

LOS YANOMAMI

(Yãnomãmi)

Jacques Lizot (Primera Parte)

José Antonio Kelly y Javier Carrera (Segunda Parte)



PRIMERA PARTE

EL MUNDO INTELECTUAL DE LOS YANOMAMI

Jacques Lizot

1. INTRODUCCIÓN . 269
2. UNA VISIÓN DEL MUNDO . 271
3. SERES SOBRENATURALES Y CHAMANES . 276
4. ALGUNOS DEMONIOS SILVESTRES . 284
5. ¿QUÉ ES UNA PERSONA? . 287
6. LAS SUBSTANCIAS MÁGICAS Y LOS EFECTOS QUE PRODUCEN . 293
7. LA MUERTE: PRÁCTICAS Y CONCEPCIONES . 301
8. EL RITUAL DE LOS ADORNOS Y EL CONSUMO DE LOS HUESOS . 309
9. UNA TEORÍA INDÍGENA DEL CANIBALISMO . 316
10. PARA CONCLUIR . 321

SEGUNDA PARTE

RELACIONES CON LA BIOMEDICINA

José A. Kelly y Javier Carreras

1. INTRODUCCIÓN . 325

2. HISTORIA . 326

2. SITUACIÓN ACTUAL . 329

3. SALUD . 338

4. ARTICULACIÓN ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD BIOMÉDICO Y TRADICIONAL . 345

5. EL SISTEMA DE SALUD NACIONAL ENTRE LOS YANOMAMI . 360

PROBLEMAS FUNDAMENTALES Y EL PLAN DE SALUD YANOMAMI . 367

CONCLUSIONES, PERSPECTIVAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN . 376

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Partes del cuerpo humano en yanomami . 340

Tabla 2. Enfermedades y síntomas comunes en yanomami . 342

BIBLIOGRAFÍA . 380

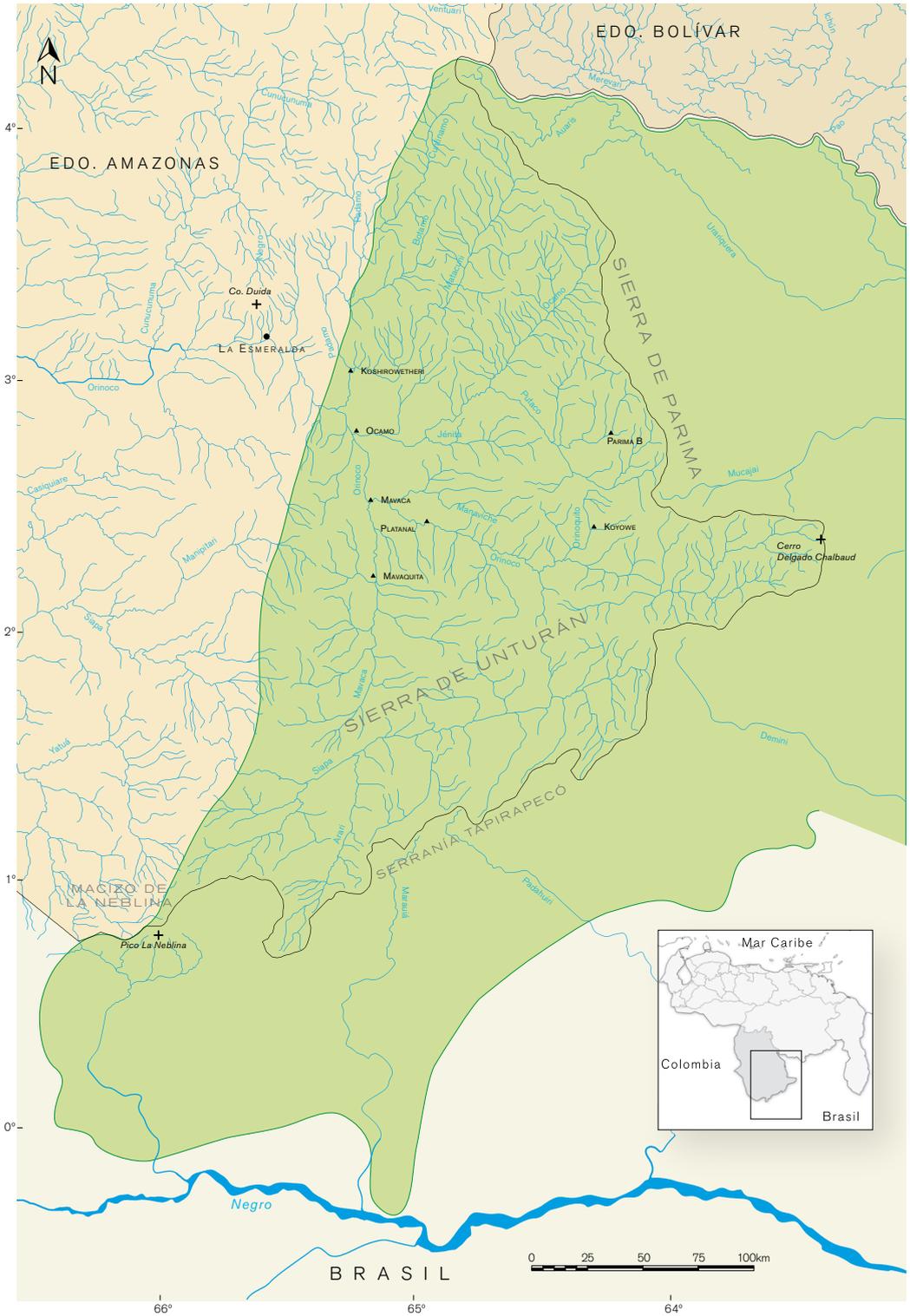


Figura 1. Yanomami.

Los Yanomami se calculan en unas 25 mil personas, distribuidas entre Brasil y Venezuela, de las cuales aproximadamente la mitad vive en territorio venezolano. A pesar de haber sido contactados hace más de dos siglos, las relaciones más sistemáticas y significativas de su población con la sociedad nacional tuvieron lugar a partir de la segunda mitad del siglo XX, incrementándose notablemente durante las últimas dos décadas. Aun así, los Yanomami son, hoy en día, una población notablemente consistente desde el punto de vista simbólico y material con las descripciones que hicieron de ellos los primeros antropólogos que trabajaron en su territorio (cf. Chagnon 1968, Lizot 1971).

Sólo en Venezuela la población yanomami está distribuida en un área de más de 80 mil Km² –equiparable al área de Austria– principalmente en los afluentes del Alto Orinoco y, en menor grado, del Río Negro y los ríos Alto Ventuari, Erebató y Caura, entre los estados Amazonas y Bolívar. La mayoría de su territorio es de muy difícil acceso, lo que probablemente contribuyó a que permanecieran culturalmente poco alterados por la sociedad nacional hasta hace poco. Hoy muchas de sus comunidades no tienen relaciones estables con el mundo criollo ni con el sistema de salud biomédico. Sin embargo, durante los últimos años su población ha acentuado una tendencia a concentrarse en comunidades grandes y longevas, alrededor de centros de distribución de bienes y servicios occidentales (misiones, ríos navegables, etc.). Desde el punto de vista de su salud, los Yanomami son una población azotada por epidemias de relativamente fácil tratamiento (tales como malaria, infecciones respiratorias, etc.), que sin embargo no suelen ser atendidas oportunamente por las dificultades de acceso a la mayor parte de su población. Más de un 40% de la población no recibe atención médica ni se beneficia de ninguna de las campañas de prevención (vacunación) del estado. En la actualidad, sin embargo, se están llevando a cabo esfuerzos por ampliar la cobertura del sistema de salud a la totalidad de su territorio, bajo la coordinación del Plan de Salud Yanomami.



Mujer yanomami cargando un catumare.
Fotografías Kike Arnal.

RELACIONES CON LA BIOMEDICINA

JOSÉ ANTONIO KELLY
y JAVIER CARRERA

INTRODUCCIÓN

Los Yanomami son actualmente unas 25.000 personas que viven entre Brasil y Venezuela. Del lado venezolano, aunque no se dispone de un censo completo, la población se estima entre 12.000 y 14.000 **personas**¹ distribuidas en un número aproximado de 250 comunidades, que ocupan un territorio de unos 83.000 km², entre los estados de Amazonas y Bolívar. El territorio yanomami ha sido gravemente afectado en décadas recientes por invasiones de pequeña minería ilegal, que el estado venezolano ha tratado de contrarrestar, sin éxito, creando varias Áreas Bajo Régimen de Administración Especial (ABRAE), tales como la Reserva de Biosfera Alto Orinoco-Casiquiare y los Parques Nacionales de Parima-Tapirapecó y la Neblina. En 1992, con la Ley de división Política Territorial, el entonces Territorio Federal Amazonas pasó a la condición de estado y se dividió en siete municipios. Así, el pueblo yanomami quedó, desde el punto de vista político-administrativo, separado en Amazonas entre los municipios del Alto Orinoco y **Río Negro**² y en los municipios Raúl Leoni y Sucre en el Estado Bolívar. Desde el punto de vista de la atención de salud por parte de instituciones públicas es necesario resaltar el desafío que supone la gran dispersión geográfica del pueblo yanomami, por un lado, y la gran dispersión de recursos y esfuerzos que genera la complicada división política administrativa en la que se inserta (internacional, estatal, y municipal), por el otro. Hoy en día nos encontramos entonces con que la sociedad yanomami está dividida entre dos países, dos estados y cuatro municipios.

Desde el punto de vista lingüístico, en Venezuela se distinguen cuatro dialectos principales: el yanomami, el yanomam, el sanima (sanema) y el yanam. Los Yanomami son

1. El censo de 1992 da un total de 15.012 personas, de las cuales 1.165 estarían en el estado Bolívar y 13.347 en el Amazonas. En el Censo del 2001 se habla de 12.049 personas, incluyendo 5.000 personas estimadas que no fueron empadronadas.

2. La Ley de división político administrativa fue anulada por decisión de la Corte Suprema de Justicia en diciembre de 1996, donde se resaltó la necesidad de establecer un proceso de consulta con las comunidades y organizaciones indígenas sobre la reforma de la división política administrativa del estado. La nueva ley está en mora desde entonces.



los más numerosos, aunque tienen algunas diferencias dialectales internas (ríos Padamo, Ocamo, Mavaca, Manaviche, Orinoquito, Siapa, Parima) y su lengua es bastante parecida al yanomam (región del Delgado Chalbaud y cabeceras del Orinoco), que se habla mayoritariamente en Brasil. Los Yanam son menos numerosos y muy poco conocidos hasta la fecha. Los Sanima (ríos Alto Ventuari, Erebató y Caura), aunque más numerosos que los Yanam y mejor conocidos, son también minoritarios en relación a los Yanomami.

HISTORIA

El origen de los Yanomami, antes de los encuentros que tuvieron lugar a finales del siglo XVIII, es difícil de determinar. Como escribe Lizot (1998: 5) “la historia de los Yanomami no puede reconstruirse con una mínima certeza sino para los últimos cincuenta años, con proyecciones válidas hasta doscientos años”. Basándose en datos lingüísticos de Migliazza (1972), que señalan al Apiau como a un afluente del Río Branco en Brasil, que deriva de una palabra yanomami (*Apía'ke'u* o *Apía'u*, “el río de los árboles apia”), Lizot toma esta relación toponímica como “indicio” y como “punto de partida” para ubicar los Yanomami en una región que comprendería, a grosso modo, los afluentes de la margen derecha del Río Branco hasta su desembocadura en el Río Negro (Río Mucajai, Río Apiau, Río Ajarani, Río Catrimani). Este sería el escenario geográfico donde, siguiendo con esta hipótesis, los Yanomami habrían sufrido los contactos de la colonización de portugueses que remontaban el Amazonas y el Río Negro. Así, es muy probable que los Yanomami se hayan encontrado con situaciones similares a las generadas por la expansión colonialista en otras partes del área Amazónica en general. Podemos suponer que los Yanomami se encontraron con dos consecuencias bien conocidas de la expansión colonial en el área amazónica: los guerreros arawakos, que recorrían la región en busca de esclavos para los portugueses, y las epidemias que suponían estos contactos.

Esta hipótesis, como lectura prudente de ciertos acontecimientos históricos, serviría de soporte para entender por un lado la desaparición de los Yanomami del curso inferior del Río Branco, y por el otro su presencia posterior en la sierra de Parima (macizo montañoso en la frontera entre Venezuela y Brasil). Dos consecuencias se pueden destacar de esta migración: la concentración de un conjunto de comunidades en este “nuevo” escenario de la sierra de Parima y la intensificación de los conflictos intercomunitarios.

Como resultado de una serie de factores (históricos, dificultades de acceso desde los cursos inferiores de los ríos, etc.) en la Sierra de Parima se produce una suerte de aislamiento, que generó las condiciones para un aumento de la población. Este aumento se vio facilitado por el libre acceso a territorios desocupados, lo que permitió una nueva corriente de comunidades que fueron descendiendo paulatinamente desde el foco central de la sierra de Parima hacia los afluentes de los ríos Padamo, Ocamo, Manaviche, Orinoquito y finalmente hasta las orillas de estos ríos y del mismo río Orinoco. Esta nueva etapa en la historia de los Yanomami resulta ya más accesible a las investigaciones antropológicas; del terreno de la especulación y de ciertas hipótesis históricas se puede pasar al de las reconstrucciones de relatos orales de los ancianos yanomami. Sobre esto, Lizot destaca que “es posible a partir de aquí escribir con seguridad la historia de los Yanomami” (op.cit: 6).

Sin embargo, el aislamiento étnico no fue muy duradero. Tras un número de encuentros dispersos, a mediados del siglo XX (1950) comienzan a establecerse de manera permanente personas no-yanomami en el área. Sobre eso volveremos más adelante, pero haciendo un recuento de la cronología de misiones y viajes que van al área yanomami señalamos las siguientes: Comisión Portuguesa de Fronteras en 1787, en el curso superior del Río Parima; H. R. Schomburgk en 1838-1839, en una región cercana a Parima; la expedición del alemán Koch-Grünberg, que se inicia en el 1912 y remontó los ríos Uraricoera, Araca, Marau, Marania y Cauaburis, todos del lado brasileño del territorio actual de los Yanomami; en 1912 H. Rice llega al raudal de Guaharibo en el Alto Orinoco. Más avanzado el siglo XX, en el contexto de explotación cauchera, se siguen dando encuentros esporádicos que no terminan muy bien y contribuyeron a fomentar el repertorio de las falsas historias y retratos desproporcionados de los Yanomami. Así, por ejemplo, se produce el rapto de una joven brasileña –famoso y excepcionalmente difundido en la historia de la propia Helena Valero (Bicoca 1968); un recolector de caucho es asesinado a raíz de un choque entre *seringueiros* y un grupo de yanomami en el alto Manaviche (Lizot 1985: 3-4); y es probable que se hayan dado muchos más casos de enfrentamientos no reportados.

Finalmente, en 1950 se da el primer asentamiento de carácter permanente entre los Yanomami. A las orillas del Orinoco, en Platanal, se instala la primera misión evangélica cerca de la comunidad Mahekoto theri, que habían llegado recientemente al lugar. Tras esta misión llegarán más, tanto evangélicas (en Parima, Koyowe en el río Orinoquito, Koshiro en el río Padamo) como católicas (Ocamo, Mavaca, Platanal, Mavakita). El inicio de los asentamientos definitivos de misioneros en territorio yanomami marcaría un



momento a partir del cual los movimientos migratorios de las comunidades yanomami comienzan a cambiar. Lizot (1998) describe la expansión y el movimiento migratorio de un número de comunidades que comenzaba en la sierra de Parima y demuestra un modelo que bien se podría extrapolar a otras áreas del territorio yanomami. Asimismo, Chagnon (1968) reconstruye y describe la historia particular de un número de comunidades entre los yanomami centrales (un área que se extiende entre el Orinoco y el Ocamo, incluyendo el norte del río Putaco y el este del río Orinoquito). Las historias de cada conjunto de comunidades parecen coincidir, en forma general, en una serie de características, como por ejemplo: “migraciones sucesivas, fisiones, fusiones, movimientos parciales de población de un grupo a otro, conflictos y guerras” (Lizot 1998: 13). Con el inicio de los asentamientos de misioneros, en un primer lugar, sumado luego a la presencia de personal de diferentes instituciones gubernamentales (Hidrología, Malariología, Ministerio de Salud, etc.) las comunidades yanomami comienzan a residir permanentemente en la misma área girando alrededor de estos asentamientos. Se siguen dando cambios de ubicación de las comunidades que suelen mudarse a un lugar cercano, río arriba o río abajo, dependiendo de contextos particulares, generalmente interrelacionados (mayor cercanía de los nuevos conucos, cambios en las relaciones de alianza y amistad, enemistad u hostilidad entre grupos locales, nuevas posibilidades de mayor autonomía al tener acceso a los mismos beneficios de la presencia de los blancos y también a más embarcaciones y motores, etc.). Es raro hoy en día que una comunidad se aleje considerablemente de un lugar con acceso a los bienes manufacturados y servicios médicos –la mayor parte de las migraciones son de hecho en el sentido contrario.

