

Los riesgos de la COVID-19 para los pueblos indígenas de Venezuela

Alexander Mansutti Rodríguez¹

Introducción

Es de dominio público el impacto que un nuevo coronavirus está teniendo en todo el mundo. Los primeros casos infecciosos oficialmente registrados se dieron en una metrópoli del sur-centro-este de este país llamada Wuhan, en la provincia de Hubei, y que está establecida en la ribera del Yangtse (río Amarillo) en cuya desembocadura se encuentra la mayor ciudad de China: Shanghai. Los primeros registros son de diciembre de 2019, pero el reconocimiento del carácter epidémico de la infección se da a mediados de enero. Se trata de la tercera epidemia por evolución de coronavirus ocurrida en el siglo XXI.

Altamente infeccioso y con una letalidad mayor que la de las anteriores epidemias por coronavirus (Lora & Sanz, 2020), la COVID-19 sale de China, infectando primero a Tailandia y Japón y luego a Corea del Sur. Como sabemos las epidemias humanas caminan con la gente. Es en Corea del Sur, donde la epidemia tendría ribetes similares a los de China mostrando así, todo su potencial infeccioso. De China y Corea del Sur la epidemia se expande hacia los países con economías más globalizadas y los países vecinos al foco original. Para la última semana de enero, la epidemia se ha expandido por toda Europa, adquiriendo proporciones apocalípticas en el norte de Italia, en España y en Francia, y recientemente, en Rusia. Cuando el virus comenzaba a ser

¹ Antropólogo venezolano. Forma parte del Grupo de Investigación en *Interculturalización, diversidad cultural y lingüística y formación de nuevas ciudadanías*, conformado en la Universidad Nacional de Educación, UNAE, Azogues, Ecuador.

controlado en China y Corea del Sur, los países mediterráneos europeos e Irán en el Medio Oriente, se convierten en los focos infecciosos más importantes para sus países vecinos o con relaciones intensas entre sus habitantes. Luego, la situación se agrava en los Estados Unidos, para pasar a Ecuador, Colombia y Brasil en América del Sur, entre la última semana de febrero y la primera de marzo. En Europa, Rusia toma el relevo de los países mediterráneos y Brasil y Perú acompañan a Estados Unidos en el crecimiento de la infección. La pandemia, así declarada por la OMS en marzo, está hoy en pleno apogeo en estos países suramericanos vecinos de Venezuela.²

La pandemia y Venezuela

El primer caso de COVID-19 aparece en Venezuela el 13 de marzo de 2020 (x-y.es, 2020), cuando ya la pandemia había sido declarada y tenía dos meses desde que se reconoció su carácter virulento por la Organización Mundial de la Salud. De hecho, Venezuela fue uno de los países latinoamericanos que más tardó en identificar su primer caso. Luego de dos meses de un crecimiento muy lento del número de infectados, estos valores se disparan y aumentan en apenas un mes, de 333 casos el 30 de abril a 1459 el 30 de mayo.

Venezuela pasa por una situación muy particular. Luego de 21 años de revolución socialista, la economía del país ha perdido más del 50% de su capacidad para producir riqueza, los servicios públicos están colapsados, la distribución de agua diaria sin interrupción apenas llega a 10% de la población, 70% la recibe esporádicamente y un 20% carece de acceso a ella. El sistema de distribución eléctrica está colapsado, con frecuentes apagones que en regiones como el Zulia y los estados andinos de Mérida y Táchira pueden llegar a durar medio día. La

2 *Nota de la Editora:* Dada la dinámica de la pandemia los datos consignados en el presente artículo están en constante evolución y es imposible, para los efectos de esta publicación, su actualización constante. Por consiguiente, los datos se refieren a lo obtenido en fuentes primarias o secundarias hasta mayo del 2020.

distribución de alimentos está concentrada en manos del Estado y las carencias son comunes, mientras los medicamentos escasean. Finalmente se da una escasez crónica de gasolina que impide la circulación de personas, bienes y servicios (Panis-Mondolfi et al., 2020).

En estas condiciones, más de 5 000 000 de venezolanos (ACNUR, 2020a) se han ido del país y, la mayoría de ellos, se ha radicado en otros países latinoamericanos como Colombia, Ecuador, Perú, Chile, Argentina y Brasil, donde se ha ubicado en la economía informal mientras conseguía trabajos más estables. Se trata, por tanto, de poblaciones muy vulnerables que han provocado no pocas reacciones xenófobas en la población de los países anfitriones.

