

Conferencia

## **Un Bosquejo de la Historia Epidemiológica de la Amazonía Colombiana\***

Hugo A. Sotomayor Tribín.  
Médico.

Academia Nacional de Medicina de Colombia.

**A**l querer hacer un ejercicio de epidemiología histórica sobre la región de lo que hoy constituye la Amazonia colombiana lo que primero se tuvo en cuenta fue entender que esa región es una parte, y no la mayor, de todo lo que es la Amazonia y aceptar en consecuencia que sobre ella han operado desde el siglo XVI fuerzas o intereses geopolíticos de Imperios europeos, el portugués y el español, principalmente, primero, y de estados suramericanos, después, para con este marco geográfico y político estudiar el acceso a la Amazonia en general y la colombiana en particular y ver que éste ha sido diferente según las vías de penetración y los medios de transporte a lo largo del tiempo y de los lugares de partida de las fuerzas que han querido aprovechar o apropiarse de los recursos de esta enorme zona.

Es decir, aceptar que la historia política de la zona sin lugar a dudas ha operado sobre su epidemiología, que la de las vías de comunicación y los medios de transporte no pueden dejar de considerarse al estudiar su enfermedades y epidemias. Pero no solamente se han tenido en cuenta estos fenómenos históricos, estas fuerzas políticas, sino que, se ha tenido presente que esta región compartió con el resto de América -, durante miles de años, hasta la irrupción en ella de los europeos en el siglo XVI -, el aislamiento de las epidemias del resto del mundo.

---

\* Este trabajo es parte de la obra "Amazonia Colombiana: Enfermedades y epidemias. Un estudio de bioantropología histórica", ganadora del Premio Nacional de antropología 1998 del Ministerio de Cultura, cuyos autores principales fueron Augusto Gómez López, Hugo Sotomayor Tribín y Ana Cristina Lesmes Patiño.

Además de este aislamiento de la Amazonia, como parte constitutiva de América, del gran torrente de intercambio de las enfermedades infecciosas que se dio en el Viejo Mundo, también se han tenido presentes las formas como se presentaron las fuerzas europeas, primero y nacionales, después, al interior de aquélla; los elementos nuevos que éstas introdujeron y las transformaciones de los patrones de asentamientos, tipos de vivienda y en general los cambios que ellas ocasionaron en las costumbres de los indígenas.

A todo lo anterior se le sumó, para una mejor comprensión, el tener presente los hechos psicosociales que la presencia de esa nuevas realidades políticas, técnicas, religiosas, etc., debieron tener en el mundo aborigen y así mismo las repercusiones sobre la salud física que implicaron los nuevos retos para los indígenas de infecciones por ellos desconocidas o situaciones de hambre epidémica y endémica, que para ellos fueron novedosas tras la presencia en la zona de los intereses europeos.

El contacto de las etnias amazónicas, al igual que las del resto del mundo americano, con las continuadas incursiones europeas, y con el torrente humano del Viejo Mundo generaron además de las transformaciones económicas, la violencia y la guerra contra ellas, una avalancha de infecciones y un estado de ánimo que contribuyeron al vertiginoso descenso poblacional indígena.

Son todos los anteriores factores históricos los que han operado como marco de los determinantes de las grandes epidemias o las situaciones de endemidad de muchas enfermedades infecciosas y carenciales en la Amazonia.

#### PALEOEPIDEMIOLOGÍA, EPIDEMIOLOGÍA HISTÓRICA, EPIDEMIOLOGÍA MODERNA

Para el caso de América en general, Colombia en particular y la Amazonia específicamente, donde todavía existen grupos indígenas, la separación clara y tajante de la epidemiología en paleoepidemiología, o el estudio de las enfermedades en las sociedades antiguas, epidemiología histórica, o el estudio de ellas en las sociedades anteriores al desarrollo de la estadística y la demografía y epidemiología modernas, no puede ser absoluta.

Para entender los problemas epidemiológicos de las sociedades indígenas actuales en su total dimensión se requiere tener una amplia información histórica, en la realidad más de tipo cualitativo que cuantitativo, de sus problemas sanitarios y de enfermedades de la época previa a la aparición de la epidemiología moderna, con sus estimaciones de índices y estadísticas, al tiempo que trabajar con los datos de interés médico que se pueden inferir por los estudios de la cerámica, de los huesos, las momias y de la arqueología en general de las sociedades indígenas del pasado prehispánico (Sotomayor H, 1992).

Se deben aplicar los modernos conocimientos para poder entender el perfil epidemiológico de las sociedades prehispánicas, coloniales y de la temprana vida republicana. Para el cabal entendimiento de la epidemiología de la Amazonia colombiana entre los siglos XVII y XX, es necesario trabajar como un todo las etapas epidemiológicas consideradas. Si pensamos en las enfermedades que desconocían las sociedades americanas antes del contacto con los europeos y los africanos, hay en primer lugar que pensar en las enfermedades infecciosas, luego en las nutricionales y finalmente en las derivadas de las conductas humanas.

Entre las primeras ocupan lugar destacado las infecciones virales transmitidas por vía aérea que, como la viruela, el sarampión, la gripe, la rubeola, la parotiditis causaron elevada mortalidad entre los indígenas; las virales transmitidas por vectores como la fiebre amarilla y el dengue; las virales transmitidas por contacto sexual - como, probablemente, la hepatitis B- y soluciones de continuidad de la piel y las que requieren un contacto corporal estrecho como la varicela.

También entre las enfermedades infecciosas desconocidas por los indígenas e introducidas por los europeos y los africanos es necesario tener en cuenta las bacterianas como la tos ferina, la lepra y la gonorrea y las ocasionadas por los protozoarios del paludismo y los parásitos multicelulares de la oncocercosis, las tenias, los esquistosomas, los equinococos, y muy probablemente las uncinarias, *Necator americanus* y el *Ancylostoma duodenalis*. Sobre este último parásito el *Ancylostoma duodenalis*, aunque existen evidencias arqueológicas de su presencia en el Perú prehispánico, ese gusano no debió ser un problema en otras áreas suramericanas menos pobladas y con gran dispersión poblacional.

Hoy se reconoce que en general los grupos humanos aislados y con baja densidad poblacional en general padecieron de un espectro de enfermedades infecciosas muy reducido si se les compara con el que presentan las sociedades intensamente intercomunicadas y con mayor densidad demográfica.

A esta realidad histórica universal se le agrega en el caso del hombre americano precolombino en general, el hecho de la casi ausencia en su medio de animales domésticos, que como en el caso del Viejo Mundo, por su convivencia por miles de años con el hombre se han comportado como fuentes de ciertas enfermedades para el hombre como la brucelosis, la tuberculosis bovis, las teniasis, etc. y la ausencia en América prehispánica de los roedores, hoy plaga universal, de las ratas y ratones *Rattus rattus*, *Rattus norvegicus* y *Mus musculus* y, en el caso del hombre amazónico, que éste no conoció en su medio los camélidos, que pastaban en los Andes centrales del Perú, Ecuador y Colombia prehispánicos y que sólo algunas de sus comunidades, las que tuvieron contacto comercial con las de los Andes, pudieron obtener de éstas perros. Hubo entre los habitantes de la selva la semidomesticación y uso a manera de mascotas de venados, pecaríes, dantas y de aves, como los loros y los guacamayos, y en algunas regiones de la Amazonia colombiana del pájaro tente. Todo esto hizo que el indígena amazónico prehispánico viviera libre, hasta bien entrado el siglo XVI, de la inmensa mayoría de las infecciones que padeciera el resto del género humano.

