LAS PIEDRAS CELESTES

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

Jean Chiappino[1]

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

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

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

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

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

Del Microscopio a la Maraca. J. Chiappino & C. Alès (eds.). Caracas: Editorial Ex Libris, 1997

auxiliares de enfermería autóctonos, documentos didácticos con la finalidad de hacer su intervención inteligible para las comunidades y contribuir así a la lucha contra la precariedad del estado de salud de las comunidades más desprovistas de la región[3]. Es el resultado de una larga reflexión socio-antropológica a la vez sobre las prácticas shamánicas orientadas hacia la terapéutica de las sociedades autóctonas y sobre los esfuerzos de adaptación del sistema de salud, en una situación que vincula dificultades culturales y logísticas[4]. Su propósito es determinar los factores socio-culturales y económicos susceptibles de aportar soluciones a la atención médica no sólo eficaces y duraderas, sino también aplicables en unos contextos similares.

Hacia una nueva forma de intercambio

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La comprensión mutua y la defensa en común de la eficacia biológica y de los valores culturales, así como la evaluación económica de la colaboración de un personal "in situ", componen determinantes socio-antropológicos que se deben considerar con prioridad en la elaboración de la complementariedad buscada. Gracias a las adaptaciones del sistema de salud implicado, aseguran eficacia y durabilidad al dispositivo asistencial por organizar en toda situación multi-étnica y pluricultural parecida a la del Amazonas venezolano[6].

En este texto analizaremos más particularmente adaptaciones que se pueden aportar a la traducción de los preceptos médicos, tomando por ejemplo el programa PROCOMSIVA, cuya factibilidad experimentamos. Gracias a la concepción de la materia de las sociedades amerindias veremos cómo se pueden elaborar manuales de formación adaptados a la comprensión de las comunidades[7], lo cual deja esperar que continúen los tratamientos y frecuenten con más asiduidad los ambulatorios.

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

---

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

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

Concepción amerindia de la materia

Aspectos singulares de la representación del cuerpo y de la persona

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

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

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

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

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

---

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

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

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

Estos órganos-apéndices, propios de las funciones terapéuticas de los shamanes, les permiten principalmente ver la enfermedad en el cuerpo del enfermo y extraerla. Completan las capacidades físicas naturales del shamán permitiéndole cumplir con la función diagnóstica y la función curativa que le incumben. Son ellos los que les dan la posibilidad de realizar los actos adivinatorios[10] y los actos quirúrgicos curativos. Estos se perciben como reales en la sociedad tradicional, mientras que la nuestra los asocia con lo simbólico o lo mágico.

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

Notaremos, no obstante, que estos órganos-apéndices extraordinarios, de los cuales diremos solamente que los shamanes los obtienen en -o además de- su cuerpo durante su formación específica, siempre están compuestos[11] de entidades o de substancias extrañas a las materias de origen del cuerpo del sujeto. Los espíritus auxiliares que los componen o la materia que dejan en el cuerpo con sus huellas provienen del medio natural, inclusive de las esferas más altas del universo.

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

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

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

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

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

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

Aunque casi siempre invisible, está perfectamente materializada y claramente definida y nombrada en todas las sociedades amerindias[12] donde es responsable de la vitalidad de los elementos en cuya constitución participa. Su aspecto material y dinámico varía tanto que podemos observarlo en los ejemplos presentados, y depende de la concepción original que estas sociedades tienen sobre la materia viva y el principio vital que la anima.

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

El principio vital: su transformación y conservación

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

Las leyes de equilibrio que rigen el dinamismo y el aspecto de la materia viva explican no sólo la repartición de los seres y de los elementos del universo sino también su repartición en los seres[14]. El shamán está encargado de cuidar que no perturbe el orden que la sociedad ha establecido progresivamente desde el origen caótico del mundo. Estas leyes son responsables de las reglas de comportamientos específicos -alimentarios e higiénicos- que los humanos deben respetar para que sus ingestiones o sus desplazamientos en el universo no modifiquen en demasía el equilibrio fisiológico de su cuerpo. Estos están sometidos a variaciones de calor, de sequedad y de salinidad en los períodos de transición (crecimiento, pubertad, fecundación, etc.) y en la vida cotidiana (frecuentación de otros ambientes durante las actividades de caza, de colecta, de visita, etc.), o durante la incorporación de espíritus auxiliares particularmente sensibles a las variaciones fisiológicas. Esta última situación se encuentra de forma patente durante la iniciación shamánica yanomami (J. Chiappino, 1995 b).

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

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

Estas leyes no aparecen siempre de manera evidente. Se pueden obliterar, por ejemplo, por la ley que impone el no comer sino alimentos que el shamán habrá "rezado" (invocado los espíritus) o que habrá "soplado" (enviado espíritus) para evitar que estas materias sean tóxicas. Es preciso saber que en estos casos, propios de los Hiwi, Wothïha y Ye'kwana, es el soplo sistemáticamente "refrescante" del shamán que "enfría" estas materias lo que permite evitar que los humanos contacten la enfermedad específica de estos alimentos[15]. Esto puede ser igualmente el efecto apaciguador de la palabra que el shamán dirige al ser de origen que es su "amo".