Lizot (1998) resume la historia reciente de los Yanomami en cinco etapas:

- “1. Los Yanomami vivieron en las proximidades del río Branco, en condiciones que fueron las de las etnias precolombinas. El crecimiento demográfico era probablemente moderado o débil: menos de 1% por año.
 2. La etnia buscó refugio en la Sierra de Parima. Si el escenario es correcto, es preciso suponer una disminución de la población, moderada o fuerte, pero de amplitud desconocida.
 3. Protegidos por su aislamiento, los Yanomami conocieron una nueva dinámica demográfica. La duración de la fase transitoria (fin de la declinación - estabilización - auge) no está determinada.
 4. Fuerte empuje demográfico, expansión territorial desde 1800-1850 hasta 1950. Se pudo estimar un crecimiento anual del orden de 2% por año (las conclusiones de Chagnon y las nuestras coinciden en este punto).
-

5. A partir de 1950 se produce un choque epidemiológico cuyos efectos se dejan sentir todavía. La población disminuyó bruscamente, en tanto prosiguió durante un tiempo la expansión territorial. Desde 1950 a 1980 los Yanomami centrales perdieron 26% de sus efectivos”.

En la actualidad, existe una mayor tendencia a establecerse en comunidades más grandes y longevas, debido a la necesidad casi permanente de tener acceso a los bienes de la sociedad nacional (sueldos, medicinas, gasolina, motores, objetos de metal, etc.). Este proceso de “sedentarización” se aprecia, entre otras cosas, en la aparición de construcciones de carácter más permanente en algunas comunidades vecinas a las misiones, la mayor dependencia de los ambulatorios médicos, etc. Este proceso ha generado un desequilibrio entre comunidades desde el punto de vista del acceso a bienes, servicios (escuelas, cooperativas, cargos y salarios por parte de las alcaldías, gobernaciones, etc.) y de las posibilidades militares por tener escopetas, machetes, etc. Es por la búsqueda de romper este desequilibrio que cada vez más yanomami se acercan a las fuentes de bienes y servicios occidentales.

SITUACIÓN ACTUAL

La dispersión de las comunidades yanomami mencionada anteriormente, sumada a la historia particular de cada una de ellas, está estrechamente relacionada con la variedad de experiencias que los Yanomami han tenido y mantienen con la sociedad envolvente. Se debe considerar, por ejemplo, los diversos tipos de relaciones que yanomami de diferentes comunidades tienen o han tenido con las escuelas y con los misioneros que suelen estar a cargo de su funcionamiento; la variedad de niveles de alfabetización que existen y los grados de conocimiento de la lengua castellana; finalmente, la multiplicidad de relaciones que se han creado entre los Yanomami y el personal que trabaja dentro del sistema de salud criollo en los diferentes programas (ej. médicos rurales, estudiantes de carreras médicas, técnicos de los programas de control, personas de varias profesiones que participan en operativos, etc.). En este sentido, la situación general del pueblo yanomami está lejos de ser idónea. Como hemos señalado, hay una multiplicidad de contextos socio políticos reales que, aunque interrelacionados, son muy diferentes y generan respuestas que hay que tomar en cuenta para tener una opinión informada sobre la vida del pueblo yanomami. Citamos algunos ejemplos: existen comunidades que conviven a diario con misioneros católicos (Ocamo, Mavaca, Platanal) o



evangélicos de distintas sectas (Padamo, Parima B, Koyowe, Harurusi); hay yanomami que conviven a diario con militares del ejército (Parima B) y de la Guardia Nacional (Delgado Chabaud); e incluso hay yanomami que se han enrolado como soldados –uno de los cuales es cabo de la guardia en la actualidad. Dentro del área de salud, hay una multiplicidad de relaciones que se han creado y se siguen dando entre diferentes yanomami y el personal que trabaja dentro del sistema de salud del estado en los diferentes programas (ej. médicos rurales, AMS, estudiantes de carreras médicas, técnicos de los programas de control, personas de varias profesiones que participa en operativos, etc.). En concreto, varios yanomami han convivido por décadas con médicos y estudiantes de carreras médicas (Ocamo, Mavaca, Mavakita, Platanal, etc.). Otros tienen, o han tenido, experiencias con *garimpeiros* (mineros ilegales de Brasil), turistas, científicos, indigenistas, cineastas y un sin fin de personajes. Esta diversidad de actores y contextos locales hace que las realidades en las que se desarrolla su vida cotidiana y el conocimiento que tienen de nuestro mundo sea heterogéneo. Finalmente, hay que tener en cuenta que el contacto de los Yanomami con el mundo criollo no sólo se da dentro de su territorio. En los últimos años se ha visto un rápido incremento de la movilidad de un número importante de yanomami que han comenzado a viajar hacia La Esmeralda, Puerto Ayacucho y Caracas con cierta frecuencia. Ésta es una realidad compleja que, sumado a la dispersión geográfica, divisiones político administrativas y variedad de grupos lingüísticos, creemos importante considerar a la hora de planificar medidas y programas asistenciales para prestar un servicio de salud diferenciado y adaptado culturalmente al pueblo yanomami.

Organización social

La unidad residencial de los Yanomami es el *shapono*, que podemos traducir, teniendo en cuenta que estos son términos algo genéricos, como comunidad o grupo local; aunque es probablemente más apropiado pensar en la comunidad yanomami como un conjunto de relaciones sociales que se desarrollan en un lugar específico, donde la **gente reside**.³ La noción de comunidad como un conjunto de relaciones sociales queda más clara si consi-

3. En su estudio comparativo de la organización social entre pueblos Amerindios, Rivière (1984) escribe sobre este particular. En relación con la concepción Amerindia de unidad residencial, grupo local o comunidad, trata de aproximarse a la perspectiva indígena y señala que sería equivocado hacer demasiado énfasis en la comunidad como "una ubicación

geográfica o una entidad física" (op.cit. 72). Para Rivière, la unidad residencial ("settlement"), es mejor entendida como "un conjunto de gente viviendo juntos en el mismo lugar" y concluye recalcando que "es, sobre todo, un fenómeno social" (op.cit.:72).

deramos la palabra yanomami *theri*, que se traduce como “comunidad”, “miembro de un grupo local”, o como “un elemento que forma parte de un grupo, una comunidad”. Así, al nombre particular de la comunidad, ej. Mahekoto, se le añade el *theri* conformando la palabra compuesta Mahekoto theri. El río sirve muchas veces de referente para ubicar a las diferentes comunidades. Así, a la gente que vive río abajo del lugar donde vive el hablante, por ejemplo, se les llama *koro theri* (lit. persona o comunidad de abajo) y a los que viven río arriba *ora theri* (lit. persona o comunidad de arriba). El término *yahi therimi*, por ejemplo, se refiere al “conjunto de miembros de comunidades cercanas nacidas por fisión de un mismo grupo local original” (Lizot 2004: 437). Si la comunidad es mejor entendida como un conjunto de relaciones sociales, es normal que cuando un yanomami se refiera a otra persona, dicha persona sea ubicada siempre dentro de una red de relaciones sociales. La ubicación de una persona en un grupo local particular, su existencia e identidad, es principalmente concebida y casi siempre descrita en relación con un contexto social específico.

Tradicionalmente la vivienda está constituida por un gran alero circular que deja en su interior un espacio para la plaza central. Hoy en día, si bien se mantiene la disposición circular de las viviendas y el espacio central, es cada vez más frecuente encontrar casas familiares, con techo a dos aguas, y canchas de fútbol y voleibol en la plaza central. Dentro de la vivienda, sea ésta de estilo tradicional o no, los linajes normalmente se distribuyen en fogones o casas contiguas; las diferentes facciones dentro de una comunidad suelen estar bien definidas y parte importante del universo social del día a día en la comunidad lo constituyen las relaciones que se crean y recrean entre las diferentes personas de estas facciones. Un ejemplo muy característico de estas relaciones, y que a su vez ayuda a entender la importancia de valores morales y culturales fundamentales, como son el compartir, la generosidad, el valor y participar debidamente en los intercambios, se puede observar en los diferentes momentos en los que hay comida en la vivienda. Por la mañana es normal ver como algunos niños van de un lado a otro de la comunidad, cumpliendo con la tarea de llevar o traer los preciados plátanos asados; al atardecer, cuando la mayoría de la gente regresa de sus actividades diarias en el conuco, de pescar o de la selva, es normal ver el mismo “tráfico” de personas llevando y trayendo comida o utensilios para cocinar (ej. pescado, frutos de la selva, yuca o plátano, una olla o palangana para preparar un jugo, etc.). Este ir y venir forma parte del desarrollo del conjunto de relaciones de parentesco que conforman, día a día, la vida social y, a un nivel más general, el cuerpo político de la comunidad/grupo local residencial.





Orinoco y Ventuari.
Niños yanomami.
Fotografías Kike Arnal.

Cada linaje y/o facción suele tener su líder, o persona que se destaca de alguna manera, que es la que suele dominar a la hora de la toma de decisiones que involucren a su gente. Lizot escribe sobre esto diciendo que “por lo general al linaje lo domina un hombre de 35 a 50 años que se responsabiliza de los asuntos colectivos de sus parientes consanguíneos (hermanos o hijos) y de sus aliados (esposos de sus hermanas o de sus hijas) que viven cerca de él y se suman a la facción que él ha constituido” (1988: 555).

Para considerar la esfera de las relaciones políticas de los Yanomami hoy en día, hay que tener en cuenta la multiplicidad de contextos en los cuales las relaciones que nosotros denominaríamos políticas tienen lugar. Por ejemplo, las concepciones de salud y enfermedad, la etiología de las enfermedades y, por extensión, las nociones del “buen vivir”, están estrechamente vinculadas al conjunto de relaciones interpersonales que los individuos crean y recrean en su vida diaria, tanto en su comunidad como hacia fuera, con gente de otras comunidades vecinas (ver más adelante). En un tipo de sociedad donde la política, tal como suele concebirse en nuestras sociedades, no constituye una esfera apartada del conjunto de las relaciones interpersonales (ej. parentesco, relaciones sociales con gente de otras comunidades), ni una ocupación exclusiva de un grupo de personas llamados “políticos”, cabe preguntarse cuáles son las atribuciones de un líder, cómo y por qué alguien llega a serlo en esta sociedad. Sobre esto, Lizot (1988: 555) ha escrito que el líder “puede ser el más anciano de los hombres activos: un padre, o el mayor de varios hermanos varones; pero el criterio de edad no es absoluto. Se trata de ocupar un lugar, de asumir una función pública y es necesario tener vocación, deseo y cualidades para aceptarlo. Tal posición, en efecto, obliga a trabajar más y asumir responsabilidades cuyos privilegios no van más allá de la autoridad y el prestigio (siempre cuestionados), todo ello sin ninguna ventaja material” (*ibid.*: 555). Los líderes y adultos, entonces, sugieren, más que ordenar, y comandan con el ejemplo en la mayor parte de los casos. Su liderazgo depende, en gran medida, de su poder de convicción, que se hace manifiesto en su habilidad oratoria al participar en el *patamou*.

El *patamou* se refiere a un tipo de discurso, una forma específica de hablar que es diferente de la que la gente usa para comunicarse en el día a día. Generalmente, el discurso va dirigido a los corresidentes y se suele dar en dos momentos en los que la mayoría de las personas están en sus chinchorros junto al fuego; en la madrugada, hacia el amanecer, *harika*, y al final de la tarde, *weyate*. El término *patamou* deriva de la palabra *pata*, un término que significa “grande”, “adulto”, o “persona importante”, lo que se aproxima mucho a nuestro concepto de líder. Si lo traducimos de forma literal, la palabra “*patamou*” significa “hacer/comportarse como un adulto”, “actuar como una persona importante”. En términos



generales, en el “patamou” se sugieren cosas, y el que toma la palabra trata de dar consejos de forma más bien indirecta e implícita, especialmente cuando se trata de hablar de las normas de comportamiento que deben seguir los jóvenes. Sin embargo, siempre hay excepciones. Cuando se atraviesa un momento de tensión dentro de la comunidad y se dan fricciones entre personas particulares de las facciones que la conforman, el *patamou* puede muy bien dar pie a una discusión más abierta en la que participan más individuos, cada uno dando su opinión personal a viva voz desde su respectivo fogón. El respeto a la opinión de los demás, a sus palabras, refleja la importancia que la noción de autonomía personal tiene para los Yanomami y la forma en la que ésta se expresa en la interacción verbal cuando se comunican entre sí. El *patamou* tiene lugar casi a diario, y juega entonces un papel fundamental en la esfera de las relaciones sociales y políticas de la comunidad.

Ciclo de vida y socialización

La socialización del individuo comienza desde el momento de la concepción, y por ello las mujeres yanomami están atadas a una serie de restricciones y reglas que permiten tanto el sano desarrollo del niño como la seguridad de sus parientes. Cuando las mujeres están embarazadas se guían por una serie de métodos y presagios que les dicen cual será el sexo del bebe, a saber: si a la mujer se le enredan los dedos de los pies con unas ramitas al caminar por la selva el niño será varón; el niño será hembra si al asar los plátanos estos se abren longitudinalmente (Lizot 1988: 542). Como es común entre otros pueblos amazónicos, las mujeres embarazadas tienen un especial poder con la mirada que deben controlar. Lizot (*idem*) describe como las mujeres embarazadas evitan mirar las curiaras, pues se podrían resquebrajar. Estas reglas especiales de evitación también incluyen ciertos alimentos (como peces caribes, danta, oso hormiguero) (*idem*).

El nacimiento del niño suele tener lugar dentro de la casa si ocurre durante la noche, o fuera, en las cercanías, si ocurre durante el día. La parturienta recibe ayuda de las mujeres más experimentadas que le dan masajes y la acompañan durante el parto. El padre, por su lado, aparenta completa indiferencia durante el nacimiento. Cuando la madre vuelve a la vivienda con el bebe en brazos, se sienta a descansar mientras otras mujeres y niñas la visitan a ella y al neonato, y una mujer mayor lo limpia. Ninguno de los hombres se acerca en ese momento. Poco después de concluir el parto, cuando la comadrona ha cortado el cordón umbilical, se le “embadurnan los labios al bebé con la sangre del

parto para que aprenda a hablar rápidamente” (*idem*). A los recién nacidos se les corta el cordón umbilical y éste se envuelve con un hilo de algodón, que posteriormente, tras pasar un tiempo atado al chinchorro de la madre, “lo amarran en un “árbol del aparecido” (*pore kë hi*) alrededor del cual la madre da varias vueltas con su hijo en brazos a fin de que a éste se le apacigüe el mal humor y para que tenga una larga vida” (*idem*).

Durante los primeros años de crecimiento de un niño, la palabra *ihiru* designa tanto al varón como a la hembra, quienes suelen ser descritos desde el punto de vista de su desarrollo físico y psicomotor. Cuando preguntan por la edad aproximada de un niño, los médicos y enfermeros suelen recibir respuestas como: *a shatio shoawë*, aún se amamanta; *a roo*, es capaz de sentarse; *a terekou*, gatea; *a uprao waikiwë*, ya se levanta (está cerca o casi es capaz de caminar); y finalmente, como diciendo que ya juega con otros niños y va y viene más libremente, *a pata waikiwë* (lit. ya está grande).

