



Comunidad de Wacuraba. Vaupés. Foto: Luis Fernando Jaramillo H.



La pandemia: una amenaza más sobre los pueblos indígenas de la Amazonia

Juan Felipe Guhl Samudio¹, Omar Ruiz Nieto²,
Estefanía Luengas Bautista³, Delio Mendoza Hernández⁴,
Luis Fernando Jaramillo Hurtado⁵, Elizabeth Riaño Umbarila⁶.

Resumen

En el transcurso de su historia la humanidad se ha visto azotada por diferentes epidemias y las poblaciones amazónicas no han sido la excepción, ya que con las diferentes migraciones ocurridas a lo largo del tiempo se han introducido distintas enfermedades que han diezmando a las poblaciones originarias y en ocasiones han llegado a extinguirlas; es claro que en la América prehispánica la densidad de población era mucho más alta que la que sobrevivió al contacto con la sociedad europea, pues se vio afectada por la diseminación de virus, bacterias y protozoos que cambiaron drásticamente la demografía del continente y la Amazonia. Esto ha seguido sucediendo a través de las épocas a causa de los diferentes booms extractivos que, con el comercio, las migraciones y los cambios en el paisaje, han incrementado la proliferación de enfermedades que continúan siendo una amenaza para los habitantes amazónicos.

Los cambios en la composición del bioma amazónico con la construcción de carreteras, la expansión de la ganadería, la minería desmedida e ilegal, entre otros factores, conllevan a la proliferación de un mayor

número de enfermedades y a la pérdida de prácticas culturales sostenibles y por ende saludables. La creciente urbanización de la Amazonia llevaría a imaginar una mejora en los servicios sanitarios y de salud para sus ciudadanos, sin embargo, las cifras evidencian una realidad muy distinta, pues ni siquiera se cuenta con una adecuada prestación de servicios de salud, lo que vuelve a esta región más vulnerable que otras frente a la pandemia de COVID-19 que nos afecta en la actualidad.

La diversidad cultural de la región permite apreciar y comprender de distintas maneras lo que está sucediendo al interior de las poblaciones y encontrar distintas causas y posibles formas de afrontar las enfermedades (enfermedad), en este caso el COVID-19; el acercamiento desde la cosmología de los pueblos indígenas es fundamental para encontrar una relación con el territorio y sus entidades espirituales frente a los acontecimientos con esta enfermedad y ver cómo es interpretada y asumida por los nativos de estas tierras.

Palabras clave: COVID-19, pueblos indígenas, enfermedades, epidemias, historia, Amazonia

¹ Coordinador del programa de dinámicas socioambientales del Instituto SINCHI. Doctor en antropología de la Universidad Nacional de Colombia, con maestría en estudios amazónicos de la misma universidad.

² Investigador Programa Dinámicas Socioambientales Instituto SINCHI. Historiador, candidato a MSc en Medio Ambiente y Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia.

³ Investigadora Programa Dinámicas Socioambientales Instituto SINCHI. Bióloga con Magister en ciencias biológicas con énfasis en Microbiología, Universidad de los Andes.

⁴ Investigador Indígena Uitoto Asociado al Instituto SINCHI, Ingeniero Electrónico candidato a MSc. en Estudios Amazónicos de la Universidad Nacional de Colombia-Sede Leticia.

⁵ Coordinador Subsele Vaupés – Investigador Asociado; Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas – SINCHI, Zootecnista; Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Gestión Social y Ambiental; Maestría en Conservación y Uso de la Biodiversidad.

⁶ Arquitecta MSc. Geografía. Investigadora del Programa Dinámicas Socioambientales, Instituto SINCHI.

Abstract

Throughout history, humans have been confronted by a myriad of epidemic diseases. Populations settled in the Amazon rainforest are particularly affected by migratory events, which have introduced a myriad of diseases, with decimating effects on the native populations, driving some communities to extinction. Contact with European colonizers lead to spread of viruses, bacteria and parasites, which lead to demographic changes in the continent and Amazon region specifically, resulting in surviving communities that are but a fraction of the pre-colonization population. This has been a recurring phenomenon, driven by the exploitation of natural resources which lead to an increase in trade, migration events and landscape changes, which have continuously threatened the public health of the Amazonian residents.

Road construction, expansion of cattle ranching, overgrown and illegal mining, are some of the factors that change the compositions of the amazon biome, which entails a high number of disease

proliferation and the loss of sustainable cultural practices, which play a significant role in supporting their livelihood and health. The increasing amazon urbanization, which naively are perceived to increase the quality of sanitary and healthcare services. These benefits however are currently underdeveloped which leaves the region in a relatively more vulnerable state to fend off against the current COVID-19 epidemic.

Understanding the cultural diversity of the region allows us to comprehend the individual dynamics of each population, as it pertains to ways of undertaking diseases (In this case COVID-19). Properly considering cultural facets such as cosmology is essential to understand the relationship of people, their territory and spiritual entities, which is the lens through which natives of this land will interpret and address the epidemic.

Keywords: COVID-19, indigenous populations, diseases, epidemics, history, Amazonia

INTRODUCCIÓN

Desde noviembre del 2019, cuando el COVID-19 comenzó su expansión en la ciudad china de Wuhan y rompió fronteras al punto de cubrir casi la totalidad del mundo habitado, se empezaron a evidenciar las deficiencias en infraestructura, equipos médicos y en los mismos sistemas de salud para contener la expansión o brindar tratamiento oportuno y adecuado a las personas contagiadas; pero la crisis sanitaria producida por el COVID-19 no sólo demostró lo poco preparados que estaban los gobiernos mundiales, también expuso las desigualdades sociales existentes, en especial en aquellos territorios desconectados de los centros de Gobierno, donde después de varios meses se ha demostrado la ineficacia de los Estados en la asistencia inmediata.

La provisión para la seguridad alimentaria y nutricional, dada la diversidad cultural que ostentan municipios como Leticia, debe suministrarse complementariamente con productos frescos y elaborados provenientes del interior del país o de países vecinos y con productos de origen local, pero estos municipios han demostrado una fuerte dependencia frente al consumo de productos externos.

Al cerrarse y/o restringirse los puertos comerciales aéreos y fluviales, se esperaría una buena capacidad de autoabastecimiento para soportar la cuarentena, sin embargo, las únicas fuentes de provisión local de alimentos como las chagras, han sido desplazadas por el suministro de alimentos procesados; causa de esto es la dedicación de las comunidades locales a otras actividades productivas como el turismo, que proveen ingresos monetarios que son intercambiados por este tipo de alimentos.

De otro lado, salen a relucir las precarias condiciones hospitalarias de los municipios amazónicos que, en los primeros días

de contagio para el caso de Leticia, desbordaron sus capacidades para atender a las personas infectadas, revelando la ineficiente gestión de los recursos de salud y arriesgando así la vida del resto de la población.

Si este es el panorama en las cabeceras municipales, ¿cuál es la situación en las áreas no municipalizadas o en los resguardos indígenas alejados de las cabeceras municipales a raíz del COVID-19?

La historia de los pueblos indígenas del Amazonas está caracterizada por el ostracismo, la inequidad y la violencia y no hay que ir muy lejos para rememorar uno de los episodios más crueles y sangrientos de su historia: la cauchería; Fanny Kuiru, en razón a la visita del príncipe Carlos de Inglaterra a Colombia en octubre de 2014, recuerda que fue la compañía inglesa Rubber Corporation (Casa Arana) quien cometió, por medio de sus capataces, los actos más atroces e inhumanos sobre la población indígena:

*"(...) no les bastó asesinar niños de forma brutal estrellando sus cráneos contra los árboles y separarlos de sus padres, sino que también arrasaron con la selva donde teníamos la comida."*⁷

La responsabilidad de estos sucesos no sólo atañe a los gobiernos peruano y/o británico, también al gobierno colombiano de aquel entonces que desconoció la realidad del territorio y de sus habitantes y que a causa de la precaria estructura gubernamental y a la falta de una política adecuada de colonización de los territorios amazónicos considerados en ese entonces como baldíos, posibilitó aquellos lamentables episodios.

⁷ <https://opiac.org.co/somos-sobrevivientes-victoriosos-del-genocidio-de-las-caucherias/>.

Al día de hoy la situación no es muy diferente. Aunque existe una buena base jurídica enmarcada en convenios internacionales que ha posibilitado la protección de una importante parte de los territorios, estos continúan expuestos a otros males como el narcotráfico, el saqueo de recursos naturales, la degradación cultural, servicios de salud deficientes e inapropiados y alternativas económicas diferenciales nulas. Ahora, en medio de la lucha indígena por hacer frente a estas complejidades, llega el COVID-19 para complicar aún más las cosas.

De acuerdo a conversaciones sostenidas con algunos líderes, autoridades tradicionales y representantes legales de asociaciones indígenas, una de las razones que hace más difícil el control y prevención de la pandemia es el desconocimiento por parte de la población indígena sobre todo lo concerniente a esta enfermedad, considerando además que el concepto de enfermedad y curación tiene otra acepción y significado bien disímil al concepto occidental. Si el desconocimiento mundial, debido a la novedad del virus y su alta tasa de contagio, no permitió un proceso adecuado e inmediato de capacitación para su prevención, ¿qué se puede esperar en los territorios indígenas?

Ante las debilidades del Estado y de los gobiernos departamentales para brindar asistencia médica y alimentaria de manera eficaz e inmediata -algo a lo que ya están habituadas las poblaciones de la zona-, la mayoría de las comunidades indígenas han optado por recurrir al auto-aislamiento y a la práctica de sus saberes ancestrales para la prevención de enfermedades, con el fin de paliar y contener el virus. El auto-aislamiento en la selva y dentro de las comunidades, es una respuesta natural frente a las enfermedades y peligros externos y que se percibe como lógica ante la capacidad de suministros de medicinas y alimentos que el bosque o la selva pueden ofrecer.

En Colombia, la ruta de transmisión de la epidemia tiene su lugar de origen en casos llegados del extranjero y en la rápida transmisión del virus en las capitales. Sin embargo, como lo muestra la figura 1., la tasa de contagio y el número de casos por cada 100.000 habitantes es relativamente baja con relación a países como Chile, Perú y Brasil respectivamente.