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

Este está presente de manera abundante en las capas superiores del universo donde está ligado a entidades más o menos demoníacas. Está también localizado en ciertas regiones del cosmos donde se concentra, como entre los Yanomami, bajo la forma de reservas importantes de espíritus auxiliares o, como entre los Wothïha, los Ye'kwana o los Hiwi, de entidades primordiales que se volvieron dueños de elementos específicos. Aunque existan en gran cantidad en estos lugares, este principio, así como las entidades en cuya constitución participa, no tienen una duración de vida eterna. A fin de que sus reservorios no se agoten, es sumamente importante que los humanos, cualquiera que sea la sociedad, respeten las leyes shamánicas que rigen los comportamientos responsables de la supervivencia de este principio y de las entidades a las que da vida. Esto se efectúa gracias a prácticas rituales particulares referentes a la explotación de los espíritus o de fuerzas primordiales necesarias a las actividades humanas, lo que ocurre en las actividades económicas como la cacería o la colecta, las actividades socio-políticas como la guerra, o las actividades mágico-religiosas como las iniciaciones de los muchachos, de las muchachas y de los shamanes. El objetivo preciso de estas prácticas rituales shamánicas, es de salvaguardar el poder de sus fuerzas que no pueden ser explotadas sino de manera muy temporaria[16]. Ir en contra de estas leyes expone a catástrofes o perturbaciones en el universo: sequedad, hambruna, epidemia, inclusive caos cósmico. Le incumbe a los shamanes y a los sabios de la sociedad el hacer respetarlas.

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

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

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

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

De la misma manera que el principio vital de los alimentos mantiene y refuerza la potencia física de todo ser, el principio vital de los elementos sobrenaturales mantiene y refuerza su resistencia y su habilidad. Pero la explotación de estos poderes así adquiridos no debe poner en peligro el papel de este principio en el equilibrio cósmico, gracias al concurso del conjunto de los seres y de los elementos que componen su compleja estructura. A la muerte de cada cual, prioritariamente de los humanos, la sobrevida de la parte corporal cargada de la cantidad óptima de principio vital que permanece en el cuerpo, debe estar asegurada y debe converger, mediante su movilización hacia el lugar que le es propicio, al mantenimiento del equilibrio universal[17]. De igual forma, la enfermedad no sabría llevar a la muerte ni al riesgo colectivo al cual expone si los casos se multiplican y los ciclos de regeneración energética que implican no se realizan. Todos tienen el deber de obrar por la salud de los demás y por el buen equilibrio cósmico. Los shamanes tienen también el deber de controlar la efectividad de la participación de cada uno en la totalidad que el universo constituye.

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

Adaptaciones de los protocolos médicos

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

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

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

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

Las nociones de caliente y de frío, de seco y de húmedo, presentes en las sociedades amerindias y clasificadas como universales[18] por algunos investigadores, de los cuales formamos parte, ¿no permitieron la aceptación y difusión de ciertos aspectos de las concepciones hipocráticas de los humores corporales, aun cuando algunos ven, en la amplia difusión de estas nociones en América latina, un préstamo hecho a la Conquista (G. Foster 1953, 1994)? Sin negar el hecho de que este amplio fenómeno de préstamo haya favorecido la teoría hipocrática de los humores, como lo prueban los tratados de medicina que llevaban los conquistadores en su equipaje y los primeros intentos de traducción en lenguas indígenas, ¿no convendría considerarlo también como el resultado de las modalidades formales y estructurales implicadas en estos préstamos? Tal como lo subraya R. Bastide (1970, 1971) en su análisis sobre las vías de la transculturación: los bienes como las nuevas prácticas introducidas por el contacto están aún más fácilmente integrados cuanto que estos elementos ofrecen representaciones que se asimilan, en la cultura receptora, a ciertas representaciones preexistentes. La generalización de los principios hipocráticos se pudo operar mejor ya que existía con anterioridad un fondo de prácticas ligadas a las nociones de caliente y de frío, de seco y de húmedo, etc., gracias al cual las poblaciones encontraban, en las novedades sanitarias introducidas, nociones y estrategias conocidas (J. Chiappino, 1995 b).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por otra parte, el conocimiento de la especificidad de los medios propios a la supervivencia de los seres y, por consiguiente, su repartición en el universo[19], permite esclarecer el ciclo extra-cor-

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

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

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

Estos acercamientos conceptuales pueden surgir a partir de talleres específicamente organizados para adaptar protocolos. Así es como en nuestro caso, la vacunación fue asimilada por los Wothïha, grandes especialistas del manioco, a las gotas de manioco fresco que el shamán, después de haberlo "soplado", deja caer sobre el ombligo del recién nacido para protegerlo del peligro de esta sustancia tóxica. En la figura nº 1, se ve al niño cuando recibe esta gota y la serie se acaba con la silueta de un niño de pie, sano.

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

Otros, finalmente, han representado el efecto profiláctico de la vacunación bajo la forma de un shamán en su faena. El resultado protector de los espíritus auxiliares del personaje encargado a la vez de prever -función adivinatoria del shamán- y de curar -función terapéutica en sí- al "soplar" sobre el niño y sobre sus alimentos (primordialmente la bebida y la miel), simboliza el valor defensivo de la actividad shamánica comparada con el efecto inmunológico de la vacuna (figura nº 4).