En el segundo grupo de enfermedades, las nutricionales, que prácticamente desconocieron los indígenas amazónicos antes del contacto con los europeos, es necesario considerar que esta idea moderna se sostiene por las evidencias etnohistóricas y etnográficas que señalaron y muestran, como en el caso de la etnia de los Nukak, del interfluvio entre los ríos Inírida y Guaviare, en el departamento del Guaviare, el buen aspecto físico y nutricional de los indígenas aislados del proceso de "occidentalización" (Cabrera G, Franky C, Mahecha D, 1994).

Esta buena situación nutricional se debió a un ajuste maravilloso del hombre indígena amazónico con su entorno selvático. El hizo uso de todos los recursos proteicos, energéticos y de minerales y oligoelementos que le ofreció la selva desarrollando unos hábitos alimenticios ajustados a la oferta ambiental de aves, pescados, pequeños y grandes roedores, pecaríes, manatíes, micos, insectos - en

etapa larvaria y adultos, ricos en grasas, carbohidratos y proteínas -, miel de abejas, palmas como la del seje o Mil Pesos (*Oenocarpus bataua*) - de la que se obtiene un aceite de la misma riqueza del aceite de oliva y una "leche" con un valor proteico igual al de las mejores proteínas animales y con una composición muy parecida a la de la leche humana - y la del cananguche (*Mauritia flexuosa*); frutas, nueces, raíces, como la yuca brava, etc; al tiempo que desarrolló técnicas de manipulación, horticultura y agricultura de plantas de la región, que suplieron con creces la ausencia de los animales domésticos que como los cerdos, las gallinas, los bovinos, etc., los europeos introdujeron posteriormente a la zona. El hombre amazónico precolombino mantuvo su buena situación nutricional no sólo por lo anterior sino también porque mantuvo estrategias de baja densidad poblacional para mantenerse en equilibrio con la capacidad de carga o sostenimiento vital que le ofrecía la selva.

La baja densidad poblacional se logró por mecanismos culturales que, aunque algo diferentes según las etnias, en general incluyeron tabúes sexuales que hicieron de la abstinencia una práctica bastante frecuente; abortos provocados ante embarazos no deseados; infanticidios de recién nacidos no esperados, de niñas primogénitas, de uno o de los dos niños en caso de parto gemelar, y de niños con evidentes defectos congénitos; abandono de viejos y enfermos incapaces de participar en mínima forma de las actividades productivas; guerras frecuentes en cumplimiento de venganzas por raptos de mujeres o niños o por la convicción en el poder de la brujería; y sanciones como la muerte por faltas como el adulterio, etc.

La baja densidad también se mantuvo evitando la concentración de las viviendas en las pequeñas aldeas y buscando importantes separaciones entre éstas - de días de camino o navegación-convencidos de que la violación de estas normas aumentaban los riesgos de las desavenencias y la consiguiente brujería fatal entre los enemistados (Ribeiro D, 1973).

Las comunidades de las tierras inundables, várzea, tuvieron sus aldeas alineadas a lo largo de los ríos, mientras que las de tierra firme, las construyeron alejadas de los grandes ríos, pero no de los pequeños. Éstas últimas construyeron viviendas comunales para dar cabida a varias familias ( Meggers B., 1981). Fueron en general sociedades con baja natalidad y probablemente con tasas de mortalidad infantil bajas, o por lo menos nunca equiparables a las de

las modernas y actuales poblaciones mestizas y campesinas pobres, si recordamos su preocupación por la limpieza de las viviendas y el cuidado de los niños lactantes- el siguiente niño nacía cuando el anterior ya caminaba y había sido destetado, alrededor entre los 2 y 3 años de edad; la introducción de alimentos diferentes a la leche materna se hacía después de los seis o doce meses de edad; se evitaban aquellos alimentos que a los niños menores les ocasionaran diarreas; y jamás consumieron leches de animales.

La mortalidad infantil por enfermedades gastrointestinales de menores de dos y cinco años no debió ser de la gravedad que tuvo entre las sociedades pobres de los campos y ciudades de los tiempos hispánicos y republicanos; la mortalidad infantil por problemas respiratorios debió ser también baja, en comparación con estas mismas sociedades, si se recuerda que virus respiratorios como los de la gripe y otros no existían, que la tosferina no se conoció, y que la tuberculosis pulmonar, por razones de espacios físicos de las viviendas, densidad poblacional de las aldeas y las malocas y en general por la buena nutrición, no pudo ser una causa importante de morbilidad o mortalidad. Ambos tipos de comunidades, aunque más las de tierra firme, se mudaban con cierta regularidad de sus lugares de asentamiento obedeciendo a patrones culturales que, como la muerte de uno de los dirigentes o el temor a la brujería de sus enemigos ancestrales, evitaban así la acumulación de basuras, con sus problemas sanitarios, y el aprovechamiento excesivo y peligroso de los recursos y reservas alimenticias naturales del entorno.

Así como el buen aspecto físico nutricional de los indígenas indicaba un buen estado proteíco-calórico, se sabe por observadores muy diligentes del siglo XIX, que entre los indígenas de la Amazonia colombiana no se veía el bocio, por déficit de yodo en la dieta, que tanto afectaba a otras poblaciones del resto de país. No hubo entre los indígenas amazónicos colombianos enfermedades como el raquitismo por déficit de vitamina D, pelagra por déficit de consumo de la vitamina niacina ni tampoco beriberi por déficit de consumo de vitamina B1 o Tiamina, que tanto afectó a caucheros y militares "blancos" que se adentraron en la zona (Sotomayor H. 1994).

Entre las conductas humanas de riesgo para la salud se pueden mencionar la prácticas de perforaciones de los lóbulos de orejas y el tabique nasal; el abandono ya mencionado de enfermos debilitados y los ayunos severos que se usaban como tratamiento de muchas

dolencias; la creencia en el poder de brujería, como causa de enfermedad y muerte, de los chamanes enemigos, que tanta veces desató guerras y venganzas entre los grupos y tribus. Parece que entre los indígenas amazónicos sólo los Omagua y los Cocamas, del alto Amazonas, se practicaron deformaciones craneanas. El consumo de bebidas fermentadas y con poco alcohol siempre se hizo en contextos sociales de participación en festividades y rituales y nunca como elemento de escape individual. Estas bebidas fermentadas, al igual que el consumo de sustancias estimulantes y alucinógenas, siempre estuvo proscrito para las mujeres en edad reproductiva y en estado de embarazo (Schultes R E, 1989). El infanticidio de niños con deformaciones congénitas tuvo efectos eugenésicos.

Parece que en algunas comunidades del Vaupés hasta bien entrado el presente siglo XX se contagió deliberadamente de una persona enferma a otra sana la treponematosi del Carate o Pinta, a través de azotainas (Biocca E ,1945). En el caso de las viviendas indígenas el material vegetal - de partes de las diferentes palmas- con las que se construyeron y construyen, mantuvo y mantiene temperaturas en su interior agradables durante los días calurosos y las noches tibias; los pisos, siendo de tierra pisada, gracias al aseo que daban las mujeres de las evacuaciones de los niños menores y de los ocasionales perros que algunas sociedades pudieron tener, por el comercio con las comunidades andinas, no fueron lugares de suciedad ni de riesgo importante de contaminación de parásitos que siguen el ciclo ano - mano - boca; el humo de los fogones en el interior de las viviendas, si bien pudo irritar las vías respiratorias, preservaba y preserva contra el deterioro acelerado de la paja de los techos y la anidación en ellos de arácnidos al tiempos que repele a muchos insectos voladores (Kroeger A , Freedman F B. 1984).

