



## Una epidemia de sida está; diezmando a los warao

### Descripci3n

*Delta Amacuro.*- El día que monseñor Felipe González le pidi3 a los habitantes de San Francisco de Guayo â€“un poblado indígena localizado en el Delta del Orinoco, al extremo nororiental de Venezuelaâ€“ que describieran lo que la gente sentía antes de morir, todos comenzaron a nombrar: diaraya (fiebre), sojo (diarrea), *botukataya* (pérdida de peso), *botobotoya* (debilidad), *ataearakateobo* (mareos). Ninguno mencion3 la enfermedad que engloba todos esos síntomas. â€œSeores ustedes estn muriendo de sidaâ€•, sentenció el sacerdote. En San Francisco de Guayo, como en otras comunidades de los caños cercanos, muchos indígenas de la etnia warao no llaman al VIH-sida por su nombre sino por los síntomas que experimentan.

Luis José Rodríguez, médico de la zona, ha tenido que dar explicaciones similares a las del sacerdote. Los indígenas warao solo advierten la fulminante presencia de la enfermedad cuando el cuerpo comienza a descomponerse. Rodríguez, de 26 años, está realizando su rural en Guayo. Acomoda sus lentes y continúa frente al computador revisando la lista de casos de pacientes con VIH, tiene muy presente el episodio porque recientemente le dio la noticia a una paciente de Jeukubaca, otra comunidad del municipio Antonio Díaz en Delta Amacuro. â€œLo tom3 como si nadaâ€•, recuerda. â€œLe pregunt: â€“s sabes lo que es el VIH-sida?â€™. Y me dijo: "No, no sâ€•. Al revisar la historia de esta paciente encontraron que su anterior esposo había muerto de VIH.

### Prueba piloto

San Francisco de Guayo fue una de las ocho comunidades â€“las otras fueron Jobure de Guayo, Isla de Jobure, Jobotoboto, Ibute, Usidu, Guayo, Jeukubaca, Ibuiruinaâ€“ donde a finales de 2011, el doctor Julián Villalba y otros investigadores del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) y el Instituto de Biomedicina de la Universidad Central de Venezuela elaboraron el estudio [HIV-1 Epidemic in warao amerindians from Venezuela: spatial phylodynamics and epidemiological patterns \(2013\)](#), que arroj3 como resultado que 55 indígenas tenían el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Los especialistas se alarmaron porque 9,55% de los habitantes de ocho comunidades estudiadas habían contraído el virus. La más alta prevalencia en el mundo corresponde hasta ahora a una región lejana: el África subsahariana, con 5% de su población. El promedio mundial para el año 2013 —“las últimas cifras disponibles de la Organización Mundial de la Salud” era de 0,8% en adultos entre 15 y 49 años, ligeramente superior a la población venezolana comprendida en el mismo rango para 2005. Con respecto a esta última cifra algunas autoridades sanitarias nacionales declaran que está en 0,56%.

El análisis genético del genoma del virus sugiere, además, que la epidemia de VIH en las comunidades warao se duplica cada 10 meses. La prevalencia del virus fue más significativa en los hombres (15,6 %) en comparación con las mujeres (2,6%), todos en edades comprendidas entre los 18 y 30 años. Y la comunidad más afectada fue Usidu (21,6% seropositividad).

Los warao que dieron positivo en el estudio del IVIC estaban infectados con el VIH-1 subtipo B, que es el más común en Venezuela; y solo hubo un caso de una mujer con VIH-1 subtipo C. Ya esto había sido indicado en otro estudio titulado [Evidence of at Least Two Introductions of HIV-1 in the Amerindian Warao Population from Venezuela \(2012\)](#).

Este trabajo fue presentado en reuniones con las viceministras de salud Miriam Morales y Claudia Morán, en 2012 y 2014, respectivamente. De estas autoridades sanitarias solamente Claudia Morán continúa como viceministra de Redes de Salud Colectiva. En aquel momento las funcionarias aseguraron que tomarían medidas, que una parte de la institución ya conocía el problema, y que debían planificar una investigación de campo. En 2015 algunos especialistas de estos estudios y antropólogos de otra investigación *Estudio de VIH en poblaciones warao. Determinantes sociales* (Fundacredesa), que aún no se ha publicado, también se reunieron con representantes de la Defensoría del Pueblo para plantearles la situación. Solo se sabe que luego de esto viajaron a Tucupita, se reunieron con autoridades y realizaron talleres con líderes comunitarios.