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

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

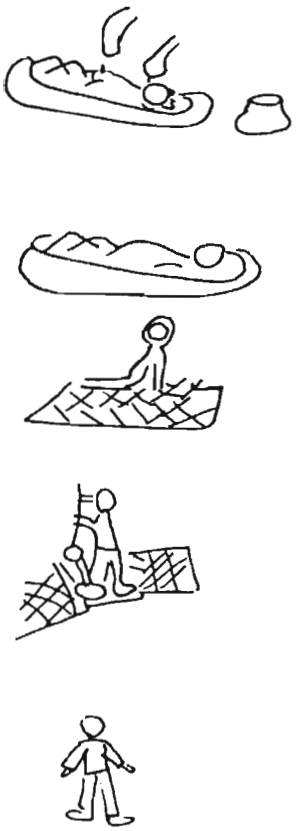


Figura n° 1

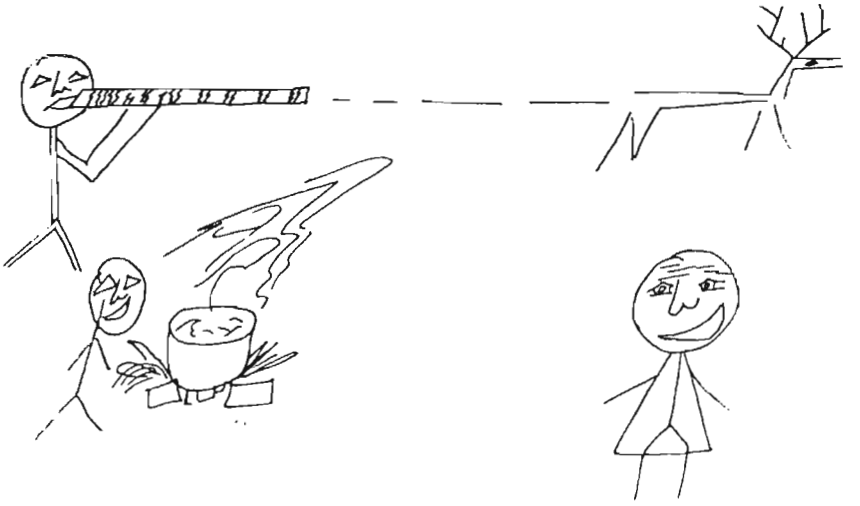


Figura n° 2

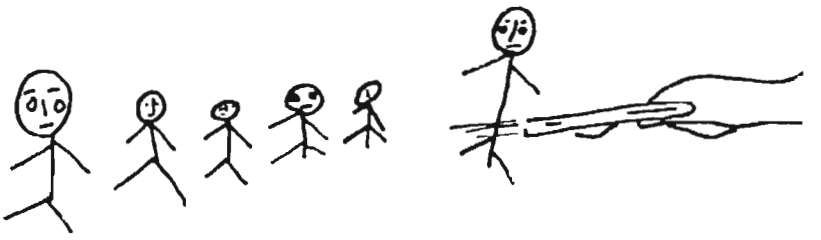


Figura n° 3



Figura n° 4

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

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

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

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

Adaptaciones estructurales del programa de formación

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

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

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

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

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

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

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

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

Los propósitos contra la actividad shamánica con finalidad curativa y profiláctica, o la negación de las creencias relativas a la persona y al medio, se observan a menudo cuando las funciones sanitarias las practican religiosos o un personal ignorante de la importancia de las conductas a observar en este campo. Son muchas las actitudes que explican la no frecuentación o la subfrecuentación de los centros de atención. Estas posiciones ideológicas pueden hasta ir en contra de los esfuerzos de adaptación emprendidos en otra dirección[20].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estas adaptaciones revalorizan de hecho la relación sanador-sanado dentro de la eficacia médica. Sin embargo, deben incluir los acomodamientos funcionales y financieros necesarios para la integración de personal autóctono. Esto implica un aumento del número de auxiliares de enfermería incorporados, una revisión de la sectorización del sistema de salud[21], una reformulación de los requisitos impuestos hasta ahora al personal que quiere emprender la formación de medicina simplificada y el establecimiento de modalidades de control continuo del trabajo del personal contratado[22]. El monto de los costos calculados para esta reforma que hemos podido evaluar a partir del programa realizado en el estado Amazonas revela que este proyecto no es aberrante. De un monto global que no alcanza el 20% de los gastos totales de 1996 para la salud en este estado, el presupuesto de ciento ochenta mil US dólares (180 000 US $), lo cual no cubre sino un 40% de gastos fijos y un 60% de gastos variables[23], es de lo más razonable. La economía que permite entonces emplear a un personal en el lugar asegura la durabilidad del efecto producido por este tipo de proyecto.

Asociadas a las medidas que conviene aportar en materia de educación nutricional y de legalización de la tenencia territorial de las comunidades, la nutrición y la pobreza[24] siendo, en efecto, unos de los mayores determinantes socio-antropológicos a considerar en el marco de la salud, el conjunto de las reformas anteriormente definidas debe conducir el sistema de salud a asegurar una mejor accesibilidad a la atención médica de las poblaciones y una repartición más equitativa.

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

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

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

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

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

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

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

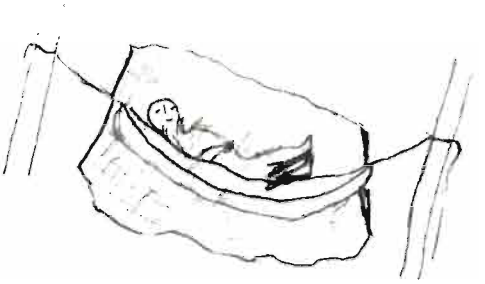
comunidades. las recomendaciones higiénicas y curativas mayores que es preciso que adopten, esta perspectiva debería dejar esperar un vuelco en la precariedad del estado sanitario de las poblaciones indígenas. Se asemeja a los objetivos de las grandes instituciones internacionales tales como la OMS-OPS y la UNICEF y debería llevar a que los sistemas de salud del Amazonas pongan en marcha este tipo de programa a fin de responder a la evolución de las ideas y del conocimiento que se manifiesta en Venezuela[25] como en el mundo[26], cuando se trata de atención médica.