Sobre el aseo de las viviendas es bueno recalcar que los animales usados como mascotas, por su carácter de semidomesticados permanecían en el peridomicilio y que la ventilación en el interior de ellas no permitió la concentración de humos que se ve en la casa mestiza. Los indígenas no “aculturados” defecan y orinan en el interior de la selva lejos de sus residencias y sus trochas y siempre aguas abajo de sus asentamientos. En las viviendas de los indígenas amazónicos fueron frecuentes las niguas, *Tunga penetrans* (Cocco L , 1987). Hoy se sabe que la enfermedad de Chagas no es frecuente en la Amazonia colombiana, y que su vectores, los insectos triatominos, son escasos en la región.

Investigadores colombianos han encontrado en otras regiones del país que los títulos séricos, que señalan contacto previo con el *Tripanosoma cruzi*, son más frecuentes entre los colonos y campesinos que entre los indígenas que habitan las mismas zonas (Guhl, F. 192). La desnudez física y el mantener ritmos de trabajo muy ajustados a las necesidades de sobrevivencia y a las variaciones diarias de temperatura, hizo que los indígenas, a pesar de la baja cantidad de sal en sus dietas, lograran su equilibrio térmico e hidroelectrolítico; los baños diarios, con sustancias vegetales, que poco alteran el manto ácido de la piel, los protegió de muchas enfermedades de la piel. Limpieza corporal y ausencia de vestidos los libró de varias enfermedades y los mantuvieron frescos; el uso de pigmentos vegetales sobre sus pieles los protegió de los rayos solares como también les sirvió de repelentes contra los insectos. No conocieron las caries dentales por consumir dietas libres de hidratos de carbono refinados pero sí otro tipo de patologías dentales como la abrasión por consumir muchas semillas, nueces y raíces. El consumo bajo de sal los libró de uno de los factores causales de la hipertensión arterial.

Conociendo estos datos que nos brinda la paleopatología es posible entender mejor la información médica o epidemiológica que se puede leer en la documentación de viajeros, cronistas, documentos oficiales que conforman los elementos básicos para la epidemiología histórica de la zona, y los datos que arrojan las investigaciones de la actual epidemiología de índices y estadísticas.

#### MARCO SOCIAL DE LA EPIDEMIOLOGÍA HISTÓRICA DE LA AMAZONIA COLOMBIANA

Para entender los hechos epidemiológicos en la Amazonia secundarios a la llegada a ella del hombre blanco, mestizo y negro es necesario establecer unas líneas generales de comprensión de esta presencia. El hombre blanco hizo y ha hecho presencia entre el mundo indígena amazónico no a través de la economía pastoril o agrícola, con la que irrumpió en otras partes de América tras su llegada, sino a través de la economía de extracción de materias primas ( Domínguez C, Gómez A. 1992).

Esta economía fundamentada en la extracción casi durante toda la época colonial se dirigió a sacar de sus lugares de vida a decenas o centenas de tribus, a miles de indígenas, para llevarlos a lugares

remotos de las haciendas de producción del oriente y las costas del Brasil, aprovechándose, la monarquía de Portugal, para esta tarea, de la navegabilidad de todos los ríos de la cuenca amazónica bajo su control y de la legalidad, para ella, a diferencia de la monarquía española, de la esclavitud indígena. A la extracción forzada del indígena permitida por las leyes portuguesas hasta finales del siglo XVIII, le siguió la practicada, de forma ilegal y furtiva, por los exploradores y militares lusitanos y brasileños, durante todo el siglo XIX y hasta principios del actual, así como la participación en ella desde mediados del siglo XIX de colombianos y peruanos que llegaron a la zona para participar de la extracción de la quina, primero, del piedemonte amazónico, y en la del caucho, después, en casi toda las regiones amazónicas.

La economía y la mentalidad de extracción de la cultura “blanca”, desde su aparición entre los indígenas, comenzó a operar en ellos un proceso de transfiguración étnica o aculturación “blanca” a través de fuerzas o compulsiones ecológicas, por la competencia de territorios y recursos naturales de la zona entre los blancos y los indígenas y entre grupos indígenas entre sí, - que transformaron sus hábitats tan drásticamente que los sistemas de adaptación tradicionales se volvieron inoperantes casi en su totalidad- y otras como las del mestizaje racial, por la preeminencia y la fuerza del hombre de la cultura blanca sobre la mujer indígena ( Ribeiro D 1973).

La economía de extracción, la cultura occidental, el mundo “blanco” también operó sobre el indígena por la fuerza de los elementos tecnológicos-culturales que, como el caso de los instrumentos de metal y las armas de fuego, crearon dependencia, para su consecución, del indígena frente al blanco; alteraron el manejo de los tiempos de trabajo y ocio en las tribus y sociedades indígenas y crearon condiciones para que éstas se convirtieran en factores de alteración de la vida vegetal y animal de la selva ( Ribeiro D, 1973). Operaron también, en la transfiguración étnica o aculturación de los indígenas, fuerzas socioeconómicas que convirtieron a los indígenas en mano de obra, esclava y “endeudada” y en extraños en su propia tierra al ser despojados de ella por la economía “occidental”, creándoseles así pérdida de su autonomía cultural y provocando profundos desequilibrios en su vida social y ritual.

Operaron y operan sobre los indígenas, además de los anteriores factores, y al unísono con éstos, fuerzas ideológicas y religiosas que

provocaron y provocan en ellos sentimientos ambivalentes que los han llevado a despreciar sus valores y costumbres y a sobrevalorar otros valores y costumbres ajenos. Pero alrededor de todos los factores señalados y, reforzándolos en su capacidad de destrucción, fue la fuerza de las enfermedades, principalmente infecciosas, la principal causa de destrucción de la vida indígena ( Ribeiro D 1973). Pero para saber cómo y sobre quién actuaron esas fuerzas es necesario entender que los grupos étnicos amazónicos se diferencian en cuanto a su ubicación y hábitat en el interior de la selva, en las tierras inundables o *várzea*, y en las tierras secas o firmes, y esta realidad espacial y territorial tuvo consecuencias en el tiempo, en la historia, tras el contacto con los europeos. Fueron las localizadas en la *várzea* las que más rápidamente fueron destruidas y transformadas por las fuerzas arriba mencionadas.

La economía de explotación de los recursos naturales y de los hombres que los europeos desarrollaron en la Amazonia, generaron entre los indígenas las más diversas actitudes, que variaron entre la docilidad, la respuesta bélica o simplemente la huida (Ribeiro D 1973). La economía de extracción de la cultura “blanca” en la Amazonia se estructuró sobre lo mismo que lo hizo la de los españoles y los portugueses en los primeros tiempos de la conquista de América, en la presencia casi exclusiva de varones sedientos de riquezas, pero con el agravante de que las incursiones europeas y/o de mestizos republicanos a la Amazonia se hizo casi con el propósito único, a pesar de los esfuerzos de los misioneros católicos y de las intenciones de los estados, de levantar campamentos pasajeros de explotación de los indígenas y de las riquezas naturales de la región. La ausencia de la mujer lusitana, española y mestiza; la escasez entre los advenedizos a la región de familias fundadoras, fueron factores nada despreciables para que sólo se crearan campamentos itinerantes de esclavistas o de explotadores de recursos bajo el sistema del “endeude”.

