

COMISIÓN PRO-YANOMAMI CCPY

MÉDICOS SIN FRONTERAS MSF

Expedición a la Región de Frontera del Área Yanomami Venezolana en Carácter Emergencial

Informe Final

Octubre 1997 - Mayo 1998

CCPY-RR / MSF - H
Boa Vista - RR, Brasil, Mayo 1998.

Responsable MSF-H: Joan Anton Tubau
Responsable CCPY - RR: Cláudio Esteves

Elaboración del informe:
Deise Alves Francisco/CCPY-RR
Cláudio Esteves de Oliveira/CCPY-RR
Luis Rolando Paiz Bekker/MSF-H
Javier Carrera Rubio/MSF-H
Claudia Kastinger/MSF-H
Joan Anton Tubau/MSF-H
Giscard Sullivan/MSF-H

TABLA DE CONTENIDOS

	<i>LISTA DE ANEXOS</i>	3
1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	OBJETIVOS Y ACTIVIDADES	7
3.	ESTRATEGIA	8
4.	RESULTADO POR OBJETIVOS	10
5.	CONCLUSIONES	19
6.	RECOMENDACIONES	19
7.	AGRADECIMIENTOS	20

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1A Mapa del Estado Amazonas, incluyendo Área Yanomami.
- Anexo 1B Mapa de la Ruta de la Expedición.
- Anexo 1C Mapa de los grupos lingüísticos Yanomami.
- Anexo 2 Pirámide poblacional general de las comunidades Yanomami del río Siapa, Edo. Amazonas Venezuela, Febrero - Abril 1998
- Anexo 3 Distribución de la población total Yanomami por comunidad, edad y sexo río Siapa, Edo. Amazonas, Venezuela, Febrero - Abril 1998
- Anexo 4 Coeficiente de Incidencia de las principales enfermedades, Comunidades Yanomami, río Siapa, Edo. Amazonas, Venezuela Febrero - Abril 1998
- Anexo 5 Distribución de Casos de Malaria por tipo de parásito, grupo etario y comunidad comunidades Yanomami del río Siapa, Edo. Amazonas, Venezuela Febrero - Abril 1998
- Anexo 6 Prevalencia de Malaria por grupo etario. Comunidades Yanomami del río Siapa, Edo Amazonas, Venezuela, Febrero - Abril 1998
- Anexo 7 Incidencia de Malaria en 8 comunidades Yanomami, Alto Orinoco, Edo Amazonas, Venezuela, April 1996 - Marzo 1997
- Anexo 8 Coordenadas Geográficas por comunidad, Río Siapa, Edo. Amazonas, Venezuela Febrero - Abril 1998

1. INTRODUCCIÓN

La realización de esta expedición a la región del Valle del Río Siapa, en la zona fronteriza con Brasil, es el resultado de un largo proceso que comenzó a ambos lados de la frontera. Ha sido fruto de la colaboración de varias instituciones y profesionales con experiencia de trabajo en el área yanomami, tanto en Venezuela como en Brasil.

En Venezuela, desde hace un tiempo, comenzó a ser preocupante la situación de salud de ciertas comunidades que se encuentran lejos de los puestos de salud que existen en el área yanomami. Frecuentes peticiones de ayuda por problemas de salud en estas comunidades, hace que comiencen a ser visitadas para conocer su situación y prestar atendimento.

Desde Platanal, se hicieron viajes con cierta periodicidad a estas comunidades alejadas a las que generalmente tras un viaje por río, se accede caminando. En estos viajes, se pudo comprobar como la salud de estas comunidades era crítica y necesitaba de un atendimento más permanente.

En varias ocasiones se llegó a tiempo, pudiendo atender a muchos enfermos y aliviar sus enfermedades. Otras veces, cuando se llegaba a las comunidades, los enfermos graves ya habían muerto: simplemente se llegó tarde. Finalmente se vió como la mayor dificultad proviene de la no existencia de un programa concreto de atendimento para este tipo de comunidades. Muchas veces estos viajes se realizaban si la situación de salud en las bases estaba bajo control, cosa no demasiado frecuente. Esto muchas veces impide dar respuesta a una petición de ayuda de alguna comunidad: no siempre se puede movilizar el equipo de salud que trabaja en las bases para hacer un viaje de varios días.

Paralelamente, en distintos puestos de salud de Brasil, se reciben varias peticiones de ayuda de comunidades que viven cerca de la frontera en territorio Venezolano. Estas comunidades cruzan frecuentemente la frontera y se pudo constatar la precaria situación de salud de algunos de estos yanomami. En los puestos de salud que la CCPY (Comisión Pro-Yanomami) atiende en las regiones de Balawaú y Toototobi, son relativamente frecuentes las visitas de yanomami de comunidades provenientes de territorio venezolano que dieron testimonio de sus problemas de salud. Este tipo de peticiones no pueden ser atendidas sin conocer la ubicación de las comunidades de donde proceden.

Este cumulo de circunstancias, llevaron a MSF y a la CCPY a entrar en contacto con las autoridades de salud del estado de Amazonas para evaluar la posibilidad de coordinar una misión a las regiones de frontera del Alto Orinoco y del Valle del Siapa. Esta posibilidad fue bien recibida por las autoridades venezolanas que por su parte compartían la preocupación por la situación de salud de las comunidades Yanomami de esas regiones. Después de una negociación en que se establecieron las bases de la cooperación entre CCPY, MSF y el Consejo Regional de Salud del estado, se iniciaron los preparativos para los viajes.

Durante la fase de preparación se constató la imposibilidad de contratar un médico que reuniera las características que se habían caracterizado como imprescindibles, para formar parte de uno de los equipos. Por esta razón hubo que cancelar la expedición al Alto Orinoco.