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

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

ANEXO:

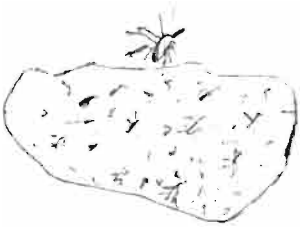
Ejemplos iconográficos para la adaptación de los protocolos médicos







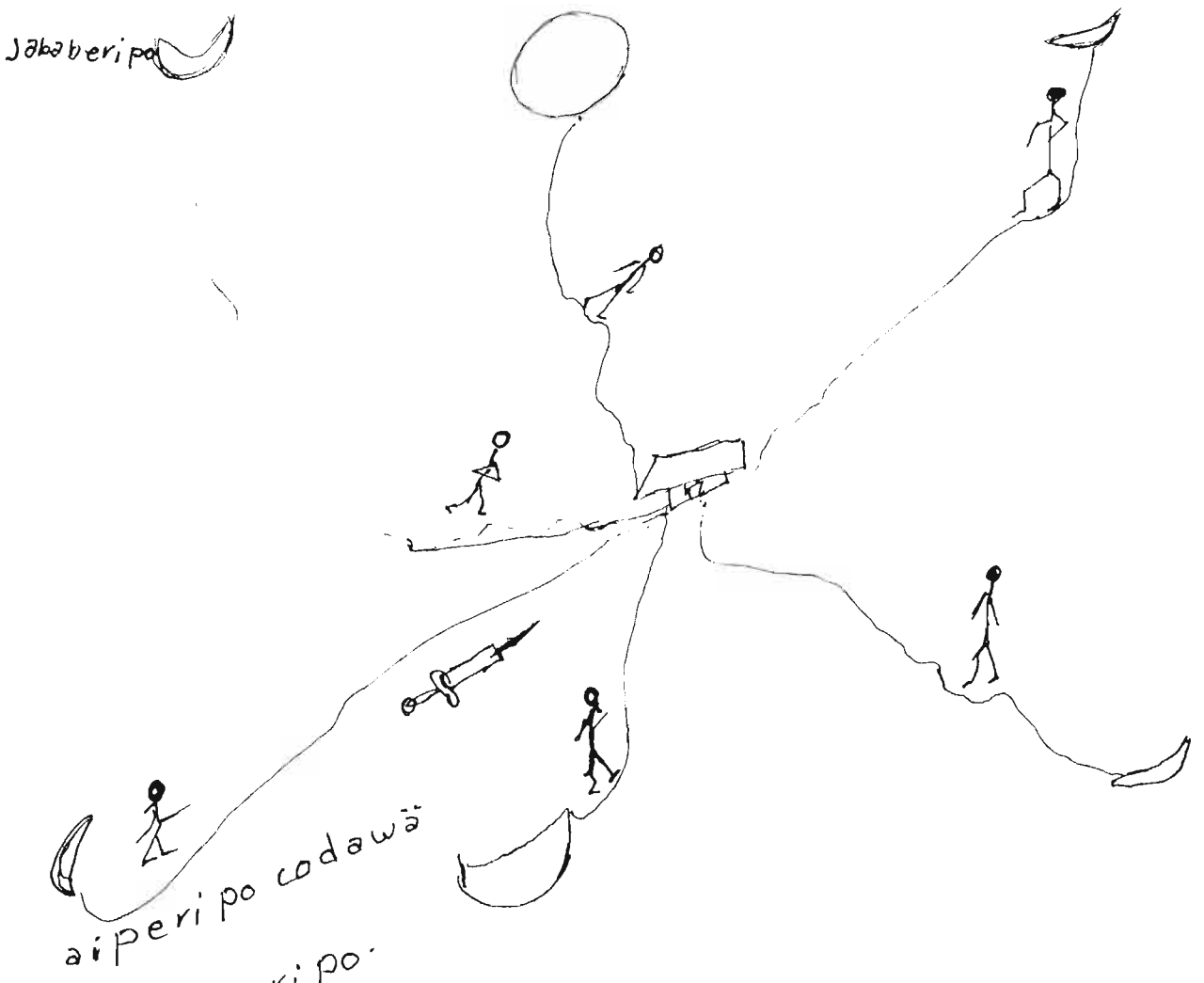








Láminas a-b. Proceso de infección por los zancudos y prevención de la malaria, dibujado por Yanomami.