Al interior del país se presenta un avance del Covid 19, con un alza importante en los departamentos de la región amazónica, dando un total de 7.327 casos positivos y 256 muertes⁸. En el mapa 1 se muestra cómo en la Amazonia colombiana se han multiplicado los focos de infección, exponiendo la presencia en 45 entidades territoriales. Cada vez son más los municipios de frontera y áreas no municipalizadas las afectadas, donde las capacidades del sistema de salud son extremadamente precarias y la atención es deficiente, mostrando un alto grado de vulnerabilidad con los habitantes de la región. (Observatorio de Salud Amazónico, 2020; *Boletín epidemiológico diario comportamiento covid-19 Amazonas*, 2020). La mayor amenaza para la Amazonia son las fronteras porosas que históricamente han sido corredores estratégicos, tanto legales como ilegales, y son vitales para el sostenimiento de las poblaciones locales, como lo evidencia el siguiente mapa, con la triple frontera entre Colombia, Perú y Brasil (mapa 2).

Con una perspectiva regional, las altas cifras de casos confirmados para COVID-19 tanto en Manaus (Brasil) con 30.640, ubicado a tres días en bote de Leticia, como en Tabatinga ciudad vecina que se separa del territorio colombiano por cuerdas con 1.469 casos, es comprensible la entrada y aumento de casos en

⁸ Estos casos son reportados hasta el 11 de agosto de 2020, fecha de culminación de este artículo.

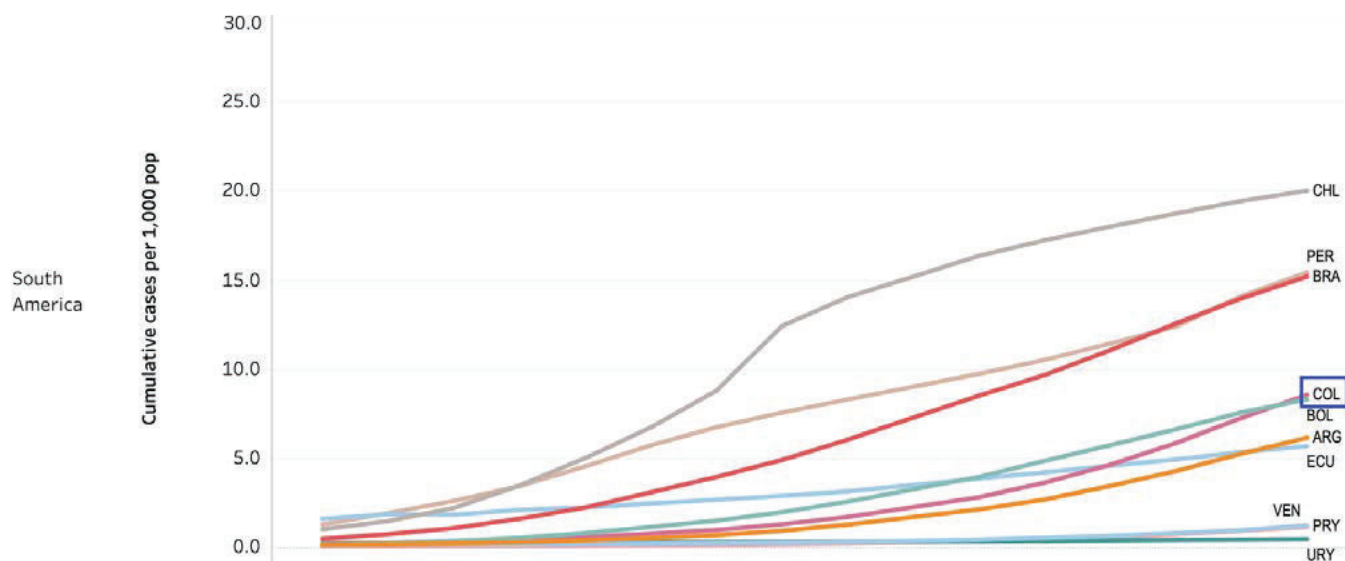
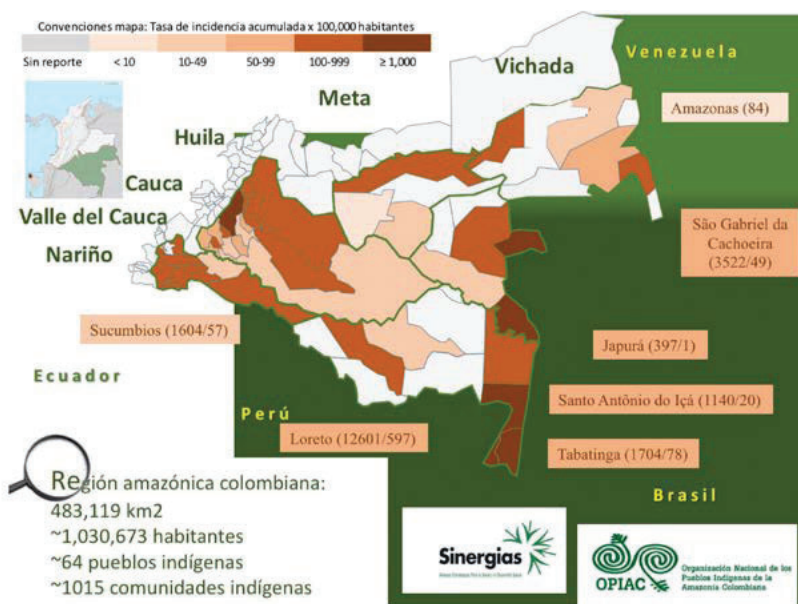


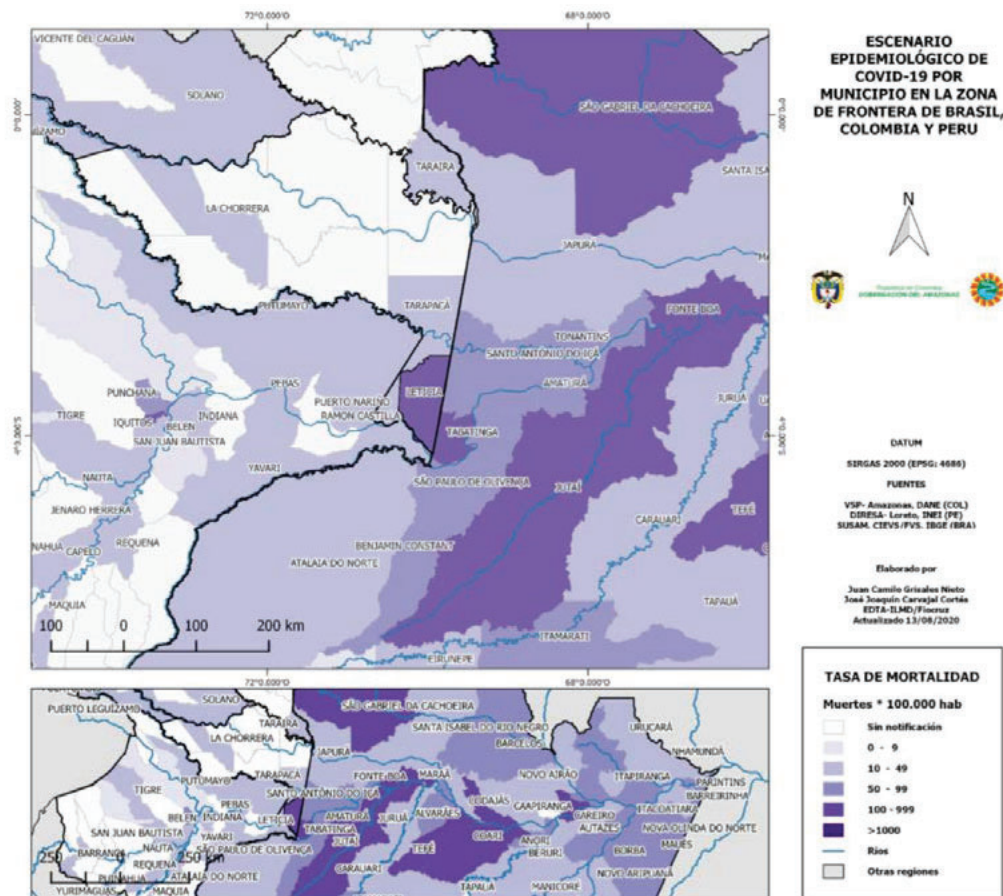
Figura 1. Casos acumulados por 100.000 habitantes.

Fuente: Regional Office for the Americas of the World Health Organization (2020).



Mapa 1. Tasa de incidencia del COVID-19 en la Amazonia colombiana.

Fuente: OPIAC y Sinergias (2020)



Mapa 2. Tasa de mortalidad en la triple frontera entre Colombia, Perú y Brasil.

Fuente: Secretaría de salud Gobernación de Amazonas (2020).

nuestro territorio (Ardila, 2020). Así mismo, la situación de las comunidades indígenas ubicadas en la triple frontera como La Guadalupe (frontera con Brasil), donde viven siete familias que suman 215 personas y las de Puerto Colombia (frontera con Venezuela), así como las del Inírida -a tres días por río- y que dependen de San Gabriel de Cachoeira (Brasil) para abastecerse, en donde ya hay 600 casos confirmados, es aún más alarmante. Por otro lado, la frontera con Venezuela también representa un riesgo ya que en San Carlos hay 4 casos confirmados. Lo anterior plantea un escenario aterrador para las comunidades que no pueden aislarse del todo pues su supervivencia quedaría igualmente amenazada (Guainía, *La otra cara del COVID-19 en Amazonia*, 2020).

El siguiente mapa deja claro que el epicentro de contagio para la gran mayoría del territorio amazónico fue la ciudad de Manaus, capital del estado brasileño de Amazonas, donde para mayo la capacidad hospitalaria ya se había sobrepasado, convirtiéndose en el lugar con mayor tasa de infección y con menos fondos hospitalarios. En esta ciudad fue necesario cavar fosas comunes y ante la dramática situación su alcalde expresó: “ya no

estamos en estado de emergencia sino de absoluta calamidad” (Builes, 2020). Los indígenas que habitan los ríos Solimoes y Negro, por ejemplo, permanecieron asilados mientras pedían ayuda, y al no recibirla se vieron obligados a permitir el contacto nuevamente, lo que conllevó irremediablemente al contagio. Como éste son varios los casos de pueblos indígenas que al no tener atención médica ni garantías en sus territorios deben salir de ellos, lo que ha generado un contagio masivo y desproporcionado desde Manaus hasta la triple frontera con Perú y Colombia (*El Coronavirus Se Propaga a Las Áreas de La Selva Tropical de Brasil, Infectando a Comunidades Nativas de Las Amazonas*, 2020).