Desde ese entonces, sin embargo, nada ha cambiado. Mientras las aguas del Orinoco siguen corriendo, hay nuevas historias de indígenas warao con VIH. Con el paso del tiempo los médicos han advertido que los nuevos portadores del virus llevan en la sangre una variante más agresiva que los está matando en menos de cinco años. Ninguno está garantizando que todos puedan acceder al tratamiento: “Yo tengo siete años aquí, he escuchado que tienen VIH y no he visto que han recibido tratamiento. Cada año mueren cuatro o cinco”, asegura Luis Tocoyo, profesor en una escuela de Jobure, otra comunidad con alta prevalencia en casos con VIH.

## Una cepa más agresiva

Una persona con VIH puede estar infectada entre ocho y diez años sin presentar ningún tipo de síntoma y sin embargo transmitir el virus. Alguien infectado con la cepa más común en Venezuela, el VIH-1 subtipo B, podría vivir ese tiempo sin tratamiento, pero los warao están desarrollando síntomas del sida en menos de cinco años.

Flor Pujol, bióloga del Laboratorio de Virología Molecular del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) y una de las investigadoras del estudio [The evolving HIV-1 epidemic in Warao Amerindians is dominated by an extremely high frequency of CXCR4-utilizing strains \(2015\)](#), explica

que en las muestras de los warao, el doctor Héctor Rangel, del mismo laboratorio, analizó la envoltura del genoma, que es la parte por donde el virus se une con su receptor a los correceptores, y el resultado fue que 90% de las muestras eran X4, una cepa del virus más virulenta. Los afectados con esta cepa manifiestan más rápido los síntomas. En los warao esta transición al virus más letal se produce más rápido. Esto puede ocurrir cuando la persona ha sido infectada por más de una cepa del virus. Casos como este se han detectado en Cuba y la investigación fue publicada en *EbioMedicine* bajo el título de [CRF19\\_cpx is an Evolutionary fit HIV-1 Variant Strongly Associated With Rapid Progression to AIDS in Cuba](#). Los warao, además de tener una variante más agresiva del virus, tienen alta prevalencia de tuberculosis, hepatitis B, entre otras enfermedades que ensombrecen más la situación.

En los estudios señalados anteriormente se destaca que uno de los subgrupos de VIH encontrado en los pacientes del Delta del Orinoco está constituido por personas de las comunidades de San Francisco de Guayo y Usidu, y el otro subgrupo por habitantes de Jeukubana y de la Isla de Jobure. Basándose en esta información, se determinaron los movimientos migratorios y las rutas de transmisión a través de la historia filogenética del virus: Una ruta llamada GU probablemente se inició en San Francisco de Guayo en el año 2005, desde ahí el virus se diseminó hacia Isla de Jobure, Jobure de Guayo y Usidu. Luego desde Usidu pasó hacia Jobure de Guayo, Jobotoboto y Kuberuna. Y otra ruta, llamada JE, tal vez comenzó en Jeukubaka también en 2005, desde donde se esparció hacia Cambalache (estado Bolívar), Isla de Jobure, Nabasanuka y Usidu. Finalmente, desde Nabasanuka hubo un desplazamiento hacia Caño Yeri. Aparentemente la conexión entre ambas rutas de transmisión es mínima.

Los análisis filodinámicos sugieren que el virus se introdujo en poblaciones warao a principios del año 2000. Luego de atravesar su fase inicial de crecimiento lento, alcanzó San Francisco de Guayo y Jeukubaka alrededor de 2005. Hace diez años que comenzó su fase de crecimiento exponencial de expansión.

En 2007 la Cruz Roja Venezolana había identificado 15 casos de VIH en la comunidad de San Francisco de Guayo, Murako, Jobure, Isla Jobure, Murako, Ajimurina, Merejina, Kuamujo, La Mora y Guayaboroína. En ese tiempo la doctora Oriana Contreras estuvo primero trabajando como médico rural en el hospital de Guayo y luego apoyando en un proyecto de la Cruz Roja Internacional, que profundizó en la búsqueda de enfermedades graves. Así encontró sida, pero también algunos casos de VDRL o sífilis. Las autoridades de la Dirección Regional de Salud de Delta Amacuro entonces comenzaron a desacreditarla como profesional hasta el mismo día de su salida.