Una vez que se dispara la epidemia de COVID-19 en la región, que se instala la política de distanciamiento social y que la economía de estos países se paraliza, estos migrantes han sido severamente afectados, quedando, muchos de ellos, en la calle ante la imposibilidad de seguir pagando los arriendos. En consecuencia, grupos importantes de migrantes han regresado a Venezuela. Se habla de unos 50 000 hasta el momento. Han atravesado a pie o en transportes colectivos diversas poblaciones donde la infección se había generalizado y los riesgos de contraerla durante el viaje se hacían más altos (OCHA-UN, 2020).

Mientras solo había que controlar a los viajeros que regresaban por avión de los sitios donde la epidemia estaba en su apogeo (China y Surcorea, luego los países europeos en especial los mediterráneos, y ahora Estados Unidos y el Reino Unido) un país con escasa actividad económica y poca afluencia turística, pudo controlar la pandemia en los casos que se identificaban a pesar de que es conocido que el sistema de salud venezolano está desmantelado, según denuncia el gremio médico (Paniz-Mondolfi et al., 2020). A ello se agrega la escasa movilidad interna de los ciudadanos, impedidos por la escasez de gasolina. Una semana después del primer caso, el gobierno venezolano imponía medidas de restricción de movimientos que ayudaron a controlar el crecimiento de los casos. Un mes después de los dos primeros casos, en Venezuela se había identificado apenas 189 casos. Ello retardó, por suerte, el inicio de la epidemia y su crecimiento.

Lamentablemente, la paralización económica de los países receptores de migrantes venezolanos provocó que cambiara el flujo de la población con el retorno de quienes habían decidido regresar a Venezuela. Con ellos, aumentó el riesgo de contagio importado, como en efecto, ocurrió. De acuerdo con las cifras de la organización indígena del Amazonas venezolano en alianza con la ONG Wataniba, de los 2133 ciudadanos venezolanos que retornaban de Brasil para el 24 de mayo, 120 dieron positivo a la COVID-19 y de ellos, diez que entraron por el estado Amazonas de Venezuela, todos provenientes del pueblo de Sao Gabriel de Cachoeira (ORPIA-Wataniba, 2020). Los otros 110 ingresaron por Santa Elena de Uairen, territorio pemón y makushí. Ello significa que los focos infecciosos más importantes dejan de ser los viajeros que vienen de otros países por avión para trasladarse a las fronteras y los migrantes venezolanos que regresaban de los países de América del Sur, donde la pandemia se desarrolla velozmente.

Las poblaciones indígenas venezolanas y el SARS-CoV-2

En Venezuela, el censo indígena de 1992, el último confiable, nos indica la presencia de 32 pueblos indígenas autóctonos. Todos, salvo los kari'ñas, los cumanaotos y los chaimas del nororiente de Venezuela, los ayamanes del noroccidente y los indios de Lagunillas en el suroeste, están en zonas fronterizas que colindan con Brasil, Colombia y la República de Guyana.

Con el territorio en reclamación con Guyana, tenemos poblaciones compartidas de akawayos, waraos, aruacos, wapishanas y pemones. Con Brasil compartimos poblaciones de pemones, uruak, sapé, yekwanas, sanemas, waraos (migrados recientemente al Brasil) y yanomamis. Con Colombia tenemos barés, banivas, guarequenas, curripacos, puinavis, piapocos, piaroas, hiwis (guahibos), pumés (yaruros), cuivas, yukpas, barís y wayúus (guajiros). Exclusivos de Venezuela tenemos a mapoyos, yabaranas, eñepas, jodis y wirös. Si las fronteras con Guyana, Brasil y Colombia están ocupadas por comunidades indígenas y ellas se sitúan a ambos lados de las fronteras

compartidas, desde donde mantienen intensas relaciones afectivas y comerciales de lado y lado, podemos entender entonces que las poblaciones indígenas hayan multiplicado su condición de poblaciones vulnerables a la epidemia. De hecho, para estas fechas, ya en Brasil, los fallecimientos de indígenas por COVID-19 se contaban por cientos, mientras que los casos en Colombia se multiplicaban (REMASP, 2020), incluyendo casos entre los wayuus, yukpa, curripaco, puinavis y hiwis al 1 de junio (ONIC, 2020).