Siendo el río el principal medio de comunicación para las poblaciones que habitan la cuenca del Amazonas, se convierte en el canal de contagio y propagación ideal del virus. Es claro que los ejes de los ríos Putumayo, Apaporis, Guaviare, Guainía, y probablemente Caquetá, están afectados, como lo muestra la siguiente figura, que señala cómo los casos de contagio siguen el curso del cuerpo fluvial, amenazando a más de 400 comunidades indígenas. Por otro lado, restringir el transporte también compromete la disponibilidad de alimentos y medicinas, así como



Mapa 3. Ruta epidemiológica.

Fuente: Secretaría de salud Gobernación de Amazonas (2020).

el traslado a los cascos urbanos de pacientes que requieran atención especializada, ya que la movilidad aérea es limitada y de alto costo (Millán, 2020).

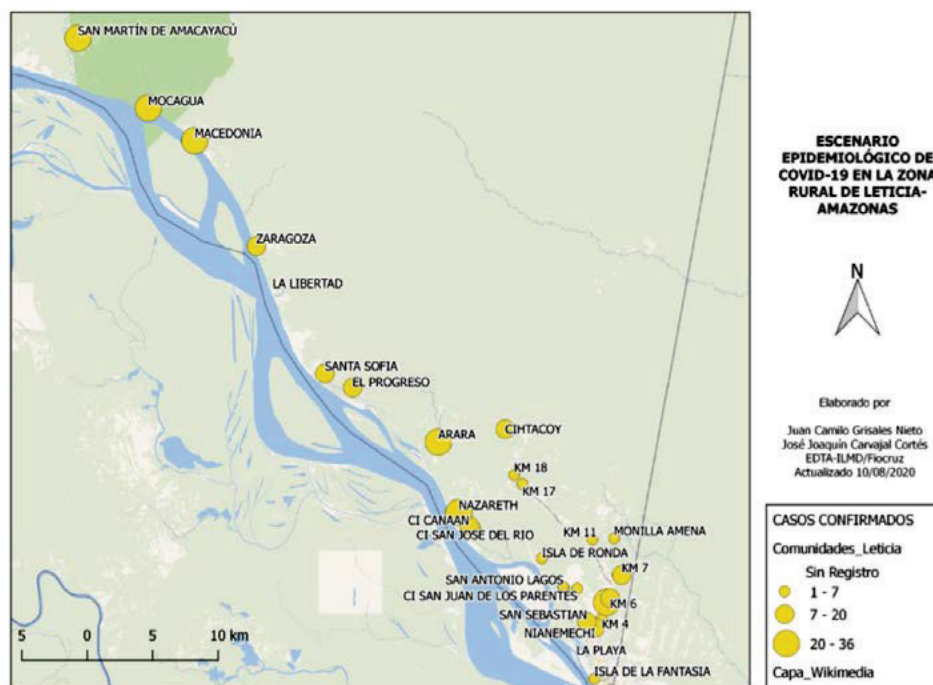
La razón por la cual las vías de abastecimiento a estas poblaciones se mantienen abiertas se debe al fenómeno de urbanización en la Amazonia, que ha suscitado que las comunidades indígenas por las presiones externas sufran una pérdida de gran parte de sus prácticas ancestrales de cultivo y autonomía alimentaria, lo que ha generado a su vez un incremento en la desnutrición y morbilidad de la población, añadiendo un agravante más a la sobrevivencia de estas culturas. Estos hechos plantean una enorme contradicción, pues es fundamental no cortar las vías de suministro de alimentos para estas comunidades, pero al permitir el acceso se facilita el contagio del virus (*El coronavirus amenaza a los indígenas del Amazonas colombiano*, 2020).

Esta realidad no es novedosa para las comunidades amazónicas que ya entre el 2015 y 2019 reportaron cerca de 3.000 casos de malaria; pero a esto es necesario sumar que los picos de dengue y malaria suelen darse entre julio y septiembre, lo que adiciona otra variable al complejo escenario que enfrentan los habitantes del Amazonas este año. Se ha reportado que las zonas con mayor incidencia de dichas enfermedades son las zonas no municipalizadas, como La Pedrera y Tarapacá, donde se sospecha hay casos de COVID-19. Lo que más preocupa es no saber cómo reaccionaría al dengue o malaria una persona infectada con el virus (Ardila, 2020).

Lo anterior permite entender la vulnerabilidad de estas comunidades étnicas, las cuales reúnen condiciones tanto físicas como sociales que definitivamente las ubican en el ojo de la pandemia, no solo porque se ven amenazada sus vidas sino también sus culturas, ya que las cifras a nivel mundial reportan una alta incidencia en los adultos mayores, quienes para estas comunidades son los que transmiten el conocimiento a los jóvenes y su pérdida representa un daño irreparable para las culturas indígenas en general (Millán, 2020; Rodríguez, 2020)

Según el instituto Nacional de Salud, para el 15 de agosto de 2020 el número de indígenas contagiados confirmados para los departamentos que conforman la región amazónica son: Amazonas (893), Caquetá (20), Guainía (2), Guaviare (5) Meta (44), Putumayo (174), Vaupés (57) Nariño (705), Vichada (1) y Cauca (260). La Gobernación del Amazonas reportó el 16 de agosto de 2020 888 indígenas contagiados en su territorio, lo que evidencia la subestimación no sólo en los resguardos indígenas, los cuales no permiten la entrada, sino también en las zonas urbanas.

Estas cifras son alarmantes, ya que se trata de una región, como se ha mencionado anteriormente, que cuenta con bajísimos niveles en la prestación de los servicios de salud, pero además se trata de zonas demasiado alejadas donde los muestreos epidemiológicos de la enfermedad son muy subjetivos dada la baja cantidad de diagnósticos. No se excluyen por supuesto, las prácticas culturales de vivienda y alimentación, que son también



Mapa 4. Escenario epidemiológico de COVID-19 en la zona rural de Leticia, Amazonas.

Fuente: Secretaría de salud Gobernación de Amazonas (2020).

factores de análisis, pues se circunscriben en los patrones de transmisión del virus.

Hoy también se sabe del fallecimiento de muchos de los habitantes mayores de las comunidades indígenas, que además significa la muerte absoluta de un conocimiento ancestral incommensurable que, al darse a través de la oralidad, se pierde para siempre con la desaparición de aquel que lo transmitía; al ser la de los adultos mayores la población más afectada y que representa la mayoría de muertes según las estadísticas, el mundo podría ser testigo también de la desaparición del invaluable legado cultural de estos pueblos, ante la falta de acción de los gobiernos centrales.

HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES Y LAS EPIDEMIAS EN LA AMAZONIA

La Cuenca Amazónica cuenta con investigaciones que muestran datos de presencia humana desde hace más de 11.000 años AP reportados por los estudios de Roosevelt en Piedra Pintada, Brasil (Roosevelt, Douglas & Brawn, 2002). A estos registros arqueológicos se suman otros yacimientos que demuestran que la Amazonia se encontraba poblada desde esas épocas y evidencian también que la influencia antrópica ha sido clave en la estructuración de la biota de la cuenca y la distribución de sus especies (Clement *et al.*, 2015; Mora, 2006). Los cambios generados a lo largo de este tiempo por las distintas comunidades humanas han resultado en grandes extensiones de palmas frutales y, con ellas, lugares de abastecimiento para diferentes especies animales que constituyen una fuente de proteína animal y actúan como hospederos de varios parásitos.

Las tierras negras de origen antrópico, las transformaciones de los sistemas agrarios y de las estrategias de gestión forestal promovieron que desde hace 4.000 años AP en la Amazonia existieran comunidades más grandes y sedentarias (Clement *et al.*, 2015). Las diferentes excavaciones demuestran que existieron poblaciones con una densidad demográfica considerable, que generaron nuevos paisajes y que por supuesto estuvieron expuestas a nuevas problemáticas de salud para sus habitantes (Meeggers y Evans, 1957; Lathrap, 1970; Carneiro, 1995; Denevan, 1996; Heckenberger, 2005; Gnecco y Mora, 2006). Es de resaltar que en las investigaciones bio-arqueológicas del río Amazonas, los restos humanos son muy escasos. Los pocos esqueletos encontrados en urnas funerarias han permitido establecer que las personas sufrían de caries dentales y fracturas, no obstante, es muy poco lo que se conoce sobre las enfermedades parasitarias o víricas que afectaron a las personas en zonas de bosque húmedo tropical (Monteiro da Silva, 2005). Lo anterior significa que existe un desconocimiento monumental sobre los problemas de salud en las personas de la Amazonia por un periodo de 10.500 años.

Leles y Araujo (2015) sugieren que en la América prehistórica las personas de la Amazonia debieron estar expuestas a

diferentes virus, parásitos y hongos que les ocasionaron enfermedades y entre los grupos de patógenos que probablemente afectaron la salud de la población se pueden identificar bacterias (*Mycobacterium tuberculosis*, *Treponema pallidum* (sífilis), *Helicobacter pylori*), virus (Virus linfotrófico humano de células T (HTLV), hongos (Coccidioidomycosis, Paracoccidioidomycosis), protozoarios (Malaria, Toxoplasmosis, Chagas), helmintos (Ascariasis, Capilariasis) y ectoparásitos (*Tunga penetrans*).

Estos autores señalan también, que estas enfermedades debían estar distribuidas a lo largo de toda la cuenca del río Amazonas, ya que existieron migraciones desde comunidades andinas hasta el Atlántico, basadas en las redes de intercambio que, sumadas a los desplazamientos intra-amazónicos, debieron generar la transmisión de estos patógenos y sus dolencias. Sotomayor (2001) contradice esta hipótesis al señalar que, por su baja densidad poblacional y aislamiento, estas eran comunidades saludables y con poca probabilidad de transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Esto último se basa en la información de la región noroccidente de la cuenca, donde no hay registro de sociedades jerarquizadas y con redes de intercambio tan extensas como las que debieron existir sobre las riberas del majestuoso río Amazonas. Con todo, es aún poco lo que se ha llegado a conocer sobre las enfermedades que padecieron los amazónicos prehispánicos.

Es indudable el fuerte impacto sobre el tamaño de la población nativa que tuvo la incursión de los europeos en América. Black (1992) nos recuerda que en el nuevo mundo fallecieron 56 millones de personas al tener contacto con los europeos, ya fuera por causa de guerras o por la ruptura social, pero en su gran mayoría estas muertes se debieron a las enfermedades introducidas al continente, que redujeron a un 10% la población. Se estima que en la cuenca del río Amazonas habitaron entre 8 y 10 millones de personas antes de la conquista europea (Clement *et al.*, 2015; Denevan, 2014) y los procesos de colonización, que llevaron consigo epidemias, esclavitud, hambre y crueldad, dieron lugar a una catástrofe demográfica y cultural que redujo la población a finales del siglo XVII a poco más de 800.000 habitantes.