Al finalizar el proyecto, Contreras fue vetada por el director regional de salud para esa época, Luis Beltrán Gómez. Le dijo que no podía ejercer más allí, que no debía haber informado sobre el caso. «¿Cómo iba a quedar el ante las autoridades del Ministerio de Salud en Caracas?», recuerda Contreras a ocho años de aquella escena.

Según Pujol, el virus ingresó a la comunidad hace casi tres lustros y ha evolucionado muy rápido. El panorama, bien lo sabe, es devastador: la magnitud de la epidemia, la velocidad con que se está transmitiendo y en especial la agresividad de la cepa.

La comunidad que está al frente de Jeukubaca desapareció hace dos años. Gran parte de sus habitantes murieron de sida, como lo confirma una lista con la estadística de fallecidos que lleva el hospital de Guayo. La mayoría eran hombres y las mujeres que quedaron abandonaron el lugar.

Uno de los habitantes de Jeukubaca denunció a través de *TaneTanae*, un medio de comunicación local, que la mitad de los parroquianos de su comunidad han fallecido con claros síntomas del sida: Narciso, una tía, su hijo Jesús, su nuera Amelia y ahora murió otro hijo que se llamaba Rafael; también murió Avilio, un nieto, Jaime, su papá, y los primos Juan Méndez, Julio y Elio; este último era el jefe de la comunidad.

Fray Ernesto Kiko Romero, recientemente nombrado vicario de Tucupita, dijo que una vez estuvo 40 días en una comunidad y hubo 12 muertes de jóvenes con VIH. El Ministerio de Salud tiene prohibido decir que hay casos de VIH y los indígenas no llaman al VIH por su nombre, sino que le dicen tuberculosis, diarrea. Yo en todas las homilias me encargo de repetirlo, dice el sacerdote.

Sin duda lo que ocurre en las comunidades indígenas del Delta del Orinoco es una epidemia de VIH. Allí se cumplen a rajatabla todas las características que engloban el término: enfermedad propagada en cierto periodo de tiempo, en una zona geográfica determinada, que afecta simultáneamente a muchas personas y supera la cantidad de gente esperada. La prevalencia del virus para estas comunidades es extremadamente superior a los estándares nacionales, incluso internacionales.

## De Cambalache a Guayo

La mayoría de los infectados llega al hospital ya en la última etapa del sida, donde uno de los síntomas es una diarrea que no se detiene. Cuando ellos llegan con un síndrome diarreico crónico de más de un mes de evolución, uno pregunta ¿eres casado? ¿Concubino? ¿Cómo se llama tu esposo? ¿Vive contigo? Muchas veces el esposo está en Bolívar, está en Cambalache, explica el doctor Rodríguez.

Cambalache es un basurero ubicado en el estado Bolívar, a unos 260 kilómetros de San Francisco de Guayo, donde buena parte de los warao que van a este lugar regresan con VIH. Es el caso de una joven que estaba hospitalizada. Ahora tiene un hijo de seis meses, también infectado, y su esposo se quedó viviendo en Bolívar: Viene, se busca otra mujer y la infecta, dice la religiosa Ilvia Rosa, quien pertenece a la congregación Terciarias Capuchinas, presente en Guayo desde 1951.

En este vertedero de basura la prostitución y el tráfico de drogas son frecuentes. De hecho, se reportó en el mismo estudio, *HIV-1 Epidemic in warao amerindians from Venezuela: spatial phylodynamics and epidemiological patterns* (2013), que 53% de los individuos VIH positivo en Delta Amacuro habían visitado esta comunidad. Se especula que las idas y venidas entre Cambalache sean la causa de la generalizada propagación del virus entre la población warao. Otro lugar donde adquieren el virus es la ciudad de San Félix, también en el estado Bolívar.

El antropólogo Luis Felipe Gottopo explica que la transmisión y propagación del virus puede estar relacionado con el éxodo hacia Tucupita, Ciudad Guayana y Barrancas de una parte de la

poblaci3n warao luego de la epidemia de c3lera desatada entre 1992 y 1993. En aquella oportunidad al menos 500 warao perdieron la vida.