Finalmente después de un mes de preparativos se inició el viaje a la región del valle del río Siapa. Durante los 45 días que duró el viaje, el equipo andó aproximadamente 350 Km en la selva, visitó 8 comunidades y atendió una población de 550 personas. Al final del viaje el equipo fue evacuado del último shapono por un helicóptero de la Fuerza Aérea Venezolana.

1.1 Perfil de las organizaciones MSF y CCPY

MSF

Médicos Sin Fronteras es una organización humanitaria internacional, privada y neutral, que ofrece asistencia a poblaciones en peligro, víctimas de catástrofes naturales y víctimas de conflictos armados, sin discriminación de raza, religión o ideal político.

La sección holandesa de MSF se creó en el año 1984, y desde entonces viene desarrollando proyectos principalmente de ayuda médica emergencial en más de 25 países.

Desde 1991 MSF-Holanda actúa en Brasil, desarrollando proyectos de atención primaria en salud así como programas de formación de recursos humanos en el área de la salud indígena.

CCPY

La Comisión Pro-Yanomami es una organización no gubernamental, sin fines lucrativos, fundada en el año 1978 con el objetivo de apoyar a los Yanomami en la defensa de sus derechos. Desde 1992 la Comisión Pro-Yanomami desarrolla un programa de salud que atiende cerca de 1.200 Yanomami de las regiones de Tootobi, Balawaú y Demini. A partir de 1995 la CCPY implantó un programa de educación inicialmente en Demini, y que actualmente se extiende a las tres regiones anteriormente mencionadas. El objetivo principal del programa de educación es preparar a los Yanomami para su relacionamiento con el resto de la sociedad nacional.

1.2 Contexto Específico Yanomami

Todo trabajo que se pretenda realizar entre los yanomami debe tener muy presente sus modos de vida, conocer en cierta medida la cultura con la que se trabaja. Sin ser necesario un conocimiento exhaustivo del mundo yanomami, si se requiere cierta capacidad de comprensión del contexto cultural en el que viven.

Los yanomami, grupo de agricultores, cazadores, recolectores y pescadores de la selva amazónica, ocupan un amplio territorio al Oeste de la gran región montanosa del Macizo Guianense, de aproximadamente 192.000 Km², situado a ambos lados de la frontera entre Venezuela y Brasil.

El grupo étnico yanomami está dividido en cuatro subgrupos cultural y lingüísticamente bien diferenciados: los Yanam, los Sanima, los Yanomame y los Yanomami. La mayoría de los yanomami y de los sanima residen en Venezuela, los yanomame están en Brasil, excepto algunas pocas comunidades ubicadas en las cabeceras del Orinoco cerca de la frontera con Brasil. Los yanam se distribuyen casi en partes iguales en ambos países.¹ (Anexo 1C)

En Venezuela, según el Censo Indígena de 1992 (OCEI), la población yanomami alcanza los 15.012 individuos, de los cuales 1.665 habitan en el Estado Bolívar y 13.347 en el Estado Amazonas. En Brasil, según datos del Distrito Sanitario Yanomami (DSY/RR-FNS) son 10.473 personas. Por tanto, siguiendo estas cifras, la población total yanomami alcanzaría los 25.485 individuos, repartidos en cerca de 370 comunidades a ambos lados de la frontera.

Compuestas por varios grupos de familias extensas, que se reparten a lo largo de la vivienda colectiva circular o en un conjunto de casas agrupadas alrededor de una plaza central, las unidades residenciales (*Shapono*) se pueden considerar económica y políticamente independientes. A pesar de gozar de un alto nivel de autonomía, las comunidades vecinas “mantienen entre ellas una amplia red de relaciones sociales, políticas y económicas que conforman, al superponerse entre ellas, una malla socio-política que liga la totalidad de las comunidades de un extremo a otro de su territorio”². Los caminos constituyen numerosas y diferentes vías de comunicación que, dependiendo de la situación y naturaleza de las relaciones socio-políticas entre las comunidades, permanecen más o menos transitados.

Los yanomami mantienen un constante flujo de visitas intercomunitarias. En distintas épocas, toda una comunidad se puede trasladar de visita a otra vecina y amiga. Períodos de escasez de alimentos o abundancia en la casa de los anfitriones, fiestas o rituales, son suficiente motivo para que se den estos movimientos. Son frecuentes las familias que por períodos prolongados, cambian de residencia para morar junto con otros familiares. Finalmente, las visitas casi diarias que se dan entre los diferentes miembros de comunidades vecinas, forman una auténtica red de intercambio social entre los grupos de comunidades más cercanas.

Estas características, hacen que el territorio yanomami se deba considerar como un todo conformado por numerosos conjuntos de relaciones entre distintas comunidades a través del tiempo y el espacio. Relaciones que formaron parte y conforman la historia actual de los yanomami. Fiestas, alianzas, unión de aldeas, escisiones, guerras, movimientos

¹ Lizot, J. 1996: 13 “Introducción a la lengua Yanomami. Morfología.” Vicariato Apostólico de Puerto Ayacucho-Unicef Venezuela. Caracas 1996.

² Albert, B. y Gomez, G. 1997: 13 “Saúde Yanomami: Um Manual Etnolingüístico. Museu Goeldi. Coleção Eduardo Galvão”

migratorios, los contactos con nuestra sociedad... son hechos y relatos que pasan de una generación a otra. Escuchar a un anciano relatar la historia de su comunidad, supone el inicio de un extenso recorrido por la geografía de su territorio, que va siendo nombrada y detallada. Ríos, caños y lagunas, montañas y zonas donde abundan diferentes frutas, los antiguos conucos... constituyen los recorridos y escenarios de las diferentes historias.