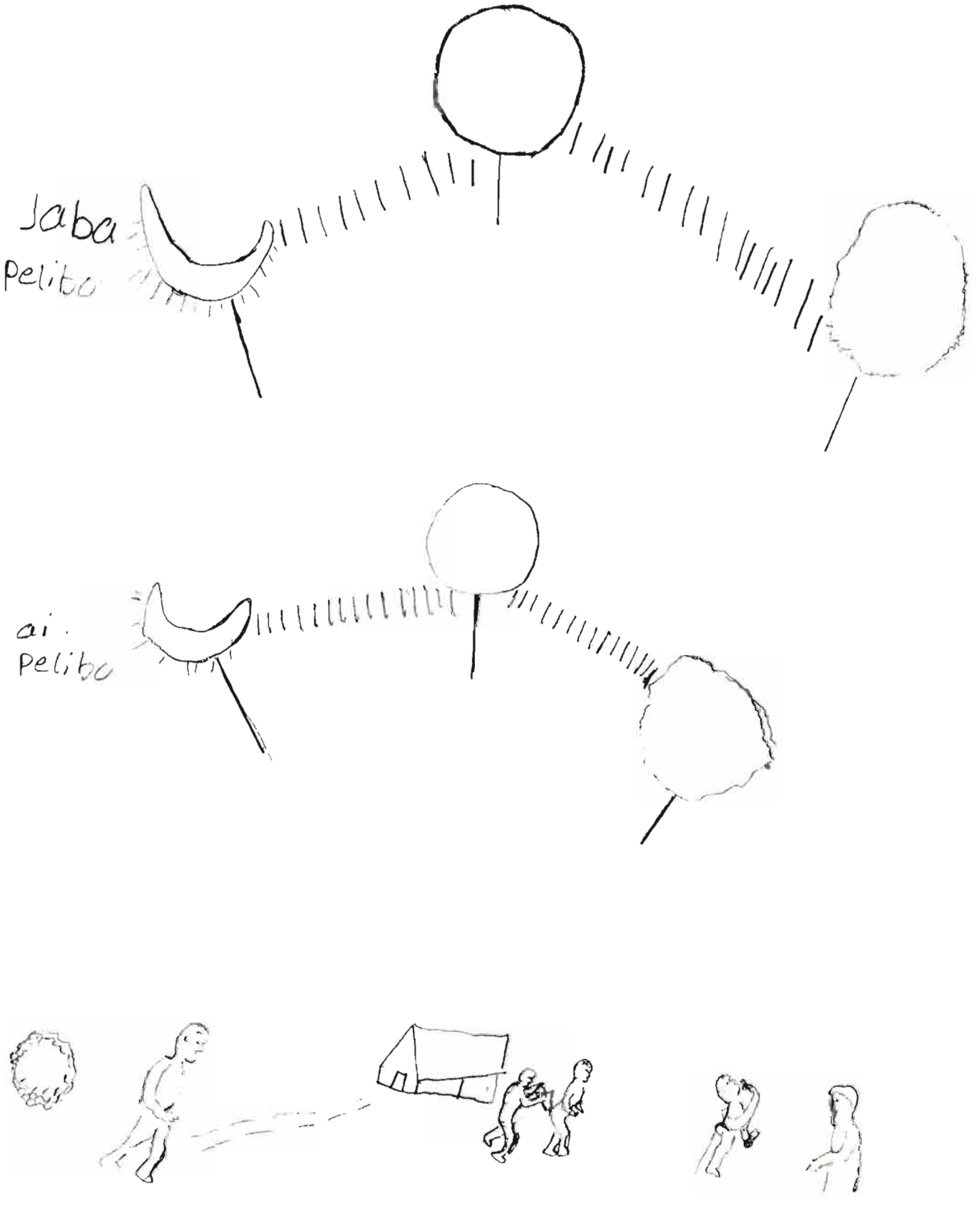


Jaba·peripo·
mori · cuarto · semana · waferimamou·

ihi afamadoni· ijimacai· waferimaichoaopë /

2· peripo· dispensariojami·
wajupë

DoDoro diA



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

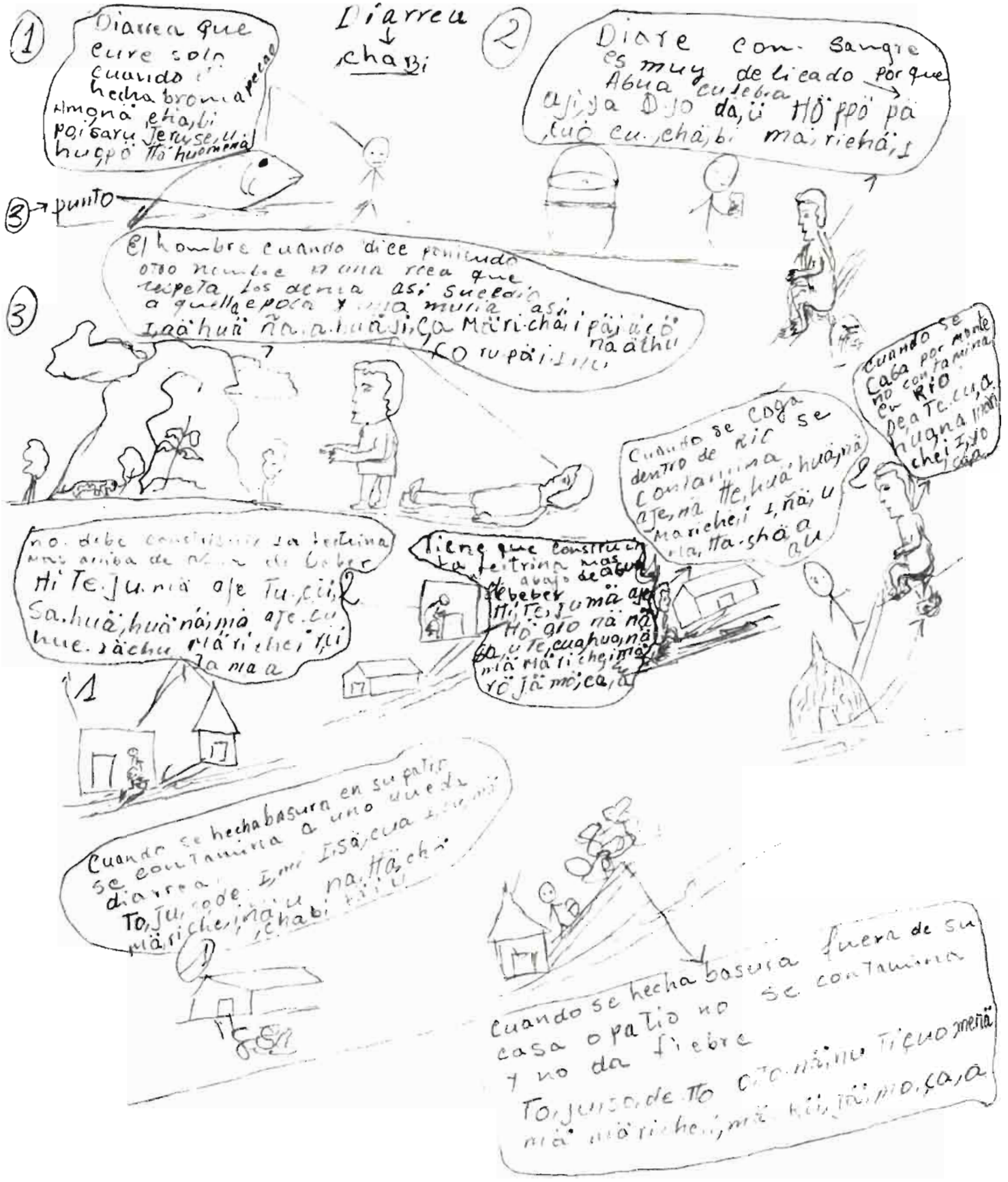


Lámina e. Factores de contaminación según la representación wothiha y prevención de la diarrea.