Otra hip3tesis apunta hacia los barcos que transportan mercanc3as relacionadas con la industria minera y cuyas rutas atraviesan o se aproximan al Delta del Orinoco. â€œ¿Ves esos barcos?â€•, pregunta Jacobus de Waard, biotecn3logo holand3s que actualmente dirige el Laboratorio de Tuberculosis en el Instituto de Biomedicina de la Universidad Central de Venezuela, mientras le pasa uno en frente. â€œTraen tuberculosis, VIH, hepatitis y una semana sin actividad sexual. Entran sin ning3n control sanitarioâ€•.

Muchos de los marineros proceden de Filipinas, un pa3s asi3tico, y pasan por estas locaciones en busca de sexo. Luce probable que de alguno de estos lugares los warao hayan importado el virus y que cuando regresaron al Delta del Orinoco comenzara la proliferaci3n.

â€œHace diez a3os Guyana era el pa3s con m3is VIH en Latinoam3rica, ahora lo tienen m3is controlado pero en la frontera no sabemos qu3 pasaâ€•, dice Jacobus. Pujol tambi3n reafirma que ellos no saben qu3 cepa del virus est3 circulando en Guyana.

## Una epidemia que no se detiene

En julio de 2015 se tomaron las muestras para un nuevo estudio. Despues de analizar las pruebas de VIH aplicadas a 666 individuos warao, de entre 15 a 50 a3os de edad, de las 15 comunidades ubicadas en el radio del hospital de San Francisco de Guayo (Guayo, Usidu, Ibute, Jobotoboto, Isla de Jobure, Jobure de Guayo, Guayaboro3na, Teikuburojo, Jeukubaka, Ibuiruina, Murako, Kuamujo, La Mora, Merejina y Jabana de Merejina) pertenecientes a la parroquia Padre Barral, los doctores encontraron una prevalencia de 7% (48 casos), que continua siendo mayor a la estimada tanto en Venezuela como en el resto del mundo.

Los m3dicos tambi3n concluyeron que las comunidades con mayor prevalencia de infecci3n VIH son Jobure de Guayo, Usidu y San Francisco de Guayo; que los hombres resultan m3is propensos a la infecci3n que las mujeres y la mayor prevalencia de VIH se encuentra en el grupo etario comprendido entre los 15 y 24 a3os. La mortalidad de infecci3n por VIH en los 3ltimos 8 a3os es elevada y la prevalencia de infecci3n por VIH en las comunidades estudiadas se ha mantenido en los 3ltimos 3 a3os.

Paralelamente el grupo que trabaj3 en las 11 comunidades ubicadas en el radio del hospital de Nabasanuka (Arawabisi, Bamutanoko, Bonoina, Burojosanuka, Espa3a, Kuarejoro, Kuberuna, Manakal, Nabasanuka, Siawani, Winikina) de la parroquia Manuel Renaud, realiz3 las pruebas de VIH a 361 waraos de los cuales resultaron positivos 6 (4 hombres y 2 mujeres) para una prevalencia de 1,69%. El n3mero es significativo tomando en cuenta que se trata de comunidades m3is alejadas y que hab3an estado aparentemente sin ning3n caso hasta 2012. Adem3s es la primera vez que se realiza la detecci3n de casos de VIH asociados a TBC (tuberculosis) en la parroquia Manuel Renaud, lo que quiere decir que las personas presentan ambas enfermedades, ya que al tener VIH est3jn m3is propensas a adquirir otras.

El VIH debilita el sistema inmunol3gico. Seg3n la Organizaci3n Mundial de la Salud, â€œlos pacientes infectados tienen una probabilidad hasta 50 veces mayor de sufrir tuberculosis a lo largo de



su vida. No en vano, la mayoría de los casos de TBC en personas infectadas por el VIH se registran nuevamente en el África subsahariana, donde 80% de los pacientes con TBC también tienen probabilidad de estar infectados por VIH.

Luego de analizar los resultados los doctores determinaron: la mayor prevalencia de VIH se encuentra en el grupo etario comprendido entre los 22 y 50, la mayoría de las personas con VIH (5) habían realizado viajes fuera de su comunidad y 4 señalaron haber tenido contacto con múltiples parejas. En cuanto a la tendencia sexual 3 dijeron ser heterosexuales, 1 homosexual y 2 bisexuales. Ninguno tenía tuberculosis.

Las comunidades con mayor incidencia de VIH fueron Nabasanuka (3 casos que representa una prevalencia de 5%), Burojosanuka (2 casos que representa una prevalencia de 6,6%), y Bamutanoko (1 caso que representa 5,26%). Son evidencias claras de que lo que ocurre en el Delta de Orinoco es una epidemia, una epidemia que está poniendo en riesgo la supervivencia de todo un pueblo indígena.