#### DETERMINANTES EPIDEMIOLÓGICOS EN LA HISTORIA DE LA AMAZONIA COLOMBIANA 1680-1934

Si entendemos la epidemiología histórica como la encargada del análisis y el estudio de las enfermedades con su morbilidad y mortalidad en la evolución de poblaciones en épocas en que por el mismo desarrollo científico no eran posibles estudios estadísticos y médicos precisos, debemos aceptar que ella en el caso de la región que nos preocupa, casi que es un intento de estudiar variables

cualitativas o de fenómenos que no pueden ser considerados más que en términos de presencia o ausencia y que su análisis no puede ser de precisión estadística sino sólo de carácter descriptivo y explicativo o etiológico, a la luz de los conocimientos modernos y que el carácter descriptivo se reduce a circunstancias y fenómenos vistos en términos de espacio, tiempo y características generales de las poblaciones afectadas.

Para estudiar las enfermedades, la morbilidad, la mortalidad y las incapacidades con perspectiva de epidemiología histórica, entonces se deben superar las teorías unicasalistas para adentrarse en los conceptos de la red de causalidad que superen la estrecha mirada biológica y nos ubiquen así en los factores de riesgo para las poblaciones que implican los determinantes socioeconómicos, biológicos, ambientales, culturales, conductuales, etc. y aceptar por lo mismo que el concepto de causa de enfermedad es probabilístico y que reposa en ver los fenómenos analizados con lógica y buen sentido científico. Significa no sólo aceptar que las llamadas hoy en día enfermedades crónicas y/ o degenerativas tienen causa múltiple, sino que la aparente causa biológica única de las enfermedades infecciosas no es completamente real ya que ellas también tienen causas sociales, económicas, etc., a manera de lo que se llama red causal o de interpelación de numerosos factores que no operan de modo lineal (Mestre J B ,1994).

Hechas estas precisiones entonces se puede aceptar como una clasificación general de las enfermedades aquella que las divide en dos grandes grupos: el primero conformado por las derivadas de la interacción del hombre con el medio ambiente y, el segundo, el conformado por las enfermedades hereditarias y degenerativas. Entre las debidas por interacción con el medio ambiente se puede a su vez establecer que unas son causadas por alteraciones nutricionales, otras por infecciones y otras por hábitos y conductas humanas. Entre el grupo de enfermedades degenerativas y hereditarias caben las que obedecen al tradicional concepto de multicausalidad y las que siguen las reglas de herencia mendeliana y poligénica.

Es en terreno de las enfermedades del primer grupo, el de las ocasionadas por la interacción con el medio ambiente, donde el hombre americano en general y amazónico en particular, aislado durante miles de años del resto de la humanidad sufrió severísimas consecuencias al enfrentarse con la expansión del mundo “occidental”.

Con éstas precisiones se centrará el análisis siguiente de las enfermedades por interacción con el medio ambiente comenzando por el de las enfermedades infecciosas, siguiendo por el de las nutricionales y terminando por las asociadas a conductas humanas.

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y NUTRICIONALES

Utilizando el criterio clasificatorio de las enfermedades infecciosas según la vía de transmisión o contagio, es posible establecer cinco vías de contagio: 1) Enfermedades contagiadas por la vía aérea o aerógenas, por las secreciones del tracto respiratorio; 2) Enfermedades por contactos directo de piel y mucosas; 3) Enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua o hídricas; 4) Enfermedades transmitidas por vectores y, 5) Enfermedades transmitidas por contacto estrecho con animales o antropozoonosis.

Hoy se sabe que el control de las enfermedades infecciosas transmitidas por vía aerógena fue imposible en la práctica hasta la aparición de las vacunas contra varias de ellas; que si el consumo de alimentos y aguas llena mínimos requerimientos de cuidados higiénicos, el control de las enfermedades transmitidas por esos medios es relativamente fácil; que las enfermedades transmitidas por contactos personales estrechos y/o sexuales, por depender de las conductas humanas, son difíciles de controlar; que el control de las enfermedades transmitidas por vectores no es fácil en la medida que no se tengan controles adecuados de los lugares de reproducción de ellos y no se controle el ciclo de perpetuación de la enfermedad, tratando médicamente a los enfermos y portadores de los gérmenes de esas enfermedades; y que la transmisión de enfermedades antropozoonóticas, dependiente de animales domésticos, puede ser fácil, no así el de las provenientes de los salvajes (O.P.S 1991).

De estas enfermedades y por su modo de transmisión se puede establecer históricamente que en todos los pueblos en general y en los amazónicos en particular, siguiendo un orden de mayor a menor importancia, según los impactos sobre la morbilidad y la mortalidad, las más importantes inicialmente han sido las de transmisión aerógena, que a éstas le han seguido las hídricas y por alimentos, las transmitidas por acción de vectores, las dependientes de contactos personales estrechos y relaciones sexuales y que las mediadas por contacto con animales han sido las menos importantes.

Fueron las enfermedades transmitidas por vía aérea, por las secreciones del aparato respiratorio, las que se dispersaron explosivamente entre las poblaciones aisladas del mundo “occidental”, que no poseían memoria inmunológica, las que causaron enormes mortalidades acabando con miles de personas y con centenares de sociedades americanas: mesoamericanas, antillanas, centroamericanas, andinas, amazónicas, etc. siguiendo para su dispersión las rutas marítimas, montañosas y fluviales, con motivo del contacto con los europeos. Estas infecciones contagiadas por las secreciones del aparato respiratorio así como encontraron en la fácil navegación de los ríos amazónicos unas vías expeditas para su dispersión, encontraron también en la barrera montañosa de los Andes un obstáculo para su propagación hacia la Amazonia.

El vector *Aedes aegypty*, importado a América, y las especies nativas de insectos *Anopheles*, encontraron con la nueva realidad social de pobreza y los problemas sanitarios creados con la irrupción del mundo blanco entre los derrotados indígenas, condiciones de transmisión ideales para que enfermedades como la fiebre amarilla urbana y el paludismo se apoderaran de las ciudades costeras, la primera, y de prácticamente todo el país, el segundo. Con respecto a la fiebre amarilla urbana se debe recordar que si bien en el Brasil la primera epidemia de ella ocurrió en Bahía, Recife y Olinda en el siglo XVII y que la segunda acaeció en su costa en el año de 1723, sólo debió ser con la tercera, que apareció en 1849, cuando ya la navegación a vapor del río Amazonas estaba organizada, que esta infección debió comenzar a ser un serio problema en el interior de la cuenca amazónica. La fiebre amarilla urbana en el Brasil debió tener un comportamiento similar al que tuvo en Colombia donde penetró al interior del país, al valle del Magdalena y a Cúcuta, después de haberse iniciado la navegación a vapor del río Magdalena y el río Zulia. La primera epidemia en el interior de Colombia ocurrió en 1830, en Ambalema y Honda (Cuervo Márquez L 1915).

