

## **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA AL CONTROL DE LA SALUD: EXPERIENCIA DE PRODUCCIÓN DE DOCUMENTOS DIDÁCTICOS EN EL AMAZONAS VENEZOLANO**

**Jean Chiappino**

### **Resumen en inglés**

*If it is common to think of health care purely from the only biomedical point of view, experience shows that the hegemonic way with which the western health care system treats Amerindian communities provokes resistance and a loss of interest among the sick for clinics. In order to resolve this problem, a programme of health initiatives was implemented in Venezuela. The goal of this policy consisted in finding out how to transfer and combine the knowledges of distinct cultures, the amerindian ones and the occidental one, into intercultural and bilingual healthcare documents. The communal collaboration and health education stimulated by the production of these documents offer one kind of alternative assistance which national and international health organisations are looking for. According to the model that encourages the participation of Amerindian people in the control of their health, this kind of option permits a move away from the interventionist model that promotes permanent passivity among local populations.*

En el campo de la seguridad sanitaria de las poblaciones indígenas surge un problema recurrente, el del desinterés de los ambulatorios por los enfermos. Este factor representa una dificultad mayor para la política

sanitaria que no puede acceder a su eficacia óptima en tales condiciones. El problema del idioma es frecuentemente evocado para justificar esta situación. Compone una de las más importantes preocupaciones que los médicos rurales expresan cuando hablan de su práctica. Sin embargo, como se puede notar en el caso de la asistencia médica en el Amazonas venezolano, la cuestión del idioma proporciona un handicap relativamente superable en comparación con el obstáculo conformado por la manera hegemónica de concebir la asistencia ortogada a los pueblos autóctonos. Se observa que es más bien la forma occidental de pensar en la relación con el enfermo que no facilita la aceptación de la práctica médica por parte de las comunidades. En este contexto, la comunicación entre el personal médico-sanitario y los indígenas no se establece de manera adecuada y el desinterés de la población por la asistencia se establece.

En Venezuela el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) siempre trató de estimular la participación comunitaria en el desarrollo de sus actividades y cuando se organizó la acción sanitaria oficial en el estado Amazonas “siempre mantuvo una estrecha vinculación con la denominada acción indigenista” (Armada 1996: 294). Desde el principio de los años 70 el sistema de salud de Medicina Simplificada se implementó para desplazar la asistencia hacia las comunidades. Este dispositivo se desarrolló poco a poco dentro de las regiones más remotas del Amazonas mediante una red de ambulatorios atendidos por médicos rurales<sup>1</sup>, enfermeros y auxiliares de salud.

---

<sup>1</sup> En su gran mayoría los médicos de la región son “pasantes”, estudiantes de medicina, que cumplen un año de trabajo rural al finalizar sus estudios. Responsables de un ambulatorio ellos están relacionados por medio de una red de radio comunicación al médico rural del sector donde trabajan, él mismo responsable de un ambulatorio más importante. Están también relacionados por radio con el hospital donde un médico centraliza las

Sin embargo, incluso con esta organización, la concepción centralista de la institución médica sigue practicándose y la marginalización del enfermo indígena sigue manifestándose.<sup>2</sup> De manera general se ha constatado un éxito limitado de los sistemas de Medicina Simplificada en el mundo. A pesar de la introducción de los auxiliares de salud indígenas<sup>3</sup> en el dispositivo sanitario oficial no se logró cumplir con el propósito de favorecer la comunicación entre las comunidades y el cuerpo médico. De un lado, para tener el nivel de escolarización exigido ellos se apartaron de su sistema cultural; del otro. La formación médico-sanitaria que reciben les proporciona únicamente conocimientos muy elementales de la medicina occidental. Ellos reconocen estar en una situación particularmente poco favorable para encontrar, por sí mismos, los puentes lógicos que permitan establecer el acercamiento entre el sistema de salud occidental y el mundo indígena.

En realidad, la búsqueda de soluciones para que las medidas sanitarias prodigadas sean entendidas por las poblaciones no hace parte de las prioridades y, muy generalmente, el cuerpo médico está convencido de que

---

informaciones. El difunde consejos y coordina, con los otros servicios de la Medicatura, las evacuaciones que hay hacer por río o por "avioneta" a partir de los ambulatorios (sobre el detalle de esta red médico-asistencial, ver Armada 1997, Toro 1997).

<sup>2</sup> Sobre este tema y el análisis de la práctica sanitaria en el Estado Amazonas, ver también F. Armada 1997, M. Díaz & J.M. Ficher 1993, A.L. Figueroa & E.M.T. Mainburg 1993, H. Seijas 1988.

<sup>3</sup> Generalmente los auxiliares de salud son de origen indígena. Ellos siguen un curso de Medicina Simplificada de un año. Cuando están encargados de un ambulatorio rural también están relacionados por radio al médico rural y a los pasantes de medicina de su sector. Aunque su nivel de escolarización sea poco elevado (tercer año de bachillerato, hasta el momento, son muy escasos los yanomami que pudieron acceder a esta función.

los indígenas no pueden entender la lógica de la biomedicina. Sobre tales bases la política sanitaria no logra adaptarse a las particularidades socio-culturales y no va realmente *hacia los pueblos* tal como podría hacerlo. Se cierra así la puerta a las alternativas de las cuales la seguridad sanitaria podría beneficiarse. En la asistencia médica “queda por introducir el mismo reconocimiento realizado por decreto referente al derecho a la educación intercultural y bilingüe y reconocer un derecho a la atención médica intercultural y bilingüe” (Alès & Chiappino 1997:12). Tomando en cuenta la distinción entre medicina indígena y medicina occidental, se se pueden encontrar nociones que logran facilitar la adaptación de la práctica médica existente en las diferentes culturas amerindias. Estas nociones interculturales forman parte de lo que permite establecer la situación de comunicación que Balint analizó como indispensable para que se instaure la relación de confianza entre el médico y el enfermo, imprescindible contexto a la optimación de la eficacia de todo acto médico.

Subrayaré aquí la ventaja que representan para la política sanitaria dedicada a comunidades amerindias los procedimientos de acercamiento que se pueden encontrar en las medicinas indígenas y la biomedicina y tomaré como ejemplo la experiencia de un programa participativo de salud conducido entre los pueblos autóctonos del Amazonas venezolano.<sup>4</sup> Los pueblos

---

<sup>4</sup> Se trata de un programa de investigación-acción titulado Programa de Formación y Participación Comunitaria para el Desarrollo y el Control de la Salud en la Amazonía Venezolana (PROCOMSIVA) y que coordiné de 1994 a 1997. Este programa se realizó bajo los auspicios de la Comisión de las Comunidades Europeas y del ORSTOM, con la participación 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 del Saneamiento del Ambiente (Puerto

indígenas frecuentemente expresan un fuerte interés para la adquisición de conocimientos pero la existencia de materiales didácticos, en particular en lo que concierne a la salud, es muy limitada.

