



OTCA

Organización del Tratado  
de Cooperación Amazónica



BID

Banco Interamericano  
de Desarrollo

Informe Síntesis

Proyecto Plan de Contingencia para la Protección de la Salud en  
Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables y en Contacto Inicial



Análisis de Situación de Salud y Formulación  
de Planes de Contingencia para Pueblos  
Indígenas en Áreas Fronterizas de la Amazonía



# Análisis de Situación de Salud y Formulación de Planes de Contingencia para Pueblos Indígenas en Áreas Fronterizas de la Amazonía



#### Ficha catalográfica

**M141a MACEDO, Carlos (Coordinador). Análisis de Situación de Salud y Formulación de Planes de Contingencia para Pueblos Indígenas en Áreas Fronterizas de la Amazonía. OTCA. (Informe Síntesis). Brasilia, 2023.**

139p.; il; color.

1. Amazonía 2. Áreas Fronterizas 3. Planes de Contingencia  
4. Protección 5. Pueblos Indígenas 6. Salud

I. OTCA II. SP/OTCA III. BID

CDU 39:61 (8=134.2)

©OTCA 2023

Se permite la reproducción citando la fuente

## Secretaría Permanente - Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (SP/OTCA)

**Alexandra Moreira**

Secretaria General

**Carlos Alfredo Lazary**

Director Ejecutivo

**Carlos Salinas**

Director Administrativo

**Frida Montalvan**

Asesora de Comunicación

Proyecto Plan de Contingencia para la Protección de la Salud en  
Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables y en Contacto Inicial

**Carlos Macedo**

Coordinador

### *Consultores*

**Antenor Vaz, Conrado Octavio,  
Lucas Albertoni, Lyli Chindoy,  
Enrique Vela, Marco Andrade,  
Fabio Tozzi, Rodrigo Tarquino,  
Fabricio Amorim, Fritz Villasante,  
Leonor Valentino**

### *Colaboradores*

**Roberta Cerri, Mateo Ponce,  
Beatriz Matos, Fabio Ribeiro,  
Juan Medina**

La Secretaria Permanente de la OTCA reconoce la contribución del Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS en el acompañamiento técnico en las misiones de terreno, revisión de los documentos preliminares y apoyo a la traducción de este documento final.

### *Edición*

Marco Andrade  
Texto original

Denise Oliveira  
Editora

Ana Krebs  
Diagramadora

*Imágenes y fotos:* Archivo OTCA | Iepé -  
Instituto de Pesquisa e Formação Indígena  
(Nacip Mahmud Lauer Neto e  
Marina Rabello) | Ministerio de la Salud/Brasil

*Foto capa:* Iepé - Instituto de Pesquisa e  
Formação Indígena (Marina Rabello)

# ÍNDICE

<b>Presentación</b>	10
<b>Introducción</b>	12

## PARTE I → Las Regiones y las Poblaciones Focalizadas en el Estudio

<b>1. Las Regiones y las poblaciones focalizadas en el estudio</b>	16
<b>1.1. La focalización de las regiones para los estudios de análisis de situación de salud</b>	16
<b>1.2. Las regiones de estudio en la Cuenca Amazónica</b>	17
1.2.1. Región <i>Vale do Javari</i> , frontera Brasil-Perú	17
1.2.2. Región de la Triple Frontera entre los países de Brasil, Guyana y Surinam	19
1.2.3. Región Parque Nacional Bahuaja – Sonene – Tambopata en la frontera entre Bolivia y Perú	20
1.2.4. Región Acre – Madre de Dios, frontera entre Brasil y Perú	21
1.2.5. Región de la Triple Frontera entre Perú, Brasil y Colombia	22
1.2.6. Región Napo – Curaray – Río Tigre en la frontera entre Ecuador y Perú	23
<b>Resumen de las características principales de las seis regiones focalizadas para el estudio</b>	24

## PARTE II → Situación de Salud y Determinantes Sociales Relacionadas con las Regiones de Estudio y sus Comunidades

<b>2. La situación de salud en el contexto de la Cuenca Amazónica</b>	30
2.1. La situación de salud en la Región del <i>Vale do Javari</i> – frontera Brasil y Perú	30
2.2. La situación de salud en la Región de la Triple Frontera entre los países de Brasil, Guyana y Surinam	35
2.3. La situación de salud en la Región Parque Nacional Bahuaja – Sonene – Tambopata, frontera entre Bolivia y Perú	46
2.4. La situación de salud en la Región Acre – Madre de Dios, frontera entre Brasil y Perú	52
2.5. La situación de salud en la Región de la Tripe Frontera entre Perú, Brasil y Colombia	59
2.6. La situación de salud en la Región Napo – Curaray – Río Tigre, en la frontera entre Ecuador y Perú	68
2.7. Determinantes sociales de la salud y factores de riesgo en las regiones estudiadas	75