Se ha podido establecer que las enfermedades que más afligieron a los pueblos amazónicos en el periodo de colonización ibérica estuvieron relacionadas con la presencia de agentes patógenos de origen europeo. En efecto, los gérmenes europeos fueron los principales causantes de la devastación de la población nativa en el continente americano entre los siglos XVI y XVIII, y constituyeron uno de los factores ecológicos fundamentales, junto a la inserción y adaptación de flora y fauna, para la expansión biológica y consolidación del dominio colonial europeo (Crosby, 1988). De acuerdo a David Clearly (2001), mientras en las regiones andinas, caribeñas y mesoamericanas, la epidemia de viruela arrasó con incas, aztecas y nativos de las islas del Caribe durante el siglo XVI, en la Amazonia no se registra la viruela sino hasta entrado el siglo XVII. Los primeros casos

son atribuidos al arribo de embarcaciones portuguesas en los estuarios del río Amazonas en 1621 provenientes del noreste brasileiro, donde la viruela se había establecido desde mediados del siglo XVI (Clearly, 2001, pp. 86, 87). A partir de entonces la viruela se instaló y propagó al ritmo de la expansión colonial ibérica. La población amazónica al carecer de inmunidad contra infecciones como la viruela, el sarampión o la difteria —enfermedades conocidas en Europa— experimentaron una rápida propagación afectando seriamente su reproducción biológica y cultural (Crosby, 1988).

Así pues, la llegada de europeos y africanos esclavizados a la Amazonia conllevó el transporte y contagio de gérmenes inexistentes en la región. Bien fuera por vía aérea, por contacto físico, sexual o a través de vectores, lo cierto es que la presencia de nuevos pobladores en la región amazónica generó la expansión de infecciones virales entre las que se cuentan la viruela, el sarampión, la gripe, la rubéola, la parotiditis, la fiebre amarilla, el dengue, la hepatitis B y la varicela y de dolencias producidas por bacterias como la tos ferina, la lepra y la gonorrea. Así mismo, el contacto con protozoarios y la difusión de afecciones como el paludismo —enfermedad que en la actualidad afecta a toda la región— y parásitos multicelulares como los de la oncocercosis, las tenias, los esquistosomas, los equinococos, las uncinarias, *Necator americanus* y el *Ancylostoma duodenale*; agentes patógenos registrados en la región como consecuencia

de las interacciones entre pueblos indígenas y expedicionarios, misioneros, esclavistas, comerciantes, mineros, quíneros, caucheros y colonos (Gómez, 1998).

Estas enfermedades, sumadas a las guerras entre colonizadores portugueses y españoles, trajeron como consecuencia que grandes poblaciones indígenas reportadas en las crónicas y confirmadas en prospecciones arqueológicas, como los Omagua, desaparecieran por completo. La misma suerte corrieron los Maynas, Aguanos, Chamicuro y Zapas, reportados por el jesuita Andrés de Zárate como algunos de los pueblos indígenas seriamente diezmados por causa de la viruela y la gripe (catarro) que se expandía desde el siglo XVII (Zárate, 1737 citado en: Gómez, 1998). Y de igual manera las más de 60 misiones sobre el Amazonas —desde las bocas del río Negro hasta cerca de la cordillera andina— informadas por el padre Samuel Fritz a comienzos del siglo XVII, fueron desapareciendo paulatinamente como resultado del contacto con los europeos y sus gérmenes (Cabrera, 2002; Miret, 2015).

Además del frecuente contacto con animales y personas de ultramar —establecido por el sistema colonial mediante la concentración y reducción de pueblos indígenas en misiones religiosas—, la desarticulación de las relaciones ambientales, la dislocación de los sistemas alimentarios y la ruptura de las redes de intercambio económico contribuyeron a agudizar el impacto de los agentes patógenos europeos sobre la población



Mapa del río Amazonas realizado por el padre Samuel Fritz en 1707.

nativa (Cleary, 2001; Gómez, 1998). Al enfermar y morir la población indígena, no sólo se extinguían lenguas y culturas, desaparecían formas de construir conocimiento sustentadas en siglos de interacción entre comunidades y ecosistemas. Y así, con los pueblos indígenas murieron también estrategias de gestión y conservación del bosque amazónico.

Durante el siglo XVIII, resultado del avance de la colonización española desde los Andes peruanos hacia la Amazonia, nuevas epidemias de viruela, gripe y sarampión se propagaron por la región. Con la creación de poblados, haciendas, factorías y misiones en la ceja amazónica, los indígenas fueron subyugados y convertidos en mano de obra bajo figuras como el vasallaje, los mitayos y los sirvientes; incorporados y despojados de sus creencias en poblados nucleados, fueron tierra fértil para la diseminación de patógenos (Rosas 1986). De tal suerte, entre 1711 y 1722 se da una gran epidemia llamada la Peste Negra del Perú. Esta epidemia acarrió no sólo el despoblamiento de ciertas regiones amazónicas, también estimuló el incremento de rebeliones indígenas contra los misioneros y colonos, una de las cuales terminó en el alzamiento liderado por Santos de Atahualpa⁹. Con todo, los malos tratos y las enfermedades continuaron cebándose con la población local. Es así como entre los años de 1743 a 1750 fue reportada la muerte por causa de la viruela de aproximadamente 40.000 individuos (Pineda, 1992).

Son numerosas las referencias que misioneros, exploradores y viajeros hicieron sobre los impactos en la población amazónica de las enfermedades introducidas por los europeos. Fray Bartholomeu do Pilar, quien gobernó Belén do Pará desde 1721 hasta 1733, da cuenta de una fuerte epidemia de viruela que arrebató la vida a millares de personas y otra de sarampión maligno, en 1749, que devastó a negros e indios por igual (Viana, 1906 citado en: Santos, 2012).

Por su parte, Charles Marie de La Condamine, quien recorrió los cauces de los ríos amazónicos a mediados del siglo XVIII, describió varias culebras venenosas, que representaban un peligro constante para la salud de los moradores del gran río. Este viajero francés que viajó de Quito a Belem do Pará, cuenta cómo en esta última ciudad, donde pasó un tiempo prolongado esperando los vientos para poder zarpar de regreso a su tierra, presenció la huida de un buen número de indios hacia el monte, espantados por la viruela y el gran número de vidas que se cobraba. Así mismo, es testigo de los experimentos que un misionero de la zona realiza sobre los indios que no se habían visto afectados por el virus y a quienes inocula para comprobar los primeros indicios de inmunidad a la enfermedad (La Condamine, 1993 [1741]). Como resultado del contacto constante con las enfermedades fue perceptible que algunas comunidades

desarrollaron sus sistemas inmunitarios para combatir los patógenos extranjeros.

El explorador inglés A. Wallace, quien hizo su viaje por los ríos Amazonas y Negro a mediados del siglo XIX y realizó descripciones de las poblaciones y las comunidades indígenas, se refiere al impacto de la “fiebre amarilla” –hoy se sabe que se trataba de malaria¹⁰– y resalta las numerosas víctimas y pobladores aquejados por ella. En sus narraciones también cuenta cómo contrajo una fuerte diarrea con sangre después de comer peces con un alto contenido de lípidos, hecho que le hizo cuestionarse sobre los parásitos que estos peces podían transmitir. Siguiendo las rutas del naturalista, el conde Ermanno Stradelli¹¹, oriundo de Italia, contrajo malaria en 1883 tras recorrer el río Branco (Raponi 2016).

Otro explorador que recorrió el Amazonas fue T. Koch-Grumber, alemán de nacimiento, etnógrafo y gran escritor que en sus viajes a Belem do Pará y Manaus registra poblaciones aproximadas de 100.000 y 40.000 personas respectivamente. En sus andanzas describe con detalle las viviendas y costumbres de los indígenas de la zona y constata el alto riesgo de sus pobladores de contraer el paludismo. También registra varios casos de pulmonía y gripa y pone atención a los rituales de curación que los chamanes realizaban para sus enfermos.

Si bien la extracción de la quina de mediados del siglo XIX fue un boom extractivo orientado por la búsqueda de la materia prima para los medicamentos contra el paludismo, esta afectó la salud de las comunidades nativas al propagar virus y parásitos. Rafael Reyes, quien por ese entonces fue un empresario que estableció una ruta para la exportación de quinas, relató en sus memorias cómo los indígenas de Cosacunty, con quienes contrató el abastecimiento de leña para las embarcaciones de vapor, fueron prácticamente extinguidos por la epidemia de una enfermedad respiratoria (Reyes, 1886 citado en Gómez, 1998).

Entre comienzos del siglo XVII y comienzos del XX la Amazonia experimentó numerosos ciclos epidemiológicos que llevaron a una desmedida reducción de la población indígena amazónica. Las comunidades más afectadas fueron aquellas ubicadas en las zonas del piedemonte andinoamazónico, en los bordes de los ríos Amazonas, Napo y en la cuenca del río Negro, en donde se establecieron misiones religiosas de franciscanos, carmelitas y jesuitas, que sumadas a las incursiones esclavistas y extractivistas lusobrasileras y más tarde la irrupción de empresarios y comerciantes de quinas y cauchos, contribuyeron a la

⁹ Aquel fue un movimiento con tintes mesiánicos que argüía el regreso del gran inca y dio como resultado la expulsión, en 1742, de los españoles de la selva central, siendo la primera insurrección contra el imperio español por los nativos suramericanos (Pineda, 2013).

¹⁰ Si bien algunas cepas de malaria son consideradas endémicas, las características biofísicas de las tierras inundables de la Amazonia posibilitaron que las cepas europeas y africanas de esta enfermedad parasitaria se propagaran rápidamente (McNeill, 2010).

¹¹ Stradelli viajó por los ríos amazónicos, trabajó en la construcción del primer diccionario de la lengua nheengatu y tucano, elaboró mapas y participó de la comisión de límites entre Brasil y Venezuela, además de recolectar y transcribir el mito de Yuruparí junto a su informante M.J. Roberto; su final es en el leprosario de Umirizal en Manaus y como consecuencia, sus pertenencias fueron quemadas y se perdió gran parte de su obra (Raponi 2016).

propagación de enfermedades como la viruela, el sarampión y la rubeola (Gómez, 1998).