Las enfermedades por contagio hídrico - diarreas, disenterías- y de alimentos, comenzaron a desempeñar un importante papel en la medida que los reordenamientos poblacionales y la obligada sedentarización de las comunidades amazónicas se fueron profundizando al compás del poder del mundo “blanco”, quebrando así los patrones tradicionales de los asentamientos aborígenes, empobreciendo las viviendas, generando un mayor descuido de los mínimos cuidados sobre las aguas de consumo y sobre los alimentos,

al ritmo del impacto psicológico de la derrota y disminución de su propia valía, del desequilibrio socioeconómico, ideológico y ecológico por el contacto con el mundo de la cultura "occidental". Con el proceso de obligado mestizaje biológico y cultural, que estuvo asociado con los procesos de "reducción" o confinamiento en pueblos de los grupos aborígenes, donde éstos padecieron las infecciones de transmisión aerógena, y donde influyeron grandemente las fuerzas de la deculturación - aculturación de carácter socioeconómico, cultural, ideológico y técnico, la presencia de hombres "blancos" solos y compelidos por la necesidad sexual fueron un factor fundamental en el fomento de las enfermedades ocasionadas por contactos corporales estrechos y sexuales. Allí, en esas "reducciones" o aldeas, los indígenas comenzaron a vestirse como querían los misioneros y otros europeos y "blancos" empeñados en no ver a los indígenas desnudos, surgiendo, en consecuencia, nuevas enfermedades. Entre estas enfermedades se pueden mencionar el herpes simple, la varicela, la hepatitis B y, en algunas comunidades, la sífilis y las enfermedades de la piel cubierta por ropas harapientas y sucias, que fueron las que comenzaron a usar los indios amazónicos "blanqueados" (Ciba Foundation Symposium 49 ,1977).

Especial mención merece la tuberculosis pulmonar en la historia epidemiológica de las comunidades indígenas amazónicas. Ella marca rítmicamente el proceso de enajenación cultural, la pérdida de sus territorios ancestrales, el hambre endémica, el hacinamiento y en general la tristeza de los indios esclavizados, "endeudados" o simplemente "marginados " tras el contacto con la civilización "occidental" y las sociedades nacionales mayoritarias ( Guzmán Gómez N .1968). La tuberculosis, bajo estas nuevas condiciones sociales de pobreza, de desnutrición y de melancolía, encontró en las viviendas comunales de los indígenas de la Amazonia Noroccidental, las malocas, y en la costumbre, por parte de algunas mujeres, de la masticación de parte de los productos vegetales para ayudar a la fermentación de las chichas, de consumo colectivo, condiciones que favorecieron su dispersión.

Con la introducción europea entre los pueblos indígenas de la Amazonia, principalmente los de la *várzea*, de animales desconocidos, como los bovinos y los porcinos, comenzaron para éstos los riesgos de infestación por las tenias *saginata* y *solium*. Las larvas *migrans* y visceral encontraron, por el mayor número y variedad de perros que ingresaron con los europeos, una fuente importante para que esas

infestaciones parasitarias molestaran más a los indígenas. Pero no es posible explicar el gran impacto biológico sobre las tribus amazónicas, tras el contacto con los europeos, los africanos, los mestizos, etc., simplemente invocando el poder patógeno de los gérmenes o la ausencia de memoria inmunológica de los huéspedes, sino que es necesario sumarle a estos hechos innegables el fenómeno ecológico de la competencia por los recursos de la selva entre los advenedizos y los indígenas; los fenómenos de las hambrunas epidémicas y el del hambre endémica que llegaron y se quedaron con el arribo de los europeos; los fenómenos ideológicos del terror, del susto, de la creencia en la capacidad de inmensa brujería achacada a los “blancos”, de la subvaloración propia ante el poder arrollador de la ambición y la violencia “occidental”.

Es necesario ligar las mortandades por las epidemias de infecciones contagiadas por secreciones del aparato respiratorio al efecto paralizador que ellas tuvieron sobre las fuerzas productivas de las tribus, si recordamos que esas infecciones, en comunidades sin memoria inmunológica para ellas, afectaron principalmente en sus primeras acometidas a los adultos y jóvenes en edad productiva. Las epidemias de viruela, sarampión, gripe, rubeola, parotiditis, de transmisión aerógena, y las de fiebre amarilla urbana y malaria, de transmisión por vectores, impidieron las cosechas, la recolección de frutas de la selva, la cacería y la pesca. El hambre siguió a las epidemias y agravaron su efecto mortal, el terror ante ellas disminuyó la resistencia emocional individual y colectiva al tiempo que profundizó la costumbre indígena de abandonar y de prestar poca ayuda a los enfermos graves o de insistir en ayunos peligrosos en esas situaciones de enfermedades que ocasionan ya de por sí importante pérdida del apetito.

Las epidemias generaron además del terror y el pánico paralizante, ya comentados, explicaciones morales y mágicas de culpabilidad propia o de temor ante el poder de sus enemigos tradicionales y de los “blancos” y promovieron además del abandono de los enfermos, también el de las viviendas y el de las aldeas; la huida a lugares remotos o selva adentro y la activación de actos de represalia contra chivos expiatorios, de sus propios pueblos, en quienes descargar su ira y su temor (Ribeiro D 1973). Al estrés personal y colectivo que generaron las epidemias se sumó al poder patógeno de los gérmenes, al hambre y a la violencia de la instalación del mundo “blanco” entre los indios amazónicos.

Superadas las crisis epidémicas los pueblos indígenas quedaban debilitados material, humana, ideológica y culturalmente. Recordemos aquí que todas las grupos tenían patrones de parentesco, de sexualidad y de matrimonio muy dependientes de mínimo y máximo número de habitantes que les permitían la reproducción biológica y cultural, que con seguridad fueron afectados por las epidemias.

A las olas epidémicas les antecedieron, les acompañaron o les siguieron los agentes esclavistas o de la economía del mercado del "endeude", las fuerzas religiosas de transformación ideológica y cultural de los misioneros que en conjunción poderosa introdujeron no sólo las enfermedades sino el hambre epidémica, primero, y el hambre endémica, después, y los sentimientos de baja autoestima.

Tras las epidemias de infecciones aerógenas y por vectores se instalaron las endemias y los picos epidémicos de las infecciones hídricas y por alimentos, las de contacto íntimo y de relaciones sexuales y las de convivencia con animales domésticos. Al hambre endémica comenzaron a unírsele infecciones con patrones de transmisión menos explosiva y con menos mortalidad; aparecieron infecciones crónicas desconocidas, al tiempo que el hambre se tornaba endémica y los sistemas de vida, de relación ecológica, de creencias, se fueron transformando al paso del gran estrés psicológico y físico de esa transfiguración étnica. De los indios con buen aspecto físico que tanto impresionaron a los cronistas y primeros viajeros de la Amazonia sólo fueron quedando para los observadores posteriores hombres, mujeres y niños con mal aspecto físico-nutricional. Los lugares limpios y libres de enfermedades del hacinamiento, la suciedad y la pobreza, fueron substituidos por sociedades con latas, ollas de metal, botellas y con más perros. Aparecieron indígenas avergonzados de sí mismos que ansiaban parecerse o poseer algo de los "blancos".

A la crisis demográfica generada por el aumento de las tasas de mortalidad por las enfermedades, se le sumó el debido al aumento de los infanticidios y descenso de la natalidad que se expresó en el descenso de las concepciones y en el aumento de los abortos provocados. Antes que parir esclavos los indígenas prefirieron los abortos y los infanticidios. El impacto moral por su gran derrota y destrucción cultural se manifestó tempranamente en la merma del apetito sexual, la disminución de la concepciones y en la terminación de los embarazos por medio de los abortos provocados. Pero tras la

progresiva convivencia con los “blancos” y el cambio de sus tabúes y mundo simbólico, los indígenas comenzaron a ver cómo sus prácticas sexuales, previas y durante el matrimonio, que antes no traían hijos, ahora sí se acompañaban de éstos, y así a ver familias más numerosas (Ribeiro D 1973).