Todos los pueblos indígenas de Venezuela, excepto por los jodi y los yanomami, están sometidos a procesos intensos de cambio sociocultural. Una de sus expresiones más evidentes es su presencia en los centros urbanos. Ya los resultados del Censo de 1992, hace casi treinta años, indicaban que el 60% de la población indígena venezolana estaba en las urbes. Sin embargo, estos datos estaban aun fuertemente distorsionados por el peso de la población wayuu, la cual acumulaba entonces, la mitad de la población indígena del país y tenía un 80% de su población en centros urbanos. Unos treinta años después, la presencia de todas las poblaciones indígenas en las ciudades es importante e *in crescendo*. En los hechos, los grupos familiares de las culturas más resilientes han logrado comprar casas en las urbes cercanas a sus comunidades donde pasaban tiempo y servían de refugio a estudiantes que estudiaban en la urbe y a los miembros de las familias. La masiva presencia indígena en las ciudades acorta la cadena epidemiológica entre ciudad y selva y aumenta el riesgo de que una epidemia agresiva como la de la COVID-19 alcance a las comunidades del interior.

Otro elemento sociocultural que aumenta los riesgos de contagio son las intensas relaciones comerciales que se han desarrollado entre las comunidades interioranas y los centros urbanos. En efecto, en las ciudades como Santa Elena de Uairén, Tucupita, Puerto Ayacucho, San Fernando de Atabapo y San Carlos de Río Negro, Caicara, San Fernando de Apure, Machiques y Maracaibo, del lado venezolano, es común ver indígenas vendiendo los productos que la selva, los llanos y su esfuerzo agrícola generan.

No menos importante es el proceso de invasiones por mineros de oro y transnacionales que está promoviendo el gobierno venezolano con el llamado Arco Minero del Orinoco, un programa por el cual el Estado, sometido a una crisis severa de acceso a divisas por el desmantelamiento de la industria petrolera y la caída de los precios de venta de sus productos, ha desarrollado una estrategia de explotación salvaje de oro, diamantes y otros minerales como el coltán para obtener dólares. Las selvas de la Guayana venezolana, inmunizadas contra la crisis económica severa que sufre el resto del país por la dolarización de la explotación minera, están siendo invadidas por capitales golondrina que arrastran con ellos a multitudes de pequeños mineros, mafias del oro y bandas delincuenciales. Los mineros que provienen de Brasil y de Colombia, mantienen relaciones con sus lugares de origen, por ejemplo, en el sur y suroeste del Estado Bolívar, en los poblados de la frontera Venezuela con Brasil, y al oeste del Amazonas venezolano, con Colombia.

A esto debe agregársele la crisis severa que están sufriendo los migrantes venezolanos que en número superior a los 5 000 000 se habían instalado en países donde soñaban lograr trabajos estables para mejorar su calidad de vida. De acuerdo con un Informe de AC-NUR (2020) al 24 de mayo, de Venezuela se habían instalado en otros países 5 095 243 ciudadanos y de ellos 2 562 776 habían legalizado su situación migratoria. En casi todos los países, estos migrantes, con frecuencia sometidos a agresiones xenófobas, fueron víctimas, junto con el pueblo pobre de los países anfitriones, del desastre económico generado por las medidas de distanciamiento social y cierre de actividades económicas promovidas por los Estados para intentar frenar la pandemia. Muchos de ellos perdieron sus trabajos y fueron sacados de sus lugares de arrendamiento al estar impedidos de pagar sus rentas. Escasos de ahorros y recursos para mantenerse, muchos de los migrantes decidieron regresar a Venezuela para intentar pasar lo peor de la crisis entre sus redes familiares. El problema es que durante su trayecto han atravesado regiones donde la pandemia está muy activa, llegando a las fronteras ya contagiados en un porcentaje importante de ellos.