El propósito pedagógico del trabajo que vamos a analizar se determinó para responder a la legítima aspiración de las comunidades indígenas a participar en el control de su salud. Se trata de un programa en el cual se planteó elaborar una serie de documentos dedicados al aprendizaje por las poblaciones autóctonas de técnicas sanitarias capaces de reforzar la eficacia de las suyas. Es cierto que los pueblos indígenas frecuentemente expresan un fuerte interés para la adquisición de conocimientos pero la existencia de materiales didácticos, en particular en lo que concierne a la salud, es muy limitada. La elaboración de estos documentos contempla también una perspectiva de incorporación en el sistema de salud oficial de un tipo especial de auxiliares, los promotores de salud. La capacitación de un personal indígena local, nativo de las comunidades y viviendo en ellas es clave para facilitar el acceso a la salud de las poblaciones donde los auxiliares de salud habituales o los médicos no logran ir de manera regular. El modelo de educación sanitaria elaborado propone pasar de una situación de pura asistencia, dominante pero rehusada, a una práctica de apoyo, productiva de participación y benefactora a un control colectivo de la salud.

---

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), de la Organización Regional de los Pueblos Indígenas del Amazonas (ORPIA, Puerto Ayacucho), y la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ, Caracas).

### **Consideraciones previas a la traducción de los mensajes médicos**

Las cartillas que resultaron del trabajo conducido en el Amazonas venezolano tienen dos metas principales: la inteligibilidad del mensaje médico y la integración del respeto a las culturas autóctonas en el contenido de este mensaje. Interculturales y bilingües, estos documentos de salud tienen como mayor propósito superar el problema que las poblaciones generalmente perciben en la práctica de una medicina diferente y, en particular, en las elípticas e ininteligibles explicaciones del personal médico. Los documentos tratan de presentar un texto que no descalifica las prácticas tradicionales, tampoco sobre-evalúa la biomedicina. Asocian las técnicas sanitarias como complementarias y susceptibles de reforzarse mutuamente. Están concebidos como unos instrumentos que pueden facilitar la colaboración que debe establecerse entre las comunidades y el servicio médico-asistencial a fin de que se controle el estado de salud de la región.

Estos documentos pueden ser utilizados a dos niveles diferentes. Están, en primer lugar, dirigidos a los auxiliares de salud para favorecerles el entendimiento del mensaje médico de tal manera que sean capaces, en un segundo tiempo, de transmitir a las poblaciones, en su propio idioma, un mensaje inteligible y correcto. La comprensión del mensaje por este personal es el primer paso para la aceptación de la estrategia sanitaria por las comunidades. Tales documentos, por su claridad y sencillez en la expresión, tratan de resolver el problema de la transmisión de un mensaje en castellano pues, en general, él es mal entendido por los auxiliares de salud poco acostumbrados al lenguaje médico y al método normalmente utilizado en su enseñanza. Para los médicos rurales estos mismos documentos constituyen

ejemplos de expresión para ser entendidos tanto por los enfermos como por los auxiliares.

También los textos interculturales y bilingües pueden permitir a los médicos rurales colaborar activamente en la formación de promotores de salud procediendo de las comunidades. La capacitación de tales agentes de salud indígenas depende mucho de ellos.<sup>5</sup> Este tipo de personal auxiliar, local e indígena, es altamente capaz de promover la participación comunitaria al control de la salud y permite una cobertura sanitaria más extensa hacia las comunidades que se encuentran fuera del alcance de la asistencia sanitaria.<sup>6</sup> Los promotores de salud favorecen además la factibilidad financiera de la salud en las regiones difíciles de acceso. Por un lado, las relaciones privilegiadas que ellos mantienen con las comunidades de las cuales proceden y en las cuales demoran permiten resolver los costos vinculados al absentismo de un personal foráneo. Por otro lado, el bajo presupuesto que esta formación e instalación implican contribuye a reducir los gastos de desplazamiento de los médicos.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Una formación de promotores de salud locales fue emprendida en la región yanomami de la Sierra Parima donde 10 yanomami fueron capacitados como promotores de salud para el control de la diarrea infantil (Ver Chiappino 1998a).

<sup>6</sup> La situación de atención médica del Estado Amazonas es la siguiente: no hay ambulatorio en 88,8% de las 528 comunidades indígenas y 86,3% de las 469 comunidades que no tienen ambulatorio no han recibido la visita de un médico en los seis meses precedentes al censo indígena de 1992 (Ver OCEI 1993).

<sup>7</sup> Hemos evaluado el costo de un tal plan de formación de promotores de salud indígenas para el Estado Amazonas en el marco del programa PROCOMSIVA (Ver Toro 1997).

### **La traducción de prescripciones médicas**

Las cartillas que producimos para estimular el interés de las comunidades al control de la salud ha consistido en adaptar las prescripciones médicas referentes a las mayores endemias de la región, tomando en cuenta las representaciones de varias sociedades amerindias (Chiappino & Alès (eds.) 1996; Chiappino 1996a-h). Conforme a la duración del trabajo de campo del programa y a partir de la evaluación realizada por la Dirección Regional de Salud, se ha decidido considerar las enfermedades endémicas más graves y los temas higiénicos complementarios más pertinentes. Los temas seleccionados conciernen a las diarreas infantiles, la malaria, la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas de los niños, las enfermedades sexualmente transmisibles y el SIDA, los problemas vinculados con el agua de beber, así como la higiene en general (ver Lámina 2). En razón de las dificultades y variedades de las lenguas habladas en la región, el programa se concentró en la traducción de las prescripciones médicas al idioma de los grupos de mayor importancia numérica (OCEI 1993): los Chase (Piapoco), Hiwi (Guahibo), Kurripako, Wothïha (Piaroa), Yanomami y Ye'kwana (Makiritare).

En el trabajo de adaptación se tomaron en cuenta varias consideraciones. Una traducción literal o una simple transposición al lenguaje coloquial de las recetas de los médicos no facilitan mucho la comprensión de las conductas terapéuticas y profilácticas occidentales por las comunidades. Con el fin de llevar al enfermo a seguir el tratamiento y, por eso, acudir regularmente al ambulatorio, se necesita que él entienda bien la obligación de modificar su comportamiento habitual. La aceptación de este cambio de hábito depende de todo un contexto socio-cultural que el mensaje médico debe integrar en el acto comunicativo de la consulta. Es indispensable dar explicaciones para que las



prescripciones y los exámenes clínicos y biológicos sean aceptados. Estas aclaraciones son una condición imprescindible, cualquiera que sea, de parte del médico o del enfermero, la dificultad lingüística encontrada. Se tomará un ejemplo. Frente a la malaria, si el médico no sabe comunicarse en el idioma indígena, se puede pensar que su intervención se reduzca a la imposición de la toma de un comprimido antimalárico que el enfermo debe tragar. La “directividad” de esta intervención no facilita la aceptación de la toma del remedio considerado como muy peligroso por ser demasiado amargo.<sup>8</sup> Tampoco facilita el establecimiento de la confianza necesaria para la aceptación de tomar el mismo remedio hasta que la crisis sea completamente curada. La comunicación forma parte de la relación que todo agente de salud debe establecer con el enfermo y, muchas veces, con sus familiares, para que sean aceptadas, a la vez, las medidas necesarias para el diagnóstico, el seguimiento de la terapia y las conductas profilácticas. En las cartillas es entonces muy importante presentar todos los argumentos contextuales y socio-culturales útiles para el entendimiento no sólo de la receta prescrita, sino también de los exámenes y controles para la curación de la enfermedad.