## CONDUCTAS HUMANAS Y ENFERMEDADES

Con la presión inicial blanca de desprestigiar los alimentos tradicionales indígenas, se inició el proceso de transformación de las conductas que finalizó con el sistema de “endeude” puesto en práctica, entre el mundo indígena a partir de la actividad quínera, predominantemente en la vida republicana, que se construyó en la acción deliberada por parte de los patrones de hacer dependiente al indio de muchos productos como telas, herramientas, etc. y del alcohol que se producía en los alambiques improvisados en la selva o que provenía de las costas brasileras.

La adicción ya no a sus tradicionales bebidas fermentadas consumidas en procesos de socialización con sus pares, se fue transformando por la situación del “endeude” en un consumo de bebidas con más contenido alcohólico y en un proceso de escape y huida individual ante su nueva situación de siervos y esclavos en sus propias tierras ancestrales. Con este consumo de alcohol aumentaron las manifestaciones de violencia intra e interétnica. Pero el alcoholismo, el hambre y las enfermedades no sólo la padecieron los indígenas sino que también las sufrieron los blancos.

Hambre, beriberi, fiebres palúdicas, fiebre amarilla, disenterías, etc., las sufrieron misioneros, quíneros, caucheros, esclavistas y patrones capitalistas, civiles y militares que se adentraron a la Amazonia. El alcoholismo con sus fieles acompañantes de la promiscuidad y la violencia lo sufrieron los intrusos y advenedizos “blancos”. La selva amazónica habitada desde hace varios miles de años por hombres conocedores de ella, fue terreno tropical libre de muchas enfermedades hasta cuando a ella penetraron canoas, buques a vapor y aviones cargados de hombres blancos, negros y mestizos, poseedores de una gran confianza en su poder, pero de una gran ignorancia sobre la selva portando, eso sí, agentes infecciosos. Así la Amazonia se fue convirtiendo en un lugar relativamente insano en la medida que las poblaciones “blanqueadas” fueron aumentando y que esa región se fue vinculando al círculo mundial de las infecciones.

Diferente a los insectos con picadas dolorosas y urticantes, a algunas infecciones transmitidas por artrópodos, como el caso de las ocasionadas por ciertos arbovirus, a las filariasis relativamente inocua como la mansonellosis, a las posibles infecciones ocasionadas por el contacto con heces de los felinos salvajes o semidomesticados como la toxoplasmosis; a las mordeduras por los murciélagos hematófagos, a la transmisión facultativa por insectos y entre unas pocas tribus intencional del Carate; a las lesiones de piel y mucosas nasales por la zoonosis de animales peridomiciliarios, de la leishmaniasis, a las lesiones dérmicas infrecuentes por hongos; a los ataques ocasionales de los jaguares, a los accidentes ofídicos y por saurios y algunos peces, la Amazonía, de antes del contacto con los blancos, no ofreció a sus moradores humanos más riesgos o enfermedades.

Con la llegada a la región de los “blancos”, su calor y humedad comenzó a operar en ellos efectos devastadores y precipitantes de desgaste físico. Con el desconocimiento o desprecio de los alimentos indígenas y con el alcoholismo, ese menoscabo físico se tornó en terreno para el hambre y la presencia de enfermedades nutricionales específicas como fue el beriberi. Llegaron el paludismo y la fiebre amarilla, la gripe, la viruela, el sarampión, la oncocercosis, la hepatitis B, las disenterías, el hambre, el alcoholismo, etc., al trópico, a la selva húmeda tropical amazónica. Se dice que hepatitis B, la hoy importante en la Amazonia, llegó de la mano con los adelantos tecnológicos de las jeringuillas, los cepillos de dientes etc., que se usaron o se usan entre ciertas comunidades sin las precauciones suficientes, y con el circular, entre los campamentos y barriadas de los nuevos colonos de la coca, de prostitutas.

#### PERÍODOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA AMAZONIA COLOMBIANA

Para establecer una periodización epidemiológica de la Amazonia colombiana no se puede olvidar que esta región al igual que el resto del país fue terreno de incursiones de diferentes intereses europeos y republicanos. No se la puede ver aislada del resto de la Amazonia, de la costa brasilera, las guayanas, ni de los Andes. Para entender la periodización de la epidemiología de la Amazonia es necesario establecer con claridad que el acceso a ella de exploradores y colonos, según se mire desde las tierras bajas amazónicas o de las tierras altas de los Andes; es preciso conocer la historia de los medios de transporte usados en ella, las circunstancias políticas referentes a los

hechos como la esclavitud de indígenas y de negros y, con todas ellas en mente, recordar que así como a América en general llegaron muchas enfermedades de muchedumbres, principalmente las transmitidas por vía aerógena, siguiendo el lógico gradiente de mayor a menor población, así mismo llegaron esas enfermedades a la Amazonia procedentes de los puertos del Pacífico, de los Andes, de las costas brasileras, siguiendo el desplazamiento de los misioneros, esclavistas, capitalistas, militares.

## LOS PRIMEROS AÑOS DE LA VIDA COLONIAL: INDIOS ESCLAVIZADOS HACIA EL BRASIL

### Misiones de los Jesuitas y de los Franciscanos

Si bien en 1542 Francisco Orellana recorrió río abajo la gran arteria fluvial del Amazonas después de haber salido de Quito, viajar por el río Coca, navegar el Napo hasta su confluencia con aquel río y que el lusitano Texeira, partiendo de la costa brasilerera llegara a Quito, sólo fue a principios del XVII, cuando en lugares tan distantes de las costas brasileras como el río Negro, se sintió la presencia del hombre blanco. Éste llegó a la Amazonia procedente, la mayoría de las veces, desde la costa brasilerera y utilizando la fácil navegación fluvial y las grandes canoas impulsadas no pocas veces por velas.

La facilidad de las vías de comunicación, las mejores y más grandes embarcaciones, la economía de las plantaciones costeras brasileras y la crisis demográfica entre los indígenas de las costas fueron los factores que favorecieron la legalidad de la esclavización indígena por parte de los lusitanos y que con ellas se entronizara la violencia en esa región y que le siguieran los violentos procesos de extracción de quina y caucho: por aquellas facilidades fue que los brasileros se expandieron en semejante magnitud geográfica hacia el occidente, como el Río Negro, el Casiquiare, habiendo explorado hasta los raudales del Aracuara.

Con los primeros exploradores lusitanos llegaron a la zona las infecciones aerógenas como la viruela, el sarampión y la gripe, entre otras. Pero aunque las enfermedades contagiadas por las secreciones respiratorias llegaron de la mano y más rápido con los esclavistas, también lo hicieron procedentes de los Andes con los misioneros y sus escoltas. Con los asentamientos de los blancos o “blanqueados”, a lo largo de los ríos, comenzó a dispersarse en la región el paludismo.