Hoy, la historia contemporánea de los yanomami no debe mencionarse sin hacer alusión a su situación de salud. Elemento vital para el desarrollo de cualquier pueblo, la salud constituye un serio problema en el que la medicina occidental es, o debe ser, contraparte fundamental. Contraparte que, estando presente en aquellos lugares donde existe una presencia no yanomami, donde se da una atención médica regular, es aún inexistente más allá de cierta distancia de los puestos de salud que se distribuyen por el área yanomami. Esta asistencia, que cubre gran parte de las comunidades ubicadas en las orillas de los ríos navegables (Anexo 1 A), no llega a aquellas comunidades ubicadas en el interior, alejadas de las orillas de los ríos navegables.

Debemos tener presente que la salud, el atendimento médico a los yanomami, no implica simplemente problemas logísticos, por las dificultades de acceso a las diferentes comunidades más o menos lejanas de los ríos navegables. La “distancia” de las diferentes interpretaciones resulta aún mayor, y, al menos por ahora, también están de nuestra mano los mecanismos para el acercamiento, brindar los elementos para “diálogo” intercultural. Según Bruce Albert, “el sistema yanomami de interpretación de la enfermedad, coloca en juego un sistema de relaciones entre varios componentes de la persona del enfermo, por un lado, y diversos poderes maléficos sociales y naturales exteriores a su comunidad, por otro”³. La diferencia de esta interpretación con la occidental se presenta como una barrera que debe ser resuelta. En un contexto intercultural como el que se genera tras el encuentro de las dos culturas, la medicina occidental y la etiología yanomami deben complementarse mutuamente. Sin olvidar que se trata de un encuentro entre “dos sistemas de interpretación y tratamiento de la enfermedad que envuelve conceptos, prácticas y visiones del mundo radicalmente diferentes”⁴. Tarea compleja que precisa ser desarrollada con la participación de profesionales competentes y dedicados. Pero se trata de la supervivencia de un pueblo.

³ Albert, B. y Gomez, G. 1997: 21

⁴ Albert, B. y Gomez, G. 1996: 28

2. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES POR OBJETIVO

2.1 Atención médica en carácter de emergencia, a las poblaciones Yanomami residentes en el valle del río Siapa, región de frontera entre Venezuela y Brasil, garantizando el tratamiento completo de las enfermedades encontradas:

- Examen clínico de toda la población encontrada.
- Toma y examen hematológico de láminas para el diagnóstico de malaria.
- Tratamiento completo de los casos de malaria diagnosticados.
- Diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades que puedan ser abordadas considerando el carácter emergencial de la expedición.
- Registro de datos epidemiológicos.

2.2 Identificación de las comunidades existentes en la frontera, estableciendo sus coordenadas geográficas:

- Registro de las coordenadas geográficas de todas las comunidades encontradas.

2.3 Actualización del censo de las comunidades de esta región de frontera:

- Levantamiento de censos de la población encontrada.

3. ESTRATÉGIA GENERAL

El objetivo principal de la expedición llevada a cabo por la CCPY y MSF era evaluar la situación de salud de las comunidades Yanomami del valle del río Siapa, contando con el apoyo y aprobación de las autoridades sanitarias venezolanas. Con esta intención se solicitó y obtuvo del Consejo Regional de Salud del estado de Amazonas, el permiso necesario para organizar una expedición a pie a la región del río Siapa partiendo del territorio brasileño, más concretamente del puesto de salud atendido por la CCPY en la región de Balawaú. En el transcurso de la expedición, se llevó a cabo el examen clínico completo y búsqueda masiva de malaria a toda la población encontrada. Todos los datos epidemiológicos obtenidos, fueron registrados apropiadamente. Así mismo se administró tratamiento para aquellas enfermedades que las características particulares del viaje permitieron. Se efectuó también un censo completo de toda la población encontrada y se obtuvieron y registraron las coordenadas geográficas de cada comunidad.

Para garantizar los diferentes aspectos relevantes de la ejecución de la expedición se definieron estrategias específicas concretas.

3.1 Autorización

Una propuesta oficial de la expedición fue remitida al consejo Regional de Salud del estado de Amazonas. Se llevaron a cabo dos viajes a Puerto Ayacucho donde se presentó al Consejo el contenido de la misma y se negociaron los términos de la colaboración entre MSF y la CCPY y las autoridades pertinentes en el estado de Amazonas. Como resultado de estas negociaciones se obtuvo el permiso de las autoridades venezolanas y se estableció el compromiso formal de la CCPY y MSF de presentar al Consejo los resultados de la expedición, así como todos los datos epidemiológicos y de población recogidos durante el viaje.

En el transcurso de estas conversaciones, las Fuerzas Armadas Venezolanas manifestaron su disposición a intervenir llegado el caso de una emergencia entre los miembros del equipo.

3.2 Recursos Humanos

La composición del equipo se definió en base a las actividades que se iban a desarrollar en el terreno. Con este criterio el equipo quedó compuesto por, un médico (Cláudia Esteves de Oliveira, CCPY) una enfermera (Claudia Kastinger, MSF) un técnico de laboratorio (Wanderlei Marinho de Souza, CCPY) y un antropólogo (Javier Carrera Rubio, MSF). Finalmente un Yanomami con experiencia en trabajos de traducción acompañó la expedición (Ivanildo Wawanawethery). MSF y la CCPY aportaron equitativamente los profesionales que realizaron el viaje.

En la etapa inicial de la planificación de la expedición se consideró indispensable para garantizar el éxito de la misión y el cumplimiento de sus objetivos, que el equipo estuviera formado por profesionales con experiencia en trabajos de salud con comunidades Yanomami de poco contacto. Finalmente se definió un equipo compuesto por profesionales con larga experiencia en trabajos de diversa índole en el área de salud, tanto en territorio venezolano como brasileño.