En sí misma, la traducción de los textos impone un trabajo pluri-disciplinario. Resulta, en primer lugar, de las encuestas antropológicas organizadas para entender la concepción indígena del problema sanitario escogido. En nuestro caso, este trabajo ha tomado en cuenta el avance de las investigaciones y análisis ya realizados en relación con esta materia. Se ha beneficiado también de los datos recopilados durante talleres interétnicos. Estos reunían tanto al personal médico-asistencial

---

<sup>8</sup> Los antimaláricos son famosos por lo amargo de los componentes a base de quinina que los caracteriza.

como a representantes de las comunidades. Tenían como meta confrontar los puntos de vista sobre un tema seleccionado. En un tal encuentro, el método de trabajo fue el siguiente; los participantes están repartidos en diferentes mesas de trabajo donde están agrupados por etnia y por ocupación en el dispositivo sanitario; reflexionan sobre la concepción particular que tienen en su cultura de la enfermedad o problema sanitario del cual se trata. Después de este trabajo, cada una de las mesas presenta a la asamblea sus resultados y un especialista expone, en términos sencillos, la concepción occidental sobre el tema. Al final, se debate entre todos las soluciones posibles a los problemas que surgen de esta confrontación de ideas.

Siguiendo estos talleres, los antropólogos realizan un primer texto redactado a partir de los datos biomédicos proporcionados por los médicos. Lo adaptan mediante los datos sociológicos recogidos en un mensaje médico básico pero preciso. Este primer texto ya constituye una verdadera adaptación. Expone los preceptos médicos relativos al diagnóstico, tratamiento y profilaxia de cada enfermedad, integrando en sus aclaraciones las nociones básicas de la concepción amerindia de la salud. El debe satisfacer tanto a la lógica biomédica como a las leyes culturales propias de cada sociedad indígena. Por un lado, tiene que conformarse con las prescripciones determinadas por el ministerio de sanidad y, por otro, no oponerse de manera radical a principios autóctonos fundamentales. Presentar recomendaciones que no contradicen a sus normas ofrece mucho más posibilidades de participación de las poblaciones al control de la salud. Además el texto comporta una breve introducción que expone el punto de vista autóctono sobre el tema de salud considerado y

la evolución del conocimiento occidental sobre el problema tratado<sup>9</sup>.

En esta etapa del trabajo es importante averiguar con algunos informantes bilingües el grado de comprensión de la versión en castellano del texto. Esta consulta permite mejorar el texto donde se descubren puntos de incomprensión. Luego éste sigue mejorándose a lo largo de su traducción en las diversas lenguas a la luz de las reacciones de otros traductores pues esta confrontación hace surgir dificultades de entendimiento que superar. La necesidad de aportar ciertos complementos explicativos para esclarecer la comprensión del texto implica a menudo revisar su versión inicial.

La dificultad de traducir los preceptos biomédicos "à la carte", es decir para cada grupo étnico y conforme a su manera de concebir las enfermedades y la salud, no es sino aparente. Depende, en gran parte, de la costumbre que tenemos de oponer de manera radical la biomedicina y las prácticas de las sociedades amerindias. Por una parte, tenemos una representación materialista de la medicina moderna, que reducimos a la teoría alopática de la sanación. Por otra parte, tenemos una representación espiritualista de los comportamientos sanitarios amerindios que

---

<sup>9</sup> Este punto merece atención. Hemos observado que la variación con el tiempo de la concepción médica sobre las afecciones es muy bien recibida por los pueblos indígenas. El hecho de saber que el conocimiento médico actual no fue adquirido de una vez pero en el transcurso de un largo proceso histórico, relativiza la impresión todopoderosa de la medicina occidental y le confiere una accesibilidad más inmediata. Además, el relato de las concepciones antiguas que nuestros padres tenían acerca de los temas sanitarios, y que no se encuentran en muchos casos tan alejadas de las que tienen las culturas amerindias, facilita la comprensión del cambio de actitud que las poblaciones tienen que realizar para aceptar las estrategias nuevas que se les enseñan.

focalizamos sobre los aspectos más extraños de la actividad chamánica. La oposición existente entre ambas construcciones nos impiden ver los puntos de acercamiento lógico existentes entre ambas técnicas médicas.<sup>10</sup>

Las culturas amerindias han elaborado representaciones de la materia viva y de su reproducción que nos ofrecen conceptos muy adecuados para hablar de los remedios occidentales o de los agentes patógenos. Por ejemplo, para expresar la potencia de los remedios, no es recomendable utilizar los términos referentes a los “instrumentos” más conocidos manipulados por los chamanes como lo son las entidades que llamamos “espíritus” o “almas”. Estas comparaciones no son creíbles conforme al exceso de materialidad que reconocemos a los remedios en contraste con dichas entidades espirituales. Mejor valerse de los términos referentes a su composición pues los espíritus o almas son animados por un “principio” o “fuerza vital” que se puede comparar al poder de los remedios. Esta correspondencia es tanto más pertinente que la materia constitutiva del “principio” o “fuerza vital” de las “almas” o “espíritus” se encuentra concebida de manera muy similar a la de los remedios. Ambas son del orden del infinito pequeño y quedan invisibles en las circunstancias normales. Son fuerzas que se perciben solamente de manera indirecta en los efectos que producen en los cuerpos y por medio de instrumentos propios a los especialistas, tal como los diferentes aparatos de los médicos o los “espíritus auxiliares” particulares de los chamanes (Chiappino 1995b). Por las mismas razones las palabras de “fuerza” o “principio vital” - o su correspondiente indígena - pueden servir para dar cuenta del poder de cualquier

---

<sup>10</sup> Para una discusión sobre este tema ver J. Chiappino 1995a, 1995b.

tipo de agente patógeno. Su uso en las explicaciones de los agentes de salud sobre una enfermedad y de su tratamiento permite a los indígenas entender más fácilmente la patología concebida por la biomedicina y la eficacia de sus estrategias.

Otros procedimientos tomados en las técnicas de las culturas amerindias nos ofrecen muchas comparaciones posiblemente explotables para explicar ciertos medios de diagnóstico o de profilaxia. Es el caso de la práctica tradicional de lavado que interviene en el “enfriamiento” de la yuca, o lo de las estrategias vinculadas con la “búsqueda chamánica de las enfermedades por los espíritus” que, respectivamente, permiten explicar ciertos medios de profilaxia como unas vacunas o ciertos medios de diagnóstico (Chiappino *ibid.*).