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

De arriba por abajo:

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



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



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



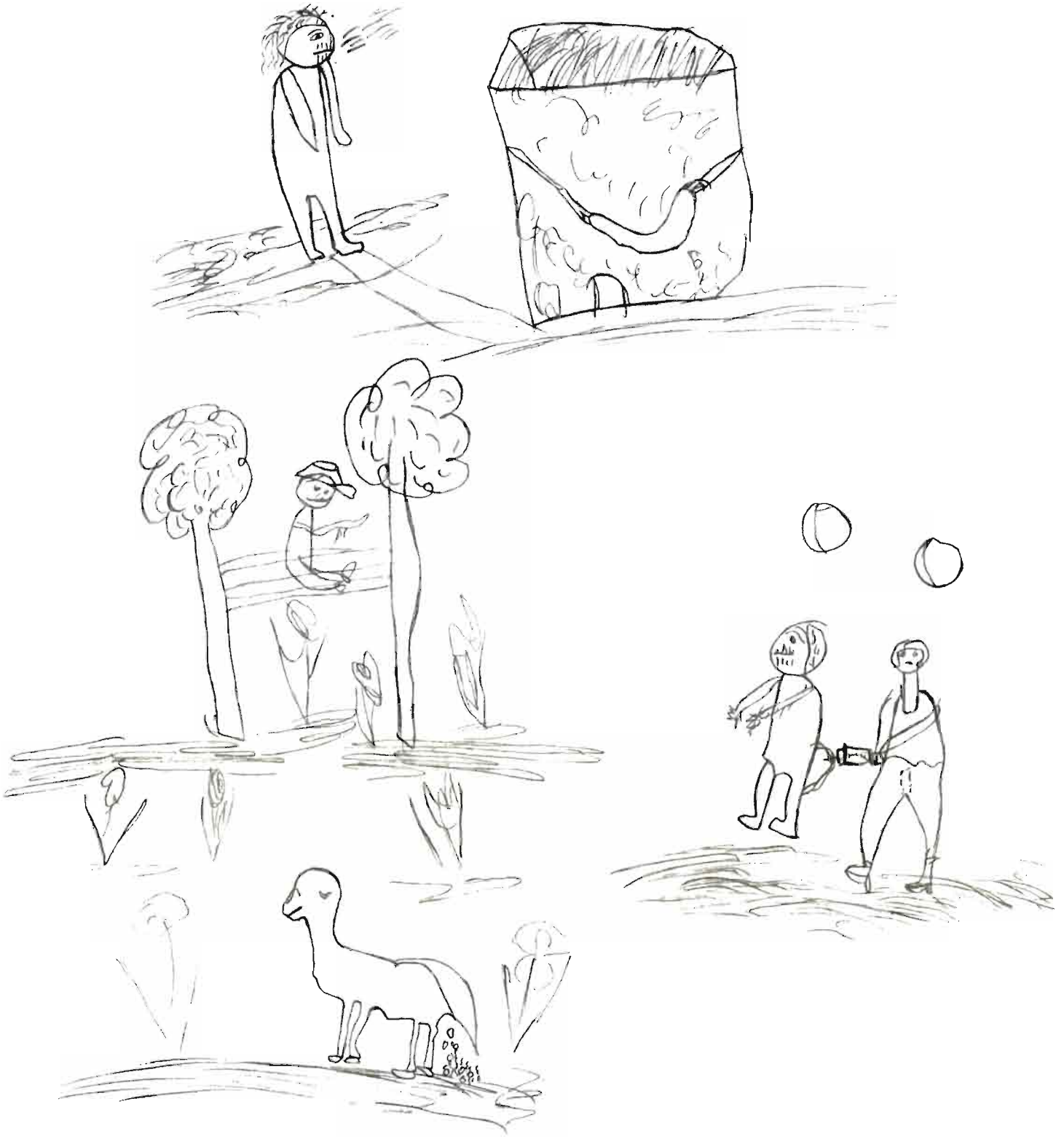
Lámina i. Durante dos meses -2 lunas- se toma el tratamiento. todos los días. al amanecer.