Como ocurre entre tantos pueblos amerindios, los niños yanomami comienzan desde muy jóvenes a adiestrarse junto a los mayores en las artes que le corresponden a su sexo. Las niñas empiezan a colaborar con su madre en la cocción de alimentos, en los trabajos más sencillos del conuco, a cargar leña y agua según su capacidad, y en la crianza de sus hermanos menores. Es muy común ver a una pequeña yanomami cargando a imitación de su madre a un hermanito menor en un cinto, así tenga apenas 5 ó 6 años. Con los varones pareciera haber más laxitud en lo que a la colaboración con el sustento familiar se refiere, aunque ellos también empiezan desde temprano a acompañar a los mayores en la cacería. También es típico ver a los niños jugando a cazar lagartijas o pájaros pequeños. En comparación con la crianza occidental, a los niños yanomami se les da una gran libertad en el juego y en su relación general con la comunidad; no hay espacios prohibidos; pocas veces se les sanciona la interrupción de algún ritual o reunión seria de mayores; se les deja solos jugando en el río y la selva sin mayor preocupación por parte de los padres. Los niños aprenden las convenciones sociales yanomami a través de la observación y de las reacciones de los demás ante sus actos (desde burlas a regaños), más que por la mirada atenta del padre o la madre. No dejarse dominar y devolver recíprocamente lo que se ha recibido son valores fundamentales que se inculcan desde temprano. Una madre, por ejemplo, generalmente incita a su hijo a devolver un golpe si lo ha recibido de un hermano u otro niño, poniéndole palos en la mano o guiándole el puño hasta su agresor.

En las zonas de misión esta etapa de la vida está marcada por la escuela, una rutina diaria con días de semana, vacaciones, etc. Las escuelas en Ocamo, Mavaca y Platanal llegan hasta el 6to grado. De ahí en adelante los muchachos que deseen continuar su





Joven yanomami.
Mujeres adornándose.
Fotografías Kike Arnal.

educación deben partir a La Esmeralda, la capital del municipio Alto Orinoco, en donde pueden completar el bachillerato. Hoy en día debe haber una veintena de yanomami estudiando bachillerato y al menos uno se ha graduado en Puerto Ayacucho. Las mujeres, en cambio, suelen terminar los estudios en 4to o 5to grado cuando se desarrollan y empiezan a vivir con sus maridos con quienes no tardan en tener hijos y requieren que se dediquen a complementar las labores de sustento familiar. Adicionalmente, los esposos, que siempre son mayores que las esposas, desconfían de los jóvenes de la escuela que empiezan a tener romances con las mujeres púberes y esto hace que las retiren de la escuela a temprana edad.

La adolescencia también es una época marcada por los romances escondidos de los jóvenes y las peleas que sobrevienen. A los jóvenes se les tacha de incontrolables, por su indocilidad y la frecuencia con que incurren en relaciones prohibidas con alguna mujer (por estar casada con otro, por ejemplo). Sus conductas son maneras de probarse unos a otros, de medir la valentía de cada quien, así como de calibrar el ambiente político en la comunidad. En el contexto de las relaciones con el mundo criollo, son estos jóvenes los que tienen mayor roce con los médicos, antropólogos, misioneros u otros no-yanomami que visitan las comunidades. Pueden ser en extremo frontales en sus discusiones y a veces desmedidos en sus reclamos, aunque también los más interesados en mezclarse con estos visitantes, convidándoles a todo tipo de actividades. En este sentido evidencian con mayor claridad la ambigüedad que signa la relación de los Yanomami con todos los criollos.

Los jóvenes buscan casarse desde muy temprana edad. El matrimonio no es marcado por ningún rito particular y usualmente es el resultado de un arreglo previo entre los padres de una joven y su pareja casi siempre mayor. De no encontrar pareja en la misma comunidad—situación preferida por ambos sexos— los esposos suelen mudarse a la comunidad de sus esposas y comienzan a trabajar conucos para sus suegros por un período. Igualmente, les deben dar porciones de la cacería que obtengan. Luego de este servicio matrimonial, su destino depende de varios factores: preferencias, estado de las relaciones en la comunidad y entre comunidades, etc. (ver Lizot, 1988). Hoy en día, sin embargo, habiendo importantes diferencias en el acceso a recursos manufacturados entre los Yanomami de río arriba y los de río abajo, cuando se dan matrimonios entre estas comunidades, es común que la regla ya descrita (uxorilocalidad postmatrimonial) se compense con una tendencia a que los Yanomami de río arriba se muden río abajo, sean hombres o mujeres. Igualmente, un joven de río abajo puede librarse de años de trabajo a su suegro de río arriba con la entrega de algún objeto de alto valor, como una escopeta o una curiara.



De los adultos (*pata*) se espera que aprendan a controlar los impulsos propios de la juventud. Tienen hijos y se van posicionando dentro de la dinámica política de la comunidad. Son los que aconsejan a los demás y a quienes se les escucha en asuntos de real importancia, normalmente a través de los discursos *patamou*. Aunque las mujeres no tienen un papel tan público en la toma de decisiones, tampoco se quedan calladas en las disputas, por el contrario, suelen alentar a sus maridos en las discusiones y peleas a veces con más vigor que el ánimo de enfrentamiento del hombre. Según sea el caso también pueden influir considerablemente en la postura de sus maridos en la toma de decisiones que atañen a la comunidad entera.

En las comunidades con escuela, ambulatorio y que participan de la política municipal, se han introducido cambios en relación al tipo de liderazgo que cobra fuerza. Hoy en día existe una cohorte de adultos de unos 40 años que han sido escolarizados y que fueron los primeros yanomami en lidiar seriamente con las instituciones del estado. Sus mayores inmediatos son notablemente más tradicionales que ellos y tienen un peso compartido con estos nuevos líderes en asuntos comunitarios. Para algunas decisiones que requieren del entendimiento del mundo criollo, los viejos delegan todas las responsabilidades en este grupo. Para otras decisiones que requieren de maestría en los conocimientos yanomami, hay un mayor balance. Esta cohorte, sin embargo, se mueve constantemente entre comunidades más y menos criollizadas, por lo que conocen ampliamente ambos mundos. En esto se basa su posibilidad y éxito político.

Cabe preguntarse como se comportará esta cohorte en los años venideros, cuando los más jóvenes compitan por el control político de las comunidades. Estos ya no serán viejos que no conocen el mundo criollo, situación que a ellos les facilitó el liderazgo en el pasado. Igualmente, perduran diferencias enormes en estilo de vida entre los Yanomami de los cursos bajos de los ríos y los que viven aún en las cabeceras o caños pequeños.

SALUD

Concepción de la salud

Es difícil encontrar una expresión en yanomami –así como en la mayoría de las lenguas indígenas suramericanas– que describa a la “salud” en términos biomédicos, pues ésta está siempre relacionada con aspectos sociales, materiales e inmateriales

que van más allá de la mera presencia o no de enfermedades. Desde su perspectiva, la salud forma parte del estado de bienestar colectivo, que incluye, mínimamente: 1) la ausencia de conflictos sociales, es decir, la paz interna –muchas veces dependiente de un buen liderazgo que cohesione y motive a la comunidad, por un lado, y la existencia de relaciones amistosas con las comunidades vecinas, por el otro; 2) la abundancia de recursos alimenticios (caza, pesca, recolección, conucos); y 3) la ausencia de enfermedades. Éstos son distintos aspectos que indican un estado de “buen vivir”. Un estado vinculado a la cercanía de los parientes y la ausencia de personas extrañas; un estado que hay que crear y recrear permanentemente en el seno comunitario. Más aún, la ausencia de enfermedades y la plenitud de alimentos son aspectos interrelacionados con la ausencia de conflictos, pues éstos son la causa de muchos males y enfermedades (ver Lizot en este volumen). A esto se suman aspectos materiales de su experiencia de la guerra, pues en situación de conflicto una comunidad puede verse impedida de visitar sus conucos por miedo a un ataque enemigo y así pasar hambre, por ejemplo.

Desde el punto de vista individual, el bienestar o malestar biológico y espiritual varía entre estar vivo/sano (*temi*), estar enfermo (*hariri, pëi*) y, por último, estar muerto (*nomawë*). La división entre vida y muerte no es clara ni definitiva, sino que ambas forman parte de un continuo con fronteras no siempre rígidas. El deterioro de una persona a causa de una enfermedad socava sus estados espirituales y físicos, así como sus relaciones sociales, acercándolo a la muerte y alejándolo gradualmente de la vida plena y la sana convivencia. Por otro lado, no debemos perder de vista que hay un vínculo indisoluble entre los aspectos inmateriales de la persona y sus componentes materiales (el cuerpo), por lo que para comprender las nociones de salud-enfermedad individual y su vínculo con las relaciones sociales es imperativo comprender, en primera instancia, los distintos aspectos que para los Yanomami forman parte de la persona humana, y en segundo, la etiología de las enfermedades. Para una descripción detallada de los componentes inmateriales de la persona y la etiología de la enfermedad ver la contribución de Lizot a éste volumen.

Paralelo a estos componentes inmateriales están los músculos o la carne (*yãhik*); todos los órganos, cada cual con su nombre; y la piel que, como señala Lizot, sirve de metáfora a la exterioridad material que se opone a las esencias inmateriales de la persona (tabla 1).

Tabla 1. Partes del cuerpo humano en yanomami

Partes del cuerpo humano (externas)	
Antebrazo	<i>Pei poko</i>
Boca	<i>Pei kahiki</i>
Brazo	<i>Pei watotapí</i>
Cabello (en su conjunto)	<i>Pei he[#]ānauki</i>
Cabeza	<i>Pei he</i>
Cara	<i>Pei moheki</i>
Codo	<i>Pei esheenamopi</i>
Cuello	<i>Pei orahi (nuca) pei orahit^o (cuello)</i>
Dedo	<i>Pei imi hena</i>
Dedo de los pies	<i>Pei mami hena</i>
Dientes	<i>Pei naki</i>
Hombro	<i>Pei hako</i>
Lengua	<i>Pei aka</i>
Mano (dedos en conjunto)	<i>Pei imiki</i>
Muñeca	<i>Pei ehēt^aaki OJO</i>
Muslo	<i>Pei waku</i>
Nalgas	<i>Pei koroku</i>
Nariz	<i>Pei hiokaki</i>
Oído	<i>Pei yimikaki</i>
Ojo	<i>Pei mamō</i>
Pantorrilla	<i>Pei mat^aa shiāpi</i>
Párpado	<i>Pei mamō kasi</i>
Pecho	<i>Pei Pariki</i>
Pene	<i>Pei moroshi</i>
Pie	<i>Pei mamiki</i>
Piel	<i>Pei siki</i>
Pierna	<i>Pei mat^aa</i>
Rodilla	<i>Pei maheko</i>
Uña de la mano	<i>Pei imisi</i>
Uña del pie	<i>Pei mamisi</i>
Vagina	<i>Pei naka</i>
Vellos	<i>Pei koipě</i>
Partes del cuerpo (internas).	
Ano	<i>Pei posi</i>
Arterias, venas, nervio	<i>Pei māt^ooyāhi</i>
Bronquios	<i>Pei T^oōrō^tōrōpi nasiki</i>
Cerebro	<i>Pei heoshipi</i>
Corazón	<i>Pei koko</i>
Estómago	<i>Pei pusi</i>
Hígado	<i>Pei āmoku</i>
Hueso (cualquiera en general)	<i>Pei ū</i>
Intestino delgado	<i>Pei tuku shiki</i>
Intestino grueso	<i>Pei pata shiki</i>
Pulmón	<i>Pei sherena</i>
Riñón	<i>Pei wakremapi</i>
Sangre	<i>Pei iyěpě (nasal la i y la primera e)</i>
Tráquea	<i>Pei T^oōrō^tōrōpi</i>
Útero	<i>Ihiru pě rě kupraaiwei ha</i>
Vejiga	<i>Pei niaasi pě pesi</i>
Vesícula	<i>Pei āmōyōri</i>

Etiología de la enfermedad

Así como para muchos pueblos indígenas de Suramérica, para los Yanomami la mayoría de las enfermedades graves y la muerte tienen un origen enemistoso; alguien (humano o no-humano) mata o enferma. La muerte nunca es natural por lo que los enfermos son a la vez víctimas. Inclusive los accidentes, como la mordida de una serpiente, pueden ser interpretados como una agresión por un chamán enemigo, quien ha propiciado el desafortunado encuentro entre la persona y la serpiente (ver Lizot, 1985: 115). Como vimos en la sección anterior (ver Lizot), las principales causas de enfermedad y muerte son: 1) el robo por seres sobrenaturales de algún aspecto inmaterial de la persona (por lo general se habla del *pei mi amo*) –los agresores más frecuentes son los espectros de los muertos (*pore*), alguno de una clase de espíritus maléficos llamados en su conjunto *yai t^hë*, o un chamán enemigo por intermedio de un espíritu auxiliar *hekura*; 2) el daño o muerte del animal *noreshi* (alter ego) de la persona; 3) brujería por medio del uso de sustancias *hëri* o la manipulación de objetos o huellas personales; 4) un ataque de la *shawara* –una categoría de enfermedades producidas tanto por diminutos seres caníbales como por una forma de brujería, todos relacionados. Como categoría nosológica, *shawara* se refiere a todas las enfermedades con potencial epidémico; y 5) la ruptura de tabúes.

Sin embargo, no toda afección apunta a una de estas explicaciones. Los malestares comunes, como dolores de cabeza, estómago, espalda, etc. inicialmente son sólo eso, malestares que afectan al cuerpo biológico (Albert 1985:164-187; Alés y Chappino 1981-82). Los Yanomami saben que llevar mucho sol puede causar dolor de cabeza, que comer demasiado de un solo fruto puede causar diarrea, que cargar mucha leña para el fogón puede causar dolor de espalda. Éstos son malestares que pasan solos o con la aplicación de procedimientos de medicina casera (uso de *hëri*, baños en el río, etc.) o con la aplicación de medicinas industrializadas. Es sólo cuando una afección no pasa con alguno de estos métodos y el paciente empeora que se sospecha que el cuerpo inmaterial está siendo afectado, y no sólo el cuerpo biológico. Es en este momento que entran en juego las distintas explicaciones que describe Lizot en la sección anterior.

Es importante retener entonces la distinción entre una afección meramente biológica y una afección que incluye también al cuerpo inmaterial. En el primer caso, la persona puede referirse a un dolor localizado en un órgano o parte del cuerpo: *ya hek nini* “me duele la cabeza” o *ya mamó nini*, “me duele el ojo”, donde *nini* indica dolor. También se puede manifestar algún malestar como la tos: *ya tokop*, “tengo tos”, o *ya tokomou*, “estoy



tosiendo”; *ya kriip*, “tengo diarrea”, o *ya hayeheri*, “tengo dolores musculares” (ver [tabla 2](#)). Un estado genérico de enfermedad o malestar se indica con el término *hariri* o *pëi*; es un estado que se opone al de estar en buena salud *temi* y pareciera referirse tanto a los casos de meros malestares del cuerpo biológico como a los casos que incluyen al cuerpo inmaterial. Ya en el caso de afecciones del cuerpo inmaterial, si el enfermo tiene un diagnóstico en mente, se puede precisar si se está bajo el efecto de sustancias *hëri* (*ya herip*), si es víctima de una agresión chamánica (*ya shaporip*) o si está siendo devorado por los diminutos demonios *shawara* (*ya shawarap*). Todos estos casos están revestidos de mayor urgencia pues las afecciones del cuerpo inmaterial son las causantes de la muerte.