2.7.1. Determinantes Sociales en la Región de Estudio (1) del <i>Vale do Javari</i> , frontera Brasil y Perú	80
2.7.2. Región de Estudio (2) Región de la Triple Frontera entre los países de Brasil, Guyana y Surinam	82
2.7.3. Región de Estudio (3) Región Parque Nacional Bahuaja – Sonene – Tambopata, frontera de Bolivia y Perú	84
2.7.4. Región de Estudio (4) Región Acre – Madre de Dios, frontera Brasil – Perú	85
2.7.5. Región de Estudio (5) Región de la Triple Frontera entre Perú, Brasil y Colombia	87
2.7.6. Región de Estudio (6) Región Napo – Curaray – Río Tigre, frontera entre Ecuador y Perú	89

## PARTE III → Planes de Contingencia y las Líneas de Trabajo

### 3. La concepción de los Planes de Contingencia para las regiones transfronterizas en la Cuenca Amazónica 94

<b>3.1. Resumen de los Planes de Contingencia para las regiones transfronterizas de la Cuenca Amazónica</b>	<b>98</b>
3.1.1. Plan de Contingencia de Salud en el <i>Vale do Javari</i> , frontera entre Brasil y Perú	98
3.1.2. Plan de Contingencia de Salud de la Triple Frontera entre los países de Brasil, Guyana y Surinam – Tierra Indígena Parque del Tumucumaque en Brasil y Surinam	104
3.1.3. Plan de Contingencia de Salud Parque Nacional Bahuaja Sonene – Parque Nacional y Área de Manejo Integrado Madidi	107
3.1.4. Plan de Contingencia de Salud Región Acre - Madre de Dios, fronteras Brasil y Perú, focalizado en la cuenca media del río Las Piedras y la Reserva Territorial Madre de Dios en Perú	112
3.1.5. Plan de Contingencia de Salud Región de la Triple Frontera de Perú, Brasil y Colombia	120
3.1.6. Plan de Contingencia de Salud Región Napo, Curaray y Río Tigre en las fronteras de Ecuador y Perú	130

<b>Bibliografía</b>	<b>137</b>
---------------------	------------

## Abreviaturas

ASIS Indígena	Análisis de Situación de Salud Indígena
ACS	Agentes Comunitarios de Salud
ACT	<i>Amazon Conservation Team</i>
AIS	Agentes Indígenas de Salud
AISAN	Agentes Indígenas de Saneamiento
AISPED	Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas
AP	Áreas Protegidas
APS	Atención Primaria de Salud
ARS	Administradoras de Régimen Subsidiado
CASAI	Casas de Salud Indígena
CCNN	Comunidades Nativas
CDR	Consejo Democrático Regional
CRS	Comité Regional de Salud
DASI	Dirección de Pueblos Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DSEI	Distrito Sanitario Especial Indígena
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EAIS	Equipos de Atención Integral de Salud
EDAs	Enfermedades Diarreicas Agudas
EDS	<i>Expedicionários da Saúde</i>
EMSI	Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
ESP	Emergencia de Salud Pública
ESSALUD	Seguro Social de Salud
FENAMAD	Federación Nativa del Río Madre de Dios y Afluentes
FUNAI	<i>Fundação Nacional dos Povos Indígenas</i>
HDB y HDV	Enfermedades diarreicas, enfermedades del aparato respiratorio superior, malaria, helmintiasis, tuberculosis, hepatitis viral, leishmaniasis entre otras que son prevalentes en la Región.
HGu	<i>Hospital de Guarnição de Tabatinga</i>
HPS	Hospital Pronto-Socorro
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IEPÉ	Instituto de Investigación y Formación Indígena



IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IRAs	Infecciones Respiratorias Agudas
ISAGS	Instituto Suramericano de Gobierno en Salud
IVU	Infecciones de las Vías Urinarias
MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural
MINCU	Ministerio de Cultura de Perú
MINSA	Ministerio de Salud de Perú
MZ	Misión <i>Medische Zending</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
PC	Plan de Contingencia
PIA	Pueblos Indígenas Aislados
PICI	Pueblos Indígenas en Contacto Inicial
PIACI	Pueblos Indígenas Aislados y de Contacto Inicial
PIB	Producto Interno Bruto
PMU	Puesto de Mando Unificado
PNASPI	Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas
PNY	Parque Nacional Yasuní
PCV	Puesto de Control y Vigilancia
RAISG	Red Amazónica de Información Socioambiental Georreferenciada
RPIS	Red Pública Integral de Salud
SASI	Subsistema de Atención a la Salud Indígena
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
SESAI	Secretaría Especial de Salud Indígena
SIS	Seguro Integral de Salud
SNCDS	Sistema Nacional Coordinador y Descentralizado de Salud
SSC	Seguro Social Campesino
SUS	Sistema Único de Salud
TAPS	Técnicos de Atención Primaria de Salud
TCOs	Tierras Comunitarias de Origen
TI	Tierras Indígenas
UAPI	Unidad de Atención Primaria Indígena
UBSI	Unidades Básicas de Salud Indígena
ZITT	Zona Intangible Tagaeri – Taromenane



