

# ECOLOGIA Y SALUD INDIGENA

Dr. Alberto Pinzón Sánchez  
Antropólogo, M.S.A.

Uno de los pocos estudios hechos en el país desde el punto de vista de la Salud Pública y realizado en terreno sobre población indígena, es el estudio médico-antropológico de la Amazonia Colombiana realizado por el Doctor Ney Guzmán Gómez, de la Universidad del Valle en 1968. (1)

A pesar de algunas deficiencias en el análisis antropológico, es el primer buen estudio de ese tipo, en donde se combinan los datos cualitativos y cuantitativos del nivel de salud, de un Universo Poblacional de 2.478 personas de las cuales 2.158 (87%) eran indígenas, moradores de las riberas de los grandes ríos del trapecio amazónico; Putumayo, Carapará, Igarapará, Pupuña, Icatué y perteneciente a los grupos étnicos: Witotos, Borás y Ticunas.

Los indicadores más relevantes y que nos recuerdan la situación del país a comienzos de este siglo, son:

1. Pirámide poblacional con predominio de menores de 15 años. (54%)
2. Elevadas tasas de natalidad . . . . . 62 x 1000
3. Elevada tasa de mortalidad general. . . . . 20 x 1000  
- Con una elevada tasa de mortalidad de menores de una año 87 x 1000
4. Edad media al morir . . . . . 25,5 años
5. Las principales causas de mortalidad:
  - Gastroenteritis . . . . . 16%
  - Tuberculosis . . . . . 10%
  - Anemia . . . . . 6%
  - Colitis . . . . . 6%
  - Accidentes de selva . . . . . 6%
  - Bronconeumonía . . . . . 4%
  - Sarampión . . . . . 2%
6. Las principales causas de morbilidad clínica fueron:
  - Poliparasitismo intestinal . . . . . 30%
  - Enfermedades respiratorias . . . . . 14%
  - Enfermedades de la piel . . . . . 6%
  - Avitaminosis y anemia . . . . . 6%
  - Gastroenteritis . . . . . 4%
  - Tuberculosis . . . . . 3%
  - Desnutrición . . . . . 2%
  - Conjuntivitis . . . . . 0.5%
  - Leishmaniasis . . . . . 0.5%Además hubo en esta fecha, 5 casos de paludismo diagnosticado entre la población de colonos venidos del Caquetá.
7. Altísima morbilidad dental. 496 personas (20%) solicitaron servicio estomatológico.
8. Inexistencia de indicadores de Saneamiento básico ambiental.

Quince años después de publicados estos datos, según las conclusiones del II taller nacional de prestación de servicios de salud a comu-

nidades indígenas, Mayo 1983. (2). La situación para la población indígena de Colombia no es muy diferente a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud y otras Entidades Estatales Especializadas. La verdad es que todavía no existen instrumentos estadísticos que permitan establecer con certeza el comportamiento de la morbi-mortalidad en la población indígena colombiana, ni hacer un análisis del nivel y estructura de su salud.

El panorama permanece en lo fundamental, solo que el reciente y agudo proceso de "aculturación" sobre todo en las comunidades indígenas ha colocado en los primeros lugares de morbilidad el problema de la nutrición con dos patologías sobre-agregadas: la tuberculosis y el paludismo.

Una muestra tomada por el Doctor Guillermo González de la Universidad del Cauca en 1978. (3), sobre un grupo Emberá-Chami habitante de la selva del alto Chocó (municipio de Bolívar, Valle del Cauca) mostró que de once niños examinados menores de 5 años, 8 tenían desnutrición grado II y uno tenía grado III. De 13 niños menores de 15 años, 8 tenían tuberculosis diagnosticada con examen físico y prueba de tuberculina, con el agravante de que el 96% de toda la población examinada tenía poliparasitismo intestinal confirmado. Una reciente evaluación numérica del programa antituberculoso del Ministerio de Salud en poblaciones indígenas confirma esta preocupante realidad. (4).

Con una amplia experiencia del terreno, el médico Fabio Rangel, propone para este complejo sintomático de las tres enfermedades unidas, una nueva Entidad al parecer típica colombiana, denominada "Síndrome de Deprivación Socio-Económica". (5).

En Abril de 1983, un brote del ya endémico - paludismo que mató 2.000 personas ese año en Colombia. (6), recorrió la selva del Chocó cobrándole 20 muertos por *P. Falciparum* a los indígenas Katio de los ríos Murri y Yarapeté, confirmadas por el Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Una semejante afirmación hace el Servicio Seccional de Casanare, en julio de 1983, con 3 casos de paludismo entre la menguada población indígena de su jurisdicción. (7).

El múltiple aislamiento y marginamiento geográfico, económico, cultural y étnico, se potencializa en sus efectos mortales para incidir sobre la realidad que viven los indígenas. A las barreras geográficas se suman barreras culturales como la misma concepción indígena de la enfermedad y el tratamiento, que dificultan la realización del largo y complejo tratamiento farmacológico científico. Hay entonces gran deserción y pérdida de pacientes, imposibilidad de controles médicos individuales y colectivos, resistencias de los microorganismos a las drogas, cronicidad y gran tendencia a la endemidad.