Tabla 2. Algunas enfermedades y síntomas comunes en yanomami

Enfermedad o síntoma en español	Yanomami
Absceso, furúnculo	<i>yuu</i>
Conjuntivitis	<i>mamo wayu</i>
Dolor	<i>nini</i>
Dolores musculares	<i>hayeheri</i>
Escabiosis y lesiones similares	<i>si ruru</i>
Estar con fiebre	<i>yopri</i>
Lechina o afección con lesiones ulcerativas	<i>warapisi</i>
Máculas blancas (generalmente micosis)	<i>yoa</i>
Nódulo (típico de la oncocercosis)	<i>ōrā</i>
Parásitos intestinales	<i>horema, kohoromi</i>
Prurito	<i>shihiti</i>
Sarampión	<i>wara si wayu</i>
Sentir náuseas	<i>kamishi yoruu</i>
Síndrome Coqueluchoide	<i>iro</i>
Tener diarrea	<i>kriimou, shuumou</i>
Tener dificultad respiratoria	<i>hereheremou, pariki washimi, shārārāmou</i>
Tener escalofríos (tipo fiebre)	<i>si sãihōu</i>
Tener malaria (dolor de bazo)	<i>hurapi</i>
Tener malaria (escalofríos fuertes)	<i>prisiprisimou, rahirahimou,</i>
Tener un resfriado o catarro (rinorrea)	<i>hushhipi</i>
Tos	<i>†ōkō</i>
Vesículas (ampollas)	<i>uhurupi</i>
Vomitir	<i>suhai</i>

El segundo punto sobre el cual debemos detenernos es el caso de las enfermedades *shawara*. Anteriormente señalamos que, como categoría nosológica, *shawara* designa un grupo de enfermedades con potencial epidémico. El término *shawara*, sin embargo, también designa una forma de “brujería guerrera” (el término es de Albert 1985) en donde se queman sustancias *hëri* para causar epidemias y numerosas muertes. La teo-

ría yanomami señala que el humo de la sustancia quemada sirve de vector transmisor de las enfermedades que penetran el cuerpo, en donde los pequeños “demonios de las enfermedades” (ver Lizot, este volumen) comienzan a devorar la sangre o carne de la persona. El contacto cada vez más frecuente con el mundo criollo ha provocado una expansión cultural del concepto de *shawara*, una expansión que vinculó el poder patógeno del humo de ciertas sustancias *hëri* a el humo de la combustión de productos manufacturados (ej. la quema de basura) y medios de transporte (humo de motores fuera de borda, plantas eléctricas, etc.) traídos por los criollos. De esta manera, el humo de los criollos, que coincide con el incremento de las relaciones con éstos y con el aumento de las epidemias traídas por ellos, se ha convertido en vector de enfermedades *shawara*, como el sarampión, la hepatitis, la malaria, las diarreas, las gripes intensas y las infecciones respiratorias agudas (Albert 1988).

Es difícil saber cómo se distribuye y con qué intensidad se mantiene esta teoría –que asocia el humo de los criollos con las enfermedades traídas por ellos– entre distintos grupos de yanomami, que han tenido un contacto prologado pero diferencial con el mundo criollo en los últimos 50 años. Este contacto los ha expuesto a otras teorías respecto a la transmisión de enfermedades en la voz de misioneros, médicos, antropólogos, etc. a pesar de lo cual la asociación entre humo y enfermedad es aún observada. La quema de basura por los médicos de los ambulatorios provoca reacciones distintas entre la población; si bien algunos no parecen darle importancia, otros critican a los médicos por la inconciencia de generar humo patógeno. Un yanomami del Alto Ocamo, que viaja con frecuencia a las zonas de misión y a La Esmeralda, el pueblo multiétnico más cercano y capital del municipio Alto Orinoco, ejemplifica la permanencia de la relación entre criollos, humo de combustión y enfermedad:

“Antes de que yo naciera, dicen que los adultos/ancianos no se enfermaban... Así nomás, así se dice que era, pero hoy en día las enfermedades *shawara* llegan con intensidad. Por esto es que hoy hay menos gente en nuestras comunidades. Hace tiempo, antes de que yo naciera, dicen que había muchísimos fogones. ¿por qué llegaron las enfermedades *shawara*? Porque queman basura en Puerto Ayacucho, y queman cauchos también, y sale humo de las motobombas, también sale humo de los carros, los aviones cruzan el cielo... es por esto que las enfermedades *shawara* caen sobre nosotros unas tras otras” (nuestra traducción).





Alto Orinoco.
Operativo de Salud en la Sierra de Parima.
Fotografías Kike Arnal.

Es interesante notar que en dos episodios míticos que recoge Lizot (Wilbert y Simoneau 1990: 418-419, 423) sobre el origen de las enfermedades, se asocia la génesis de los “demonios de las enfermedades” a la máxima alteridad social y distancia geográfica. En un caso se dice que durante la infancia de los hermanos Omawe y Yoawe, personajes centrales de su mitología, no habían enfermedades epidémicas y fue sólo cuando estos se convirtieron en demonios *yai t^hë*, que se crearon estas enfermedades, sugiriendo que siendo yanomami no se podría crear tal devastación y que esto sólo es posible para los demonios *yai t^hë*, enemigos perennes de los humanos (Yanomami). En un segundo caso, se dice que los hermanos creadores viajan río abajo, donde el Orinoco “desaparece bajo la tierra”, y es ahí donde se transformaron en demonios *yai t^hë* y desde donde envían las epidemias. Es probable que el viaje río abajo, “donde desaparece el Orinoco”, sea una referencia ajustada a la historia, pues es de esa dirección de donde vinieron los criollos portadores de las enfermedades, de manera tal que los episodios míticos y la experiencia histórica sean congruentes.

El acceso seguro a bienes manufacturados, los comienzos de la escolaridad y el acceso a medicamentos, sin embargo, persuadieron y continúan persuadiendo cada vez a más yanomami a acercarse a las fuentes de bienes y servicios occidentales. El acceso a éstos tuvo motivaciones prácticas –por ejemplo, las ventajas de usar herramientas de metal en el conuco, armas de fuego para cacería, el alivio de los malestares, etc.– pero también tuvo importantes motivaciones simbólicas y políticas que estimularon un reordenamiento sociopolítico, que involucró el surgimiento de jerarquías e identidades basadas en la diferenciación al interior de la sociedad, particularmente acelerada en estos últimos 50 años. Lo cierto es que hay una asociación histórica entre el incremento de enfermedades epidémicas y el progresivo incremento del intercambio con el mundo criollo a medida que los madereros, balateros, exploradores y luego misioneros, personal de salud, turistas, etc. comenzaron a visitar y residir en el Alto Orinoco.

ARTICULACIÓN ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD BIOMÉDICO Y TRADICIONAL YANOMAMI

La introducción de la biomedicina no se reduce a la añadidura de alternativas terapéuticas a las ya existentes, sino que también supone la presencia de actores no-indígenas –con teorías etiológicas diferentes de las indígenas– y la presencia de procesos



y procedimientos propios de un sistema de salud. La medicina en el mundo indígena está estrechamente vinculada a la política y la religión, aspectos que se hacen particularmente notorios en la chamanería. Por ello, en las siguientes páginas hablaremos de la articulación del sistema de salud biomédico con la vida yanomami, considerando las interacciones más relevantes desde una óptica médica, política y religiosa.

Articulación médica

Las opciones terapéuticas de las que disponen los Yanomami del Orinoco son: 1) el chamanismo; 2) la fitoterapia u otros procedimientos que podríamos llamar “medicina casera”; y 3) la bio-medicina. Esta última más bien con presencia irregular a lo largo del territorio, distribuida de manera poco homogénea, generalmente más escasa a medida que nos adentramos en su territorio tradicional.

Entre el chamanismo y otras opciones de medicina casera existe una jerarquía, complementariedad de funciones y posibilidades de acción sobre el cuerpo biológico y el cuerpo inmaterial. Las plantas *hëri* se administran de diversas maneras, ya sean untadas sobre el **cuerpo o bebidas**.⁴ Hay también procedimientos comunes como atarse cuerdas alrededor de las partes del cuerpo que están adoloridas o bañarse en el río para bajarse la fiebre. Quizá menos común sea el dejarse picar por hormigas o ingerir arena para “espesar” una diarrea. Todos estos procedimientos tienen una acción sobre el cuerpo biológico y se aplican para remediar afecciones que no involucran al cuerpo inmaterial o para reducir los síntomas, más no para curar una enfermedad más grave cuya causa raíz está en el plano inmaterial. A los procedimientos de alivio de malestares y reducción de síntomas con los que algunos yanomami se tratan (básicamente el uso de plantas *hëri*) se les puede llamar *hërma*, *fërmai*, *horoma* o *he horoma*.

Cuando el cuerpo inmaterial está afectado (ej. abducción del *pei mi amo*, intrusión de dardos invisibles) sólo el chamanismo puede procurar una cura, pues solo el chamán puede ver el plano interior e inmaterial de la persona, sólo él puede identificar los rastros de los agresores, batallar contra ellos y restituir la integridad de la persona. Las causas de estas enfermedades son invisibles a las personas normales y sólo los chamanes pueden transformarse en espíritus *hekura* para que éstos le brinden sus conocimientos

4. Aunque los autores nunca vieron a un yanomami utilizando *hëri* para curar, si han recibido explicaciones sobre su preparación y utilización. En nuestra experiencia

hay un limitado grupo de plantas que se utilizan para tratar una diversidad de afecciones, muchas veces resultado del aprendizaje de sus vecinos ye'kuana.

y habilidades especiales, sin los cuales la cura es imposible. Entonces, podemos afirmar que el chamanismo es la fuente real de cura, mientras la medicina casera tiene un papel siempre secundario, subordinado y mucho menos valorizado. En contraposición radical con los procedimientos de “medicina natural”, el chamán no utiliza ningún recurso fitoterapéutico, sus facultades provienen del mundo invisible, del panteón espiritual yanomami, al cual accede con la ayuda de alucinógenos (llamados genéricamente *yopo*). Las sesiones chamánicas de cura se identifican con el término *nohi rea*.

La teoría biomédica no ha logrado penetrar en el campo etiológico de los Yanomami, aunque sí en el de las prácticas curativas. Aún los Yanomami que viven bajo la influencia de las misiones y los ambulatorios médicos del territorio han fortalecido su propio entendimiento del origen y funcionamiento de las enfermedades. Esto ocurre, entre otras cosas, porque el chamanismo es la fuente de conocimiento verdadero y es una institución, no solo inmersa sino edificante, del contexto cultural yanomami. Las explicaciones chamánicas de la enfermedad encajan con la historia local de la comunidad, con la mitología y con la concepción general del cosmos. En la práctica, sin embargo, los Yanomami han sido mucho más receptivos con las terapias biomédicas; incorporándolas al campo de la medicina casera o tradicional (Albert 1985: 181).

Salvo en el caso de las *shawara* –y ésta es una excepción fundamental de la que hablaremos más adelante– los Yanomami consideran las medicinas alopáticas como reductoras de síntomas y alivio del sufrimiento causado por las enfermedades. Su papel, en casos de afección del cuerpo inmaterial, es secundario al efecto de la chamanería. A las prácticas comunes de los médicos (dar pastillas, inyecciones, untar cremas, gotas, soluciones fisiológicas, nebulizaciones, etc.) se las describe con los términos de la fitoterapia *hërima*, *horoma*, y *he koama*, este último término significa literalmente “dar [medicina] en la boca”. Por otro lado, evidentemente los médicos no apelan al mundo espiritual para resolver la enfermedad de un paciente, lo que separa radicalmente no sólo a los médicos de los chamanes, sino a todos los criollos de los Yanomami. Los médicos, excepto en los casos considerados *shawara*, no acceden al plano causal e inmaterial de la enfermedad sino al plano material de sus efectos. Pero hay otras similitudes entre la práctica biomédica y el uso de plantas *hëri* que favorecen su incorporación cultural a esa categoría de su sistema médico tradicional. Por un lado, las terapias con plantas *hëri* se beben o untan en el cuerpo, procedimientos comparables a la ingesta de medicamentos y la unción de cremas en la medicina occidental. Por otro lado, tanto las medicinas como las plantas *hëri* son consideradas sustancias *wayu*, es decir, sustancias con efectos sobre el cuerpo



y la psiquis (Lizot, 2004: 477). El tabaco y el *yopo* también son considerados *wayu*, pues sus efectos sobre el cuerpo son evidentes. Éste es un poder ambivalente, pues los *hëri* son usados tanto para ayudar como para causar daño o muerte y los yanomami saben que las medicinas mal utilizadas pueden causar daño o muerte a una persona. Así como los yanomami aprecian el poder de los medicamentos para curar rápidamente heridas infectadas, o la velocidad con que el suero fisiológico puede restituir a un niño deshidratado al borde de la muerte, pues “evita que se le seque la sangre”, hay ocasiones en las que pueden referirse a una mala medicación como a la causa de una muerte. También existe la posibilidad de que los efectos secundarios de algún medicamento (antimaláricos especialmente) puedan considerarse contraproducentes en el caso de bebés pequeños que estén moribundos. Por último, cabe mencionar que en castellano, sobre el tema de los *hëri*, algunos yanomami hablan de “medicina natural” o “medicina de la selva”, lo que evidencia la equivalencia entre los medicamentos manufacturados y la “medicina casera” propia.

División de papeles y campos de competencia

Del examen de una variedad de casos y de la manera como los Yanomami hablan de los médicos y los chamanes se desprende que si una persona está bajo la influencia de sustancias de la brujería, *hëri*, si un aspecto inmaterial ha sido herido o robado, ya sea por un *pore*, un *yai*, un chamán enemigo o la ruptura de un tabú, el papel del médico y sus procedimientos son de alivio del sufrimiento que generan los síntomas de la enfermedad. Esto explica por qué, aun cuando un yanomami considera que su cuerpo inmaterial está afectado, acude al médico o requiere su presencia para darle fuerza con una solución fisiológica, bajarle la fiebre con un antipirético, reducirle el dolor con un analgésico –aunque el médico además aplique, por ejemplo, un antibiótico si el caso lo amerita. En estos casos, es casi seguro que el paciente también estará acudiendo al chamán.

Si el paciente considera que tiene una enfermedad *shawara*, el papel del médico ya no es sólo de alivio sino también de cura radical. Las enfermedades *shawara* (las más comunes son la malaria, las infecciones respiratorias agudas y las diarreas persistentes) son el territorio etiológico en donde la competencia del médico se equipara con la del chamán, en lo que a cura radical se refiere. Esto no implica que el paciente deje de ir al chamán, quien por lo general sigue actuando sobre el paciente siempre que se lo requieran. Al tiempo que los médicos batallan contra la enfermedad *shawara* con antibióticos, anti-

maláricos, u otra serie de medicamentos, los chamanes atacan la *shawara*, despedazándola con los machetes de sus *hekura* y extrayéndola del cuerpo para lanzarla al mundo subterráneo de los *amahiri* (ver contribución de Lizot en este volumen). Los chamanes también pueden tratar de evitar que las enfermedades lleguen a su comunidad poniéndoles barreras invisibles a los demonios de la enfermedad o generando ventarrones que impidan su llegada por los aires. Esto ocurre si los *hekura* o los Yanomami de comunidades vecinas anuncian la presencia de alguna epidemia en la región.

Debido a que las enfermedades clasificables como *shawara* son numerosas y están asociadas a los criollos y otros extranjeros (otras etnias indígenas) la experiencia le ha demostrado a los Yanomami que los chamanes muchas veces no pueden solos contra ellas. Así, no es extraño que ellos digan que no se conocen esas enfermedades y que se requiere de los médicos y sus medicinas para lograr eliminarlas.

En resumen, hay afecciones para las cuales el chamán ofrece una cura radical y los médicos son requeridos –aunque con igual avidez– sólo para aliviar el sufrimiento de la enfermedad. En el caso de la *shawara* tanto el médico como el chamán pueden curar efectivamente, aunque se reconoce que la terapia biomédica es más eficaz que la chamánica. Los yanomami también son conscientes de que hay enfermedades que, en el campo y la situación en que se consiguen, escapan a las facultades tanto de chamanes como de médicos. En esos casos maximizan sus posibilidades de cura acudiendo a todos los especialistas que tienen a la mano. En una diversidad de contextos, el chamanismo y la biomedicina son alternativas terapéuticas complementarias y no competitivas.

Itinerario terapéutico

En la práctica hay múltiples variables que inciden en el itinerario terapéutico que ha de seguir una persona. Para las comunidades con acceso regular a los ambulatorios, es claro que ante los malestares comunes (ej. dolores) se acuda directamente al ambulatorio en busca de analgésicos. Si un enfermo empeora entonces comienzan a cotejarse las posibles causas de su estado con su círculo familiar cercano y aquí pueden recurrir a un chamán para que emita un diagnóstico. También, una afección menor (ej. dolor de cabeza) que “no pasa” con medicinas se puede interpretar como evidencia de que hay un agresor oculto y que se requiere de un chamán. En muchos casos los tratamientos son diagnósticos por descarte.