La conformidad de los textos con la lógica médica de las prescripciones depende, por supuesto, de la habilidad de los traductores para entender el mensaje y lograr adaptarlo al modo de pensar autóctono sin desviarlo ni inducir a equívocos, sobre todo, en la dosis y duración del tratamiento. No obstante, la adecuación de los textos a la lógica médica no impone obstáculos insuperables, tal como lo pensamos al principio. Con el apoyo de algunas analogías chamánicas, las nociones de “principio” o “fuerza vital” y unos principios de equilibrio vital son suficientes para cubrir los campos conceptuales inherentes al propósito educativo que planteamos. No se necesita en efecto, como sucede en otros contextos, crear conceptos para traducir nociones inexistentes.<sup>11</sup> Pero sí se necesita un profundo

---

<sup>11</sup> Pensamos, por ejemplo, como lo anotó J. Landaburu, director del CEELA (Bogotá), en la creación de palabras que se necesitan introducir para traducir conceptos inherentes a los términos de la Constitución como ocurrió en Colombia cuando este centro se encargó de publicar esta obra en lenguas amerindias.

conocimiento tanto de la lógica del acto médico como de las prácticas terapéuticas chamánicas para reinterpretar el discurso generalmente demasiado elitista de los médicos. Se trata de redactar unas cartillas de salud que sean a la vez inteligibles para las poblaciones y desprovistas de graves malentendidos. Es esencial que en su expresión general el mensaje quede *muy elemental* a fin de facilitar su comprensión para todos. Este ejercicio es precisamente lo más difícil de realizar por los médicos a consecuencia de su propia formación.

### **Adaptación de las prescripciones médicas al conjunto cultural amerindio**

Más allá de la pura transposición lingüística del mensaje biomédico, es también importante llevar una cierta atención a la estructura y al orden social de las comunidades a las cuales las cartillas de salud se dirigen. Si están elaboradas para enseñar técnicas y estrategias, otras dimensiones que la sola comprensión de recetas deben estar tomadas en cuenta para demostrar que la acción médica no se opone a los valores de la cultura ni trata de sustituirlos.

Aquí se necesita recordar que las nuevas prácticas a las cuales se inician las comunidades pueden ser consideradas como cargadas de una intención mortífera o capaces de transformar a la persona. En el caso de la diarrea del niño, por ejemplo, si se habla de hacer tomar una gran cantidad de agua y de sal para explicar la acción del suero oral de rehidratación, sin tomar la precaución de señalar que no se trata de romper su equilibrio vital con esto, hemos observado que las familias pueden pensar el procedimiento como dañino. En la concepción amerindia de la vida, la toma de agua con sal se concibe como un exceso de frío que puede

oponerse un equilibrio vital.<sup>12</sup> El elemento hídrico y el elemento salino son ambos del orden del frío y pueden agravar el equilibrio vital del niño ya perturbado por el agente causal de la diarrea. De allí el rechazo del suero oral cuando está solamente presentado con la expresión inspirada de la fórmula occidental “dar de beber mucha agua con sal”. El malentendido al origen de este rechazo toma toda su importancia cuando uno se recuerda que la diarrea infantil es una de las mayores causas de muerte entre estas poblaciones.<sup>13</sup> En estos casos, y sin entrar en detalles de la explicación de la presión hidroestática interesada en la curación de la diarrea, es suficiente comparar el suero oral a las papillas autóctonas utilizadas para curar dicho desequilibrio. En esta perspectiva se recomienda utilizar la palabra “té”<sup>14</sup> para justificar el efecto del suero oral, comparándolo así al efecto “suavizante” de las hierbas tradicionalmente empleadas para acabar con la diarrea. Con estas explicaciones se da a entender muy claramente la potencialidad del suero oral sin contradecir las creencias relativas al equilibrio vital del cuerpo según las cuales toda ruptura brutal y/o prolongada puede llevar al individuo a la muerte.

También un rechazo de las vacunas o de los remedios puede ocurrir si se sugiere que la vacuna equivale a la introducción en el cuerpo de agentes extraños. En este caso, las poblaciones pueden percibir una voluntad de transformar a la persona. Mejor entonces explicar, en cuanto a las vacunas, la estrategia de “suavización”

---

<sup>12</sup> Sobre la concepción amerindia del equilibrio vital en relación con un balance seco/húmedo, caliente/frío, dulce/salado, ver Butt Colson A. & C. Armellada de 1977, 1985; J. Clarac de Briceño 1981.

<sup>13</sup> Ver UNICEF 1994.

<sup>14</sup> En Venezuela la palabra “té” sirve para definir todo tipo de infusiones preparadas a base de hierbas.

empleada en la preparación del producto y comparar ésta con el "lavado" de la yuca.

Con estos ejemplos se nota cómo un mensaje que contiene argumentos contrarios a los principios fundamentales de la sociedad logra no sólo descalificar los poderes que pueden curar, sino también desvalorizar la acción médica en general. No obstante, la resistencia a la toma del remedio y al seguimiento de los tratamientos o inyecciones profilácticas (las vacunas), así como el rechazo del dispositivo de salud, no dependen exclusivamente de malentendidos y desacuerdos relativos a los principios fisiológicos propios de la sociedad. Son también función del desinterés manifestado en el discurso médico acerca de principios fundamentales vinculados con el orden social y cósmico.

La falta de reconocimiento de los poderes de los chamanes y de los ancianos, quienes son las personas "grandes" que saben y lideran las comunidades, refuerza la desconfianza y la resistencia a la intervención médica. Esta situación ocurre muy frecuentemente cuando el personal de salud desvaloriza las prácticas ancestrales y los poderes de los especialistas locales, por ser demasiado concentrado sobre el aspecto biológico y/o por promover una ideología de dominación cultural, que sea laica o religiosa.

Con el fin de hacer aceptar, a la vez, las recomendaciones sanitarias presentadas y el personal que las transmite, el mensaje médico debe evitar de expresar una ideología de descalificación del mundo indígena. En este sentido es muy adecuado que el servicio médico no condene la actividad chamánica. No hay necesidad de presentar las técnicas de la medicina occidental como exclusivas de las prácticas utilizadas por la población, y mucho menos cuando se sabe que, a



consecuencia de la escasez crónica de remedios en los ambulatorios, en muchos casos, las poblaciones sólo pueden contar con los recursos de sus propias prácticas.

Es importante entonces de evitar que la descalificación del chamanismo no deje a las comunidades deprovistas de toda forma de ayuda terapéutica. El respeto de las concepciones tradicionales es un componente indispensable del mensaje médico. En este sentido, además de la evaluación de la traducción del texto por parte de los médicos para que sea conforme a la lógica propia de la medicina, se necesita una evaluación por parte de chamanes y ancianos para que él sea conforme a los principios propios de la concepción de la enfermedad y la salud de su sociedad. La consulta de chamanes y ancianos sobre el texto constituye una etapa capital para que el mensaje que el personal de salud transmite sea no solamente entendido sino seguido.

La adecuación de los documentos a la estructura social y al papel del hombre en el universo depende de la inclusión en el discurso de unas referencias oportunas a los poderes chamánicos y al conocimiento de los ancianos y ancestros. El propósito del mensaje no consiste en dictar un curso sobre la estructura social o la actividad chamánica. Es suficiente que el texto de introducción presente brevemente las estrategias sanitarias endógenas y las reconozcan conjuntamente con las estrategias exógenas de la biomedicina con las cuales se propone resforzarlas.