3.3 Antropológica

La participación de un antropólogo con amplia experiencia en trabajos en el área Yanomami en Venezuela y buen conocedor de la cultura indígena y la lengua Yanomami, se consideró fundamental desde el primer momento. Su incorporación al proyecto en su fase inicial, facilitó sobre manera no sólo la planificación en su aspecto antropológico sino los preparativos prácticos pero esenciales del desarrollo del viaje.

En las últimas semanas antes del inicio del viaje, se desplazó al puesto de la CCPY desde donde se iniciaría el viaje. Los resultados de este viaje sirvieron para diseñar un itinerario previo de la expedición en base a las informaciones recolectadas entre los Yanomami sobre las comunidades del Siapa y a las distancias estimadas entre ellas. Otro preparativo esencial perfilado en este viaje previo fue, la negociación y posterior compromiso de un grupo de nueve Yanomami de Balawaú de acompañar la expedición durante todo su recorrido hasta el final de la misma. La participación de un grupo de Yanomami, conocedores de los trabajos en el área de salud de la CCPY y MSF y con un vínculo de confianza fuerte con los miembros del equipo, contribuyó definitivamente al éxito de la expedición.

3.4 Médica

Protocolos claros de definición de caso, tratamiento y registro de datos fueron acordados durante los preparativos del viaje. Una lista de medicamentos básicos para el tratamiento de las principales causas de enfermedad fue preparada. Se estableció junto con el antropólogo un sistema fiable de identificación de pacientes. Se definió una división clara de las tareas entre los miembros del equipo para facilitar y efectivizar las actividades médicas en las comunidades.

3.5 Logística

Se analizaron minuciosamente las necesidades de equipo y materiales para la realización del viaje en base al peso real que podía ser transportado por cada miembro del grupo. Con este parámetro se racionalizó el peso hasta el más mínimo detalle y se distribuyó entre el grupo a razón de 10-12 Kgs para los miembros del equipo y 25 Kgs para los Yanomami.

El problema de peso afectó directamente a la cantidad de comida que el equipo podía transportar durante el viaje. Finalmente el equipo llevo comida para 30 días, siendo la mitad comida convencional (arroz, pasta...) y la otra mitad deshidratada. El resto de la alimentación del equipo se garantizó á través de la caza y el intercambio con las comunidades a lo largo de la ruta.

El material de intercambio es un elemento logístico importante para cualquier trabajo desarrollado en área Yanomami, así pues siguiendo las orientaciones del antropólogo se confeccionó una lista de este material (considerando la limitación del peso) suficiente para todo el viaje.

La comunicación permanente entre el equipo y la coordinación en Boa Vista se garantizó mediante un sistema de telefonía vía satélite.

La ubicación tanto del equipo como de las comunidades Yanomami se aseguró mediante la utilización de un GPS (sistema de posicionamiento global).

4. RESULTADOS POR OBJETIVO

4.1 Atención médica en carácter de emergencia a las poblaciones Yanomami residentes en el valle del río Siapa, región de frontera entre Venezuela y Brasil, garantizando el tratamiento completo de las enfermedades encontradas.

Los yanomami forman una población de alto riesgo debido a su baja resistencia inmunológica natural a infecciones como gripe, sarampión, tuberculosis, tos ferina, varicela y leishmaniasis, causadas por microorganismos que no existían en su medio ambiente y con los cuales tuvieron contacto relativamente reciente, principalmente a través de los frentes de colonización y exploración económica .

No ocurrió entre los yanomami el lento proceso de selección para estas enfermedades desarrollado por milenios en nuestra civilización, en el que los individuos más susceptibles son paulatinamente eliminados y los más resistentes sobreviven y transmiten su carga genética a sus descendientes.

Fuera de estas enfermedades, la introducción de la malaria en gran escala, a través de la actividad garimpeira, fue responsable de una alta mortalidad en la última década y continua siendo el principal problema de salud de esta etnia.

Como veremos más adelante, la situación de salud de la población yanomami encontrada durante la expedición a la región del río Siapa, es bastante grave. En el período en que fueron examinados, 58,4% de los individuos presentaban alguna enfermedad (Anexo 4).

Las ocho comunidades visitadas que componen esta población mantienen estrechas relaciones entre ellas y con otras más distantes localizadas en Venezuela (Platanal, Mavaca y Mavaquita) y en Brasil (Balawaú y Marari). A pesar del poco, o prácticamente ningún, contacto directo con nuestra sociedad, no se trata de una población que vive en una situación de aislamiento epidemiológico en relación a otras regiones del área yanomami de contacto más antiguo y permante. Realmente estos Yanomami permanecen todavía aislados de cualquier atendimento médico. Infelizmente, para los yanomami las enfermedades siempre llegan antes que los servicios de salud.

4. 1.1 Metodología de trabajo

El equipo responsable del atendimento de esta expedición contó, aparte del antropólogo e interprete, con los siguientes profesionales de salud: un médico, una enfermera y un laboratorista.

- En cada comunidad visitada el equipo de salud siguió los siguientes procedimientos :
- exámen físico completo de todos los individuos
 - diagnóstico clínico de las enfermedades
 - completar fichas individuales padronizadas
 - realización de exámen hematoscópico para malaria
 - realización de exámen parasitológico de heces y baciloscopia de esputo en los casos con indicación médica.
 - tratamiento de las enfermedades encontradas
 - tratamiento masivo para parasitosis

El período de permanencia del equipo en cada comunidad fue determinado por el número de la población o por el número de casos que necesitaban acompañamiento, habiendo en general permanecido 4 días en cada comunidad.