Entre finales del siglo XIX y primera mitad del XX se dieron los momentos de máxima explotación del caucho, producto que situó a la Amazonia en el mapa mundial. Para lograr la extracción de este producto vegetal y satisfacer la demanda de Estados Unidos y Europa, se requirió de numerosos indígenas y caboclos como mano de obra, en muchos casos esclavizada; en el caso de la alta Amazonia, la Casa Arana fue su principal representante. Esta empresa tuvo como método de intercambio con las poblaciones nativas el llamado *endeude*, que esclavizó y torturó a estas personas y por su fuerte penetración en la selva, fue responsable de la propagación de epidemias y enfermedades que agudizaron la fragilidad demográfica de estas comunidades (CNMH, 2014); el llamado por historiadores y antropólogos como Pineda (1986): “Holocausto del Amazonas”.

Dadas las violentas e inhumanas condiciones de trabajo generadas por las caucherías, los patógenos encontraron sistemas inmunitarios débiles sobre los cuales actuar y reproducirse, ocasionando un incremento en la mortandad indígena. El auge experimentado entre finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX por la extracción y comercialización de caucho derivó también en un aumento de la migración hacia la Amazonia y una densificación de los poblados caucheros. Es el caso de la ciudad de Manaus, que se convirtió en la capital mundial del caucho y el punto nodal de articulación de la Amazonia al mercado internacional. Santos da Silva (2012) muestra cómo el crecimiento generado por la economía cauchera en Manaus representó el surgimiento de enfermedades y la propagación de epidemias como malaria, fiebre amarilla, tuberculosis, viruela, sarampión, beriberi, influenza y gripe española.

En el medio y bajo Amazonas la situación no fue muy diferente para los locales. Las principales ciudades crecieron demográficamente por la migración que se dio desde el nordeste brasileño y fueron las más ricas del Brasil, consiguiendo tener red eléctrica antes que Rio de Janeiro y São Paulo; la construcción del teatro de la ópera, como otras edificaciones, demuestran la opulencia de esos días.

La economía cauchera no sólo impactó a los centros de acopio y la comercialización. Al propiciar el contacto entre comerciantes, sirgueros y comunidades indígenas, los ciclos del caucho afectaron buena parte de la cuenca amazónica. Este fue un contexto propicio para que las epidemias desarrolladas en los centros urbanos se propagasen al interior de la selva. De esta suerte, junto al sometimiento y traslado de comunidades indígenas por parte de compañías caucheras como la Casa Arana, se movilizaron gérmenes que menoscabaron el tejido social y la salubridad de todas las comunidades. La movilización coaccionada de fuerza de trabajo activa de las comunidades para la extracción de caucho, sumado a la dispersión de agentes patógenos, afectaron la reproducción biológica y cultural de comunidades indígenas como los huitotos o mundurucú, entre

otros (Pineda, 1992). Todo lo anterior causó una reconfiguración en la distribución étnica, dado que algunas de las comunidades que se vieron reducidas fueron absorbidas por otras, además de la movilización forzada y deliberada de comunidades entre los diferentes países del río Amazonas que trazó un nuevo mapa de las poblaciones indígenas (CNMH, 2014; Pineda, 1992).

La historia epidemiológica de la Amazonia ha estado signada por la presencia de nuevos pobladores. Desde las incursiones europeas hasta nuestros días, pasando por los ciclos extractivos del siglo XIX y XX, la Amazonia constituyó un territorio receptor de migración. Los nuevos pobladores no llegaron solos, múltiples microorganismos viajaron con ellos y ocasionaron numerosas epidemias que redujeron la población nativa. Culturas enteras se extinguieron del horizonte social amazónico y con ellas, conocimientos, prácticas y relaciones socioecológicas que promovieron la degradación del bosque amazónico. Hoy en día la Amazonia se enfrenta nuevamente a una epidemia mundial como la que enfrentó a comienzos del siglo XX con la gripe española. La epidemia actual se expande por un territorio en donde los ojos del mundo entero se concentran para evaluar el estado de conservación del bosque amazónico.

LA URBANIZACIÓN DE LA AMAZONIA EN COLOMBIA

La región amazónica colombiana se encuentra dividida en 10 departamentos y 78 áreas municipalizadas y no municipalizadas, con una población total estimada de 1.251.848 habitantes a partir del censo del DANE 2018. De ellos aproximadamente 206.864 son indígenas pertenecientes a 58 pueblos diferentes, donde algunos de ellos se encuentran todavía en aislamiento voluntario y habitan en 185 resguardos que ocupan una superficie de 26.217.159 hectáreas, las cuales equivalen al 54,18% del total del territorio amazónico (SIAT-AC 2020).

La dinámica sociodemográfica ha transformado rápidamente a la Amazonia, pasando de ser una región de baja densidad poblacional a otra más poblada y de crecimiento acelerado. En la década del 70 del siglo XX habitaban la Amazonia más de 5 millones de habitantes, hacia 2007 vivían en ella 33,5 millones, lo que representa el 11% de la población total de los países amazónicos. Se trata de una población que crece a una tasa promedio anual superior al promedio de dichos países, en un proceso que está asociado a las migraciones y a las políticas estatales de colonización y poblamiento (PNUMA, 2009).

En 1973 el 27,09% de la población habitante de la región Amazónica estaba localizada en áreas urbanas, mientras que a nivel nacional la población urbana equivalía al 59,72%. En el territorio rural del país vivía el 40,28% de la población y en el resto de la Amazonia vivía el 72,91%. Lo cual indica un predominio de la población rural regional sobre la urbana en un comportamiento inverso al del país.

El panorama poblacional presentado por el Censo DANE 1985, indicaba que el número total de habitantes de la región era de 788.043. De estos, 268.359 equivalentes al 34,05% vivía en áreas urbanas y 519.684 estaban localizados en el sector denominado como “resto”, es decir, el 65,95%. En Colombia las áreas urbanas eran ocupadas por el 66,55% y las zonas rurales por el 33,45%. El creciente interés de la población por ubicarse en los centros urbanos es un fenómeno a nivel regional y se hace más notorio en Caquetá, Amazonas, Guaviare y Putumayo.

La tendencia creciente a la concentración de la población en las áreas urbanas del país se evidencia con los datos del Censo DANE de 1993 donde el 69,29% de la población colombiana habitaba los centros urbanos y tan solo el 30,71% se mantenía en el sector rural. El comportamiento de la población amazonense no presenta grandes variaciones con relación al Censo de 1985, tan solo aumenta un 1,7% la población habitante de las áreas urbanas. Siguen siendo los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Putumayo y Guainía los que registran mayor población urbana sin superar el 47%. Esto indica que para ese momento la población regional seguía habitando las áreas rurales y los bosques amazónicos. Así, el 35,75% habitaba en áreas urbanas y el 64,25% lo hacía en el área denominada censalmente “resto”.

Es destacable el crecimiento acelerado que la proporción de población urbana presentó entre 1993 y 2005 cuando pasó del 35,75% al 42,15%, mientras que a nivel nacional en el mismo periodo se pasó de 74,35% a 76,12%.

Con los resultados conciliados del Censo DANE 2018 se calcula que en 2020 habitan en el país 50'372.424 personas, de las cuales un 76,02% se ubica en el área urbana y en el área rural el 23,98%. Por su parte, la región presenta al 47,63% de su población habitando en áreas urbanas y al 52,37% en el resto rural (véase la tabla 1).

Si bien el crecimiento urbano es menor en la región comparado con el total nacional, la tendencia de los pobladores amazónicos a ocupar las zonas urbanas se mantiene creciente. Es decir que las demandas por servicios crecen en tanto que la oferta de los centros urbanos está rezagada para atender los requerimientos básicos en servicios públicos, de salud y educación.

CAPACIDAD HOSPITALARIA (CAMAS) EN LA REGIÓN AMAZÓNICA COLOMBIANA, 2019

El indicador de número de camas por habitante según la OECD¹² (2020), proporciona una medida de los recursos disponibles para prestar servicios a pacientes ingresados en hospitales en términos de la cantidad de camas que se mantienen, el personal con que se cuenta y la disposición inmediata para su uso. El total de camas de hospital incluye camas de atención curativa, camas de atención de rehabilitación, camas de atención a largo

plazo y otras camas en hospitales. El indicador se presenta como un total y para la atención curativa (aguda) y la atención psiquiátrica y se mide en número de camas por cada 1000 habitantes. El valor del indicador para Colombia entre 2015-2018 fue de 1,7 (OECD, 2020).

La medida de este indicador en las entidades territoriales de la región amazónica para el año 2019 revela que la mitad de ellas no alcanza a tener una cama por mil habitantes. Entre una y dos camas por mil habitantes están disponibles en 23 entidades y más de dos camas por mil habitantes se registran en apenas 12 entidades, lo que da cuenta de la precariedad regional (1,6 camas por 1000 habitantes) para atender la salud de sus pobladores, por debajo del indicador nacional (véase tabla 2 del Anexo).

El déficit es aún mayor cuando se revisa la cifra de las camas de cuidados intensivos. En 2019 sólo Florencia y Mocoa contaban con camas de cuidados intensivos, 37 y 5 respectivamente. En 2009 Florencia contaba con 32 camas siendo el único municipio que las tenía. Es decir que en 10 años tan sólo aumentaron 10 camas en toda la región, una cama por año para la región (véase tabla 1 y 2 del Anexo).

Estas cifras demuestran la falta de atención y cobertura en salud para la región amazónica, exponiendo claramente la falta de preparación para una pandemia como el COVID-19.

EL COVID-19 DESDE ALGUNAS COSMOLOGÍAS INDÍGENAS

Un ejemplo de la diversidad étnica de en la región Amazónica, es el departamento del Vaupés, el cual es reconocido por su alta pluralidad cultural a nivel nacional, ya que alberga en su territorio 27 etnias pertenecientes a tres grupos de filiación lingüística: Tucano Oriental (Cubeos, wananos, desanos, sirianos, yurutí, piratapuyos, pizamiras, tuyucas, tucanos, carapanas, curripacos, letuamas, cabiyaries, tanimukas, bara, tariano, tatuyo, barasanos y desanos), Arawak (Makunas) y Maku-Puinave (Hupda, juhup y kakuas). Estos pueblos son dueños de un conocimiento ancestral que es reconstruido continuamente de manera oral por medio de diferentes actividades cotidianas y otras relacionadas con la ritualidad.

En estos diálogos se transmiten diferentes conocimientos, entre ellos, la curación de lugares para la chagra y su establecimiento, sitios sagrados, la elaboración de instrumentos usados para la cacería, la pesca, la recolección, la transformación de productos en comida y la construcción de herramientas. También se hace la transferencia de conocimientos, que está relacionada con los rezos, y se negocia con los espíritus dueños de los sitios para la curación de enfermedades. Para estos rituales se eligen miembros de la comunidad que han nacido con características particulares y se convierten en sabedores con un alto conocimiento, como Payes, Kumus o Bayas, que pueden entender y utilizar estos saberes.