Muchos de los marineros proceden de Filipinas, un país asiático, y pasan por estas locaciones en busca de sexo. Luce probable que de alguno de estos lugares los warao hayan importado el virus y que cuando regresaron al Delta del Orinoco comenzara la proliferación.

Hace diez años Guyana era el país con más VIH en Latinoamérica, ahora lo tienen más controlado pero en la frontera no sabemos qué pasa, dice Jacobus. Pujol también reafirma que ellos no saben qué cepa del virus está circulando en Guyana.

## Una epidemia que no se detiene

En julio de 2015 se tomaron las muestras para un nuevo estudio. Después de analizar las pruebas de VIH aplicadas a 666 individuos warao, de entre 15 a 50 años de edad, de las 15 comunidades ubicadas en el radio del hospital de San Francisco de Guayo (Guayo, Usidu, Ibute, Jobotoboto, Isla de Jobure, Jobure de Guayo, Guayaboroina, Teikuburojo, Jeukubaka, Iburuina, Murako, Kuamujo, La Mora, Merejina y Jabana de Merejina) pertenecientes a la parroquia Padre Barral, los doctores encontraron una prevalencia de 7% (48 casos), que continua siendo mayor a la estimada tanto en Venezuela como en el resto del mundo.

Los médicos también concluyeron que las comunidades con mayor prevalencia de infección VIH son Jobure de Guayo, Usidu y San Francisco de Guayo; que los hombres resultan más propensos a la infección que las mujeres y la mayor prevalencia de VIH se encuentra en el grupo etario comprendido entre los 15 y 24 años. La mortalidad de infección por VIH en los últimos 8 años es elevada y la prevalencia de infección por VIH en las comunidades estudiadas se ha mantenido en los últimos 3 años.

Paralelamente el grupo que trabajó en las 11 comunidades ubicadas en el radio del hospital de Nabasanuka (Arawabisi, Bamutanoko, Bonoina, Burojosanuka, España, Kuarejoro, Kuberuna, Manakal, Nabasanuka, Siawani, Winikina) de la parroquia Manuel Renaud, realizó las pruebas de VIH a 361 waraos de los cuales resultaron positivos 6 (4 hombres y 2 mujeres) para una prevalencia de 1,69%. El número es significativo tomando en cuenta que se trata de comunidades más alejadas y que habían estado aparentemente sin ningún caso hasta 2012. Además es la primera vez que se realiza la detección de casos de VIH asociados a TBC (tuberculosis) en la parroquia Manuel Renaud, lo que quiere decir que las personas presentan ambas enfermedades, ya que al tener VIH están más propensas a adquirir otras.

El VIH debilita el sistema inmunológico. Según la Organización Mundial de la Salud, los pacientes infectados tienen una probabilidad hasta 50 veces mayor de sufrir tuberculosis a lo largo de su vida. No en vano, la mayoría de los casos de TBC en personas infectadas por el VIH se registran nuevamente en el África subsahariana, donde 80% de los pacientes con TBC también tienen probabilidad de estar infectados por VIH.

Luego de analizar los resultados los doctores determinaron: la mayor prevalencia de VIH se encuentra en el grupo etario comprendido entre los 22 y 50, la mayoría de las personas con VIH (5) habían realizado viajes fuera de su comunidad y 4 señalaron haber tenido contacto con múltiples parejas. En cuanto a la tendencia sexual 3 dijeron ser heterosexuales, 1 homosexual y 2 bisexuales. Ninguno tenía tuberculosis.

Las comunidades con mayor incidencia de VIH fueron Nabasanuka (3 casos que representa una prevalencia de 5%), Burojosanuka (2 casos que representa una prevalencia de 6,6%), y Bamutanoko (1 caso que representa 5,26%). Son evidencias claras de que lo que ocurre en el Delta de Orinoco es una epidemia, una epidemia que está poniendo en riesgo la supervivencia de todo un pueblo indígena.

*(\*) Este reportaje es el primero de cuatro entregas desarrolladas a lo largo del Diplomado de Periodismo de Investigación, que dicta el Instituto de Prensa y Sociedad (IPYS) en alianza con la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB).*

**Fecha de creación**

2015/11/28

armando.info