La experiencia personal y el autodiagnóstico inciden fuertemente sobre el itinerario que se elija en la búsqueda de claridad y cura. En relación con el autodiagnóstico, es frecuente que la persona recuerde que tal o cual medicamento (recordado ya sea por nombre, o color de la pastilla) le fue útil en el pasado y llegue al ambulatorio requiriéndolo. Esta situación a veces choca con la visión del médico, para quien el diagnóstico es de competencia exclusiva suya y no del paciente. Igualmente, un medicamento o un procedimiento médico (ej. el uso de una sonda nasogástrica) puede ser recomendado o desaconsejado por un familiar dada su experiencia particular, lo cual descarta o incluye de antemano algunas de las alternativas con las que puede contar el médico. Además, la buena relación que se tenga con el médico es fundamental para que los Yanomami acudan a él o ella y los dejen actuar. En un sistema de medicina rural en donde los médicos cambian cada año y los estudiantes de medicina cada pocos meses, la falta de confianza en una persona con poco tiempo en la comunidad es un factor que incide de manera importante en la relación médico-paciente. Más allá de eso, una mala relación con el médico, por motivos médicos o no, puede hacer que una persona, grupo familiar o todo un sector de la comunidad deje de utilizar el ambulatorio.

Hay también elementos de orden práctico y cultural que inciden en la toma de decisiones en relación al uso de los centros de atención médica. Entre ellos encontramos:

- La distancia entre la comunidad y el centro de servicio médico, así como las facilidades de transporte entre ambos. Los Yanomami que viven a cierta distancia de los ambulatorios rurales casi nunca tienen motores propios (aunque a veces bajan los ríos a canaleta en busca de auxilio médico). Los que son visitados periódicamente por los equipos de salud y requieren de tratamientos prolongados o supervisados, saben que el regreso a la comunidad puede tardar, pues depende de las posibilidades logísticas del ambulatorio (motor en buen estado, gasolina, etc.) que históricamente han sido muy limitadas.
 - La presencia o no de parientes cercanos en las comunidades vecinas al ambulatorio, que puedan albergar y alimentar a los pacientes que vienen de comunidades más distantes.
 - El estado de las relaciones políticas entre la comunidad de origen y las vecinas al ambulatorio. Una persona tratará de evitar una comunidad si sospecha que puede ser objeto de brujería o que estará en desventaja si se desata un conflicto, o que simplemente no será bien recibido. El simple hecho de llegar a una comunidad de desconocidos genera un estrés que todos los yanomami prefieren evitar.
-

- Los efectos del traslado sobre el paciente. Un traslado por río o a pie por varias horas o días somete a un paciente a las inclemencias del sol y la lluvia, así como al cansancio, que pueden afectar al enfermo y sus posibilidades de cura.
- El distanciamiento del chamán. Si la comunidad de donde proviene el paciente está lejos del ambulatorio, recibir tratamiento biomédico por lo general implica dejar de acceder a la terapia del chamán de la comunidad, lo cual reduce sus posibilidades de alcanzar una cura real y por ende genera desconfianza.
- Los ataques de seres sobrenaturales. A los niños pequeños enfermos se les prefiere resguardar en la seguridad que brinda el hogar, en contraposición al exterior de la casa y la comunidad, en donde son blanco fácil de entes sobrenaturales siempre deseosos de atacar a los niños. Esto se debe a que la integridad del cuerpo material e inmaterial es débil en los niños, y más aún si están enfermos.
- Temor a que la muerte ocurra lejos de la comunidad de origen. El elaborado ritual funerario que describe Lizot en la sección previa es quizás el momento más importante para la sociedad Yanomami y, por ello, hay pocas cosas peores desde su punto de vista que morir lejos de sus parientes cercanos. Por esto, las personas que creen estar muy graves prefieren evitar ser trasladados a los ambulatorios o al hospital de Puerto Ayacucho, pues temen que la muerte ocurra fuera del círculo familiar y comunitario.

Interacción en el campo y visiones recíprocas

La interacción entre médicos y chamanes en el Alto Orinoco suele mantenerse dentro de los límites de la cordialidad y la cooperación. En la mayoría de los casos, los pacientes que así lo ameritan (y que están dentro del radio de atención regular de algún ambulatorio) acuden a médicos y chamanes por separado, con frecuencia sin que los médicos siquiera se percaten de ello. Cuando el paciente empeora es frecuente que ambos terapeutas trabajen simultáneamente. En estos casos los terapeutas toman turnos para acceder al cuerpo del paciente que, por lo general está en su casa, en el suelo o en su chinchorro, rodeado de sus familiares y otros observadores. Mientras el chamán baila, canta y manipula con las manos el cuerpo del paciente movilizándolo espíritus auxiliares y batallando con agresores invisibles, extrayendo objetos inmatrimales o despedazando los demonios *shawara*, el médico monitorea con termómetros, estetoscopios y reloj el estado del paciente, al tiempo que monta





Equipo del Plan de Salud Yanomami en un shapono.

vías intravenosas, pasa antibióticos y otros medicamentos. La comunicación entre ambos es poca, los médicos interesados suelen preguntar por el diagnóstico chamánico por intermedio de los Auxiliares de Medicina Simplificada (AMS) u otros yanomami que estén ayudándolo, quienes además suelen indicarle cuando pueden acceder al paciente y cuando debe ceder el espacio al chamán. En general, ésta es una situación controlada por los Yanomami más que por el médico. Aunque ocurre con mucha menor frecuencia, cuando hay pacientes hospitalizados en el ambulatorio, los chamanes pueden también acudir y realizar ahí la sesión chamánica.

La actitud de los médicos del Alto Orinoco, por su parte, hasta ahora ha oscilado entre el respeto a la diferencia y la resignación. Los médicos o estudiantes de medicina de postura más abierta, por lo general, aceptan la complementariedad de terapeutas bajo la premisa de que el chamán ayudará a la cura de un paciente en el campo de los “cuidados” (más que en el de cura), pues argumentan que el chamán ofrece el contexto cultural apropiado para la mejoría del paciente. Otro tipo de razonamiento común describe al chamanismo como a un mecanismo de acción psicológica que favorece la mejoría o propicia cambios biológicos hacia la cura. Los más renuentes, por su parte, no tienen otra opción que rendirse ante la fortaleza de las convicciones de los Yanomami. Pero no ha ocurrido, en todo caso, que los médicos del Alto Orinoco desaconsejasen a un paciente la asistencia a un chamán, o nieguen un tratamiento por haberlo hecho, como reportó Briggs (2003) sobre médicos trabajando entre los Warao del Delta del Orinoco en la década de los noventa.

En relación a la actitud de los chamanes hacia los médicos, es raro que desaconsejen la visita al ambulatorio. Aunque puede ocurrir si se piensa que un medicamento es demasiado fuerte para un bebe muy enfermo, por ejemplo, o si la relación con el médico no es buena. Los mismos chamanes no tienen ningún problema en asistir al ambulatorio en busca de medicamentos, y aún en casos de gravedad pueden incluir los servicios del médico dentro de su itinerario terapéutico. Los Yanomami suelen decir que médicos y chamanes deben trabajar juntos con la expresión *he ususkuwë*, que indica igualdad de medidas o valores (Lizot, 2004: 81). Esto puede ser una manera figurativa de referirse a la complementariedad y paridad entre chamán y médico –siempre limitándose al aspecto médico, no al político-religioso de la comparación entre medicina y chamanismo.



Paralelos que se establecen entre médicos y chamanes

Las enfermedades *shawara* son un ejemplo interesante de la interrelación entre los modelos de salud propiamente yanomami y los de la biomedicina. Éstas son, por así decirlo, una bisagra intercultural en el contexto médico, pues definen el lugar de los criollos y, correspondientemente, del sistema biomédico de salud en el terreno etiológico y terapéutico. Los Yanomami del Orinoco establecen en diversos contextos una serie de analogías entre médicos y chamanes.

Escuchar el interior del cuerpo con un estetoscopio, penetrarlo con inyecciones o soluciones intravenosas, analizar la sangre con los microscopios, entre otros procedimientos biomédicos, permite a los médicos acceder, en cierta medida, al sitio en donde la *shawara* tiene efectos visibles: la sangre, la carne, el interior. Un AMS yanomami indicó que al auscultar a un paciente con una infección respiratoria, por ejemplo, los médicos escuchan lo que los chamanes ven. Los Yanomami acostumbrados al procedimiento de la toma de muestras de sangre y análisis en microscopio para el diagnóstico de la malaria, equiparan a los parásitos que provocan este mal con los diminutos demonios de las enfermedades *shawara*. Al traducir la intervención de un médico ante una audiencia de yanomami monolingües, los AMS suelen traducir palabras como “microbios” con la expresión *n wãri*, que es otra manera de decir *shawara*; pequeños demonios. Así, existe una afinidad entre la concepción de *shawara*, diminutos demonios devoradores del interior del cuerpo, y los parásitos y bacterias que causan la malaria y otras infecciones que aquejan profundamente a la población yanomami. Esta afinidad conceptual favorece la incorporación de los procesos de diagnóstico y de terapia biomédica sin que los Yanomami deban suscribirse a la etiología biomédica de la enfermedad.

Articulación socio-política

Mucho de lo que caracteriza las relaciones sociales que se tejen alrededor del funcionamiento del sistema de salud escapa a la dimensión simplemente médica y posee un elemento de carácter político, entendido en un sentido amplio.

El paciente

Uno de los aspectos que más llama la atención, e irrita, a los médicos y estudiantes de medicina sobre el trabajo entre los Yanomami es la inversión de la relación médico-paciente, tal como es aprendida en los hospitales urbanos, en donde el segundo asume dócilmente la autoridad incuestionable del primero. Entre los Yanomami, los médicos no “manejan la situación” y en muchas oportunidades son los pacientes y familiares yanomami los que controlan al médico en cuanto a qué, cómo y dónde puede cumplir con los procedimientos médicos sugeridos al paciente. La relación sujeto (médico) – objeto (paciente) a la que están acostumbrados los médicos se ve así desestabilizada al encontrarse con pacientes en posición de sujetos; pacientes que responden, replican y mantienen al médico dentro del campo de acción que ellos consideran legítimo. Esta inversión de papeles radica, al menos parcialmente, en que los Yanomami no tienen una larga experiencia con el estado y sus instituciones y su presencia en el territorio continúa siendo incipiente. Los médicos deben “probarse a sí mismos” al demostrar maestría en los procedimientos médicos; pero en aquellos conocidos por los Yanomami. “Probarse” en el sentido de demostrar lo que en nuestra sociedad los pacientes dan por sentado: la autoridad del médico en materia de salud.

El personal de salud, además, es a los ojos de los Yanomami “extranjero”, lo cual está atado a una serie de valores y reacciones que subsumen cualquier valoración que se tenga de sus dotes curativas. Los criollos son difusores de las enfermedades *shawara*, al tiempo que son las fuentes de bienes y servicios que los Yanomami del Orinoco hoy necesitan para asegurar su futuro. Criollos son tanto los médicos y misioneros que ayudan a los Yanomami en el campo, como los que los discriminan en el hospital de la ciudad. Los criollos tienen tecnologías sorprendentes pero son torpes para vivir en la selva; tienen muchos bienes pero son mezquinos a la hora de compartir; prometen muchas cosas cuando visitan las comunidades pero no cumplen casi ninguna. Ante tales ambigüedades, incrementadas quizá por la altísima rotación de personal estatal en el territorio, los Yanomami están constantemente evaluando la naturaleza real de la moral y el conocimiento del médico que, inevitablemente, siente estar constantemente “a prueba”, un sentimiento que decrece o se perpetúa con la confianza o desconfianza que desarrollen con la comunidad durante el tiempo de convivencia.



Finalmente, por no ser yanomami y desconocer su mundo, su lengua, sus convenciones sociales, los médicos no están en condiciones de poseer autoridad alguna sobre sus pacientes. No se trata de que el mundo biomédico sea ajeno al mundo yanomami, sino que está subordinado a éste. Es por esto que el médico nunca estará en condiciones de competir con la autoridad moral del chamán, autoridad tantas veces requerida para que un enfermo se comporte como paciente.

La ética médica y el valor de la autonomía personal entre los Yanomami

Hemos señalado que si bien las concepciones yanomami y biomédicas de la enfermedad son radicalmente diferentes, su encuentro ha devenido en una complementariedad, particularmente en el campo terapéutico. En la gran mayoría de las intervenciones biomédicas de campo, las divergencias entre la concepción yanomami y biomédica de la enfermedad son poco relevantes: los pacientes acuden al ambulatorio, se alivian dolores, se tratan heridas, se vacunan, se toman antibióticos, se nebulizan, etc. Es sólo cuando los pacientes evolucionan a estados de gravedad y en cuanto se sospecha la inminencia de la muerte que estas divergencias se hacen determinantes de la relación médico-paciente y del itinerario terapéutico. Ante la ineficacia aparente de un tratamiento biomédico, por ejemplo, aunado a la creciente sospecha de que el enfermo sufre de una afección espiritual (lo uno muchas veces implica lo otro), el paciente suele abandonar el ambulatorio en busca de tratamiento chamánico.

Hay decisiones sobre el itinerario terapéutico de pacientes graves que revelan a los médicos una valorización casi inconcebible de la autonomía personal, a sus ojos por encima de la vida misma, constituyendo una inversión de prioridades que subvierte el dogma médico de hacer todo lo posible por salvar una vida. Resulta muy difícil comprender que no todo se puede o debe hacer desde el punto de vista de la biomedicina. Ahora bien, este desencuentro no es exclusivo del terreno médico, sino que forman parte del encuentro entre sujetos inmersos en la mentalidad del estado –en donde se concibe un contrato social, se conciben instituciones con poderes delegados y jerarquías aceptadas, al individuo en contraposición a la sociedad– y las sociedades indígenas, donde el poder político es difuso y desconcentrado, en donde no se concibe un contrato social y en donde la autonomía personal no se limita (cf Rivière 1984).

Los múltiples significados de los médicos como criollos

Un elemento común a los criollos que trabajan entre los Yanomami o visitan su territorio (misioneros, médicos, antropólogos, turistas) es que se insertan en un mundo que les asigna más significación que la que ellos mismos se otorgan. Al insertarse en una sociedad en transición, en comunidades que valoran un estilo de vida mixto yanomami-criollo, los criollos se insertan en una trayectoria histórica que ya tiene dirección y que los involucra como criollos, más allá de ser médicos, antropólogos o misioneros. Una de las visiones dominantes que los Yanomami tienen de los criollos es que éstos son proveedores de bienes manufacturados (cf. Gow 2001); y más allá de eso, “proveedores de soluciones”, como la formación escolar o el servicio de salud biomédica. Así, los médicos generalmente ven como sus bienes personales, sus alimentos y los recursos del ambulatorio, como el motor, el bote, el combustible, son objeto de la atención de la comunidad. Muchas veces los médicos se ven obligados a entrar en relaciones de intercambio de bienes personales. La negociación de estos recursos suele ocupar mucho tiempo y esfuerzo entre los médicos y la comunidad. Dentro de este mismo contexto, los criollos residentes también son fuentes de conocimiento del mundo criollo. De esta manera a los médicos se les pide que sugieran nombres en castellano para los **bebés yanomami**,⁵ que expliquen el manejo del dinero, de las leyes y de los derechos, etc. El trato mismo con los médicos es una escuela para los Yanomami de cómo viven y cuál es la moral del mundo criollo y del estado.

Articulación con la religión

El sistema religioso yanomami tiene aún una gran vigencia, a pesar de más de tres décadas de interacción con occidente. Aunque sería difícil estimar si hoy en día hay más o menos chamanes, o si son más o menos poderosos, si podemos decir que el chamanismo es aún una institución de autoridad moral, una fuente de conocimientos “verdaderos” del cosmos, un sistema médico y una forma de “política exterior” de las comunidades. Al contrario de lo que ha ocurrido en otras áreas del Amazonas venezolano, en donde las alternativas terapéuticas biomédicas penetraron las áreas indígenas en alianza con un poderoso movimiento de imposición religiosa y en momentos de

5. Los nombres yanomami no se utilizan en público.





Vacunación en la Sierra de Parima.
Estudio de malaria en el Alto Orinoco.
Fotografía Kike Arnal.

crisis demográfica por enfermedad –ver por ejemplo el capítulo sobre los piaroa en este mismo volumen– entre los Yanomami la presencia del sistema de salud no parece haber desplazado al chamanismo como piedra angular del sistema médico propio.

El chamanismo no es sólo parte de un sistema médico indígena, es una tecnología de relación con el mundo; se ocupa de las relaciones con enemigos desconocidos humanos y con todo el panteón espiritual que puebla el cosmos yanomami. La dimensión médica del chamanismo no es más que una porción interna de la función más envolvente de la mediación con la exterioridad social, en donde, entre otras cosas, se ubica el origen de las enfermedades. La dimensión política del chamanismo envuelve y determina la dimensión médica y es por esto que el sistema de salud biomédico no lo afecta, pues se limita a lo meramente médico y carece de la dimensión política del chamanismo.