Las referencias al conocimiento autóctono varían según la enfermedad y las sociedades. Tomamos el ejemplo del suero oral de rehidratación del niño con diarrea aguda. Se recomienda que el chamán "sople" sobre el agua que sirve para preparar el suero en las culturas donde se necesita que el chamán sople sobre toda nueva comida o bebida del nené. Cuando la comunidad no

posee los sobres de sales para confeccionar tal preparación también se aconseja utilizar los tés o bien las papillas que se preparan tradicionalmente. En las sociedades donde los rezos de un chamán son la costumbre, se recomienda asociarlos con la toma de la prescripción médica. No hay necesidad de que la intervención del médico y el uso de remedios prohíban la actuación de un chamán si el grupo lo quiere. Además, ninguna de esas prácticas entra en contradicción con la lógica biomédica. De todos modos se observa que, cualquiera que sea el veto que se oponga a la actuación de los chamanes, ésta sigue realizándose conjuntamente, sea de manera visible o sea de manera oculta. Denigrar los actos chamánicos no logra sino provocar la desconfianza y el desinterés hacia la medicina. Si bien los indígenas reconocen una cierta eficacia a la biomedicina en el campo físico, no la acreditan de una eficiencia suficiente como para resolver el problema mórbido. Según su concepción de la enfermedad, esta resolución traspasa el problema del individuo y la intervención de fuerzas únicamente implicadas en su propio bienestar. “Para la ciencia chamánica, lo biológico no se puede afirmar como un campo autónomo, separado del cuerpo social o de la relación cosmológica que el individuo tiene que mantener con el universo y el mundo de las almas de los ancestros. La salud individual no es independiente del bienestar colectivo y del equilibrio universal” (Alès & Chiappino 1997:12).

### **Adaptaciones particulares a la comprensión de la dosis y duración del tratamiento**

En la adaptación del mensaje médico al componente socio-cultural surge el complejo problema de la comprensión de la repartición cotidiana del remedio y de la continuación del tratamiento. La memorización de

las tomas de remedios, es decir su secuencia en el día y la duración del tratamiento se benefician mucho con el apoyo de cuadros.

Al nivel lexical, la secuencia del tratamiento en el día se expresa muy sencillamente, refiriéndose a las principales posiciones del sol, y su duración, a las diferentes etapas del ciclo de la luna. Pero es más difícil explicar gráficamente la sucesión de las acciones médicas (toma de remedio, visita al ambulatorio, etc...) y su repartición con el tiempo. La memorización de las tomas de remedio o de inyecciones se facilita indicándolas en función de un dibujo que representa un sol saliendo, a la vertical y al poniente. Se recuerda la duración del tratamiento gracias a un dibujo que representa una luna creciente, llena, decreciente, etc... Sin embargo, estos símbolos tienen que ser proyectados sobre curvas, lo que evoca la bóveda celeste. Es lo que resultó de las consultas y de los esbozos realizados durante los talleres de dibujo organizados para ilustrar los textos.<sup>15</sup> Tales gráficos (ver Figuras 1a y 1b ) incluidos en las cartillas permiten al personal de salud tomarlos como modelo para indicar al enfermo o a sus padres la repartición diaria de la dosis y la duración total del tratamiento. En los casos de los tratamientos complejos y largos como, por ejemplo en el caso de la tuberculosis, este tipo de esquema es capital.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Ver C. Alès 1997, en este volumen.

<sup>16</sup> Ver J. Chiappino 1997.

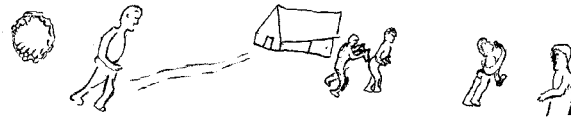
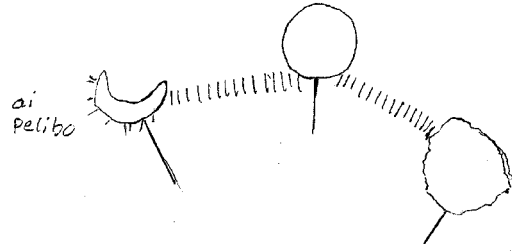
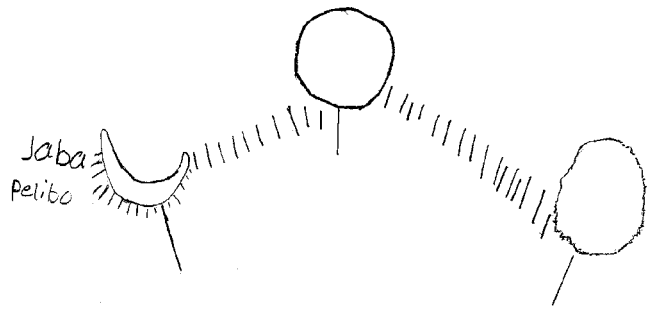


Lámina 1a

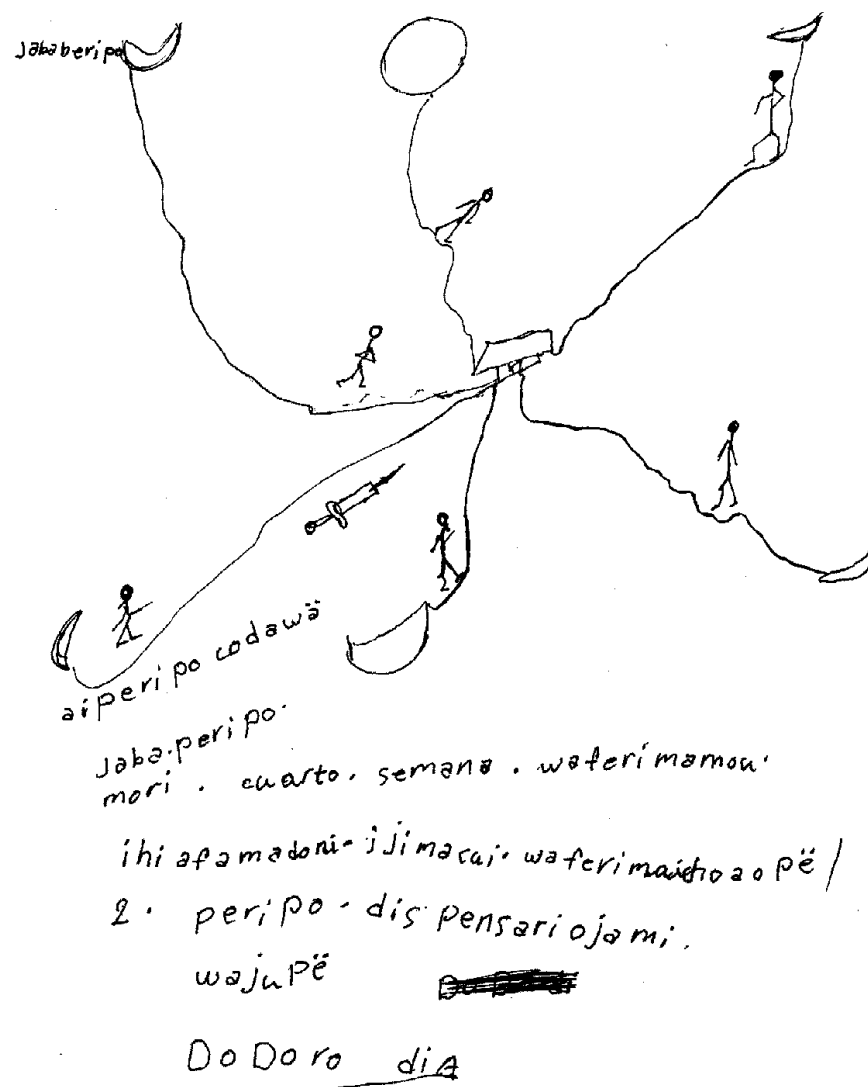


Lámina 1b

Láminas 1a y 1b: Representaciones gráficas yanomami de la duración del tratamiento de la tuberculosis. Primera fase: durante 2 meses - 2 lunas - el enfermo debe ir, cada día, al dispensario para recibir una inyección y tomar remedios.