¹² La OCDE, por sus siglas en inglés, es la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

Este conocimiento ancestral ha sido utilizado para la curación de diferentes enfermedades reconocidas culturalmente y que se relacionan con diferentes épocas del ciclo ecológico de la selva, asociadas con el tiempo, las aguas, estrellas y otras lecturas que sólo estos sabedores logran realizar de su entorno con base en su cosmogonía y cosmovisión tradicional.

Estas mismas lecturas les dan la posibilidad de reconocer enfermedades que ignoran o son ajenas a su entorno y por tanto a su realidad cultural y ancestral; ejemplo de ello son algunas de las enfermedades y dolencias referenciadas anteriormente. Este conocimiento ayuda a desarrollar prevenciones y precauciones propias que garanticen la subsistencia en el territorio, promoviendo el traslado a lugares en donde puedan aislarse con sus familias. Y el sitio ideal para retirarse es la chagra, por ser una despensa de alimento y contar con barreras naturales como lo es el bosque. Esta estrategia fue significativamente exitosa en el Vaupés, donde ayudó a soportar una de las últimas epidemias ocurridas en la zona, la del sarampión.

Se sabe que para la actual pandemia muchos Payes, Kumus y Bayas, en algunos lugares que conservan esta tradición ancestral, se encuentran realizando rezos de protección y curaciones para el territorio, ponen en práctica el aislamiento en sus chagras y recomiendan el uso de algunas plantas medicinales y frutos que pueden ayudar a mitigar los problemas de salud generados por el virus.

Este conocimiento antiguo es reconocido por funcionarios de salud indígenas y no indígenas radicados en la zona y conocedores de la cultura, pertenecientes a instituciones como la Secretaría de Salud Departamental del Vaupés, institución que al comienzo de la pandemia retomó estos conocimientos ancestrales para la elaboración de una guía de prevención comunitaria en respuesta al coronavirus Covid-19. Hasta el 11 de agosto las medidas tomadas por la Secretaría de Salud del Vaupés fueron eficientes para Mitú, pues solo se reportaron 45 casos positivos de indígenas y no indígenas que llegaron reintegrados por su EPS a un albergue desde la ciudad de Villavicencio. Esta buena estrategia de mitigación planteada por la Secretaría de Salud Departamental se puede quebrar por la irresponsabilidad y el egoísmo de algunas personas. Esperemos que los Payes, Bayas y Kumus de Vaupés sigan haciendo sus rezos de poder y protección para este territorio y que la pandemia no se expanda más.

Al ser ésta una enfermedad que se transmite a través del contacto, los funcionarios de las diferentes dependencias de salud recomendaron a los sabedores evitar realizar rezos que implicaran cualquier intercambio físico con sus pacientes, como compartir el mambe o las cucharas para éste, soplar tabaco o pasarse el hueso para inhalar, también compartir el cigarrillo o la cuya de la chicha y realizar fiestas tradicionales o recibir visitantes en sus comunidades, sin importar que fueran familiares; así mismo insistieron en que las gentes permanecieran la mayor parte del tiempo en las chagras.

A pesar de los esfuerzos y del intento de muchas comunidades por cumplir con las disposiciones sanitarias, la llegada del Covid-19 ha sido inevitable; el casco urbano de Mitú y algunas de las comunidades, principalmente aquellas que se encuentran en el río Papurí ubicado en la frontera con la República Federativa de Brasil, como Yavaraté, Monforth, Teresita y Olinda han confirmado varios casos positivos, igualmente el Bajo Apaporis en las comunidades de Vistahermosa y Bocas de Uga.

Para el momento de la redacción de este artículo no se habían registrado indígenas fallecidos por esta causa en las comunidades ubicadas en la margen del río Papurí; esto podría deberse a lo reportado en comunidades como Olinda, Teresita y Monforth, que ante los síntomas manifestados por algunos de sus miembros han recurrido al conocimiento y uso de plantas tradicionales y rezos de protección que pueden haber mitigado los efectos de la enfermedad.

Para comprender el fenómeno de la pandemia actual en estos territorios es necesario tener en cuenta el punto de vista de las poblaciones indígenas desde sus creencias ancestrales, que comprenden cosmologías y cosmogonías que, aunque difieren en algunos aspectos, revelan importantes percepciones frente al manejo de la enfermedad, sus orígenes, procedimientos y consecuencias en sus comunidades. Esto ha llevado a que desarrollen una ritualidad específica para el tratamiento y prevención de esta amenaza; es decir, métodos alternativos que tienen su eficacia en estos contextos culturales particulares y que requieren ser mencionados.

La cosmología de los yucuna

Olimpo Yukuna, indígena oriundo del Amazonas, más específicamente del río Mirití Paraná, cuenta que actualmente los chamanes han pensado que el coronavirus tiene un origen y un proceso de curación y relata este hecho, interesado en que el resto del mundo lo sepa.

Cuenta que acaba de terminar el baile de muñeco en las comunidades de Jariye y Mamura, donde han ido a bailar varias de las comunidades aledañas que, a través de este ritual indígena que representa la creación de la vida y la comunicación con las entidades espirituales y mediante el cual los chamanes indígenas hacen pagos con mambe, tabaco y chicha, esperan alejar el poder de la enfermedad de su territorio.

Este antiguo ritual busca enseñar el origen de la vida, y por tanto, los primeros personajes que entran a la maloca son los toris -hombres con máscaras y grandes falos de madera que simulan copular con todos los presentes-, seres que ingresan en este espacio femenino y que a partir de su interacción crean la vida de todos los humanos y animales que habitan este mundo; así que durante dos días cantan y bailan mientras todos los animales de la selva van haciendo su aparición al interior de la maloca, entonces, se les da de mambear y con ello sus dueños espirituales hacen prevención

a sus “nietos” -todos aquellos que vivimos hoy en día- para no enfermar.

Según Olimpo, esta enfermedad se debe a las *ñamatu*, las mujeres creadoras de la vida, y se remonta al mito de los *kaipulakeno*, primeros hombres creadores del orden de este mundo; explica, entonces, que hace mucho tiempo, cuando nuestro mundo estaba en su génesis, existió una gran inundación ordenada por el hombre Perico, quien a través de sus oraciones oscureció el mundo ocultando al sol y con ello logró que las aguas crecieran y cubrieran casi la totalidad de la tierra, quedando sólo una montaña donde las *ñamatu* vivían sobre la superficie. Los *kaipulakena* lograron con una flecha hacer que el hombre Perico dejara de esconder al sol y retornara la normalidad; sin embargo, cuando las aguas bajaron, la tierra apareció cubierta de cadáveres y su podredumbre llamó de inmediato a la gente gallinazo, que comenzó a recogerlos; estos llevaron los cuerpos hasta la maloca de las *ñamatu* para que ellas les prepararan comidas con los restos humanos. Estos restos se convirtieron en la enfermedad que el hombre Perico dejó en nuestro mundo. Porque los gallinazos la recogieron y las *ñamatu* la guardaron en unas ollas de cerámica. De este modo, la enfermedad permaneció guardada por mucho tiempo y sólo algunos chamanes, los más poderosos y que conocían la oración adecuada, podían pedir en sus guerras que las *ñamatu* enfermaran a sus enemigos.

Olimpo aclara que la montaña donde viven las *ñamatu* queda en Brasil, en su Amazonia, y que, al momento de suceder las grandes quemadas e incendios, los fuegos entraron a su maloca y empujaron la olla donde se encontraba toda esta enfermedad: una especie de paludismo que los blancos llaman coronavirus y que se da por el aire. Para curarla y bajar su poder, es necesario hacer el ritual de Yuruparí, con el cual podrán aconsejar a las *ñamatu* para que ellas vuelvan a poner su olla de pie y encierren nuevamente la enfermedad y deje de causar mal en este mundo.

Se sabe que, a la fecha, varios chamanes han realizado el ritual del Yuruparí y también han aplicado el aislamiento y prohibido el ingreso de personas foráneas a sus comunidades. Por el momento no hay casos reportados en esta área, aunque en sus premoniciones los chamanes han pensado que el Covid-19 va a llegar, aunque debilitado gracias a sus oraciones y rituales de prevención.

Cosmología uitoto

Desde las narraciones uitoto, el mundo fue creado y ordenado para asentar al verdadero hombre y sus descendencias y garantizar la vida y la prosperidad con abundancia¹³. El ordenamiento

¹³ La abundancia, *monipue* en uitoto n+pode, es un concepto que hace referencia al mejor estado de bienestar de la autodenominada Gente de Centro, que reúne principalmente a las etnias uitoto, muinane, andoque, bora, okaina, nonuya y miraña, ubicadas a la altura media de los ríos Putumayo y Caquetá y caracterizadas por el uso del tabaco, la coca y la yuca dulce. La abundancia es interpretada como la existencia de buenas relaciones entre las personas y con la naturaleza, que se traduce en la

del mundo estableció las condiciones naturales y las normas que regirían el comportamiento humano y la relación con los demás seres, la llamada Ley de Origen. Este proceso de ordenamiento fue conformado a partir de las enseñanzas, fruto de la desobediencia y/o rebeldía -principio de las enfermedades- de los primeros seres frente a los personajes designados para arreglar el mundo de la futura humanidad.

En su proceso de enseñar la “palabra de vida”¹⁴, estos personajes se enfrentaron con numerosas dificultades y debieron superar pruebas y enfermedades de todo tipo hasta elaborar una amplia red de consejos y estrategias para el bienestar del hombre, que al hacer su aparición recibió todos los espacios, lecciones, normas y elementos (tabaco, coca y yuca dulce) que le permitirían vivir a futuro. Por otra parte, el ordenamiento ubicó a los seres no humanos en sus respectivos lugares, con sus propias reglas y elementos de vida.

Dicen también que *D’ona r+ng’o*¹⁵, la madre tabaco, encerró en un *metdiga+* (canasto) a todas las enfermedades que existen en el mundo, pero dejó por fuera a *uaire r+ng’o* –“la mujer loca o la mujer falsa”- como representación del mal y de todas las enfermedades. Y así, en el mundo se vive bajo la dualidad de las enfermedades y la salud, donde las primeras están representadas por los espíritus del bosque (animales) y la segunda por los consejos y los elementos para curarlas. Y cuando el hombre interviene en el mundo de los espíritus sin el debido permiso o procedimiento, ellos responden con enfermedades. La cura es, entonces, el consejo o recordatorios, tanto para hombres como para los espíritus o dueños del bosque, de sus orígenes y de sus palabras de vida para así poder regresar a sus lugares y pensamientos respectivos.