Ahora bien, esto no quiere decir que el encuentro con nuevas formas de religiosidad y el sistema de salud biomédico no hayan afectado de manera alguna al chamanismo. Al contrario, el chamanismo es permeable a la novedad e intrínsecamente susceptible a la transformación de su contenido, manteniéndose, no obstante, como técnica de relación con el mundo exterior (ver Carneiro da Cunha 1998). Así pues, los chamanes del Orinoco cuentan hoy en día con una cantidad de herramientas invisibles provenientes del mundo criollo (machetes, escopetas, aviones) que les dan nuevas habilidades para curar y guerrear. Hay chamanes yanomami que aseguran haber incorporado al *hekura* del Dios Cristiano, asignándole gran poder de cura, seguramente aprovechando la jerarquía impuesta por los misioneros en la zona. Quizá más interesante sea la manera como los chamanes pueden invocar *hekura* criollos, entre los cuales se pueden encontrar *hekura* que dan o inyectan medicamentos invisibles o que pueden ayudar a identificar un tipo de enfermedad *shawara* utilizando vidrios, a manera de un microscopio. Lo que podemos constatar es que el chamanismo devora la novedad sometiéndola a su mecanismo; todo lo re-contextualiza al tiempo que se revigoriza.



EL SISTEMA DE SALUD NACIONAL ENTRE LOS YANOMAMI

Historia del sistema de salud nacional en el Alto Orinoco

Las primeras instituciones involucradas en proveer a los Yanomami de alguna forma de asistencia médica fueron los misioneros –tanto de Nuevas Tribus como Salesianos– así como los servicios de Malariología y Dermatología Sanitaria del Ministerio de Salud (otrora Ministerio de Sanidad y Asistencia Social).

El servicio de Malariología comenzó sus actividades en el área a fines de la década de los cincuenta, con una base permanente ubicada en la boca del Río Mavaca. Esta base se reubicó varias veces, pasando por Platanal, Mavaca y finalmente en las cercanías de la capital del municipio, La Esmeralda, fuera del territorio yanomami. Estas mudanzas se debieron a las dificultades de mantener personal foráneo en el área, así como a momentos de fricciones con los misioneros, que eran críticos de algunas de sus prácticas en el campo y sus relaciones con los Yanomami. Hoy en día no hay una base permanente de Malariología en el área, ni personal foráneo como en el pasado. El personal local ha sido entrenado y consta mayormente de microscopistas de malaria distribuidos en los puestos de salud del Distrito Sanitario y rociadores-fumigadores de insecticida. Un Inspector Ye'kuana de malaria coordina las actividades desde La Esmeralda, en donde existe un pequeño depósito para almacenar equipos.

El personal de Malariología se especializa en el control de vectores mediante la fumigación y nebulización, así como en actividades de diagnóstico y tratamiento de casos. Recientemente, ante la ineficiencia constatada de los métodos tradicionales de control vectorial –debido a los hábitos del mosquito transmisor (*Anopheles darlingi*) y a la irregularidad de las visitas de las cuadrillas de Malariología– entre 1999 y 2001 se ensayó con el uso de mosquiteros impregnados con insecticida como estrategia alternativa de control, lo que dio resultados muy alentadores (Magda Magris, comunicación personal). Esta experiencia sirvió de base para la incorporación del mosquitero impregnado como estrategia nacional de control. Debido a que el mosquito transmisor de la malaria en la zona es de hábito nocturno, el mosquitero funciona como una barrera efectiva de transmisión, pues garantiza que en la mayoría de las horas de riesgo la persona esté protegida. Por otro lado, el uso del mosquitero es una medida de control vectorial constante que no depende de la llegada de un equipo de salud foráneo. En el Alto Orinoco, sin embargo,

aún no se define una estrategia que garantice la continuidad de los mosquiteros en el área (ej. distribución regular o fabricación local).

El Servicio de Dermatología Sanitaria construyó una base en la boca del río Mavaca en 1976, en respuesta al descubrimiento de un foco de oncocercosis en Parima. Esta base se desmantela a mediados de los ochenta, momento en el cual el programa de control de oncocercosis pasa a manos del Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales (CAICET), creado en 1982 y con base en Puerto Ayacucho. Hoy en día el programa de control de oncocercosis se coordina desde CAICET en coordinación estrecha con el Distrito Sanitario Alto Orinoco y su personal local de salud (médicos rurales y AMS).

Al inicio, Dermatología Sanitaria combatía la oncocercosis con medicamentos que generaban fuertes reacciones alérgicas, por lo cual había un gran rechazo al tratamiento por parte de la población yanomami. Este rechazo, aunado al hecho de que debía ser suministrado en condiciones controladas (con supervisión médica), no accesibles al programa para la época, llevó a descartar estos medicamentos; en su lugar se realizaban noduloctomías (Carlos Botto, comunicación personal). A partir de 1992 el programa comienza a suministrar Ivermectina, un medicamento con muchos menos efectos secundarios adversos y efectivo contra las microfilarias que causan la oncocercosis.

Las misiones Salesianas, por su parte, con base en Ocamo, Mavaca y Platanal, han prestado asistencia médica desde sus inicios, a través de las hermanas de la orden María Auxiliadora, algunas de las cuales tienen entrenamiento como enfermeras. Antes de la llegada de los agentes del Ministerio de Salud al área hubo períodos en los que las hermanas recibían recursos directamente del Ministerio de Salud. La atención de los misioneros constaba básicamente del mantenimiento de una pequeña farmacia en cada misión. También se realizaban visitas periódicas a las comunidades más cercanas a la misión y otras visitas menos frecuentes a las comunidades más retiradas (por río o a pie). Otro aporte importante de las hermanas fue su participación en actividades de vacunación y el mantenimiento de los registros de natalidad y mortalidad de la población.

Finalmente, las Misiones Nuevas Tribus, parcialmente expulsadas de Venezuela en el 2006, mezclaban asistencia médica primaria con actividades de conversión religiosa; lo que constituyó uno de los elementos principales de su gran éxito proselitista en toda la Amazonía venezolana. En algunas de sus misiones, de hecho, éstas eran el único organismo prestando asistencia médica a poblaciones yanomami de difícil acceso hasta su expulsión. Sus bases de operaciones en territorio yanomami se en-





Operativo de salud en la Sierra de Parima.
Fotografías Kike Arnal.

contraban en Parima, Koyowe y Yanoma –expulsadas en el 2006– y Misión Padamo, dirigida por la familia Dawson, que aún se encuentra en la desembocadura del río del mismo nombre (para información sobre el plan de sustitución de las Nuevas Tribus ver más adelante).

Todas estas instituciones funcionaban de manera similar, a veces apoyándose mutuamente con la logística de campo, a veces de manera independiente. Todas tenían una “base” desde donde partían las “penetraciones” o “recorridos” de visita a las comunidades yanomami, según lo definido en los esquemas de tratamiento de cada programa (malaria, oncocercosis, inmunizaciones) o en respuesta a emergencias, manteniendo un área de cobertura similar (los cursos bajos del Padamo, Ocamo, Mavaca, Manaviche y a lo largo del Orinoco).

No es sino hasta 1985 que la atención primaria en salud comenzó a estar a cargo de médicos graduados de manera regular. El Programa Parima-Culebra, implantado por un grupo de jóvenes recién graduados motorizaron la estadía de médicos bajo el esquema del año de servicio rural obligatorio para los graduados de medicina. Estos médicos se ubicaron en los Ambulatorios Rurales tipo II de Ocamo, Mavaca, Platanal y La Esmeralda. Este Programa funcionaba en parte como una asociación civil que se sostenía parcialmente por donativos y apoyos privados. Otra porción de los aportes provenía del sistema regional de salud.

En el año 1993 se constituye el Distrito Sanitario Alto Orinoco, momento en el cual las autoridades sanitarias de Amazonas asumen completa responsabilidad del sistema de salud en el Alto Orinoco, proveyendo la logística, suministros médicos y cargos públicos. De esta manera, el Alto Orinoco se inserta de pleno a la estructura organizativa regional del MS. Ésta fue una transición de un modelo de atención mixto ONG-Estado, a un modelo completamente estatal.

También es importante recalcar los pasos que se han dado en materia de formación local en salud. En 1976 se entrenó al primer yanomami como Auxiliar de Medicina Simplificada, al menos dos más fueron entrenados en los ochenta. En 1995 se entrenaron los primeros microscopistas, sumándose a otros AMS formados en los noventa y después del 2000. Desde el 2002 no se ofrecen más cursos de Medicina Simplificada en Amazonas, y en su lugar se dicta, desde el 2005, un nuevo curso denominado “Defensores de la Salud”, que en distintos aspectos apunta a la formación de un perfil de enfermería. Si bien estos cursos de formación han sido efectivos en formar personal de salud apto para resolver muchos problemas sin la supervisión en presencia de un



médico, nunca han sido debidamente adaptados a la epidemiología de la región, ni a la cultura de los pueblos indígenas en los que se insertan. Más recientemente, se inició la formación de personal yanomami de salud bajo un programa adaptado a la especificidad epidemiológica, cultural y lingüística de los Yanomami, en el contexto del Plan de Salud Yanomami (ver abajo).

El estado actual del sistema de salud

Estructura Organizativa

Desde el punto de vista de la organización sanitaria, la población yanomami cae mayormente dentro del Distrito Sanitario Alto Orinoco y en menor grado en el Distrito **Río Negro**.⁶ La población del Alto Orinoco ha recibido mucha mayor atención que la del Río Negro, debido a que esta última es de ocupación relativamente reciente y minoritaria en este municipio.

El Alto Orinoco cuenta hoy en día con 6 ambulatorios rurales tipo II (AR II): La Esmeralda, Ocamo, Mavaca, Mavaquita, Platanal y Parima B. También se cuenta con 13 ambulatorios rurales tipo I (AR I), de menor dotación técnica y logística: Laulao, Tama Tama, Cejal, Guachamacare, Culebra, Acanaña, Warapana, Watamo, Toki, Caño Alacrán, Yahanama, Yanatuña y Mawishiña. De los AR II, todos menos el AR II La Esmeralda, atienden exclusivamente a la población yanomami. El AR II de La Esmeralda, ubicado en la capital del municipio, atiende frecuentemente a los Yanomami que viajan a ese centro poblado pero no está ubicado en zona yanomami. De los AR I, sólo dos están en comunidades yanomami (Yahanama, en el río Padamo y Warapana en el Mavaca).

Los AR I son física y organizativamente las estructuras más básicas del sistema de salud y son atendidos por un AMS (en algunos también hay microscopista) supervisados por un médico del AR II más cercano. Los AR I y AR II llevan a cabo la atención primaria con actividades mayormente curativas y ejecutando los programas de control correspondientes. Los AR II tienen mayor capacidad resolutive por contar con una mayor gama de medicamentos y equipos. Todo el Distrito Sanitario está bajo la responsabilidad de una Jefatura de Distrito que normalmente opera desde La Esmeralda, instancia que a su vez

6. Los Distrito Sanitarios coinciden territorialmente con los municipios del Estado.

responde y sirve de vínculo entre los AR I y II y la Dirección Regional de Salud ubicada en Puerto Ayacucho, capital del estado.

En área yanomami, en cada AR II debe haber un médico rural que rota cada año y se suma al personal local y permanente de salud que consta de al menos un Auxiliar de Medicina Simplificada (AMS) y un microscopista de malaria. Cada AR II también cuenta con un personal obrero (que suele ser más cambiante), motoristas y a veces jardinero o bedel.

Desde el 2005, aunque con discontinuidades, hay entre 6 y 7 médicos rurales venezolanos atendiendo los AR II del Distrito Sanitario. En La Esmeralda la Misión Barrio Adentro tiene además entre 2 y 3 médicos desde el año 2003. El Distrito Sanitario también cuenta con dos odontólogos y una médico pediatra en La Esmeralda, 27 AMS contratados distribuidos en el territorio, de los cuales 10 son yanomami, y 13 microscopistas, de los cuales 5 son yanomami.⁷ En total, de 70 personas contratadas por alguna instancia para la prestación de servicios de salud (MS, Gobernación, Alcaldía, Barrio Adentro) 20 son Yanomami.

Es interesante observar que, a pesar de que los Yanomami son la gran mayoría en términos poblacionales, esta mayoría no se ve representada en la cantidad de personal de salud formado, ni personal general contratado. Esta inversión de proporciones habla de la cantidad de comunidades yanomami histórica y actualmente fuera de las áreas de influencia del sistema de salud, por un lado, y del predominio histórico de otros pueblos indígenas del municipio (mayormente Ye'kuanas y Arawakos) en el manejo de las relaciones con el mundo criollo, por el otro. Esto provoca una mayor presencia del sistema de salud en las áreas no-yanomami del municipio.

Al mismo tiempo, todos (6) los AR II salvo uno (La Esmeralda) están en zona yanomami, al tiempo que 10 de los 12 AR I con AMS están en zonas indígenas no-yanomami. El área yanomami se ha desarrollado de manera intensiva con personal médico foráneo, al tiempo que las áreas ye'kuanas, arawakas y piaroas cuentan mayoritariamente con personal técnico local. Esta distribución habla nuevamente de la mayor experiencia histórica de los ye'kuanas y arawakos con el mundo criollo y de un énfasis histórico del sistema de salud de depender de médicos rurales en las áreas yanomami, quizá influenciado por la orientación inicial del Programa Parima Culebra, por la dificultad de entrenar personal de salud mucho menos familiarizado

7. Otros yanomami, entrenados en el pasado, actualmente no prestan servicio.



con el mundo criollo y en cierta medida también por la estructura política de los Yanomami, quizá más difícil de ajustar a las instituciones del estado que en el caso de los ye'kuana, por ejemplo.

Funcionamiento

Desde hace muchos años se estableció en los AR II del área yanomami una forma de funcionamiento orientada a que el equipo de salud llegase a las comunidades yanomami, en vez de exigir a éstas que se acerquen a los puestos de salud. Todos los AR II forman parte de los conglomerados de comunidades que se han establecido históricamente en la vecindad de las misiones salesianas, atraídos por el acceso a la salud, la educación y los bienes manufacturados. La atención a esta población vecina se realiza todos los días, en el ambulatorio durante la mañana y en la comunidad en la tarde, bajo un esquema de visita comunitaria que debe incluir a cada comunidad del conglomerado al menos una vez a la semana. Desde cada AR II se define un grupo de comunidades que, estando más retiradas de los puestos de salud, se deben visitar quincenalmente y, más allá de éstas, hay otro grupo de comunidades que se procura visitar de manera mensual o bimensual, en particular llevando los programas de control de malaria, oncocercosis e inmunizaciones. Todos estos viajes se realizan con un equipo médico variablemente integrado por médicos, AMS, microscopistas, motoristas y ayudantes.

Este esquema divide a las comunidades atendidas por el AR II en "cercanas", las comunidades vecinas, "intermedias", de visita quincenal, implicando un viaje normalmente no mayor a 5-6 horas por río o a pié, y "lejanas", de visita mensual o bimensual, que implican un viaje de más de un día. Ahora bien, la frecuencia de visitas a todos estos grupos de comunidades depende fuertemente del mantenimiento de los recursos logísticos del sistema de salud: motores fuera de borda, botes, combustibles y lubricantes, que hacen posible la movilidad del equipo médico. Por este motivo, y a veces por la falta de personal médico, en los últimos 5 años han sido muchos más los períodos en los que no se cumple el esquema estipulado de visitas que aquellos en los que sí se cumplió. Por otro lado, la atención a pacientes delicados en las comunidades vecinas a los AR II puede impedir que se visiten las demás comunidades según lo establecido. En última instancia, la dedicación de un médico rural en particular a atender comunidades que requieren del esfuerzo del viaje (en río o a pie), algo extremadamente variable, también es determinante para el cumplimiento de los esquemas de visita.