El seguimiento del tratamiento a largo plazo, así como el cambio de remedio, constituyen aspectos particulares que siempre son difíciles de hacer entender claramente. La necesidad de seguir la toma de remedios aunque los

signos clínicos hayan desaparecido por el efecto de un primer tratamiento, es un obstáculo muy grande en el tratamiento de las endemias como la tuberculosis. Igualmente, el cambio de remedios se hace problemático cuando los primeros no resultaron eficaces.

En estos casos la comparación, por ejemplo, con la secuencia tal vez muy larga de las múltiples intervenciones de varios shamanes, dirigidas en contra de agentes patógenos difíciles de desalojar shamánicamente del cuerpo del enfermo, ayuda en la comprensión de la duración del tratamiento y del cambio de terapia. Es muy pertinente dar explicaciones sobre la capacidad de resistencia y la adaptabilidad del agente patógeno pues las almas y espíritus que transmiten las enfermedades más peligrosas e improbables de curar se caracterizan por las mismas propiedades.

### **Las ilustraciones y el problema de la escritura**

Las ilustraciones componen unos medios muy eficaces para que las cartillas cumplan realmente con su papel de facilitadores de comprensión para los auxiliares o promotores de salud y sirvan de soporte en la formación sanitaria de las comunidades. En el caso que analizamos hemos reforzado los textos con dibujos realizados por representantes de las comunidades en el transcurso de talleres específicos. Si, en general, la ilustración parece indispensable para dar un aspecto más atractivo a las cartillas y aclarar unas técnicas relativamente complejas, la realización de los dibujos por personas de la misma cultura tiene un interés de otra índole. Permite descubrir malentendidos del mensaje, no anotados a través de la única comunicación oral, también permite evitar la proyección occidental de nuestro modo de representación gráfica.

Descubrimos, por ejemplo, que la costumbre de seguir la linealidad izquierda-derecha y arriba-abajo de nuestro modo de escribir en la representación del tiempo no facilita la comprensión de los dibujos relativos a la duración del tratamiento, en comparación con la línea curva o circular espontáneamente seguida para figurar el desplazamiento del sol o de la luna. Como lo vimos, estos elementos naturales de la temporalidad son indispensables para hacer entender las secuencias de las tomas de remedios y la duración del tratamiento. La interpretación de diversas escenas utilizadas para ilustrar el proceso propio de una terapéutica compleja o de un proceso biológico no se encuentra, por la misma razón, necesariamente simplificada por la disposición de nuestro sistema de escritura, es decir presentando los esbozos en líneas que van de la izquierda a la derecha y de arriba para abajo. Mejor será seguir, en muchos casos, los modelos que los dibujantes utilizan espontáneamente con su "perspectiva en escala"<sup>17</sup> o disponiendo las figuras sucesivas sobre una línea que va, sin interrupción, de la derecha a la izquierda y de la izquierda a la derecha, o de arriba para abajo y al revés. Eso recuerda la manera de escribir de la Grecia antigua o de los Etruscos, llamada "bustrofedón", por imitar el surco dejado por el buey que labra la tierra. Por cierto, así como lo experimentamos, la necesidad de respetar estas condiciones facilitadoras de la comprensión complica la diagramación e implica cierto compromiso con las reglas de edición habituales.

Constatamos también que los indígenas no veían ninguna dificultad para representar en sus dibujos simultáneamente ambos tratamientos, médico y

---

<sup>17</sup> Con la voluntad de traducir una relación espacial entre los diferentes planos, los dibujantes presentan el plano más próximo abajo en el dibujo y el más lejano en la parte superior (Alès 1997).

chamánico. Eso confirma que no consideran una medicina como exclusiva de la otra, también que esta complementaridad puede ser explotada, lo vimos, para hacer entender la duración del tratamiento biológico y/o el cambio de remedio.

Con relación a la participación, la intervención de la comunidad mediante el trabajo de los dibujantes constituye un paso importante, al igual que la colaboración de los traductores en la adaptación de los textos. Los rasgos culturales introducidos por los ilustradores y encontrados en los vestidos de los personajes y el ambiente socio-económico refuerzan la aceptación del mensaje médico por las comunidades. Por la sencillez de las imágenes y su afinidad con cada cultura los documentos pueden ser entendidos tanto por los lectores como por los que son analfabetos o poco acostumbrados a la lectura. Hemos observado que los mayores que no saben leer miraban las cartillas con mucha atención e interés. Por su parte, los jóvenes se dieron cuenta de que los documentos pueden incluso servir para la enseñanza de la lectura. Sería entonces muy oportuno desarrollar este tipo de documentos e incluirlos en el currículum escolar para difundir una educación sanitaria básica más amplia al beneficio de las comunidades.

Al principio del programa, teníamos una idea errónea del rechazo que podía provocar la manera escrita de presentar el mensaje médico a una población indígena poco preparada para la lectura. En realidad, la valorización de la cultura revelada por la presentación de consejos sencillos, escritos en lengua autóctona, ilustrados con dibujos que los representan y reunidos en cartillas comparables a los libros de los extranjeros suscitó de inmediato el interés de los pueblos para esta producción. Según ellos mismos, gracias a estos documentos pueden, por fin, entender el mensaje de los



demás sobre un punto tan preocupante como lo de la cuestión sanitaria.

La diversidad de los modos de transcribir los idiomas y las variaciones dialectales fueron las dificultades mayores que obstaculizaron nuestro deseo de producir documentos realmente "à la carte"<sup>18</sup>. Por el tiempo limitado del programa decidimos publicar los documentos sanitarios siguiendo el modo de transcribir de los traductores. En ciertos casos se introdujeron unos equivalentes dialectales entre comillas.