4.1.2 Población examinada

Fueron examinados un total de 550 yanomami de 8 comunidades, a saber: Mashapiwei theri, Yehiope theri, Porekomipe theri, Narimipiwei theri I, Narimipiwei theri II, Unamowe theri, Krokowe theri y Toshamoshi theri. A pesar de estar residiendo actualmente en el lado brasileno de la frontera, la comunidad Mashapiwei theri fue incluida en el análisis epidemiológico de esta expedición visto que hasta aquel momento se encontraban en las mismas condiciones de asistencia y de salud de las población de las región del Siapa.

COMUNIDAD	NUMERO DE HABITANTES
Mashapiwei theri	62
Yehiope theri	46
Porekomipe theri	27
Narimipiwei theri II	36
Narimipiwei theri I	139
Unamowe theri	93
Toshamosha theri	125
Krokowe theri ⁵	22
TOTAL	550

4.1.3 Resultados

Malaria

La malaria es el principal problema de salud en toda el área yanomami y ha sido la primera causa de obitos conocidos entre esta etnia en la última década.

En todas las comunidades visitadas durante la expedición a la región del Siapa fueron diagnosticados casos de malaria. El porcentual de incidencia en la población total

⁵ Fueron encontrados solamente 22 personas de una población total de aproximadamente 130 personas.

indicó el alarmante índice de 24,9% (137 casos). Los índices más altos fueron encontrados en las comunidades Narimipiwei theri II (58,3%) y Toshamoshi theri (50,4%). (Anexo 5)

Del total de los casos de malaria, 86,9% eran del tipo *Vivax*, 9,5% de malaria *falciparum* y 3,6% de malaria mixta (*falciparum* + *vivax*).

El predominio de la malaria *vivax* sobre *falciparum* puede ser explicado por el hecho de que, en ausencia de tratamiento, la malaria *falciparum* es de alta letalidad, principalmente en poblaciones de contacto relativamente reciente con la enfermedad, como es el caso de los yanomami, eliminando paulatinamente los individuos enfermos. Por otro lado, tradicionalmente los yanomami abandonan la región donde ocurren muchas muertes. Este sistema acaba funcionando como un mecanismo de alejamiento de los vectores (mosquitos del género *anopheles*) contaminados con el *Plasmodium falciparum* y, por tanto, ayuda a controlar la tasa de transmisión de la enfermedad. No ocurre lo mismo con la malaria *vivax* sin tratamiento, que tienen como característica la baja letalidad (los enfermos pueden persistir con la enfermedad por muchos años) y las frecuentes recaídas.

Durante el viaje recogimos relatos de los yanomami sobre las muertes de algunos de sus parientes. Fueron numerosas las veces que las descripciones de los fallecimientos eran bastante semejantes a los provocados por la malaria *falciparum*. Estos relatos, que representan probablemente apenas una pequeña parte de las muertes, ya que los yanomami, por motivos culturales, no hablan de los muertos, nos hacen suponer que ha habido una alta mortalidad por malaria *falciparum* en esta población en los últimos años.

La distribución de la incidencia porcentual de malaria por grupo etario destacó, en primer lugar, con un índice de 37%, el segmento que va de los 5 a los 14 años. En seguida, en orden decreciente, encontramos una incidencia de 27% en el grupo etario de 0 a 4 años, 23,6% en grupo etario de 15 a 44 años y, por último, con apenas 4,1% de incidencia, el segmento con edad superior a los 44 años. Es decir, el riesgo de enfermar por malaria fue casi diez veces mayor en los niños de 5 a 14 años que en los adultos con más de 44 años (Anexo 6).

La mayoría de los pacientes con malaria *vivax* no se quejaron de ningún síntoma de la enfermedad, a pesar de ser interrogados por el interprete. Esto se puede esperar en casos crónicos, situación en que el paciente generalmente desenvuelve una tolerancia a la enfermedad y alguna resistencia inmunológica que ayuda a disminuir la parasitemia.

Esta observación justifica la estrategia de la toma masiva de láminas para la investigación hematoscópica de malaria. Un visitante desavisado podría suponer, a primera vista, que se trata de una población con baja incidencia de malaria.

La incidencia de malaria en el área yanomami presenta estacionalidad, siendo que en el periodo en que fue realizada la expedición (final de verano), la incidencia suele ser más baja. Las épocas de mayor incidencia, como el inicio del invierno o el inicio de verano, la situación de malaria en la región del valle del Siapa deberá ser todavía más grave. (Anexo

7). La comunidad Shokopurupe theri (dividida en dos unidades residenciales) no fue encontrada y las noticias que recibimos, a través de los yanomami de comunidades vecinas, indican que en este grupo se está dando una alta incidencia de malaria y mortalidad.

La comunidad Krokowe theri tampoco fue encontrada en el lugar de su residencia. Podemos suponer que el motivo de su ausencia había sido la falta de agua próxima a su comunidad. En la siguiente comunidad, supimos que este grupo estaba en un lugar alejado y por tanto inaccesible para nuestra expedición. Apenas 22 integrantes de los Krokowe theri fueron posteriormente encontrados, visitando la comunidad de los Unamowe theri. Estos yanomami nos informaron que el resto del grupo, más de 100 personas, no llegaron hasta la comunidad visitada por encontrarse enfermos. Solamente en los 22 yanomami que llegaron y que fueron examinados, los que estaban en condiciones de afrontar la larga caminata para la visita, encontramos tres casos de malaria vivax.

La incidencia de malaria en las comunidades del Valle del Siapa, en una única visita de 4 días por comunidad, en una época del año menos favorable a la transmisión de la enfermedad, fue casi igual a la incidencia en todo el año de 1997 de las comunidades yanomami de las regiones de Demini, Toototobi y Balawaú (26,3%), que son atendidas por un programa permanente de salud.

Desnutrición

No existe en la literatura médica ninguna tabla relacionando peso/altura/edad para apoyar el diagnóstico de desnutrición en individuos de la etnia yanomami, que poseen características antropométricas bastante específicas como una baja estatura no relacionada a la desnutrición. De esta forma, una evaluación hecha por el médico, con larga experiencia en el atendimento entre los yanomami, se basó únicamente en los señales clínicos para su diagnóstico.