Áreas de atención y cobertura de programas

Al tratar de estimar en términos de población la cobertura del sistema de salud debemos diferenciar el nivel (calidad) de la atención que se está brindando. Podemos discriminar entre: 1) comunidades atendidas regularmente, en donde hay atención médica y altas coberturas de los programas de control de malaria, oncocercosis e inmunizaciones; 2) comunidades subatendidas, con un mínimo de 3 ó 4 visitas al año, coberturas medianas de los programas de control e inmunizaciones; y 3) comunidades con un nivel de desatención total, en donde la visita de un equipo médico es menor a una vez por año o ninguna.

Por otro lado, al intentar esta estimación también debemos recordar que en la cifra de población yanomami (12.049) del censo indígena del 2001, hay 5.000 yanomamis estimados y no directamente empadronados, lo cual impide el cálculo exacto del porcentaje de población atendida o subatendida. Teniendo esto en cuenta, podemos estimar que para el año 2005 alrededor del 21% de la población yanomami fue atendida regularmente, un 38% estaba subatendida (con 3 ó 4 visitas al año) y un 41% estaba completamente desatendida.

PROBLEMAS FUNDAMENTALES DEL SISTEMA DE SALUD Y EL PLAN DE SALUD YANOMAMI

Hay dos problemas fundamentales del sistema de salud que atiende a los Yanomami. La primera es la baja cobertura del sistema que aún deja totalmente desatendidos a aproximadamente 41% de la población. La segunda la constituye la sumatoria de fallas operativas dentro de la red ambulatoria que ya existe y su vínculo con la Dirección Regional de Salud. Entre ellas encontramos: la falta crónica de recursos logísticos, suministros médicos y personal médico; la inestabilidad laboral del personal yanomami de salud y la falta de supervisión de este mismo personal; poca continuidad en la formación de personal yanomami de salud; fallas en la recolección, envío y análisis de información epidemiológica; baja capacidad de mantenimiento de equipos médicos y logísticos; falta de una estrategia de captación y capacitación de profesionales de la salud.



A continuación presentamos una serie de limitaciones propias del sistema de salud en los niveles local, regional y nacional, y otras propias del contexto político-económico de Amazonas que en conjunto, pensamos, han incidido históricamente en la baja capacidad de respuesta ante la situación de desatención en salud, no sólo de los Yanomami sino de todo el estado.

Las limitaciones del contexto Amazónico

Primero, los Distritos Sanitarios son técnica y administrativamente dependientes de la Dirección Regional de Salud, lo cual les da existencia nominal más no institucional. Los Distritos Sanitarios dependen de la capacidad individual de quién los coordina para dirigir recursos humanos y financieros de la DRS al Distrito. No existe realmente una estructura de funcionamiento definida, normas ni procedimientos establecidos, así como tampoco un presupuesto anual conocido o calculable. El vínculo de supervisión entre las Coordinaciones de Programas en la DRS y los Distritos Sanitarios es en extremo débil.

Segundo, a todo nivel dentro de la estructura organizativa de la DRS y de los Distritos Sanitarios, la tasa de rotación de personal –médicos rurales, Jefes de Distrito, Jefes de Programa, Directores Regional de Salud– es tan alta que impide crear una estructura de funcionamiento definida más allá de las pautas de los programas de control nacionales, dar seguimiento a cualquier intervención en salud (planes y programas), conocer la diversidad poblacional del Estado Amazonas, mantener compromisos adquiridos con las comunidades en materia de salud, formar una memoria histórica institucional que informe las estrategias de atención en salud considerando los éxitos y fracasos del pasado, mantener relaciones y compromisos interinstitucionales con los demás órganos del Estado que contribuyan al proceso de proveer salud, ni dar continuidad en la supervisión y formación de personal local de salud. Consideremos a manera de ejemplo, que en Amazonas entre Octubre del 2000 y Octubre del 2005 se han sucedido cinco Directores Regionales de Salud; en Alto Orinoco 5 Jefes de Distrito, con períodos acéfalos entre ellos; en cada ambulatorio los médicos rurales rara vez permanecen más allá del año rural y también son frecuentes los lapsos con puestos vacantes.

Tercero, la organización sanitaria de Amazonas dificulta la generación de respuestas a la población yanomami, como una entidad epidemiológica, sociopolítica y culturalmente semejante. No habiendo Distritos Sanitarios estructurados y estando la organización

de alto nivel de la DRS basada en los programas nacionales y no en Distritos Sanitarios, por un lado, y el solapamiento de los Distritos Sanitarios sobre la división geopolítica de Amazonas, por el otro, no hay una unidad técnica y administrativa que dé cuenta de la situación sanitaria de la población yanomami, tanto del Alto Orinoco como de Río Negro, y que coordine respuestas oportunas y consecuentes a esa situación. Este panorama se complica aún más si consideramos que hay una considerable población sanema y yanam en los cursos altos de los ríos Caura y Paragua, en el Estado Bolívar.

Cuarto, a nivel local y regional, las alcaldías y gobernaciones pueden distribuir recursos y cargos remunerados en salud como parte de la dinámica de clientelismo partidista; una distribución no necesariamente cónsona con los criterios técnico-administrativos, que distorsiona el buen desarrollo de la planificación sanitaria. Siendo Amazonas un estado en donde el sector público constituye la mayor parte de la oferta laboral se dan las condiciones propicias para que los objetivos de cada organismo del estado –proveer salud, educación, etc.– compitan con el objetivo de generar empleo de los gobiernos locales y regional (véase Toro, 1997: 330).

Quinto, ocurre con frecuencia que el nivel técnico y la capacidad gerencial de los coordinadores de la DRS no se corresponde con la complejidad de la situación sanitaria que se presenta en el estado. Es difícil generar este tipo de profesional dentro del estado pues tampoco cuenta con las instituciones de formación de alto nivel requeridas. La oferta salarial para profesionales de otras partes del país que pudiesen acompañar y formar profesionales locales es poco atrayente, y más bien disuasiva.

Sexto, la situación sanitaria de Amazonas difícilmente puede mejorar sin el concurso de las diversas instituciones del Estado que necesariamente deben contribuir en la generación de propuestas integrales y coordinadas. Es imposible, por ejemplo, sustentar un sistema de salud en la zona fronteriza del valle del Siapa sin el apoyo aéreo inicial de helicópteros de la Fuerza Armada, tanto para el traslado de personal, equipos e insumos, como para controlar la situación de la minería ilegal, factor determinante en la degradación ambiental y de salud de las poblaciones yanomami de esa zona. No existe una instancia consolidada de coordinación que, no sólo asegure el aporte necesario de cada institución a un plan común, sino que también elimine la duplicación de esfuerzos y la generación de propuestas de desarrollo contradictorias por distintos ministerios, institutos, asociaciones civiles y, más recientemente, Misiones Gubernamentales.⁸ La

8. El Concejo Regional de Salud es una instancia que persigue este objetivo de coordinación, sinergia y difusión

en lo referente a salud en el Estado Amazonas, pero con pocos resultados hasta el presente.





José Piñate, enfermero baré, tomando muestras de sangre a un niño yanomami.
Niña yanomami en el hospital.
Fotografías Kike Arnal.

experiencia también enseña que apostar a la contribución de ministerios, instancias de gobierno, organizaciones indígenas y asociaciones civiles en un proyecto con apoyo común presenta a veces obstáculos al sistema de salud: se continúan dejando eslabones claves del proceso de proveer salud –la logística aérea de suministros, por ejemplo– en manos de instituciones con agendas y prioridades distintas a la salud.

Séptimo, contradiciendo lo que dictarían tanto los criterios de inequidad social como los epidemiológicos, en Amazonas el sistema regional de salud invierte la mayor parte de su presupuesto en el hospital y los ambulatorios cercanos a la capital del estado, Puerto Ayacucho, en detrimento de la red ambulatoria del interior. De un estudio preliminar (Toro, 1997) se desprende que entre 1984 y 1996 la inversión promedio en salud en la red ambulatoria rural fue de un 16% del gasto en salud, en comparación con un 74% en promedio invertido en el hospital durante el mismo período. Esto es sintomático de la prioridad que históricamente se le ha dado a los problemas de los criollos (en su mayoría habitantes de la ciudad) en detrimento de los problemas indígenas (la mayor parte de la población rural) y del privilegio curativo-hospitalario que durante muchos años prevaleció en la política pública sanitaria.

El Plan de Salud Yanomami

El Plan de Salud Yanomami es una estrategia del Ministerio de Salud que busca expandir de manera sustentable y culturalmente adaptada los servicios de salud al 80% de la población yanomami que ha estado históricamente subatendida o completamente desasistida.

El Plan de Salud Yanomami tuvo una génesis particular y una trayectoria convulsionada que aquí apenas podemos resumir. En 1993, una comunidad remota de la frontera con Brasil, Hashimú, fue víctima de una masacre a manos de mineros brasileños (*garimpeiros*), quienes mataron 16 yanomami por fricciones con la comunidad. Años más tarde, Venezuela fue llevada ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y en 1999 firmó un acuerdo amistoso para evitar una demanda por la falta de respuesta al caso. En el acuerdo, el estado venezolano se comprometió, entre otras cosas, a diseñar e implementar un Plan Integral de Salud para el Pueblo Yanomami. Ese mismo año distintas instituciones de Amazonas con ingerencia en la salud de los Yanomami unieron esfuerzos y proyectos de salud, previamente diseñados, para



producir un primer documento guía que sentó las bases de un plan de acción con miras a fortalecer el Distrito Sanitario y expandir la cobertura del sistema de salud en el área yanomami.

En el 2004 el Ministerio de Salud creó la Coordinación de Salud Indígena, instancia que tendría a su cargo el diseño e implantación de estrategias de salud para pueblos indígenas y la transversalización de un enfoque intercultural a todos los planes y programas del MS aplicados a comunidades indígenas. En enero del 2005 se constituye en Puerto Ayacucho una Oficina de Coordinación del Plan de Salud Yanomami (PSY) desde donde se le dio mayor contundencia a los objetivos del documento del 2000 y se plantearon cuatro líneas de acción, volviendo más manejable la gran tarea que supone la consolidación del Distrito Sanitario y la expansión de los servicios al 100% de la población yanomami en Venezuela. Estas líneas de acción, todas interrelacionadas, son:

- Consolidación del Distrito Sanitario y la red de salud existente.
- Expansión del sistema de salud.
- Formación de personal local en salud.
- Implantación de instancias de participación y control social.

La Oficina de Coordinación del PSY es multidisciplinaria. Se combina la antropología y la salud pública a través de personal calificado y conocedor de la sociedad Yanomami y la historia del sistema de salud entre ellos. Esto también significa que el Distrito Sanitario Alto Orinoco ahora cuenta con una instancia de apoyo en Puerto Ayacucho, cuyo esfuerzo no se diluye en la aún mayor problemática de salud de todo el estado, como necesariamente ocurre con la Dirección Regional de Salud de Amazonas. Durante su primer año y medio de actuación, el PSY cuenta con logros importantes si se considera el estado en el que se encontraba el sistema de salud del Alto Orinoco para fines del 2004. Pero si estos logros se evalúan desde la perspectiva del objetivo fundamental del PSY y el trabajo restante que su cumplimiento supone, sólo pueden ser considerados pasos incipientes. Entre estos avances encontramos:

- Progresivamente se ha regularizado la presencia de personal médico en los AR II del Distrito (entre 6 y 7 médicos rurales venezolanos, y entre 2 y 3 de la Misión Barrio Adentro, de origen cubano).
 - Se restableció y se mantuvo hasta el día de hoy la logística de transporte, comunicaciones y servicios básicos de luz y agua en cada uno de los AR II.
 - Ha mejorado el suministro de medicamentos y combustible a todos los AR II del Distrito, no así para los AR I.
-

- Se han abierto 3 nuevos puestos de salud. Uno en Mavaquita en el 2005, con financiamiento de una ONG Danesa, y en el 2006 uno en Koyowë y uno en Koshirowë, a raíz de la salida de la Misión Nuevas Tribus de Venezuela (ver abajo). Esto amplía la población cubierta de manera regular por el sistema de salud en unos 1500 Yanomami aproximadamente.

Además, se inició un programa de formación de agentes indígenas de salud, especialmente adaptado a la realidad epidemiológica, social y cultural yanomami. Mientras escribimos este artículo, se están capacitando 20 yanomami de la mayoría de los sectores de su territorio en el Estado Amazonas (Cerro Delgado Chalbaud, Parima A, Parima C, Shithari, Shamathari, Alto Ocamo, Ocamo, Mavaca, Alto Mavaca, Platanal, Koyowe, Bajo Siapa, ver mapa) desde el punto de vista técnico, para su incorporación al sistema local de salud, y desde el punto de vista socio-político, para ejercer la controlaría social del funcionamiento del sistema salud. Ésta quizá sea la primer iniciativa de formación de agentes comunitarios de salud adaptada a un grupo indígena particular desde el inicio del Programa de Medicina Simplificada en 1961. Metodológicamente, el programa de formación contempla varias innovaciones muy bien recibidas por los Yanomami y cuyo éxito se irá monitoreando sobre la marcha. En primera instancia, el curso se dicta en lengua yanomami, lo que elimina la barrera que existía previamente para ingresar al curso de Medicina Simplificada de tener que dominar el castellano y estar escolarizado hasta el 6to grado. La mayoría de los 20 estudiantes tienen poco dominio del castellano; dos de los estudiantes no están escolarizados y a medida que aprenden los conceptos de salud se están alfabetizando. Hasta los Yanomami con mayor dominio del castellano refieren entender mejor las explicaciones en lengua yanomami que en castellano. En segunda instancia, el equipo de enseñanza incluye a dos Auxiliares de Medicina Simplificada yanomami, formados hace más de 20 años. Su papel en la instrucción ha sido protagónico; más allá de estar capacitados para traducir los conceptos de la biomedicina de una lengua a otra, realizan una excelente traducción cultural de conceptos. En este sentido, la labor de los AMS en el proceso de enseñanza ha sido insustituible, pues son los que mejor pueden mediar entre los conocimientos médicos yanomami y los conocimientos médicos occidentales, además de contextualizar el conocimiento criollo en el mundo yanomami basados en su propia experiencia. Su edad también les confiere respeto y credibilidad entre los estudiantes jóvenes. Creemos que éste es el aspecto que más nos acerca al cumplimiento de los principios constitucionales de interculturalidad en salud. Adicionalmente, se afianza



la sostenibilidad de los programas de salud no sólo formando agentes locales de salud, sino capacitando a los AMS más viejos desde el punto de vista pedagógico. Por último, utilizando el método de aprendizaje basado en problemas específicos –con ejemplos tomados de la vida yanomami– se aspira a facilitar un mejor aprendizaje por parte de los estudiantes.

Un hito en la historia reciente de los Yanomami, cuyo impacto en el mediano y largo plazo está aún por calibrarse, es la expulsión de la Misión Nuevas Tribus (MNT), anunciada por el presidente de la república el 12 de octubre de 2005. Para febrero del 2006 las misiones MNT de Parima, Koyowe y Yanoma habían sido evacuadas por los misioneros que ahí laboraban –las misiones de Acanaña y Tamatama, en zonas Ye'kuana habían sido abandonadas algunos años atrás, así como la presencia en la comunidad yanomami de Yahanama. Sin embargo, hasta la fecha permanece en Koshirowe la llamada Misión Padamo (familia Dawson) pioneros de la presencia de MNT en el Alto Orinoco. La salida de la MNT supuso para el estado venezolano la asunción plena de la responsabilidad por los servicios básicos de salud y educación, para lo cual se diseñó un Plan de Sustitución de la MNT. En el marco de este plan y en sinergia con los objetivos del PSY, se dotaron de médicos, equipos e insumos las antiguas misiones de Koyowe, Parima B y Koshirowe.

Ahora bien, la sustitución de MNT es el primer paso de un plan más ambicioso que contempla aumentar la presencia estatal –y particularmente militar– en la Amazonía venezolana, con miras a controlar la minería ilegal, la guerrilla, el narcotráfico y otros negocios asociados (ej. contrabando de combustible). Entre otros esfuerzos, se inaugurará una base aérea en La Esmeralda, desde donde brindarán apoyo logístico a las instituciones del estado que operan en el Amazonas mediante aeronaves cesna y helicópteros de la Fuerza Armada.