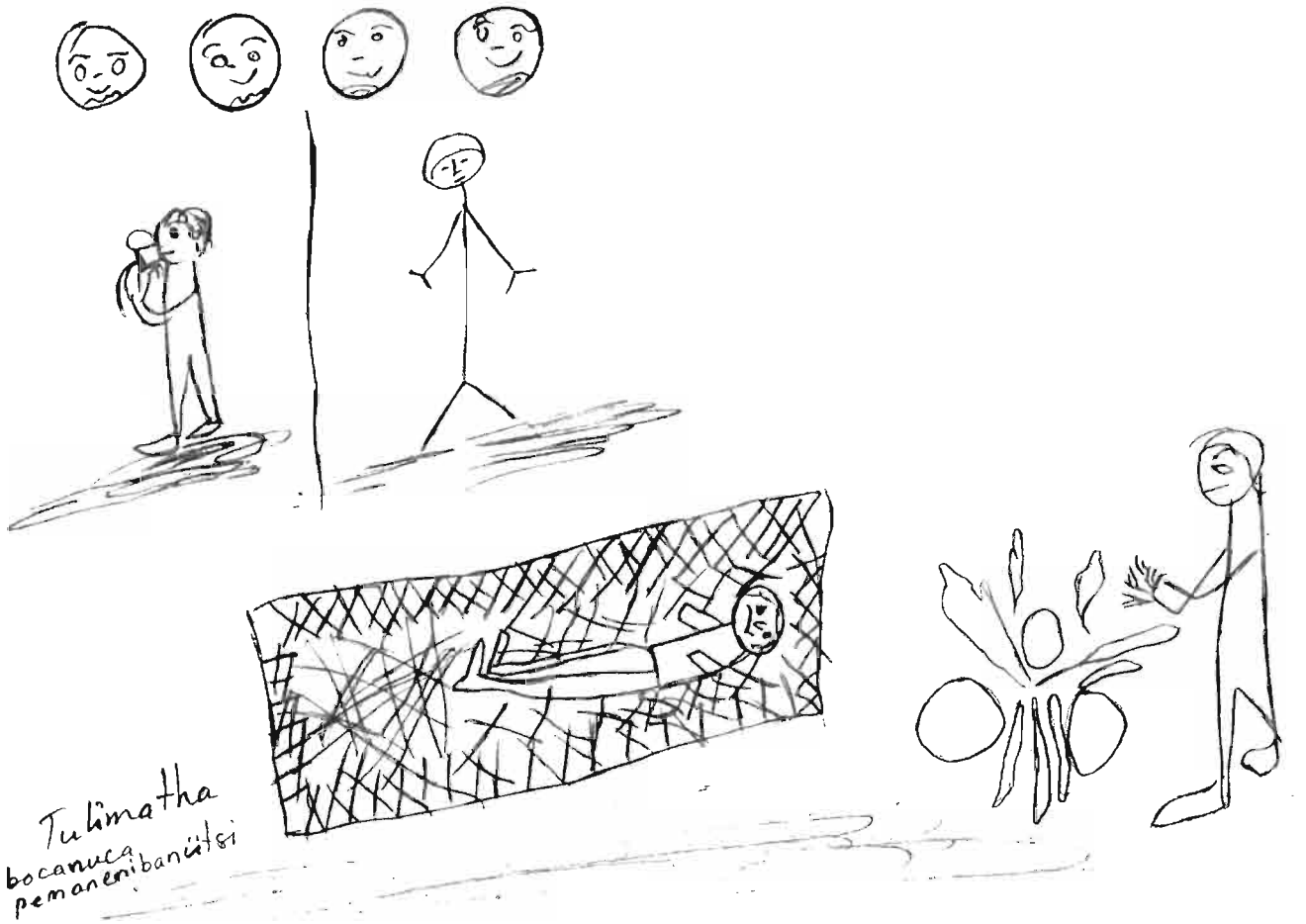


Lámina j. Representación del diagnóstico de la tuberculosis por los Hiwi y de la duración del tratamiento por el shamán.

De arriba por abajo:

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







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

De arriba por abajo:

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

Autores de los dibujos:
Maihorowë Eliseo Silva (a. d)
Matowë Tomas Borges (c)
Shamamafekosikrerorewë Samuelito Blanco (b)
Pedro Moruo (e)
Antonio Díaz (f. i)
Antonio Pérez (g)
Nina Yavinape (h)
Eliodoro Díaz Rodríguez (j)
Rosa Elena Díaz Rodríguez (k. l)

Referencias

ALÈS C. & J. CHIAPPINO

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

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

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

ANDUZE P.

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

AUGÉ M.

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

BARANDIARÁN D. de

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

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

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

BARRETO D.

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

BASTIDE R.

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

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

BUCHILLET D. (ed.)

1991 *Medicinas tradicionas e medicina ocidental na Amazõnia*. Belém: CEJUP. 504 pp.

BUTT COLSON A. & C. ARMELLADA

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

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

CABILDO. TAITAS Y COMISIÓN DE TRABAJO DEL PUEBLO GAMBIANO

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

CAICET

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

1988 *Programa Experimental de Atención Primaria en Salud de la Población Piaroa del Territorio Federal Amazonas*. Puerto Ayacucho, mecanografía. 16 pp.

CHIAPPINO J.

1987 *Medicina tradicional y medicina occidental, un análisis del contraste*. Comunicación al Seminario "Aspectos Antropológicos y Sociológicos de la Atención Primaria en Salud en el Territorio Federal Amazonas", CAICET, Puerto Ayacucho, 29 pp.

1991 *Representaciones Yanomami de las enfermedades transmisibles y concepción shamánica de la salud*. Comunicación al Simposio "Antropología de la enfermedad ", ASOVAC, Maracaibo. 20 pp.

1992 "Participation caritative ou concertation: Alternatives à l'assistance médico-sanitaire prodiguée aux Yanomami du Venezuela", *Cahiers de l'ORSTOM, série Sciences Humaines*, 28 (1): 99-121.