El porcentual de la población que presentó desnutrición en el examen físico fue de 18,4% (101 individuos), siendo que 4 % de los examinados fueron considerados con desnutrición de moderada a grave (26 individuos).

Durante toda la expedición se observó en la dieta de los yanomami una adecuada oferta de alimentos obtenidos de los conucos, de la recolección de productos silvestres, de la caza y de la pesca. Los casos de desnutrición encontrados se relacionaban mucho más con las enfermedades, en especial la malaria y las parasitosis intestinales, que con la disponibilidad de alimentos. Frecuentemente encontramos en una misma familia individuos con desnutrición grave y otros en buen estado nutricional.

Un ejemplo claro fue observado en la comunidad de Toshamoshi theri, donde un niño con una edad estimada de 4 años, presentaba desnutrición grave. En este niño, el examen hematoscopio fue positivo para malaria vivax y el examen parasitológico de heces demostró los siguientes parásitos:

15

- *A. Lumbricoides*
- *Strongyloides stercoralis*
- *Entamoeba histolytica*
- *Ancylostoma duodenale*
- *Tricocephalus trichiurus*
- *Giardia lamblia*

Anemia y esplenomegalia

En el examen clínico fue diagnosticado anemia en 35,6% de la población (195 casos), siendo que la anemia considerada leve estaba presente en 25,6% de la población, anemia moderada en el 8,7% y anemia grave en 1,3 % de los individuos examinados (550 yanomami).

La esplenomegalia fue encontrada en 35,3% de la población. Según la clasificación de Hackett, 10,4% de los yanomami tenían esplenomegalia Grado I, 20,7% tenían esplenomegalia Grado II y 4,2% Grado III. No diagnosticamos ningún yanomami con esplenomegalia Grado IV.

Oncocercosis

El estudio de oncocercosis se limitó a la identificación por medio del examen clínico de nódulos oncocercóticos. Por tratarse de comunidades con escaso contacto con equipos de salud, se decidió no realizar biopsia de piel por ser un examen invasivo y por tanto no demasiado procedente en estos casos.

Detectamos nódulos subcutáneos compatibles con oncocercosis en 14,2% de la población. Toshamoshi theri fue la única comunidad en que no fue identificado ningún nódulo oncocercótico. En las demás comunidades, encontramos las siguientes incidencias en orden decreciente: Krokowe theri 40,9 %, Narimipiwei theri I 25,9 %, Mashapipeiwei theri 17,4 %, Unamowe theri 11,8%, Narimipiwei theri II 11, 1% , Yehiope theri 10,9%, Porekomipe theri 7,4%.

Basandonos en los estudios realizados por la Comisión Pro-Yanomami en conjunto el Ministerio de salud de Brasil en las regiones de Balawaú y Toototobi (1995), una incidencia de nódulos palpables de 15,3% correspondió a una incidencia de esta enfermedad del 66,2% de la población con edad superior a 5 años, detectada por biopsia de piel. Es posible suponer que la incidencia de oncocercosis en la población visitada por la expedición esté en un nivel semejante, ya que hay una clara correlación entre los grados de incidencia de nódulos y de la enfermedad.

Encontramos dos casos de ceguera bilateral, historia clínica y lesiones oculares compatibles con ceratite esclerosante: un paciente de sexo femenino con edad estimada de 45 años (comunidad de Mashapipeiwei theri) y otro de sexo femenino con edad estimada de 74 años (comunidad de Unamowe theri). Ambas también presentaban nódulos oncocercóticos localizados en la cabeza.

Infecciones Respiratorias Agudas

La baja resistencia natural de los yanomami a los diversos virus de la gripe y el contacto relativamente reciente, no permitiendo todavía el desarrollo de una inmunidad adquirida satisfactoria, hacen que esta enfermedad tenga una gran importancia clínica y representa una seria amenaza para la salud. En el área yanomami de Brasil las infecciones respiratorias agudas responden a la mayoría de los atendimientos y son la segunda causa de mortalidad conocida.

En el período en que fueron examinados, cerca de 10% de la población presentaba síntomas de gripe, siendo que 10% de estos evolucionaron para neumonía bacteriana.

Parasitosis Intestinales

Las parasitosis intestinales tienen una gran importancia en la salud de los yanomami. En la Unidad Hospitalar Casa do Índio-RR (Brasil) cerca de 80 % de los exámenes parasitológicos, realizados en muestras recogidas de los yanomami internados, son positivos para protozoarios y/o helmintos. Durante el viaje pudimos verificar niños multi-parasitados y con un cuadro de desnutrición acentuada y anemia. Realizamos tratamiento en masa para verminosis y para protozoarios en todos los casos sospechosos.

Tuberculosis

No encontramos en la población examinada ningún paciente con cuadro clínico sospechoso de tuberculosis.

4.1.4 Demografía

El total de la población encontrada fue de 550 personas en 8 comunidades. De la población de Krokowe theri solo 22 personas pudieron incluirse en este informe, el resto de la comunidad no estaba en el shapono en la llegada del equipo. La densidad de la población es 0.28 habitantes por Km². La pirámide etaria muestra una población joven (Anexo 2). La proporción por sexo es 0.92. 52.1% de la población es masculina y 47.9% femenina.

De acuerdo con los grupos etarios 4.7% de la población tiene menos de un año. El grupo de menores de 5 años representa 18,2% de la población. El grupo etario de más de 50 años representa el 8.4% de la población, según ese dato parece que los Yanomami del Siapa tienen una esperanza de vida baja.