El sistema de referencia de los pacientes hacia un puesto hospitalario, primer contacto con el Sistema Nacional de Salud por las barre-

ras de accesibilidad arriba descrita y el suministro de las varias drogas necesarias en estos casos no funcionan porque en ese primer nivel de atención, el agente de salud institucional o promotor (a quien como al Mítico Dios Atlas se le descarga sobre los hombros todo el aparato del Sistema Nacional de Salud) no es el agente de salud tradicional indígena llamado genéricamente "Chamán" (es decir el Payé, Nelé, Jaibaná o Curaca) sino muchas veces un elemento ajeno a la propia comunidad, que por su reciente formación intelectual, colabora indirectamente al desprestigio y clandestinización de las técnicas curativas indígenas tradicionales, que en estos casos, deberían ser complementarias de la terapéutica científica. (8).

La presión y proliferación de sectas misioneras que utilizan la prestación de servicios de salud en las comunidades indígenas para afianzar su dominación ideológica, son elementos adicionales que agudizan esta situación general.

Pero el problema esencial y básico para la salud indígena es el impacto ecológico y la presión sobre sus tierras ancestrales. Analicemos su propia opinión: "Para todos los pueblos indígenas del mundo y de Colombia, la tierra tiene un significado particularmente importante. Por una parte la vida económica de nosotros los indígenas depende casi exclusivamente de la tierra; nos ofrece lugares especiales para nuestras huertas, conucos y chagras. Ella es el medio de subsistencia de nuestras familias. De la escasez de tierras viene la escasez de alimentos y luego el hambre y las enfermedades".

La tierra es lo más importante para la vida nuestra. Los indígenas vivimos en comunidad y cuando se acaba la comunidad se acaba la cultura, se acaban los conocimientos acumulados por muchos años y se acaban los indígenas" (9).

El reconocimiento claro de esta realidad a pesar de no ser conocida en sus mecanismos científicos de fondo, tiene fundamento en reales hechos biológicos: las inmunoglobulinas o "defensas" son proteínas circulantes en el plasma sanguíneo humano y en la desnutrición no solo se metabolizan como nutrientes generales, sino que su producción está francamente disminuida por los órganos especializados. Además, esa producción está estimulada por la información previa y experiencia inmunológica acumulada que se haya tenido con el microorganismo productor y transmitida luego a los descendientes a través de la memoria inmunogenética.

Un estudio serio y excelentemente documentado desde la perspectiva histórica Latinoamericana. (10), confirma que los microorganismos productores de la tuberculosis y el paludismo son "nuevos" para la población indígena americana y con los cuales han tenido escasa o ninguna experiencia inmunológica. Así entendemos un poco más la anterior afirmación indígena.

Ahora, desde el punto de vista de la relación triangular hombre-sociedad-ambiente, a lo largo de milenios de experimentación y acumulación de conocimientos, los indígenas lograron desarrollar formas de organización social acordes con la capacidad de carga del ecosistema del cual forma parte. El hombre y la sociedad solamente obtienen lo necesario para el óptimo desarrollo de su vida, sin la posibilidad de derroche ni agotamiento de los recursos y la compleja superestructura mítica con sus estrictas normas y pautas sociales cohesionan y mantiene esta organización social (11).

El indígena a pesar de tener el conocimiento para ello no utiliza el ambiente exhaustivamente hasta su agotamiento, sino por el contrario la experiencia grupal lo lleva a repartir recíprocamente lo obtenido. La motivación de la acumulación individual de bienes y el lucro que ya empiezan a hacer estragos ecológicos en varias zonas de agudo choque aculturativo, no es norma de conducta indígena.

En la superestructura de los mitos indígenas, el hombre no se comporta como en la sociedad de consumo, amo, señor o propietario de

la naturaleza, sino parte constitutiva de ella y el complejo sistema de órdenes contenidas en sus mitos así lo garantiza. La enfermedad e incluso la muerte se explica como una sanción impuesta por el "chaman protector" de la naturaleza a una transgresión en las normas sobre la utilización del ambiente.

Un diseño cósmico en el tiempo y el espacio dirá colectivamente cuándo y dónde establecer la chagra o conuco, cuándo sembrar y cosechar, pescar, cazar, recolectar frutos y especies menores, cómo rotar esos espacios garantizando así la recuperación y renovación de la biota y la fertilidad del suelo.

Al observar una chagra o conuco tradicionales, al lado de un cultivo principal se encuentran otros varios cultivos secundarios. Esta mezcla a primera vista azarosa, obedece a un conocimiento sistemático de sustitución de especies silvestres por domesticadas que ocupan nichos equivalentes, en una imitación bien cercana al modelo real selvático; indicándonos cómo ese equilibrio de todo el ecosistema es alcanzado tras larguísima años de experimentación.