CONCLUSIONES

El caso del departamento del Vaupés se puede extrapolar a otras áreas de la Amazonia, donde la pandemia ya es una realidad, y las comunidades deben recurrir a sus propios conocimientos y prácticas de autoatención para mitigar las problemáticas de salud que las aquejan, ya que aunque se encuentran amparadas en el derecho a la salud y están inscritas en el sistema general de seguridad social y salud, la atención prestada por las entidades gubernamentales es precaria en estas regiones y, como se ha demostrado en este artículo, la cantidad de muertes y el

existencia de alimentos y conocimientos para la buena salud y armonía de la población presente y futura (Acosta *et al.* 2011).

¹⁴ [1] La “Palabra de Vida” es la norma mayor de la Gente de Centro, reúne todos los consejo o leyes que fueron establecidos desde el origen por el Creador, lo cual permite el buen relacionamiento con los dueños de la naturaleza para el uso de sus recursos, como también para las buenas relaciones entre humanos para la buena vida (Mendoza *et al.* 2017).

¹⁵ *D’ona r+ng’o*, la madre tabaco. Dentro de las narraciones uitoto es la portadora de conocimiento que fue entregado al hombre para garantizar la buena vida y quedó para los hombres en forma de planta. De esta manera el conocimiento está relacionado con el tabaco (Oralidad uitoto).

grado de transmisión del Covid-19 es más alto en estas minorías étnicas.

Por ser las personas mayores las más vulnerables a este virus y considerando la baja prestación del servicio de salud en estas regiones remotas de la geografía colombiana, se podría estar ante la pérdida de los últimos sabedores de estas culturas, con quienes morirían conocimientos invaluableles. Diversos saberes acerca de la naturaleza y su entorno pueden llegar a perderse para siempre, igual que la cosmología y cosmogonía de muchas de estas culturas; como se expuso a lo largo de este artículo, ya otras epidemias se encargaron de reducir estas comunidades e incluso borrarlas de la faz de la tierra, y aunque muchas sobreviven aún gracias a su capacidad de resiliencia, su número se ha debilitado al punto de contar con menos de 200 individuos.

También es necesario tener en cuenta que los efectos de la pandemia sobre los habitantes de las diferentes comunidades en especial las que están próximas a los cascos urbanos –por ejemplo de Mitú, Taraira y Carurú–, donde el conocimiento tradicional ha desaparecido por diversos motivos, sumado al desarrollado de programas sociales ajenos a la realidad local o la desnutrición y el alcoholismo, los hace más vulnerables al estar expuestos a factores exógenos que han generado efectos que predisponen a la población indígena.

Se puede por tanto concluir que las poblaciones indígenas de la Amazonia han estado expuestas a las epidemias introducidas por foráneos desde hace más de 500 años, lo que en muchas ocasiones ha llevado a la extinción de pueblos enteros y a la pérdida irremediable de sus saberes. Es lamentable que en la actualidad no se preste la suficiente atención y ayuda para garantizar que estos pueblos no desaparezcan o se vean forzados a desechar sus saberes y sus prácticas culturales que son, además, las que ayudan a salvaguardar la selva húmeda tropical más grande del planeta.

Este evento que vive la humanidad podría convertirse en la oportunidad de volver los ojos hacia aquellos saberes que desde la perspectiva indígena ha mantenido el delicado equilibrio entre los ecosistemas amazónicos y los pobladores humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, L.E; Pérez, MN; Juragaro, LA; Nonokudo, H; Sánchez, G; Zafíama, ÁM; Tejada, JB; Coberte, O; Efaiteke, M; Farekade, J; Giagrekudo, H; Neikase, S. (2011). La chagra en La Chorrera: más que una producción de subsistencia, es una fuente de comunicación y alimento físico y espiritual, de los Hijos del Tabaco, la Coca y la Yuca dulce. Los retos de las nuevas generaciones para las prácticas culturales y los saberes tradicionales asociados a la biodiversidad. Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas, SINCHI. Asociación Zonal Indígena de Cabildos y Autoridades Tradicionales de La Chorrera – AZICATCH, septiembre de 2011. 136 p
- Ardila, M. P. (2020, julio 6). La lucha para evitar un rebrote de COVID-19 en el Amazonas | InfoAmazonia. <https://infoamazonia.org/es/2020/07/espanol-la-lucha-para-evitar-un-rebote-de-covid-19-en-el-amazonas/#!/map=51549&story=post-53214&loc=-3.580823449999994,-70.08851628711487,7>
- Black L (1992) Why Did They Die? Source: Science, New Series, Vol. 258, No. 5089 (Dec. 11), pp. 1739-1740
- BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DIARIO COMPORTAMIENTO COVID-19 AMAZONAS. (2020).
- Cabrera G (2002) La Iglesia en la frontera: misiones católicas en el Vaupés 1850-1950. Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Carneiro L (1995) The history of ecological interpretations of Amazonia: does Roosevelt have it right? In Indigenous Peoples and the Future of Amazonia: an Ecological Anthropology of an Endangered World, edited by L. E. Sponsel. Arizona Studies in Human Ecology, R. M. Netting, general editor. The University of Arizona Press, Tucson. pp. 45-69
- Cabrero i Miret, F. (2015). Omaguas, cataclismo amazónico [Ph.D. Thesis, Universitat Autònoma de Barcelona]. En TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). <http://www.tdx.cat/handle/10803/284977>
- Cleary, D. (2001). Towards an Environmental History of the Amazon: From Prehistory to the Nineteenth Century. LARR, 36(2), 65-96. pdf.
- Clement, C. R., Denevan, W. M., Heckenberger, M. J., Junqueira, A. B., Neves, E. G., Teixeira, W. G., & Woods, W. I. (2015). The domestication of Amazonia before European conquest. Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences, 282(1812), 20150813. <https://doi.org/10.1098/rspb.2015.0813>
- CNMH, C. N. de M. H. (2014). Putumayo: La vorágine de las caucherías. Memoria y testimonio. Primera parte. CNMH.
- Crosby, A. W. (1988). Imperialismo ecológico: La expansión biológica de Europa, 900-1900. Crítica.
- Denevan M (1996) A bluff model of riverine settlement in prehistoric Amazonia. Annals of the Association of American Geographers 86(4):654-681.
- Denevan, W. M. (2014). Estimating Amazonian Indian Numbers in 1492. Journal of Latin American Geography, 13(2), 207-221. <https://doi.org/10.1353/lag.2014.0036>
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA -DANE-COLOMBIA. 2020. Proyecciones de Población 2018-2020.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA -DANE-COLOMBIA. 2020. Proyecciones de Población 2018-2020.
- Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas SINCHI. 2020. Base de datos sobre aspectos sociales Inírida. <https://sinchi.org.co/inirida>
- El coronavirus amenaza a los indígenas del Amazonas colombiano. (2020, junio 4). <https://www.manosunidas.org/noticia/coronavirus-colombia-amazonas-indigenas-covid-19>
- El coronavirus se propaga a las áreas de la selva tropical de Brasil, infectando a comunidades nativas de las Amazonas. (2020, May 18). Los Angeles Times. <https://www.latimes.com/espanol/internacional/articulo/2020-05-22/el-coronavirus-se-propaga-a-las-areas-de-la-selva-tropical-de-brasil-infectando-a-comunidades-nativas-de-las-amazonas>

- Gnecco C, Mora S (1997) Early occupations of the tropical forest of northern South America by hunter-gatherers. *Antiquity* 71(273): 683-690.
- Gómez López, A. (1998). Amazonia colombiana: Contacto-contagio y catástrofe demográfica indígena. *Maguaré*, 13, 143-163.
- Guainía, la otra cara del COVID-19 en Amazonia. (2020, junio 24). <https://infoamazonia.org/es/2020/06/espanol-guainia-la-otra-cara-del-covid-19-en-amazonia/#!/map=51549&story=post-51985>
- Heckenberger J (2005) The ecology of power: culture, place, and personhood in the Southern Amazon, A.D. 1000-2000. Routledge, New York. <https://doi.org/10.1353/lag.2014.0036> <https://doi.org/10.1353/lag.2014.0036>
- Instituto Nacional de Salud. (2020, julio 18). Boletín Población indígena. <https://infogram.com/1pg21n0qvwpxpvs9mkyemj2xp9swlv3pw5?live>
- Monteiro da Silva, Sergio Francisco Serafim 2005. ARQUEOLOGIA DAS PRÁTICAS MORTUÁRIAS EM SÍTIOS PRÉ-HISTÓRICOS DO LITORAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Arqueologia, do Museu de Arqueologia e Etnologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Arqueologia. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, MUSEU DE ARQUEOLOGIA E ETNOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUEOLOGIA
- Koch-Grumber T (1909) Zwei jahre unter den Indianern Reinsen in Nordwest-Brasilien 1903-1905. Traducción Dos años entre los indios. (1995) Watzke A, Camacho R. Editorial Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Lathrap W (1970) The Upper Amazon. Ancient peoples and places. Thames & Hudson, Southampton.
- La Condamine CM (1745) Viaje a la América meridional por el río Amazonas, 2 edición (1993). Editorial Abya-Yala, Quito. Ecuador.
- Leles D, Araújo A (2015) Potencialidades da Amazônia para a paleoparasitologia. *Revista de patologia tropical*. 229-244
- McNeill, J. R. (2010). Mosquito empires: Ecology and war in the Greater Caribbean, 1620-1914. Cambridge University Press.
- McNeill, J. R. (2010). Mosquito Empires: Ecology and War in the Greater Caribbean, 1620-1914. Cambridge University Press. <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CB09780511811623>
- Meggess B, Evans C (1957) Archeological investigations at the mouth of the Amazon. Bulletin 167. Smithsonian Institution, Washington D.C.
- Mendoza, D., Rodríguez O., Mendoza C., Mendoza E., Gómez A., Kutdo L., Ortiz J., Ortiz J. (2017). "Moniya ringo, Mujer de abundancia y producción: Estudio de caso de la chagra de la Gente de Centro, Resguardo Indígena de Monochoa". Instituto SINCHI. Resguardo Monochoa. Programa Nacional de Concertación Cultural. Ministerio de Cultura. Leticia, 182 p.
- Millán, A. (2020, May 8). Coronavirus en la Amazonía: el peligro de que el río Amazonas se convierta en la gran ruta de contagio del covid-19 en Sudamérica-BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52578619>
- Mora, S. (2006). Amazonía: Pasado y presente de un territorio remoto. En Amazonía: Pasado y presente de un territorio remoto (1. ed.). Universidad de Los Andes, Facultad de Ciencias Sociales-CESO, Departamento de Antropología: <https://santiago-mora.github.io/PDFs/13-0097.pdf>
- Observatorio de Salud Amazónico (2020). Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo. <https://www.sinergiasong.org/observatorio-de-salud-amazonico>
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT OECD. 2020. Hospital beds (indicator). doi: 10.1787/0191328e-en (Accessed on 07 June 2020).
- PNUMA. Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente. 2009. Perspectivas del Medio Ambiente en la Amazonía – GEO Amazonía.
- Pineda, R. (1992). Participación indígena en el desarrollo amazónico colombiano: Síntesis de historia económica de la Amazonía colombiana (1550-1945). *Maguaré*, 8, 81-124.
- Roosevelt A, Douglas J, Brown L (2002) The Migrations and Adaptations of the First Americans: Clovis and Pré- Clovis Viewed from South America. In The First Americans, The Pleistocene Colonization of the New World, edited by N. Jablonski. *Memoirs of the California Academy of Sciences*, San Francisco. vol. 27 (pp. 159-235).
- Rosas Moscoso F. (1986) La Amazonia en conflicto (Siglos XVI al XVIII). *Revista Antropológica*, vol 4, No 4. Pontificia Universidad Católica del Perú, Universidad de Lima Pp (39-68)
- Riponi L (2016) A única vida possível. Itinerarios de Ermanno Stradeli na Amazônia. Editora UNESP. Brasil.
- Santos Da Silva J (2012) Adoecendo na cidade da borracha: Manaus (1877-1920). Tese de Doutorado apresentada ao Universidade Federal do Amazonas-UFAM Instituto de Ciências Humanas e Letras-ICHL Programa de Pós-graduação em História-PPGH