## CAMBIOS EN LA POLÍTICA PORTUGUESA A FINALES DEL SIGLO XVIII

### Prohibición Formal de la Esclavización de los Indígenas, Ingreso de Esclavos Negros

Tras la supresión formal, no real, de la esclavitud indígena por parte del reino portugués comenzó el ingreso, auspiciado por esa corona y los intereses de los holandeses e ingleses, de esclavos negros a la Amazonia. Con éstos comenzaron a llegar a la Amazonia más casos de paludismo por *P. falciparum*; con los negros huidos hacia el sur, de las haciendas y minas del norte de Venezuela, pudo haber llegado la oncocercosis a los territorios de los indígenas Yanomami del alto Orinoco. Violencia física y sexual esclavización, robos, huidas, misioneros, esclavistas, fueron los agentes y las formas que acompañaron las infecciones transmitidas por las secreciones respiratorias.

### Época Republicana: Quinas y Caucho

En la vida republicana no cesó la esclavización indígena sino hasta pocos años antes del conflicto Amazónico Colombo-Peruano de 1932-1934. Con la presencia a partir de 1850 de comerciantes y con el sistema de trabajo sometido a relaciones de "endeude", se inició en la Amazonia colombiana una nueva forma de dominio del indígena; ya no se utilizó sólo la fuerza física sino que su dominio se comenzó a hacer a través del alcohol.

El alcohol fue un medio de pago del trabajo del indígena; el sistema del "endeude" "retribuyó" el trabajo del indio con escasa ropa, muy pocos centavos y bastante alcohol. Con la expansión del mercado, la navegación a vapor de los grandes ríos, con el comercio del aguardiente y los enlatados, el dominio sobre el indígena se reforzó. La navegación a vapor, primero, el transporte aéreo, después, al disminuir los tiempos de recorrido así mismo llevaron más rápidamente a portadores y enfermos contagiosos a las diferentes regiones de la cuenca.

El tráfico a la Amazonia colombiana a partir de los ciclos extractivos de la quina y el caucho comenzó a buscar paulatinamente nuevas vías, diferentes a las fluviales tradicionales del Putumayo, Caquetá, con sus

varaderos, para llegar desde los Andes. Se utilizaron más la rutas de fines del siglo XVIII de los ríos La Perdiz y Fragua, se abrieron las del río Caguán y el interfluvio Caquetá-Putumayo, próximo a la población de Mocoa. Los misioneros Capuchinos desde el alba del siglo XX organizaron pueblos y escuelas indígenas en el Putumayo y el Caquetá que fueron frecuentemente diezmados por enfermedades hídricas y respiratorias. Ellos, los religiosos, reclutaron no pocas veces a la fuerza a los indígenas, para abrir caminos, los que comunican hoy el Putumayo con Nariño, y se empeñaron en la transformación de las creencias de aquellos.

El gobierno central, en su política de preservar la soberanía en los territorios del sur, sensibilizado por la pérdida de Panamá, además de apoyarse en la labor misionera de los Capuchinos, fundó en Mocoa, en 1906, una colonia penal, que sólo sobrevivió hasta 1915, y estableció allí una guarnición militar que después de su fundación, en el gobierno de Reyes, desapareció alrededor de la mitad de los años diez. Sacerdotes, militares y colonia penal fueron la punta de lanza de una colonización y del ingreso de enfermedades a la región del Putumayo.

#### Conflicto con el Perú

La riqueza del caucho despertó la ambición territorial del Perú que, aspirando tener sus límites con Colombia en el río Caquetá, atacó a la base militar colombiana de la Pedrera, en límites de Colombia con el Brasil, en 1911, e izó su bandera en el sitio de la Chorrera, sobre el río Igará-paraná para atreverse finalmente, desconociendo un tratado fronterizo, tomar por asalto a la localidad de Leticia en septiembre de 1932 y así obligar a Colombia a dar una respuesta militar.

La guerra de 1932-1933, el llamado Conflicto Amazónico Colombo-Peruano de 1932-1934, hizo que el gobierno colombiano enviara a la Amazonia cientos de soldados, cientos de trabajadores a través de las rutas terrestres y fluviales que comunican Pasto con Puerto Asís, Neiva con Florencia y La Tagua, creando de esta forma condiciones para una penetración importante de hombres y mujeres portadoras, desde sus lugares de origen, de gérmenes y hábitos higiénicos que agravarían la situación sanitaria de su lugares de llegada.

Tras la pérdida de Colombia del Istmo de Panamá, en 1903, y las discusiones con el Perú sobre la frontera, si bien el gobierno colombiano se preocupó por la comunicación del río Putumayo con el interior de país, no tuvo los recursos presupuestales para construir una

vía de acceso adecuada. Esta situación hizo que la comunidad religiosa de los Capuchinos, *motuo proprio*, fuera la encargada de abrir la trocha, que tantos servicios prestó durante el Conflicto Amazónico, entre Sibundoy y Mocoa y entre ésta y Puerto Asís, a principios del presente siglo.

Con la llegada a la Amazonia colombiana de un número creciente de hombres, a partir de los ciclos quintero y cauchero, procedentes de las regiones campesinas del interior del país, con la llegada de los militares a ella por las pretensiones peruanas; por la fundación de pequeños asentamientos de colonos, con sentido de pertenencia a la nación colombiana, a diferencia de los indígenas, se comenzaron a sentir en la zona ya no sólo los efectos cíclicos de las epidemias contagiadas por las secreciones respiratorias, sino que se presentaron cada vez más las infecciones de contagio hídrico y por alimentos y suciedad: fiebre tifoidea, disenterías, amebiasis, hepatitis A, y las enfermedades por deficiente alimentación como el beriberi.

Después del Conflicto con el Perú

Con la llegada a la zona de familias, de hombres adultos con sus mujeres y niños, se crearon condiciones de asentamientos para que las enfermedades propias de los problemas de saneamiento de aguas de consumo y residuales y las enfermedades sexuales fueran siendo cada vez un mayor problema y desplazaran en importancia en la morbimortalidad a la viruela, el sarampión, y la gripe que tanto daño hicieran a las comunidades sin historial de contacto. Se fueron reemplazando las infecciones de carácter explosivo por otras menos devastadoras y de menor mortalidad, pero con importante morbilidad en la medida que la memoria inmunológica indígena reconocía ya a aquellas y que la presencia de los colonos pobres procedentes del interior del país fue aumentando.

Por decisión gubernamental, motivada entre otras cosas en la idea de la selva como lugar de castigo ejemplar, se creó en el año de 1935 la Colonia Penal de Aracuara que, hasta su extinción en los años setenta, se convirtió en foco de todo tipo de infecciones, como el caso de la hepatitis fulminante por la asociación de los virus B y D, para las regiones amazónicas colombianas. Con el control de la fiebre amarilla urbana en los puertos costeros del Brasil; con la vacunación contra esta enfermedad, su importancia en el interior de la Amazonia disminuyó. Con el reconocimiento de que el déficit de la Tiamina es el

responsable del beriberi, esta enfermedad carencial dejó de ser un problema grave.

#### Segunda Guerra Mundial hasta 1970

Por las necesidades de los ejércitos aliados y el vínculo de Colombia con Estados Unidos, las actividades de la compañía norteamericana *Rubber Development and Co.* en las partes altas de los ríos Itilla y Unilla, en el medio Vaupés, en San José del Guaviare, Calamar, Boca de Monte (hoy Granada) y San Martín, motivaron la llegada a la zona de hombres deseosos de participar de esta nueva explotación cauchera que sólo duró hasta terminar la Guerra. Los nuevos caucheros al retirarse la compañía si bien siguieron explotando en pequeña escala el caucho, no pocas veces utilizando el ya conocido sistema del "endeude", lentamente dejaron esta actividad para practicar el tigrilleo, el comercio con pieles de animales, con la extracción del pescado en zonas del río Guaviare y de la fibra del chiquichiqui en el Guanía. En el Caquetá y los aserradores febrilmente talaban árboles.