Otro elemento que multiplica la fragilidad de los indígenas venezolanos son las prácticas de reciprocidad y solidaridad que les son propias. Es común ver cómo a la hora de la comida, los comensales comparten una misma olla, mojan su pan de yuca —con las manos— en la olla, desgarran las presas de carne con las manos y comparten las bebidas que beben de los mismos recipientes. Siendo cierto que los procesos de cambio tienden a individualizar el consumo de los alimentos, estas no son aún prácticas generalizadas que impidan el contagio.

No desdeñable es el impacto que pudiera tener entre los grupos más resilientes al cambio, la práctica de usar fogones de leña para mantener temperaturas adecuadas mientras duermen y el frío de la noche se hace intenso. Siendo demostrado que el impacto más común y mortífero de la COVID-19 ocurre en las vías respiratorias, el humo que sale de los fogones y que inunda espacios cerrados, sería eventualmente contrario a la terapia razonable de quienes se infectan con el virus.

Finalmente, aún es usual encontrar que todo el grupo familiar comparta espacios donde niños y adultos se distribuyen en un espacio común donde no hay divisiones. Por suerte, el agua es abundante, pero no así el jabón que debe ser traído de las bodegas de los pueblos o de la ciudad.

Los caminos de la epidemia

Tratando de reconstruir el impacto de las epidemias entre las poblaciones y sociedades indígenas del Orinoco Medio entre los siglos XVII y XVIII, pudimos dilucidar los caminos que tomaban los contagios. Enfermedades infecciosas como la viruela, el sarampión y la tosferina, causaron enormes estragos entre las poblaciones indígenas, al punto que muchos pueblos desaparecieron (Mansutti-Rodríguez, 2003). En los hechos, las continuas zoonosis venidas de Europa portadas por europeos y africanos transformaron el mapa social, cultural y económico de todo el continente americano, facilitando los procesos de colonización que pudieron encaminarse en redes so-

ciales disminuidas y simplificadas, lo que facilitó la dominación y la imposición de nuevas relaciones sociales. En los hechos, las zonas socialmente más complejas y densamente pobladas, como por ejemplo las aledañas al Orinoco y la cuenca del Apure, fueron terriblemente impactadas, mientras que la supervivencia de los entramados sociales recayó sobre las sociedades más sencillas, separadas entre sí y móviles, que ocupaban los espacios interfluviales y montañosos (Mansutti-Rodríguez & Bonneuil, 1994-1996). En este trabajo se demostró que las epidemias habían transformado en débiles a las sociedades más fuertes y complejas, y a las anteriormente débiles y ocupantes de regiones marginales, las habían convertido en las más fuertes y capaces de sobrevivir.

En condiciones en las que toda la población carece de experiencia previa con el patógeno, el marcador de diferencia de resistencia más importante es la calidad de las medidas preventivas que se toman y de los cuidados que se le aplican al paciente: Ambos factores están íntimamente asociados a factores socioeconómicos. Es demostrable que la susceptibilidad de ciertas poblaciones a los efectos deletéreos de las epidemias está asociado a los mismos factores que determinan que una población sea pobre (Power et al., 2020). En la pobreza, la mayoría de las poblaciones indígenas acompañan a los sectores mestizos depauperados de las grandes urbes. En estos sectores las tasas de letalidad son mayores sea porque llegan a los servicios de salud cuando su condición es crítica, sea porque estos servicios están ya colapsados por la masividad del contagio. A ello se agrega el analfabetismo que impide el acceso a información pertinente y que permite tomar medidas precautelatorias, el acceso desigual a alimentos y medicamentos, la pertenencia a grupos humanos urbanos que no pueden dejar de trabajar por la amenaza de sufrir hambre y disminuir sus condiciones físicas para enfrentar la enfermedad. Agréguese a ello la dificultad que tienen estas poblaciones, con obligaciones culturales de reciprocidad y solidaridad que son difíciles de conciliar con los toques de queda, prohibiciones de movilización y aislamiento que impone el freno de la pandemia (Power et al., 2020).

