizadores [ed.].** *Aspectos jurídicos da atenção aos indígenas migrantes da Venezuela para o Brasil.* Brasília: Organização Internacional para as Migrações (OIM), Agência das Nações Unidas para as Migrações, 2018.