Los Yanomami no hablan de sus muertos por lo tanto resulta muy difícil en un viaje corto recolectar información sobre mortalidad. De cualquier manera se llevaron a cabo entrevistas personales con varios informantes con quien el antropólogo había establecido una buena relación. Los últimos 4 años fue el período de tiempo que se evaluó.

Si bien estos datos son estimativos es importante analizarlos. Durante las entrevistas los informantes citaron 74 defunciones en los últimos 4 años. Esto significa 33.6% muertes por 1000 habitantes. Si este valor se compara con el de tres comunidades Yanomami (Demini, Tootobi y Balawaú) en Brasil con asistencia permanente y con tasa de mortalidad del 7.7 por 1000 habitantes, puede apreciarse una diferencia ostensible entre una comunidad atendida y otra desatendida.

Durante la realización del censo se comprobó que 48 niños eran huérfanos, lo que significa que 20.4% de los menores de 14 años habían perdido, por lo menos, uno de los padres.

4.2 Identificación de las comunidades existentes en la frontera, estableciendo sus coordenadas geográficas

Como resultado de la expedición se obtuvo la localización exacta de todas las comunidades encontradas. (Anexo 1B) Cualquier actividad médica que se quiera planificar en la región del valle del Siapa se beneficiará de estas coordenadas en su fase de preparación.

Con la ayuda del GPS, el equipo obtuvo y registró las coordenadas de 9 comunidades así como la distancia a pie entre ellas (Anexo 8). Las coordenadas de Krokowetheri y Shokopurupe theri fueron registradas a pesar de que las viviendas estaban vacías en el momento de la llegada del equipo.

4.3 Actualización del censo de las comunidades de esta región de frontera.

Parte importante del trabajo en esta expedición fue la realización de los censos de las diferentes comunidades encontradas. Para dar asistencia médica a los yanomami es necesario conocer la población de las comunidades, poder identificar y ubicar a los diferentes individuos.

La realización de censos y la obtención de datos para poder hacer un análisis demográfico entre los yanomami, entraña varias limitaciones y dificultades. Limitaciones impuestas por la cultura que nos impiden obtener, en poco tiempo, muchos de los datos que se requieren. Dificultades que deben ser salvadas con una metodología de trabajo particular y con varios chequeos de las distintas informaciones recogidas.

Los nombres yanomami no se pueden decir en público, ya que es considerado como una ofensa. Generalmente son los términos de parentesco los que sirven para la comunicación e identificación de las personas, evitando nombrarlas en su presencia. A pesar de esto, todos los yanomami tienen varios nombres y apodos excepto los niños pequeños que más tarde reciben también su nombre correspondiente. La mayoría de estos son conocidos por casi todo el mundo en su comunidad. Mayor aún es la dificultad cuando se trata de hablar de los muertos, tema realmente delicado en la cultura yanomami.

Al no existir datos disponibles sobre las comunidades del valle del Siapa, no se conocía la ubicación ni composición de las mismas. Esto impide obtener datos sobre mortalidad confiables, ya que es muy difícil llegar a conocer con cierta exactitud datos sobre defunciones de una comunidad nunca antes visitada. Después de recolectar las informaciones de los diferentes grupos familiares, se pueden notar algunas muertes, pero resulta muy difícil hablar sobre ello.

A partir de ahora, con los datos recogidos, tenemos la posibilidad de conocer las defunciones y nuevos nacimientos, es decir, cambios que se produzcan. Informaciones que nos hablarán de la dinámica demográfica de esas comunidades.

El total de la población censada fue de 550 personas. La población de las tres comunidades que se encontraron vacías se estimó en otras 300 personas.

4.3.1 Desinformación y lejanía vs aislamiento

La geografía del territorio yanomami plantea grandes limitaciones para acceder a ciertas regiones. Es el caso del Valle del Siapa que, rodeado por las montañas separan Venezuela y Brasil al Sur y Sur-Este del Estado Amazonas, por la sierra de Unturán al Norte y de acceso fluvial prácticamente imposible por los numerosos raudales y saltos que se encuentran en el río Siapa, constituye una de las regiones menos conocidas del territorio yanomami.

Considerando las limitaciones impuestas por la geografía, otro aspecto importante al hablar de los yanomami es el relativo aislamiento histórico que vivieron. En Venezuela no tuvieron contactos permanentes con representantes de la sociedad envolvente hasta casi los años 50, en que se establecen los primeros asentamientos de las misiones religiosas en el Río Orinoco. Desde entonces, han sido numerosos los contactos que, en diferentes momentos y regiones, se han dado con los yanomami. Contactos que, según su duración y naturaleza, han producido diferentes procesos de cambio cultural. Varias fueron las comunidades que, motivadas por contextos y situaciones políticas diversas, se acercaron a los asentamientos de presencia no yanomami o que comenzaron, desde cierta distancia, a tener algún tipo de relación con ellos. Otras, sin embargo, permanecen fuera del radio de este tipo de contactos.

De esta forma, hoy podríamos hacer una división tripartita de los tipos de comunidades yanomami en función del mayor o menor contacto que mantienen con nuestra sociedad. Siendo las comunidades que viven en las orillas de los ríos navegables las que más contacto tienen y también las que reciben atención médica casi permanente. A medida que las comunidades se encuentran más lejanas de los diferentes asentamientos, menor es el contacto y escasa o nula la atención sanitaria. Siguiendo la división anterior, estas son las comunidades que podríamos llamar intermedias. Finalmente, las comunidades del interior y de las montañas viven casi al margen de las relaciones con nuestra sociedad, siendo los contactos muy reducidos y de poco tiempo. Hoy en día, la gran mayoría de las comunidades yanomami en Venezuela viven alejadas de estos asentamientos, por lo tanto los contactos directos con la sociedad envolvente son escasos.