La pandemia y los indígenas de Venezuela

De lo expuesto hasta ahora podemos afirmar lo siguiente:

- Estamos frente a una virosis altamente contagiosa, sin tratamiento eficaz, y de alta letalidad que desarrolla síntomas que no pueden ser previstos pero que cuando complica pulmones, corazón o riñones producen el colapso del paciente.
- El contagiado, antes de manifestar los síntomas, es ya transmisor de la enfermedad, lo cual es particularmente grave pues individuos enfermos, pero sin síntomas, contagian a otros sin saberlo.
- Peor aún, hay una cantidad importante de enfermos que pasan la infección sin síntomas siendo transmisores asintomáticos de la COVID-19.
- La masividad del contagio colapsa los sistemas de salud, incluidos los más fuertes, que se ven sobrepasados por la cantidad de pacientes que requieren de atención intensiva. En los sistemas más frágiles el colapso es catastrófico, como lo han demostrado los casos de Guayaquil y de Manaos.
- La velocidad de crecimiento de los contagiados depende de la velocidad con la que se tomen medidas de acercamiento y movilidad restrictivas. Ello aplana la curva de crecimiento, pero no lo impide.
- La pandemia va expandiéndose rápidamente desde focos infecciosos que, estadísticamente, van afectando a los asentamientos que tienen mayor frecuencia de contactos entre sí. En este momento se expanden casos en Brasil, en los estados de Amazonas y Roraima (ORPIA-Wataniba, 2020) con indígenas waraos, pemones y makushis enfermos; en Colombia desde municipios del Guainía, Vichada, Arauca, Boyacá, Norte de Santander, César y La Guajira donde al 1 de junio ya se reportan casos en indígenas wayúus, yukpas, curripacos, puinaves y hiwis (ONIC, 2020); y en Guyana, desde abril, se reportan casos en las

regiones fronterizas del Esequibo, donde se expande la COVID-19 rápidamente. En resumen, las regiones indígenas venezolanas pobladas por indígenas están rodeadas de focos expansivos de la pandemia provenientes de los países vecinos. El foco más activo es el que proviene de Brasil y se expande rápidamente por el noroccidente amazónico desde el Caquetá y el Vaupés hacia el río Negro que nace en la frontera entre Venezuela y Colombia.

- El sistema de salud del Estado venezolano, en general, está desmantelado y su capacidad para dar tratamiento adecuado antes de ser sobrepasado por el número de casos es muy limitada.
- El cierre de fronteras, ya decretado por el gobierno venezolano, es una medida limitada pues las fronteras con Brasil, Colombia y Guyana son muy permeables e imposibles de cuidar, más aún por un Estado colapsado.
- Ello se agrava exponencialmente con el aumento continuado de la presión que ejercen los venezolanos migrantes que regresan y se acumulan en las fronteras para reingresar al país. El Estado venezolano ha implementado instalaciones de cuarentena donde se recibe a los retornados, se les aísla y se les hacen las pruebas para descartar que son portadores del virus. En estos puntos de control se concentra la mayoría de los casos identificados hasta el momento.
- Las instalaciones sanitarias y hospitalarias que están al frente de esta política en las fronteras indígenas de Santa Elena de Uairén, Puerto Ayacucho, Puerto Páez, San Antonio, Machiques, Maicao y otros pequeños poblados son precarias. Con muy pocos casos graves, sus servicios de atención, especialmente los de cuidado intensivo, colapsarían.
- Peor aún están grandes extensiones fronterizas en el Esequibo, en toda la frontera con Brasil que va de Ikarabú hasta Maroa, en el río Negro, o de Colombia, entre Puerto Páez y Arauca, donde apenas se consiguen dispensarios

atendidos por enfermeros indígenas o mestizos para atender estos casos.

- Las actividades mineras informales, de larga data en Venezuela, pero hoy oficialmente promovidas por el Estado, están presentes en las tres fronteras donde hay alta movilidad humana y condiciones que históricamente han facilitado la presencia endémica de la malaria y el dengue. De hecho, se reporta la presencia de capitales oportunistas e incluso de movimientos irregulares de Colombia que encuentran en Venezuela aliviaderos y fuentes de financiamiento. Nada impide que estas mismas condiciones faciliten la circulación de la COVID-19.
- Los indígenas urbanos en estas zonas fronterizas superan el 50% del total de la población indígena del país. Salvo algunos casos privilegiados, la inmensa mayoría están ubicados en los sectores más pobres de la ciudad, por tanto, los más vulnerables.
- Las poblaciones aisladas, estadísticamente clasificadas también como muy pobres, están, por lo general, en mejor condición física que los indígenas pobres de las ciudades por la abundancia de alimentos que les ofrece el bosque. Sin embargo, también son poblaciones de alto riesgo por su lejanía de los medicamentos, de la información sobre la higiene necesaria, y de la atención médica, menos aún la especializada. En el medio están aquellos que están cerca de los centros urbanos pero que se mantienen más allá de su periferia. Combinan en sí ventajas y desventajas de los voluntariamente aislados y de los pobres urbanos: Están más cerca de la epidemia, pero también de la atención sanitaria, de los medicamentos industriales y las terapéuticas tradicionales y todavía pueden obtener del entorno natural algunos alimentos que el indígena urbano ya no tiene a su alcance, pero que siempre es menos abundante que el de sus parientes de montaña adentro.