ANEXOS:

Tabla 2. Camas por 1000 habitantes en instituciones de salud pública y privada en la región Amazónica colombiana, 2019.

Entidad territorial	2019				
	Población 2019	Camas (instituciones pública + privada)	Camas por 1.000 habitantes	Camas (institución pública)	Camas por 1.000 habitantes
Amazonas	77.753	198	2,55	168	2,16
El Encanto	2.077	5	2,41	5	2,41
La Chorrera	2.947	5	1,70	5	1,70
La Pedrera	3.882	5	1,29	5	1,29
La Victoria	652		0,00		0,00
Leticia	48.918	157	3,21	127	2,60
Mirití Paraná	1.860	4	2,15	4	2,15
Puerto Alegre	759		0,00		0,00
Puerto Arica	1.027	4	3,89	4	3,89
Puerto Nariño	9.997	7	0,70	7	0,70
Puerto Santander	1.765	5	2,83	5	2,83
Tarapacá	3.869	6	1,55	6	1,55
Caquetá	406.142	868	2,14	756	1,86
Albania	4.491	4	0,89	4	0,89
Belén de Los Andaquies	11.102	19	1,71	19	1,71
Cartagena del Chairá	30.778	28	0,91	28	0,91
Curillo	7.683	26	3,38	26	3,38
El Doncello	19.256	21	1,09	21	1,09
El Paujil	18.251	11	0,60	11	0,60
Florencia	170.764	623	3,65	511	2,99
La Montañita	14.662	11	0,75	11	0,75
Milán	9.838	19	1,93	19	1,93
Morelia	3.718	3	0,81	3	0,81
Puerto Rico	26.329	24	0,91	24	0,91
San José del Fragua	12.949	5	0,39	5	0,39
San Vicente del Caguán	51.714	35	0,68	35	0,68
Solano	11.359	15	1,32	15	1,32
Solita	6.280	12	1,91	12	1,91
Valparaíso	6.968	12	1,72	12	1,72
Cauca	14.358	13	0,91	13	0,91
Piamonte	9.004	5	0,56	5	0,56
Santa Rosa	5.354	8	1,49	8	1,49
Guainía	49.473	61	1,23	61	1,23
Barrancominas	8.042	7	0,87	7	0,87
Cacahual	886		0,00		0,00
Inírida	32.673	54	1,65	54	1,65
La Guadalupe	288		0,00		0,00
Mapiripana	1.048		0,00		0,00
Morichal	937		0,00		0,00
Paná Paná	1.959		0,00		0,00
Puerto Colombia	1.934		0,00		0,00
San Felipe	1.706		0,00		0,00
Guaviare	84.716	136	1,61	136	1,61
Calamar	9.801	11	1,12	11	1,12
El Retorno	13.684	13	0,95	13	0,95
Miraflores	6.898	8	1,16	8	1,16

Entidad territorial	2019				
	Población 2019	Camas (instituciones pública + privada)	Camas por 1.000 habitantes	Camas (institución pública)	Camas por 1.000 habitantes
San José del Guaviare	54.333	104	1,91	104	1,91
Meta	85.543	140	1,64	140	1,64
La Macarena	27.534	20	0,73	20	0,73
Mapiripán	5.317	13	2,45	13	2,45
Mesetas	9.306	17	1,83	17	1,83
Puerto Concordia	4.389	25	5,70	25	5,70
Puerto Rico	11.321	15	1,32	15	1,32
San Juan de Arama	5.237	13	2,48	13	2,48
Uribe	6.867	12	1,75	12	1,75
Vistahermosa	15.571	25	1,61	25	1,61
Putumayo	353.759	536	1,52	536	1,52
Colón	5.469	143	26,15	143	26,15
Mocoa	57.716	30	0,52	155	2,69
Orito	38.244	155	4,05	27	0,71
Puerto Asís	66.084	27	0,41	81	1,23
Puerto Caicedo	16.033	81	5,05	17	1,06
Puerto Guzmán	36.052	17	0,47	11	0,31
Puerto Leguízamo	29.001	11	0,38	30	1,03
San Francisco	5.585		0,00		0,00
San Miguel	19.119	11	0,58	11	0,58
Santiago	7.284		0,00		0,00
Sibundoy	15.217	2	0,13	2	0,13
Valle del Guamuez	34.082	41	1,20	41	1,20
Villagarzón	23.873	18	0,75	18	0,75
Vaupés	42.721	20	0,47	20	0,47
Carurú	3.056	3	0,98	3	0,98
Mitú	31.302	14	0,45	14	0,45
Pacoa	4.229		0,00		0,00
Papunaua	749		0,00		0,00
Taraira	2.318	3	1,29	3	1,29
Yavaraté	1.067		0,00		0,00
Vichada	45.537	23	0,51	23	0,51
Cumaribo	45.537	23	0,51	23	0,51
Total región	1.160.001	1.995	1,72	1.853	1,60

Fuente: Departamento Nacional de Estadística DANE. Proyecciones de Población 2018-2020, total municipal por área. Junio 30. Ajuste por territorio Programa Dinámicas Socioambientales. Instituto SINCHI. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Planeación y Análisis de Política. Grupo de Estudios y Planeación Sectorial. En Base de datos sobre aspectos sociales Inírida.

Nota: En esta tabla se excluyen las fracciones territoriales de Nariño y de los municipios de San Sebastián y Puerto Gaitán, pues sus cabeceras municipales se localizan fuera del territorio regional amazónico

Tabla 3. Camas de cuidados intensivos y total camas en las entidades territoriales de la región Amazónica, 2009 y 2019.

Entidad territorial	2009				2019			
	Cuidado Intensivo Adulto	Cuidado Intensivo Neonatal	Cuidado Intensivo Pediátrico	Total camas	Cuidado Intensivo Adulto	Cuidado Intensivo Neonatal	Cuidado Intensivo Pediátrico	Total camas
Amazonas				107				198
El Encanto				5				5
La Chorrera				5				5
La Pedrera				8				5
La Victoria								
Leticia				55				157
Mirití Paraná				4				4
Puerto Arica								4
Puerto Nariño				12				7
Puerto Santander				5				5
Tarapacá				13				6
Caquetá	10	17	5	696	20	13	4	868
Albania				3				4
Belén de los Andaquíes				20				19
Cartagena del Chairá				31				28
Curillo				23				26
El Doncello				33				21
El Paujil				21				11
Florencia	10	17	5	400	20	13	4	623
La Montañita				18				11
Milán				18				19
Morelia				5				3
Puerto Rico				28				24
San José del Fragua				6				5
San Vicente del Caguán				50				35
Solano				13				15
Solita				13				12
Valparaíso				14				12
Cauca				13				13
Piamonte				3				5
Santa Rosa				10				8
Guainía				50				61
Barrancominas								7
Cacahual								
Inírida				50				54
La Guadalupe								
Mapiripana								
Morichal								
Paná Paná								
Puerto Colombia								
San Felipe								
Guaviare				128				136
Calamar				15				11
El Retorno				2				13
Miraflores				1				8
San José del Guaviare				110				104
Meta				120				140
La Macarena				15				20
Mapiripán				13				13
Mesetas				14				17
Puerto Concordia				11				25
Puerto Rico				17				15
San Juan de Arama				15				13

Entidad territorial	2009				2019			
	Cuidado Intensivo Adulto	Cuidado Intensivo Neonatal	Cuidado Intensivo Pediátrico	Total camas	Cuidado Intensivo Adulto	Cuidado Intensivo Neonatal	Cuidado Intensivo Pediátrico	Total camas
Uribe				12				12
Vistahermosa				23				25
Putumayo				367		5		536
Colón				88				143
Puerto Leguízamo								30
Mocoa				76		5		155
Orito				28				27
Puerto Asís				67				81
Puerto Caicedo				21				17
Puerto Guzmán				22				11
San Francisco				1				
San Miguel				14				11
Santiago								
Sibundoy				9				2
Valle del Guamuez				36				41
Villagarzón				5				18
Vaupés				37				20
Carurú				6				3
Mitú				25				14
Pacoa								
Papunaua								
Taraira				6				3
Yavaraté								
Vichada				43				23
Cumaribo				43				23
Total	10	17	5	1.561	20	18	4	1.995

Fuente: Departamento Nacional de Estadística DANE. Proyecciones de Población 2009 y 2018-2020, total municipal por área. Junio 30. Ajuste por territorio Programa Dinámicas Socioambientales. Instituto SINCHI. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Planeación y Análisis de Política. Grupo de Estudios y Planeación Sectorial. En Base de datos sobre aspectos sociales Inírida.

Nota: En esta tabla se excluyen las fracciones territoriales de Nariño y de los municipios de San Sebastián y Puerto Gaitán, pues sus cabeceras municipales se localizan fuera del territorio regional amazónico



Maloka, Comunidad Jirijirimo, Vaupés. Foto: Diana Mora