1993 *Warime 89, Fête des masques dans une communauté Wojtuja*. Document audio visuel, ORSTOM-audio visuel: 23 min.

1995a "El coloso yanomami frente al 'nuevo' Eldorado. Representaciones del ser humano y del medio ambiente: un envite de la participación comunitaria al desarrollo regional", *Amazonas. Modernidad en Tradición*, A. Carrillo & M.A. Perera (eds.): 175-204. Caracas: GTZ/CAIAH-SADA AMAZONAS.

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

1995c "La cura shamánica yanomami y su eficacia", por parecer en *Caminos Cruzados*, C. Alès & J.Chiappino eds, Caracas.

CHIAPPINO J. & C. ALÈS (eds.)

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

CHIAPPINO J. & MANSUTTI R. A

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

CLARAC de BRICEÑO J.

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

COLCHESTER M.
1982 "The Cosmovision of the Venezuelian Sanema", *Antropológica*, n°58: 97-174.

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

ESTRELLA E. & A. CRESPO (eds)
1993 *Salud y Población Indígena de la Amazonia.* Vol I-II, Quito: Abya-Yala, 615 pp.

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

FOSTER G.
1953 "Relationships between Spanish and Spanish American folk medecine", *Journal of American Folklore*, 66: 201-217.
1994 *Hippocrates' Latin American Legacy: Humoral Medecine in the New World.* Gordon & Breach edt.. 242 pp.

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

MÁLAGA H. MANZANILLA L. M.. TOBA DÁRRIBA M. D. (eds.)
1996 *Proyecto Municipios Hacia la Salud: La experiencia venezolana.* Caracas: OPS-OMS-MSAS. 172 pp.

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

MSAS *Manual normativo para auxiliares de Medicina simplificada y otro personal voluntario del*
1991 *Ambulatorio Rural tipo I.* Caracas, 319 pp.

MSAS. DR del SNS, CAICET, Zona XIX de Malariología, Hospital J.G. Hernández, INN
1995 *Plan de gestión de salud para el Estado Amazonas.* Puerto-Ayacucho, 252 pp.

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

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

OVERING J.

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

OVERING J. & M.R. KAPLAN

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

RURAL ADVANCEMENT FOUNDATION INTERNATIONAL

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

SEIJAS H. & N.ARVELO JIMÉNEZ

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

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VICHADA

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

TAYLOR K. J.

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

TORO LANDAETA J.

1992 *Informe sobre la situación malárica en el Estado Amazonas*. MSAS-DGRSMSAA. mecanografía. 5 pp.

1993 *Proyecto de Promotores Indígenas Sanitarios*. MSAS-DGRSMSA. Puerto Ayacucho. mecanografía, 26 pp.

UNICEF

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

VÁSQUEZ M.L. & M. MOSQUERA (eds.)

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

WILBERT W.

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

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

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

Referencias

ARISMENDI C.

1992 *Amazonas: Tierra de selva*. Ed. Ramón Meneses, Puerto-Ayacucho

BELLO L.

1993 "Situación de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas en el Estado Amazonas", *La Iglesia en Amazonas*, 62-63: 3-9.

BOADAS A. R.

1983 *Geografía del Amazonas venezolano*. Edit. Ariel-Seix Barral venezolana, Caracas, 200 pp.

CHIAPPINO J.

1986 "Medicina tradicional, medicina moderna: un análisis del contraste", *doc. CAICET*, Puerto-Ayacucho, 29pp.

CHIAPPINO J.

1992 "Participation caritative ou concertation: Alternatives de l'assistance sanitaire prodiguée aux Yanomami du Venezuela", *Cahiers de l'ORSTOM*, sér. Sciences Humaines "Anthropologies et Santé Publique", vol. 28, n°1: 92-121.

MANSUTTI RODRIGUEZ A.

1988 *Investigaciones socio-antropológicas*, proyecto APS Piaroa, doc. tip. Puerto- Ayacucho, 88pp.

MSAS

1969-93 *Anuarios de Epidemiología Estadística Vital*.

ORPIA

1994 *Ante el paro médico indefinido de Amazonas*, El Nacional, 20/11/94.

RODRIGUEZ OCHOA G.

1992 "Situación de salud en el Territorio Federal Amazonas, Venezuela", *Enfoque integral de la salud humana en la Amazonia*, L. Yarzabal C. Espinal & L. E. Aragon (eds), 407-426. Caracas: UCV, Serie Cooperación Amazónica, 10.

SEIJAS H., ARVELLO JIMENEZ N.

1978 "Factores condicionantes de los niveles de salud en grupos indígenas venezolanos. Estudio preliminar", *Unidad y Variedades. Ensayos en Homenaje a José M. Cruxent*, 253-271. Caracas: IVIC, Centro de Estudios Avanzados.

TORO LANDAETA J.

1993 "Problemática Sanitaria de los pueblos indigenas den Amazonas", *La Iglesia en Amazonas*, 62-63: 40-43.

DEL MICROSCOPIO A LA MARACA

Jean Chiappino & Catherine Alès
EDITORES



EXLIBRIS

Del microscopio a la maraca

Jean CHIAPPINO & Catherine ALES, Editores

EXLIBRIS

DEL MICROSCOPIO A LA MARACA

Jean CHIAPPINO & Catherine ALES. Editores

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

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

Diagramación y artes finales: Dominique Aizpurua

Impresión: Ex Libris. Caracas. noviembre 1997

ISBN: 980-6398-14-9

© 1997. Editorial Ex Libris.