- Como en la época de las misiones jesuitas, las poblaciones indígenas ubicadas en los centros urbanos fronterizos y en las grandes comunidades enfrentan los riesgos de los pobladores pobres urbanos y de los grandes pueblos. A mi juicio, son ellos los que pueden sufrir las peores consecuencias por el número de infectados y de decesos y son la fuente de contagio para sus parientes selváticos, lo que puede promover, como ha ocurrido con Manaos, la irradiación de la epidemia a los poblados más pequeños.
- En contraste, el problema de las comunidades más tradicionalistas no es el riesgo de contagio ni tampoco el número de infectados y su potencial de contagio, que es menor que el de la ciudad, sino el exiguo tamaño de su población y la letalidad de su impacto frente a enfermedades desconocidas para ellas. Si la epidemia llegara al Alto Orinoco, al Alto Cuao, al Alto Parú, al Alto Caura-Erebato, a la Sierra de Perijá, a las regiones interfluviales de los llanos apureños, o la Alta Guajira, su letalidad podría ocasionar daños inconmensurables en lo cultural, en estos grupos escasos en población, pero depositarios de sabiduría propia.

¿Qué hacer?

La política de distanciamiento, higiene recurrente, control de entradas por los aeropuertos y fronteras, freno a la movilidad ayudada por la escasez de combustibles, logró mantener la enfermedad a raya, con un crecimiento muy moderado. Sin embargo, nuevos retos han aparecido que parecen haber tenido impacto. Al principio, la mayor parte de los casos se encontraban en tres estados centro-norte-costeros, Aragua, Miranda y Distrito Capital. Esto comenzó a cambiar drásticamente cuando el impacto económico del paro obligado de las economías de América del Sur y la expansión entre ellos de la epidemia, obligó a miles de migrantes a regresar a Venezuela. De un día para otro, el protagonismo de los casos diarios fue adquirido por estados fronterizos como el Zulia, Táchira, Apure y Bolívar.

El otro factor que cambió las tendencias fue la expansión de la epidemia hacia la Amazonía brasileña y desde ella, hacia la cuenca del Orinoco y la del Caroní, una por el Río Negro y la otra por la carretera Manaos-Boa Vista. La amenaza hacia los sectores fronterizos, ayer inexistente, hoy es muy grave, más grave aun si consideramos que en estas áreas fronterizas hay muchas explotaciones mineras, auspiciadas desde Venezuela por el Arco Minero del Orinoco y desde Brasil por la apertura de la Amazonía a todo tipo de explotación económica auspiciada por el gobierno de Bolsonaro. Ambos gobiernos debieran acordar o implementar, cada uno por su lado, medidas de congelamiento de estas políticas.

El regreso de los migrantes atravesando áreas donde la pandemia está en apogeo y la presencia de poblaciones extremadamente móviles y anárquicas en sus movimientos, crean peligros extraordinarios para las poblaciones indígenas de frontera que, como ya vimos, comienzan a ser alcanzadas por la pandemia. No queremos ser pesimistas, pero vemos poco probable que el desmantelado sistema sanitario del gobierno venezolano pueda contener a la pandemia justo ahora cuando los enfermos tienden a duplicarse en pocos días y con, ello, comienzan a saturar las pocas camas de cuidados intensivos que le quedan al Estado en Venezuela. Aquí poco se puede hacer, salvo seguir controlando en lo posible sus ingresos controlados en una frontera muy permeable.