La horticultura itinerante de las chagras y conucos ha demostrado a los asombrados Agrónomos, Biólogos, Botánicos, Geógrafos y Agricultores modernos, que sigue siendo el sistema de cultivo más eficiente en las condiciones selvícolas y el más próximo en funcionamiento a la estructura de ese ecosistema que cualquiera otra forma de agricultura diseñada por el hombre allí. (12).

Los misereros colonos despojados de sus tierras en los Andes y empujados a talar bosques y a roturar tierras para las Haciendas que vienen consolidándose tras él, también lo demuestran cuando después de hacer varias pruebas con las técnicas agrícolas andinas deben asimilar así sea lentamente la técnica agrícola indígena en un último intento por sobrevivir. (13).

Este patrón de utilización intensiva de tierra y agua, a pesar de haber sido calificado económicamente de ineficiente, ante los intentos por transferir tecnologías que lo reemplacen, continúa mostrando cuán difícil es lograr la utilización intensiva, permanente y optimizada de la selva tropical, sin provocar graves desastres ecológicos irreversibles.

No pretendemos defender un paraíso donde vivan los "buenos salvajes" americanos, ya por cierto profundamente alterado por el proceso aculturativo sobreimpuesto por la sociedad mayor, ni defendemos el atraso económico, científico o técnico. Pensamos que en los albores del siglo XXI los logros de la revolución científico-tecnológica por la que atraviesa la humanidad actualmente, en especial en el área de la salud en donde son más notables, deben también llegar hasta nuestros compatriotas indígenas con algunas particularidades propias de su existencia.

Primero que todo, respetar y entregar por parte de los organismos estatales correspondientes, la posesión de las tierras ancestrales en calidad de resguardos a las comunidades indígenas. Luego considerar y asimilar científicamente sus conocimientos y experiencias adaptativas milenarias para darles calidad a su vida que se les ha descompuesto, sobre todo en un área básica del bienestar como es la nutrición, de donde derivan los otros problemas que aquejan su salud.

Además, acoger una de las recomendaciones de la conferencia sobre atención primaria en salud realizada en ALMA ATA URSS 1978 que abre amplias perspectivas de colaboración y ayuda investigativa de la antropología a la Medicina en la que deseamos enfatizar el fin de este escrito.

"Agentes de salud que forman parte de la comunidad, las tradiciones locales, gozan de gran consideración social y son designadas por ELLA, con el apoyo del sistema oficial de salud, pueden llegar a ser COLABORADORES importantes en la organización de las actividades para mejorar la salud de la comunidad DANDOLES un adiestramiento correspondiente". (14).

## NOTAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ney Guzmán Gómez, Estudio Médico - Antropológico de la Amazonia Colombiana. Universidad del Valle - Cali - Colombia, 1968.
2. Ministerio de Salud - Dirección de Participación de la comunidad. Resumen y Conclusiones II Taller sobre prestación de servicios de salud a comunidades indígenas. Valledupar - Mayo. 1983.
3. Guillermo González Rodríguez, Grupo Emberá - Chami. Muestra indígena Colombiana. 1977 - 1978. Revista Tribuna Médica - Bogotá - 1979.
4. Alberto Pinzón Sánchez. Revista Medicina No. 16. Academia Nacional de Medicina de Colombia - Bogotá. 1987.
5. Fabio Rangel, Enfermedades de alta incidencia entre grupos indígenas. Ponencia al II Taller de Medicina Indígena. Bogotá - 1981.
6. Ministerio de Salud. Políticas y Realizaciones Cambio con Equidad. 1983 - 1984.
7. Aydee Ramírez. Salud en comunidades indígenas del Casanare, Informe al Servicio Seccional - Yopal - Casanare. 1983.
8. Wim Trieschnigg, Análisis sobre posible colaboración entre representantes de las dos Medicinas, Moderna y Tradicional, a nivel local en una comunidad de la comisaría del Vaupés. Convenio Colombo - Holanda en Salud. Bogotá. 1983.
9. Organización Nacional Indígena de Colombia. (ONIC) Posición de la Organización frente a los programas oficiales de salud. Mimeógrafo. Valledupar - Mayo. 1983.
10. Percy Moreau Ashburn, Las Huestes de la Muerte. Una historia Médica de la Conquista de América, Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 1981.
11. Betty J. Meggers, Amazonia. Un paraíso ilusorio. Ed. Siglo XXI, México. 1976.
12. H. Pradilla y A. Espinosa. Los Tunebos. La Adaptación al Medio Ambiente y Salud. Ministerio de Salud - 1982.
13. Alberto Chirif. Compilador Salud y Nutrición en Sociedades Nativas. Centro Inv. y Promoción Amazónica. Lima 1979.
14. Camilo Domínguez. Problemas generales de la Colonización Amazónica en Colombia, en Rev. Enfoques Colombianos. F. Nauman, Bogotá. 1976.
15. Atención Primaria en Salud. OMS. Ginebra 1978. Pág. 73.