Con el fin de complementar el soporte escrito, hemos planificado, más allá del programa, acompañar la producción de las cartillas por la grabación de los textos sobre cintas, modo de transmisión muy factible en las comunidades que poseen grabadoras. De un lado, eso compensa la dificultad de lectura cualquiera que sea su origen y, de otro lado, ofrece la posibilidad a todos, alfabetizados o no, de conocer el mensaje médico. Se grabaron así cintas en yanomami (Chiappino 1998b), las cuales fueron distribuidas a las comunidades cercanas de los centros misionales.<sup>19</sup> Las demás grabaciones podrían realizarse en el marco de un plan de formación de promotores o agentes de salud locales, durante talleres del tipo de los que nos han permitido elaborar las cartillas, pues todos estos elementos constituyen valiosos instrumentos para la educación del personal sanitario indígena y la de las poblaciones. En estas reuniones, también se pueden adaptar los sistemas de escritura que no convienen para unas comunidades y mejorar el mensaje mismo. Se necesita, como mínimo, pensar en las adaptaciones que aportar

---

<sup>18</sup> Para una discusión detallada de este tema, ver C. Alès en este volumen.

<sup>19</sup> De lo que hemos podido observar el modo auditivo es muy eficaz para la memorización del texto.

en los tratamientos que siempre se mejoran. Por ejemplo, a iniciativa de algunos ye'kwana, se realizó una segunda edición de los textos en su idioma, eligiendo otro sistema de escritura que el utilizado en la primera versión e integrando correcciones (Chiappino & Alès eds. 1998).

Para concluir, llamaremos la atención sobre las principales condiciones de elaboración de documentos didácticos para estimular el interés de las comunidades indígenas al control de la salud. El material tiene que presentarse bajo una forma muy elemental para que sea inteligible. Debe asociar una redacción en lengua vernácula y hacer referencias a nociones autóctonas de salud. La valorización de la lengua materna y el respeto de comportamientos tradicionales constituyen unos elementos esenciales en la aceptación de las recomendaciones presentadas. Tales documentos pueden ser utilizados en la formación de un personal de salud local y así contribuir a reforzar la eficacia del servicio médico-asistencial en las situaciones de aislamiento y de distancia cultural. Responden al deseo de conocimiento de las comunidades del Amazonas venezolano y responden también a la preocupación de la Medicatura rural. Parecen así componer una opción que los responsables de la política sanitaria pueden escoger en todas las situaciones donde se trata de lograr la participación comunitaria. En Brasil, por ejemplo, donde se busca una solución para obtener la colaboración de las comunidades indígenas para mejorar la eficacia de los Distritos Sanitarios Especiales (Indígenas), la producción participativa de este tipo de documentos y un plan de integración del personal indígena local pueden ofrecer una solución capaz de poner fin al estado, como lo señalan Athias & Machaso (2001), demasiado centralizado de la política sanitaria para que ella sea realmente eficaz. Los factores que hemos explotado no son específicos de las sociedades amerindias del Amazonas venezolano y pueden estar

considerados en los sistemas de salud dirigidos a toda población indígena que vive en situaciones similares.

Los comportamientos de apertura a la cultura ofrecen una alternativa a las políticas sanitarias planteadas para los pueblos indígenas muy frecuentemente pensadas a corto plazo. En comparación con los resultados muy limitados de los operativos de emergencia, comunmente considerados como la solución idónea para atender a estas poblaciones aisladas, los planes de formación sanitaria que promueven una educación sanitaria adaptada al ambiente socio-cultural local permiten esperar un mejor control de las endemias. Se sabe que la biomedicina no logra controlar las graves endemias sin el respeto de estrictas medidas terapéuticas y profilácticas por parte de la población, de tal manera que se necesita favorecer una educación intercultural y bilingüe bajo todas sus formas. Los documentos didácticos necesarios para cumplir con este propósito son todavía muy escasos. Quedan por ser elaborados, multiplicados y difundidos. Eso depende de una voluntad de colaboración entre los médicos, los antropólogos y el sector educación para conjuntamente plantear los programas pluridisciplinarios indispensables para este trabajo.

El método que recomendamos para la producción de tales documentos ofrece la ventaja de asociar la elaboración de un material didáctico propio con el aprendizaje de las técnicas sanitarias nuevas por las comunidades participando en este trabajo. Además el presupuesto limitado de dichos programas no perjudica a los operativos de emergencia. No es el caso en la situación opuesta cuando, al seguir el “paradigma urgentista” de moda en el ámbito asistencial de hoy (Martin 2000), se da prioridad a estos operativos a menudo muy costosos y se expone a las poblaciones a padecer de una falta de cobertura profiláctica (vacunas y educación sanitaria) y de medicina generalista

(Armada 1997, Chiappino & Alès 1997). En el caso de Venezuela, la coyuntura actual parece favorable al surgimiento de la “medicina intercultural y bilingüe” tal como llamamos a esa nueva manera de concebir la asistencia (Alès & Chiappino 1997). Esta concepción hizo parte de las propuestas elaboradas por los indígenas para defender sus derechos en la nueva Constitución de Venezuela (1999). En el artículo 122 se declara: “Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que reconocerá sus prácticas y culturas” y que “el Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias con sujeción a principios bioéticos“. Además se reconoce el uso oficial de los idiomas para los pueblos indígenas y el uso de sus prácticas sanitarias tradicionales. El Manual Normativo para Auxiliares de Medicina Simplificada ya fue revisado y depurado de todas las declaraciones que contenía en contra de los chamanes (MSAS 2000).

Los programas de formación y educación sanitaria intercultural y bilingüe que esbozamos promueven una integración de la diferencia en el modo de pensar la salud a fin de acabar con la situación de marginalización impuesta a las poblaciones autóctonas y manifestada, entre otros, a través de los programas de salud. Los pueblos indígenas del mundo piden que se determinen planes y estructuras de capacitación que les permitan tener un papel realmente activo en el control de su salud y las tomas de decisión de la asistencia sanitaria prodigada a las comunidades. La Organización Mundial de la Salud reconoció su derecho de tener una visión propia de la salud y agredió con estas peticiones (WHO 1999). Sería abrir la vía al verdadero “contrato social... para una equitativa ciudadanía” (Fassin 2000) que las poblaciones indígenas del mundo esperan de las naciones de las cuales forman parte.



Lámina 2  
Modelo de cartillas interculturales y bilingües.

## Referencias

**Alès C.** (1997) "La vida, la enfermedad y la muerte. Una iconografía de los pueblos de Amazonas", in *Del Microscopio a la Maraca*, Chiappino J. & C. Alès (eds.), Caracas, Ex Libris editorial: 45-224.

**Alès C. & J. Chiappino** (1997) "Introducción", in *Del Microscopio a la Maraca*, Caracas: Ex Libris Editorial: 8-17.

**Armada F.** (1997) "Aproximación a la situación sanitaria del Estado Amazonas", in *Del Microscopio a la Maraca*, Chiappino J. & C. Alès (eds.), Caracas, Ex Libris editorial: 293-316.

**Athias F. & M. Machado** (2001) "A saúde indígena no processo de implementação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para un diálogo interdisciplinar", en *Cad. Saude Pública*, 'Saúde dos povos indígenas no Brasil: Perspectivas atuais' Rio de Janeiro, 17 (2): 425-431.

**Butt Colson A. & C. de Armellada** (1977) "Oposiciones binarias y tratamiento de las enfermedades entre los Akawaio", *Revista Montalbán, UCAB* (6): 183-219.