En consecuencia, se hace indispensable tomar las medidas que sean necesarias para proteger a quienes por derecho les corresponde ser protegidos. Para ello será necesaria ayuda humanitaria internacional que pueda dotar a las regiones de fronteras con instrumental y personal médico y paramédico que puedan atender a las poblaciones empobrecidas que allí viven, incluidos los indígenas que han abandonado sus territorios tradicionales para irse a vivir a las urbes aledañas como Puerto Ayacucho, Maripa, Caicara, Ciudad Bolívar, Tucupita y Santa Elena de Uairen por el sur y oriente; y hacia Puerto Páez, Arauca, Guasdalito, Machiques y Paraguaipoa por el occidente del país. Políticas especiales deberán ser instrumentadas para proteger a las comunidades voluntariamente aisladas en zonas de difícil

accesibilidad, poblaciones que son depositarias de los saberes más atesorados de las tradiciones de esos pueblos indígenas. Si los sabios de estos pueblos se vieran contagiados, alejados de los servicios médicos occidentales y escasamente dotados de una terapéutica propia para atender una enfermedad que desconocen, y que además mantienen prácticas que pudieran ser contraproducentes para contener los contagios y tratar enfermedades que afectan a los pulmones, la letalidad del virus se vería multiplicada, provocando una tragedia cultural invaluable.

Sugerimos que, en una alianza entre movimientos indígenas, ONG de dilatada trayectoria y prestigio, agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los órganos de poder venezolanos, se elabore una política que pueda generar un escudo de protección de las cabeceras de los ríos convertidos en área de refugio para estas pequeñas poblaciones, extremadamente frágiles frente a la COVID-19, de manera de preservar los saberes que ellas atesoran.

El tiempo se acorta para implementar las medidas...

Bibliografía

- ACNUR (2020a). R4V Plataforma de coordinación para refugiados y migrantes de Venezuela. <https://bit.ly/39oFXF1>
- (2020b). Caracterización general de la población venezolana. <https://bit.ly/3buGisr>
- Mansutti-Rodríguez, A. (2003) Enfermedades y despoblamiento: El Orinoco Medio entre los siglos XVII y XVIII. En Jean Chiappino & Catherine Ales (Eds.), *Caminos cruzados* (pp. 2-22). IRD/GRIAL, Universidad de Los Andes. <https://bit.ly/2LDgGik>
- Mansutti-Rodríguez, A., & Bonneuil, N. (1994-1996). Dispersión y asentamiento interfluvial llanero: Dos razones de sobrevivencia étnica en el Orinoco Medio del postcontacto. *Antropológica* 84, 43-72 <https://bit.ly/38vcPwJ>
- OCHA-Oficina de Naciones Unidas para Asuntos Humanitarios (2020). Venezuela: COVID-19. Flash Update, 4, 22 de mayo de 2020. <https://bit.ly/38yS4Ap>

- ONIC (2020). Boletín 030 del Sistema de monitoreo territorial (SM-T)-ONIC. Información para proteger la vida y los territorios. <https://bit.ly/39kzL14>
- ORPIA-Wataniba (2020). Observatorio COVID-19 en la Amazonía venezolana ORPIA-Wataniba: Una ventana para el seguimiento de la pandemia en la Panamazonia y en la Amazonia venezolana. *Boletín*, 2, 14 de mayo. <https://bit.ly/3sefRx8>
- Panis-Mondolfi, A.E., Sordillo, E.M., Márquez-Colmenarez, M.C., Delgado-Noguera, L.A., & Rodríguez-Morales, A.J. (2020). The arrival of SARS-CoV-2 in Venezuela. *Lancet* 2020; published on line. May 4. [https://doi.org/10.1016/50140--6736\(20\)31053-9](https://doi.org/10.1016/50140--6736(20)31053-9)
- Power, T., Wilson, D., Best, O., Brockie, T., Bourque-Bearskin, L., Millender, E., & Lowe, J. (2020). COVID-19 and indigenous peoples: an imoerative for action. Editorial. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15320>
- Loras, C., & Sanz, J. C. (2020). Información preliminar de las características virológicas del nuevo coronavirus SARS-CoV-2. *Revista Madrileña De Salud Pública*, 4(2), 1-10. <https://doi.org/10.36300/remasp.2020.061x-y.es> (2020). Venezuela. Actualizado al 30-05-2020. <https://bit.ly/3sajrZr>