Esta división, sin embargo, no impide que se den constantes relaciones entre un tipo de comunidades y otras. Al contrario, los contactos son casi permanentes. Son frecuentes las visitas en muchas direcciones y de un lado a otro de la frontera. Este flujo de visitas, en ciertas épocas es un autentico corredor de las distintas enfermedades infectocontagiosas. En las comunidades visitadas del Valle del río Siapa, eran varios los yanomami que ya conocían las diferentes comunidades ubicadas cerca de los asentamientos donde se encuentran las misiones salesianas de Mavaca, Mavakita, Platanal (en los rios Mavaca y Orinoco). También son frecuentes las visitas hacia varios de los asentamientos del otro lado de la frontera, como es el caso de Mararí, donde viven misioneros evangélicos junto a cerca de 500 yanomami, o las regiones de Balawau y Toototobi donde la CCPY atiende puestos de salud. Esta división, por tanto, nos sirve de indicador para ver cómo aquellas comunidades que viven más alejadas de los centros de contacto permanente, no tienen un acceso directo a los diferentes servicios de salud que se dan en estos asentamientos.

Considerar, aún de forma general, el relativo aislamiento de muchas comunidades yanomami nos genera, al menos, varios interrogantes. Cabe preguntarse si se trata de un aislamiento saludable o les está perjudicando. Se trata entonces de un aislamiento de qué o para qué. Interrogantes que sólo pueden tener respuesta si se tienen informaciones de las diferentes regiones.

Son muchas las opiniones que considerando tan sólo ciertos aspectos de la realidad actual de los yanomami, creen que ese "relativo aislamiento" de algunas comunidades les libra de los males que el contacto con la sociedad envolvente lleva consigo. Juicio comprensible por un lado (aunque algo prematuro o pesimista quizás) teniendo en cuenta las experiencias de muchas comunidades indígenas que, tras un fuerte proceso de cambio cultural, han perdido gran parte de sus valores sin haber generado una síntesis equilibrada en el proceso intercultural, que continúa. Erróneo si consideramos por otra parte, y es el caso que nos ocupa, la salud como una necesidad vital para cualquier grupo humano, y creemos en la posibilidad de un contexto intercultural positivo y enriquecedor. Es que la lejanía de los asentamientos de contacto permanente con representantes de nuestra sociedad, no implica una lejanía o un aislamiento de las diferentes enfermedades infectocontagiosas que azotan a los yanomami. Hasta allí, en esa suerte de "aislamiento", llegan con frecuencia las enfermedades y epidemias, pero no las medicinas ni las vacunas que nuestra ciencia creó para combatirlas.

En estas líneas, queremos hacer una breve reflexión sobre ciertos planteamientos que, por algún tiempo, han podido prevalecer a la hora de emprender alguna iniciativa sanitaria en estas comunidades alejadas ("aisladas"). No existe una barrera-frontera epidemiológica en un contexto geográfico y cultural como el yanomami, donde, como veíamos antes, las comunidades mantienen un continuo flujo de visitas e intercambios a lo largo y ancho de todo su territorio. El pensar que este relativo aislamiento resulta, hoy en día, beneficioso para estas comunidades, sería hacer un falso (e injusto) análisis de la realidad actual de los yanomami. La situación que hemos podido observar entre las comunidades del Valle del Siapa, nos demuestra que esa lejanía del contacto con nuestra

sociedad no implica una buena salud: una alta incidencia de enfermedades (relativamente fáciles de prevenir o curar) debilitan y causan gran desestructuración social y económica en muchas comunidades. Se trata de un ciclo en el que las enfermedades impiden realizar, de forma normal, las distintas tareas económicas de subsistencia, disminuyendo considerablemente la producción, lo que implica carencias alimentarias y desnutrición.

Debemos crear los espacios necesarios para que la realidad del contacto intercultural entre los yanomami y nuestra sociedad pueda tornarse positiva, teniendo los yanomami aún la capacidad de decidir libremente sobre los cambios sociales y culturales que deseen. La salud es una necesidad vital para que ese tipo de decisiones puedan llevarse a cabo.

5. CONCLUSIONES

- Los datos de salud aquí relatados indican una grave situación epidemiológica entre la población del valle del Siapa: 58% del total de la población estaba enferma en el momento del viaje.

- Más allá de alta incidencia de malaria registrada en el período en que se realizó esta expedición, se puede afirmar con seguridad que, debido a la estacionalidad de esta enfermedad, en las épocas del inicio de la estación de lluvias y de la estación seca esta incidencia deberá ser todavía mayor.

- El alto índice de desnutrición registrado se relaciona con una alta morbilidad en la región y no con la falta de alimentos.

- Esta población no ha sido vacunada contra las principales enfermedades inmunoprevenibles recomendadas por la OMS, indicando una preocupante vulnerabilidad a las epidemias que diezmaron parte de la población yanomami en el pasado reciente.

- Las comunidades yanomami de la región del valle del Siapa no se encuentran en una situación de aislamiento epidemiológico.

6. RECOMENDACIONES

- Crear e implementar un **modelo de atención primaria de salud permanente** para las comunidades yanomami del Valle del Siapa.

- Identificar las instituciones y profesionales que puedan apoyar la construcción de este sistema aprovechando la experiencia de las organizaciones que trabajan en el campo de la salud yanomami de Venezuela y Brasil.

- Realizar un diagnóstico de salud de las comunidades yanomami ubicadas en la región del Alto Orinoco (cerca de la frontera)

AGRADECIMIENTOS

- **Vicariato Apostólico del Estado Amazonas, Venezuela**
- **Fuerzas Armadas Venezolanas**
- **Dirección Regional de Salud del Estado de Amazonas**
- **Fundação Nacional do Índio. Administração de Roraima, Brasil**
- **Fundação Nacional de Saúde. Brasil**