A partir de los años llamados de la Violencia comenzó hacia la Amazonia una ola migratoria de campesinos expulsados por la confrontación partidista del resto del país, principalmente del Huila, Tolima, Cauca, Nariño y Boyacá que se ubicaron siguiendo los cursos altos o del piedemonte de los ríos de la Amazonia (Jimeno Santoyo M, 1987). Eran campesinos analfabetos, descalzos, portadores de parasitismos e infecciones y con hábitos higiénicos deplorables con el afán de establecerse en la región para sembrar y levantar pequeñas ganaderías y cultivos. Con ellos comenzó el proceso de convertir la selva en pastizales y zona de cultivos de pan coger creando así condiciones cada vez más aptas para la proliferación de los vectores del paludismo.

En la región del piedemonte del Caquetá comenzó la ganadería y en el alto Putumayo, a partir de 1963, la explotación petrolera por la *Texaco* y la *Gulf*. En 1951 a toda la Amazonia se le calculaban 90.364 habitantes, siendo de ellos 45.471 para el Caquetá. A principios de 1970 la población había aumentado significativamente y el auge del petróleo en el Putumayo no había dejado alcantarillado, acueducto ni hospital en Puerto Asís, pero sí muchos almacenes, fondas, y prostíbulos (Jimeno Santoyo M , 1987).

## Desde los Años Setenta: Guerrillas, Narcotráfico

El proceso de colonización iniciado en años anteriores continúa y tiene problemas por la titulación de tierras baldías, las vías de comunicación y la comercialización. Hicieron su aparición, desde los años sesenta, grupos insurgentes y con ellos la esperada respuesta de las fuerzas del Estado y posteriormente la de grupos no estatales enemigos de aquellos. La violencia política se instauró en la Amazonia.

Con el auge de la demanda por parte de miles de consumidores, ocasionales o adictos, de la cocaína en Estados Unidos, Europa y otros países, la Amazonia colombiana comenzó a jugar un papel importante como lugar de producción y procesamiento químico de ella o como escala de aprovisionamiento de los aviones de los traficantes nacionales e internacionales. Con este nuevo papel asignado por el comercio mundial a la Amazonia colombiana, sus pobladores ancestrales y sus colonos quedaron presos, en medio de miles de pesos y de dólares, de la violencia y la corrupción del tráfico ilícito de la cocaína y del crecimiento exponencial y desordenado de la población de ciudades como Mocoa y Florencia.

Con la gran afluencia de "colonos" y aventureros andinos y de otras partes tan distantes del país como los de la Costa Pacífica, con el crecimiento vegetativo de ciudades como Mocoa, Florencia, San Vicente del Cagúan, Puerto Rico, Miraflores, San José del Guaviare, Mitú, Leticia, la inmensa región de la Amazonia colombiana está siendo sometida a una gran presión devastadora, a una continua acción de tumbadores de monte y hacedores de potreros y de explotaciones de cultivos de coca que cada día más cercan a las poblaciones indígenas y convierten a la región en un lugar de graves riesgos sanitarios. La hepatitis B y la D son hoy un problema de salud pública en la región, el paludismo afecta severamente a las poblaciones de los cascos urbanos de Miraflores, San José del Guaviare, Florencia, Leticia, etc. La selva húmeda tropical amazónica se sigue convirtiendo en un lugar de riesgo sanitario por la pobreza, la suciedad y los sueños de enriquecimiento de sus nuevos pobladores.

## EPILOGO

En la Amazonia colombiana, en su piedemonte amazónico y sus selvas más orientales, desde la llegada del hombre "blanco" con sus ambiciones "doradas" de color verde "billete", los problemas sanitarios

se han generalizado casi a toda su extensión; hoy la viruela ha sido totalmente relegada y ha dado paso al paludismo; la esclavitud indígena ha sido substituida por la "esclavitud" del dinero de los narcotraficantes y la violencia de los esclavistas y los patrones caucheros del "endeude" ha dado paso a la violencia guerrillera, de paramilitares y de las fuerzas del Estado.

En medio de la "nueva" violencia, nuevas y viejas enfermedades y el sempiterno desprecio y paternalismo hacia los indígenas. Primero el tráfico lícito de esclavos indios, de quina, de caucho, de plumas, de pieles de animales, hoy el ilícito de cocaína. La Amazonia colombiana sigue siendo un lugar de la periferia mundial y del país a donde el mundo "occidental", la sociedad de mercado, sólo se ha arrimado para extraer riquezas, dejar miseria, enfermedades y basuras.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera, Gabriel; Franky, Carlos; Mahecha ,Dany. " Modos de vida en la Amazonia: la construcción del espacio entre los Nukak." Medellín : Ponencia presentada al VII Congreso de Antropología en Colombia. Inédito.
2. Ribeiro, Darcy. Fronteras Indígenas de la Civilización. 1973. México: Siglo Veintiuno Editores S.A
3. Meggers, Betty. Amazonia, hombre y cultura en un paraíso ilusorio. 1981. México Siglo Veintiuno Editores. S.A
4. Sotomayor, Hugo. Historia Sanitaria del conflicto amazónico colombo- peruano 1932- 1934. Santafé de Bogotá Imprenta del Fondo Rotatorio de la Policía Nacional. Ministerio de Defensa Nacional. 1995
5. Shultes, Richard Evans. El Reino de los Dioses. 1989. Bogotá. Fundación Mariano Ospina Pérez- El Navegante Editores.
6. Biocca, Ettore. Estudios etnobiológicos sobre os indios da regio do alto rio Negro, Amazonas nota II : transmissao ritual e transmissao criminosa de espiroguetose discromica ( puru- puru, Pinta, etc) entre os indios do rio Icana. Separata de Arquivos de Biología. Año XXIX. N° 265. S.Paulo
7. Kroeger, Axel y Barbira Freedman, Françoise. Cambio cultural y salud. 1984 Quito. Ediciones Mundo Shuar.
8. Cocco, P.Luis. Yyëwei - Teno. Quince años entre los Yanomamos. 1987. Caracas: Librería Editorial Salesiana
9. Guhl, Felipe et al . "Enfermedad de Chagas y colonización en el alto Catatumbo" Medicina. Revista de la Academia Nacional de Medicina de Colombia Enero 1992 . N° 28 paginas 4-7
10. Domínguez, Camilo y Gómez, Augusto. La economía extractiva en la Amazonia colombiana 1850 1930. Bogotá 1990. Tropenbos- Corporación Araracuara.

11. Mestre, Joseph Bernabeu. Enfermedad y población 1995. Valencia (España): Guada Litografía, S.L
12. Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas Publicación científica n° 505. 1991. Washington
13. Cuervo , Luis. Geografía médica y patológica de Colombia. Contribución al estudio de las enfermedades intertropicales. 1915. Bogotá: Librería colombiana Camacho Roldán y Tamayo.
14. Ciba Foundation. Health and disease in tribal societies. Symposium 49. 1977. North Holland, Amsterdam, Oxford, New York: Elsevier- Excerpta Médica.
15. Guzmán, Ney. Estudio médico- antropológico de la Amazonia colombiana. 1968. Cali: Universidad del Valle. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina preventiva y salud pública
16. Jimeno, Miryan " El poblamiento contemporáneo de la Amazonia" en Colombia Amazónica. 1987. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia- Fondo FEN.