**Butt Colson A. & C. de Armellada** (1985) "El origen de la etiología de enfermedades y su tratamiento en la América Latina", *Revista Montalbán, UCAB* (16):5-45.

**Chiappino J.** (1992) "Participation caritative ou concertation: alternatives de l'assistance sanitaire prodiguée aux Yanomami du Venezuela", 'Anthropologies et santé publique', en *Cahiers de l'ORSTOM*, série Sciences Humaines, (28) 1: 99-121.

**Chiappino J.** (1995a) "Corps matériel, chamanisme et modernité chez les Yanomami", *Techniques et Culture* 25-26: 159-192.

**Chiappino J.** (1995b) "El Coloso yanomami frente al nuevo Eldorado, Representaciones del ser humano y del medio ambiente: un invite de la participación comunitaria al desarrollo regional", en *Amazonas, Modernidad en Tradición*, Caracas. GTZ / CAIAH / SADA- AMAZONAS:175-204.

**Chiappino J.** (1996a) "Cómo Mantener la Salud del Cuerpo", Documento PROCOMSIVA n° 1, versión en castellano, en *Palabras para promover la salud entre los Pueblos amerindios de Venezuela*, Chiappino J. & C. Alès (eds.) Caracas: CUE, 16 p.

**Chiappino J.** (1996b) "El Agua de Beber", Documento PROCOMSIVA n° 2, versión en castellano, in *Ibid.*, 16 p.

**Chiappino J.** (1996c) "Las Diarreas Infantiles", Documento PROCOMSIVA n° 3, versión en castellano, in *Ibid.*, 24 p.

**Chiappino J.** (1996d) "La Malaria", Documento PROCOMSIVA n° 4, versión en castellano, in *Ibid.*, 20 p.

**Chiappino J.** (1996e) "La Tuberculosis", Documento PROCOMSIVA n° 1 - 7, versión en castellano, in *Ibid.*, 24 p.

**Chiappino J.** (1996f) "Las Infecciones Respiratorias Agudas Infantiles", Documento Procomsiva n° 6, versión en castellano, en *Ibid.*, 28 p.

**Chiappino J.** (1996g) "Las Enfermedades Sexualmente Transmisibles y el SIDA", Documento n° 7, versión en castellano, en *Ibid.*, 20 p.

**Chiappino J.** (1997) "Las Piedras Celestes. Para una nueva forma de intercambio en el ámbito de la salud", en *Del Microscopio a la Maraca*, Caracas: Ex Libris Editorial: 253-290.

**Chiappino J.** (1998a) "*Plan de capacitación de los agentes de salud indígena de la Dirección Regional de Salud (DRS) y Malariología. Determinación del papel del promotor de salud*", Puerto Ayacucho: Proyecto RBAOC, Unión Europea-Sada-Amazonas-MARNR (ms.): 16 p.

**Chiappino J.** (1998b) *Palabras para Promover la Salud entre los Pueblos Amerindios de Venezuela*, 'Documentos de Educación Sanitaria en lengua Yanomami', Cinta 1: "Cómo Mantener la Salud del Cuerpo" y "El Agua de Beber", Cinta 2: "Las Diarreas Infantiles", Cinta 3: "La Malaria" y "La Tuberculosis", Cinta 4: "Las Infecciones Respiratorias Agudas Infantiles", Cinta 5: "Las Enfermedades Sexualmente Transmisibles y el SIDA", Puerto Ayacucho: Proyecto RBAOC, Unión Europea/Sada-Amazonas-MARNR.

**Chiappino J. & C. Alès** (eds.) (1996) *Palabras para promover la salud entre los pueblos amerindios de Venezuela*. Documentos PROCOMSIVA n° 1 - 7, 6 volúmenes, versión Chase-, Kurripako-, Wothiha-, Ye'kwana-, Hiwi-, Yanomami-Castellano, Caracas: CUE.

**Chiappino J. & C. Alès** (eds.) (1997) *Del Microscopio a la Maraca*. Caracas: Editorial Ex Libris, 400 pp.

**Chiappino J. & C. Alès** (eds.) (1998) *Palabras para promover la salud entre los Pueblos amerindios de Venezuela*, Documentos PROCOMSIVA n° 1 - 7, versión ye'kwana-, 2° edición, Caracas: CUE, 128 pp.

**Chiappino J. & C. Alès** (1997) *Evaluación del Programa de salud y alimentación del Proyecto RBAOC*, Puerto Ayacucho: Proyecto RBAOC, Unión Europea-Sada-Amazonas-MARNR (ms.).

**Clarac de Briceño J.** (1981) *Dioses en Exilio. Representaciones y prácticas simbólicas en la Cordillera de Mérida*. Caracas: Fundarte, Colección Rescate 2, 259 pp.

**Díaz M. & J. M. Ficher** (1993) "Elementos de análisis para el mejoramiento de la prestación de salud en el Amazonas", en *Memorias del 1 Simposio Salud y Población Indígena de la Amazonía*, Vol I, Estrella E. & A. Crespo (eds.), Quito: IMPRETEC: 291-295.

**Fassin D.** (2000) "Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration", en D. Fassin (coord.); 'Santé. Le Traitement de la Différence', *Hommes et Migrations*, 1225 (mai-juin): 4-12.

**Figueroa A. L. & E. M. T. Mainburg** (1993) "Formação de Indígenas como Agentes Comunitarios no Alto Rio Negro, en Salud y Población Indígena de la Amazonía", in *Memorias del 1 Simposio Salud y Población Indígena de la Amazonia*, Vol I, Estrella E. & A. Crespo (eds.), Quito: IMPRETEC: 243-259.

**Martin J. P.** (2000) "Le paravent de l'humanitaire", en "Humanitaire. La politique du moindre pire?", *Mouvements. Sociétés, Politiques, Cultures*, 12, nov-déc: 13-20.



**Oficina Central de Estadísticas e Informática (OCEI)** (1993) *Censo Indígena de 1992*. Vol I, OCEI, Caracas: Presidencia de la República.

**Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS)**, República de Venezuela (2000) *Manual Normativo para Auxiliares de Medicina Simplificada y Otro Personal Voluntario*. Caracas: MSAS, 319 pp.

**Seijas H.** (1988) *Informe del Seminario Taller "Aspectos antropológicos y sociológicos de la Atención Primaria en Salud en el Territorio Federal Amazonas"*. Puerto Ayacucho: CAICET (ms.)

**Toro M.** (1997) "Economía y Salud en el Amazonas Venezolano", en *Del Microscopio a la Maraca*, Chiappino J. & C. Alès (eds.), Caracas: Ex Libris editorial: 317-336.

**UNICEF** (1994) *Diagnóstico del Niño Amazónico*, Caracas: UNICEF, Corpográfica SRL, 243 pp.

**Vásquez M. L. & M. Mosquera** (eds.) (1994) *Diarrea y Enfermedades Respiratorias Agudas en Nicaragua. Un estudio de Intervención Educativa 1982-1992*. Managua: Universidad Centro Americana de Managua, 235 pp.

**World Health Organisation (WHO)** (1999) *Report of the International Consultation on the Health of Indigenous Peoples* (23-26 Nov. ), Geneva: WHO.