La ejecución de este Plan de Sustitución de la MNT ha supuesto desde enero del 2006 un aumento importante en la capacidad logística del sistema de salud, que apuntalan los objetivos del PSY en materia de expansión del sistema de salud. Hasta mayo del 2006, se han realizado 34 evacuaciones aeromédicas en helicóptero, innumerables traslados de equipos e insumos y personal de salud, así como el recontacto con comunidades de muy difícil acceso. Algunas de estas comunidades no se habían visitado desde hace 8 ó 10 años, mientras que otras jamás habían sido visitadas por un equipo de salud. Después de 13 años, por ejemplo, se ha recontactado la comunidad de Hashimú (hoy en día llamada *Hara u*) víctimas de la masacre de 1993. Este apoyo aéreo al

PSY se vislumbra como el único camino para ofrecer servicios de salud permanentes a las comunidades yanomami más remotas (aprox. 40% de la población).

Indicadores de salud actuales

Asociado al fortalecimiento del Distrito Sanitario, con la implementación del PSY expuesto arriba, hay algunos resultados alentadores en términos de cobertura de programas. En el 2005, por ejemplo, aumentó en un 30% el número de dosis de vacunas aplicadas en el Distrito Sanitario con respecto a los años anteriores, y se cumplió por primera vez la meta trimestral de cobertura del programa de control de oncocercosis (2534 personas tratadas), meta que se volvió a superar en el primer trimestre del 2006. Entre los años 2000 y 2004 se estimaba que aproximadamente el 70% de los yanomami estaban fuera del sistema de salud nacional. Estos aumentos de cobertura implican que esta cifra bajó a aproximadamente el 40-45% del total de la población estimada. Con el apoyo aéreo de helicópteros se podrá continuar expandiendo el sistema a comunidades de los sectores Siapa, Hashimú, Alto Ocamo y Maiyotheri, con lo cual se estima reducir la población excluida a un 30-35%.

Los indicadores básicos de salud, sin embargo, no son nada alentadores. La mortalidad general e infantil en las zonas de atención permanente son aún alarmantes si los comparamos con los promedios nacionales. Desde el inicio del 2005 y hasta el 20 de septiembre del mismo año, la mortalidad general registrada en los AR II de Ocamo, Mavaca, Mavaquita y Platanal (población base de 2022 yanomami) era de 6,92 muertes por cada 1000 habitantes (promedio de Venezuela para el 2003: 4,7). La mortalidad infantil era de 164,7 por cada 1000 habitantes, casi 10 veces superior al promedio nacional de **18,5 en el 2003**.⁹ En las zonas subatendidas o completamente desatendidas de la población yanomami, con un perfil epidemiológico similar pero sin atención primaria en salud, no podemos sino intuir que los indicadores son aún peores. Por otro lado, estos datos demuestran que se requieren estrategias específicas para reducir la mortalidad por malaria, infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas (las principales causas históricas de mortalidad en el Alto Orinoco) ya que no se está logrando el impacto deseado del sistema de salud con la mera recuperación de la presencia médica, de la logística y de los insumos médicos.

9. Información de promedios nacionales proviene del Ministerio de Salud www.msds.gov.ve, visitada el 24/9/05.

Para la fecha las cifras del 200A3 eran las más recientes disponibles en el Ministerio.



CONCLUSIONES, PERSPECTIVAS FUTURAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORITARIAS

Venezuela está en este momento atravesando un período de expansión de su aparato estatal al interior de su territorio, y esto es particularmente notorio en el Estado Amazonas. Por ello, predecimos que se avecina la intensificación de la presencia estatal (escuelas, puestos de salud, pelotones de frontera) y de los programas sociales (Misiones) entre los Yanomami, y en particular entre las comunidades con menor grado de intercambio con el mundo criollo. Es difícil predecir si esta expansión se inclinará hacia nuevas formas de colonialismo interno o hacia la inclusión social con respeto por la diferencia, que involucre a las comunidades locales en el diseño y puesta en práctica de sus estrategias de desarrollo. Como quiera que sea, los años por venir prometen aumentar considerablemente los cambios experimentados por los Yanomami en los últimos 50 años. Ante este escenario de expansión, es prioritario fomentar procesos que garanticen la participación de los Yanomami en la definición de su destino en equilibrio con el poder del estado. Esto obliga, por un lado, a implantar mecanismos de control social efectivos y, por otro, a propulsar, tanto dentro de la sociedad yanomami como desde el estado, el proceso de demarcación territorial.

Desde el punto de vista de la salud y de la organización sanitaria, sugerimos la creación de Distritos Sanitarios Indígenas, cuyas bases deben: 1) considerar la composición étnica en la definición de la unidad geográfico-administrativa de salud (Distrito Sanitario), en sustitución del modelo municipal del Distrito Sanitario que poco tiene que ver con la organización política indígena; 2) crear un mecanismo de control social específicamente diseñado para conectarse con la organización social indígena; 3) desarrollar una política nacional de recursos humanos para la salud indígena que incluya mecanismos de capacitación, formación y carrera para personal de salud indígena y no-indígena; y 4) proveer estos Distritos Sanitarios de autonomía administrativa y de recursos.

Por otro lado, urge desarrollar medidas de salud específicas para la reducción de la mortalidad infantil por diarreas, infecciones respiratorias agudas y malaria, de manera de dar mayor efectividad a los esfuerzos de consolidación y expansión del sistema de salud entre los Yanomami. En materia de investigación en salud, el estudio de los sistemas productivos en las distintas regiones yanomami, en relación con sus características nutricionales, es un aspecto vital para la definición de alternativas sustentables desde la perspectiva cultural y ambiental de programas sociales de alimentación (ej.

Mercal, Proal) y cooperativas de producción (ej. Misión Vuelvan Caras) que ya se están implementando en el Alto Orinoco y que seguramente cobrarán mayor fuerza en el futuro cercano.

Problemas comunes que reportan los médicos al trabajar entre los Yanomami

A continuación presentamos una lista (no exhaustiva) de situaciones o dificultades comunes del trabajo médico de campo en el Alto Orinoco, que esperamos contribuya a facilitar la tarea de los profesionales de la medicina que se inserten en territorio yanomami. Esta lista surgió de la revisión de los comentarios que hicieron algunos médicos que trabajaron con los Yanomami a través de los años. Se sugieren también algunas interpretaciones, así como las alternativas de acción para minimizar estas dificultades.

- La poca adherencia a tratamientos prolongados, mayormente la toma de antibióticos y antimaláricos. Aunque no se han llevado a cabo estudios que indiquen la dimensión real del problema, es frecuente que los Yanomami suspendan un tratamiento en cuanto se sienten recuperados (a veces antes del término de los esquemas de tratamiento). En algunos casos, como el del tratamiento de la malaria, esto se debe a las fuertes reacciones secundarias de la medicina (mareos, pesadillas, náuseas, etc.).

Una baja adherencia a tratamientos favorece la generación de resistencia en la población de parásitos y bacterias, lo que genera un problema a mediano y largo plazo que preocupa quizá más que la suspensión de tratamientos por un paciente específico. Esto obliga a los trabajadores de salud a tomar medidas extremas y costosas (ej. la necesidad de utilización de medicamentos menos comunes). Medidas como la supervisión de tratamientos prolongados, la utilización de alternativas terapéuticas con esquemas de tratamiento más cortos, la realización de estudios de adherencia, la formación de promotores de salud comunitarios y la vigilancia de resistencia a las drogas, en su conjunto, deberían contrarrestar los efectos a largo plazo de la resistencia.

- Un problema que atañe particularmente al programa de control de oncocercosis son las reacciones alérgicas (principalmente prurito o picazón en la piel) en personas con altas cargas parasitarias. Junto con el tratamiento de Ivermectina (tabletas) se deben administrar antihistamínicos en zonas en donde la población aún no ha sido tratada o donde el programa de control no es regular. La picazón, aún cuando suele



ocurrir en un porcentaje bajo de la población, es un factor que, en conjunción con la brevedad de las visitas de los equipos de salud que no acompañan a las comunidades lo suficiente para atender los efectos secundarios, puede generar rechazo del tratamiento. En este tipo de casos también hay que considerar que el rechazo a un tratamiento puede estar vinculado a que los pacientes mismos no se consideran enfermos: el principal problema del programa de control de oncocerosis, de hecho, es que ésta no es considerada una “enfermedad” por los Yanomami, o al menos no en la magnitud de otros males –que efectivamente afectan mucho más a su calidad de vida, como la malaria. En estos casos, apelar a los efectos antiparasitarios de la Ivermectina –que ataca una variedad de parásitos intestinales, niguas y piojos– suele ser mucho más convincente para los Yanomami por relacionarse a afecciones más patentes a sus ojos. Estas situaciones también se pueden resolver con la permanencia más prolongada de los equipos de salud en las comunidades.

- Otra dificultad común de los médicos entre los Yanomami es la llegada tardía de enfermos al ambulatorio. Particularmente en el caso de los niños pequeños, la intervención demasiado tardía de los médicos sobre pacientes con pocas probabilidades de mejoría es un factor importante en la complicación o fallecimiento por afecciones a veces de tratamiento sencillo como las diarreas. Una diversidad de factores pueden contribuir a estos retrasos en la búsqueda de atención médica: a veces las señales de alerta entre las madres yanomami indican premura sólo en estadios tardíos de una enfermedad (ej. un bebé que deja de amamantarse); puede haber mayor confianza en un chamán local que en el médico de turno, sobretodo si es nuevo en la zona; hay madres y grupos familiares más descuidados en temas de salud que otros; hay episodios (ej. deshidratación) en bebés que pueden evolucionar de manera muy rápida; hay problemas de transporte a los ambulatorios. En todo caso, la visita regular del equipo médico a las comunidades y la revisión detenida de todos los infantes es una medida que ayuda a detectar y tratar a tiempo casos de deshidratación, diarreas e infecciones respiratorias, evitando así su desarrollo a estadios más complicados.
 - Merece una mención especial el uso del suero oral. Muchas madres yanomami (nuevamente ésta es una impresión empírica no estudiada sistemáticamente) desconfían del suero oral dispensado por los ambulatorios para los casos de deshidratación (normalmente para infantes con diarrea). En ocasiones los médicos entregan el suero oral y confían que un bebé con deshidratación leve o moderada está siendo tratado en su hogar, mientras la madre recibe el suero pero no lo utiliza. Días después
-

reciben un bebé con deshidratación grave en el ambulatorio. Aquí parece haber una combinación de factores incidiendo en la desconfianza, entre los cuales quizá el de mayor peso sea que el suero oral simplemente no cura la diarrea, aunque mitigue los efectos de la deshidratación. La eficacia curativa que se espera de un medicamento no la cumple el suero oral. Las personas suelen decir que el suero oral “no quita” la diarrea y hasta la aumenta, o produce vómitos, por lo cual deciden no tomarlo. El suero oral también tiene un sabor desagradable, por lo cual se hace difícil administrarlo a los niños.

- El humo de los fogones es otro de los factores que los médicos frecuentemente citan como contraproducentes en la recuperación de niños con infecciones respiratorias y hasta la proliferación de casos de asma en niños. Los Yanomami tradicionalmente usan el fogón para calentarse en las noches, durmiendo muy próximos a ellos y avivándolos repetidas veces durante la noche. El calor del fogón se considera aún más necesario en el caso de un niño enfermo, por lo cual están constantemente expuestos al humo. A pesar que los médicos rutinariamente aconsejan a las madres que distancien a los niños enfermos de los fogones –a veces tratan de hospitalizarlos en los ambulatorios o les proporcionan cobijas para sustituir el calor del fogón–ésta es una costumbre muy arraigada entre los Yanomami (ver Lizot este volumen).
- Las actividades de atención propias del embarazo y el parto en su mayoría ocurren a espaldas del ambulatorio, en el entorno de las mujeres parientes de la madre. Sólo en los casos en que el parto se complica, o cuando hay un aborto natural o provocado también complicado, puede ocurrir que se acuda al ambulatorio o se llame a un médico a la comunidad. En estos casos, los tactos vaginales necesarios para evaluar el parto siempre requieren de una larga negociación con madres que, aunque puedan estar sufriendo, con mucha frecuencia se rehúsan a estos procedimientos por la vergüenza que generan. Estas situaciones siempre requieren que el o la médico esté consciente del peso del contexto y exija que todos los acompañantes de la madre se retiren, para luego intentar el consentimiento de la paciente en privado, con paciencia y explicando la necesidad del procedimiento.



BIBLIOGRAFÍA

- Albert, B. 1985. *Temps du sang, temps de cendres: représentation de la maladie, système rituel et espace politique chez les Yanomami du sud-est (Amazonie brésilienne)*. París: Université de Paris X, tesis doctoral.
- Albert, B. 1988. "La fumée du métal: histoire et représentations du contact chez les Yanomami (Brésil)", en *L'homme* 106-107: 87-119.
- Alès, C. & Chiappino, J. 1981-82. "Approche de la maladie et de la thérapie chamanique chez les Yanomami (Venezuela)", en *Cahiers ORSTOM* 18: 531-542.
- Biocca, E. 1970. *Yanomama: the narrative of a white girl kidnapped by Amazonian Indians*. New York: E.P. Dutton & Co.
- Briggs, C. 2003. *Stories in the time of cholera: racial profiling during a medical nightmare*. Los Angeles: University of California Press.
- Carneiro da Cunha, M. 1998. Pontos de vista sobre a floresta Amazônica: xamanismo e tradução, en *MANA* 4: 7-22.
- Chagnon, N. 1968. *Yanomamö: the fierce people (Case Studies in Cultural Anthropology)*. New York: Harcourt Brace College Publishers.
- Gow, P. 2001. *An Amazonian myth and its history (Oxford studies in social and cultural anthropology)*. Oxford: Oxford University Press.
- Lizot, J. 1971. "Aspects économiques et sociaux du changement culturel chez les Yanomami", en *L'homme* 11: 32-67.
- Lizot, J. 1985. *Tales of the Yanomami: daily life in the Venezuelan forest* (trad.) E. Simon (Cambridge studies in social anthropology 55). Cambridge: Cambridge University Press & Maison des Sciences de l'Homme.
- Lizot, J. 1988. "Los Yanomami", en *Los aborígenes de Venezuela, etnología contemporánea*, volumen III. Caracas: Fundación La Salle.
- Lizot, J. 1998. "Historia, organización y evolución de la población Yanomami", traducido por Carlos Sánchez. Puerto Ayacucho: CAICET (reimpresión de *L'homme* XXIV No.2. pp 5-40 Abr-Jul 1984).
- Lizot, J. 2004. *Diccionario enciclopédico de la lengua Yanomami*. Caracas: Ex-Libris.
- Migliazza, E. 1972. *Yanomama grammar and intelligibility*. Bloomington: Indiana University, tesis doctoral.
- Rivière, P. 1984. *Individual and society in Guiana: a comparative study of Amerindian social organization (Cambridge studies in social anthropology 51)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Toro, M. 1997. "Economía y salud en el Amazonas venezolano", en *Del microscopio a la maraca*, editado por J. Chiappino & C. Alès. Caracas: Editorial Ex-Libris.
- Wilbert, J. & Simoneau, K. (eds.). 1990. *Folk literature of the Yanomami Indians (UCLA Latin American Studies 73)*. Los Angeles: Latin American Center Publications University of California
-

JOSÉ ANTONIO KELLY es antropólogo social con maestría y doctorado de la Universidad de Cambridge, Inglaterra, e ingeniero electrónico de la Universidad Simón Bolívar, Venezuela. Hizo su trabajo de campo sobre el sistema de salud entre los Yanomami del Alto Orinoco, en el estado Amazonas. Ha escrito varios artículos sobre la antropología política de la salud entre los Yanomami. Desde hace dos años coordina el Plan de Salud Yanomami, un programa del Ministerio de Salud de Venezuela orientado a expandir y mejorar la calidad del servicio de salud que se presta al pueblo yanomami. Dirección: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud Indígena, Centro Simón Bolívar, El Silencio, Caracas. e-mail: jose.jak29@gmail.com

JAVIER CARRERA RUBIO es antropólogo social con doctorado de la Universidad de St. Andrews, Escocia. Ha trabajado extensamente entre los Yanomami desde finales de los años ochenta, enfocando su investigación doctoral en el rol de la palabra en la creación y mantenimiento del orden social. También ha colaborado a través de los años en varios proyectos aplicados; fue asesor de la cooperativa económica SUYAO y más recientemente trabajó en el Plan de Salud Yanomami, en donde contribuyó de manera fundamental en el diseño del actual programa de formación de Agentes Indígenas de Salud. e-mail: jcarrerarubio@yahoo.com



COLOFÓN