Actividad cultural indígena. | Foto: Iepé - (Nacip Mahmud Lauer Neto)

## Presentación

Conforme a la decisión y mandato de los ocho Países Miembros de la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), el trabajo con los pueblos indígenas de la Amazonía es uno de los ejes fundamentales que aborda la Secretaría Permanente de la OTCA a través de la implementación de proyectos, así como la generación de espacios de convergencia política y técnica para abordar esta delicada pero relevante temática.

En este sentido, desde la OTCA se ha desarrollado un trabajo significativo en su compromiso con los pueblos indígenas en tres fases: la primera (2011-2014) con la elaboración de la Agenda Regional de Protección de los Pueblos Indígenas en Aislamiento y en Contacto Inicial (PIACI); la segunda (2016-2019) con la denominada Pueblos Indígenas en las Regiones de Fronteras, con enfoque en el Conocimiento Tradicional y la Salud en las Regiones Fronterizas; y la tercera (2020-2023) con el desarrollo del Plan de Contingencias para la Protección de Salud en los Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables y en Contacto Inicial, y el estudio de la situación de salud en seis regiones focalizadas de la Amazonía.

Como resultado de estos esfuerzos, se formularon diversas propuestas como los lineamientos regionales amazónicos de protección de los PIACI, la estrategia regional de atención en salud, la guía para la vigilancia en salud en pueblos indígenas de la Región Amazónica, y los lineamientos para el intercambio de conocimientos tradicionales en pueblos indígenas de frontera para el manejo de la biodiversidad. Este trabajo ha sentado las bases para promover una estructura de cooperación regional fronteriza de los países amazónicos en los temas relacionados con la salud y pueblos indígenas, que ha sido fundamental para el desarrollo del proyecto Plan de Contingencia para la Protección de Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables y en Contacto Inicial. Este Plan ha sido diseñado para hacer frente a las amenazas de salud que acechan a la región, a las epidemias y a eventos de impacto global como la COVID-19, así como a los posibles nuevos brotes y a otras enfermedades tropicales emergentes y endémicas que afectan a estas poblaciones. En los análisis de situación se tomaron en consideración y con profundo respeto, los conceptos y el rol relevante de los agentes tradicionales de salud indígenas.

Consecuentemente, la SP/OTCA, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y el financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo, implementó el proyecto - Plan de Contingencia para la Protección de Salud en Pueblos Indígenas altamente Vulnerables y en Contacto Inicial -, iniciativa que abordó una de las problemáticas más complejas de la realidad de la Cuenca Amazónica, la salud. En esta región, la salud se vio particularmente afectada debido a la pandemia por el SARS-CoV-2 y sus consecuencias aún se manifiestan. El proyecto se focalizó en los territorios fronterizos de la cuenca del río Amazonas, ya que son espacios vitales y altamente sensibles para los pueblos indígenas, tanto por la profunda historia arraigada en el entorno, como por la significación y complejidad que caracteriza a dichas áreas y que incide en su presente y en su futuro.

El proyecto surgió como una necesidad apremiante de responder y consolidar las políticas públicas de salud, especialmente en vista de la crisis sanitaria global que demostró la relevancia y el impacto que tiene la salud en la vida de estos pueblos indígenas, y en la población en general de los países. En particular, la Amazonía fue una de las regiones del planeta donde se experimentaron, con gran intensidad, las graves amenazas y consecuencias para la vida de estas poblaciones únicas por sus características. Al mismo tiempo, se evidenció la importancia de contar con sistemas de salud fortalecidos e integrados, para dar frente a estos desafíos y a los que los pueblos indígenas experimentan de forma cotidiana.

Estos pueblos no son inherentemente vulnerables; son las condiciones de vida que los vuelven vulnerables. La información presentada en los seis estudios de las regiones de intervención demuestra de manera contundente que la salud es un bien común imprescindible que debe ser protegido y fortalecido. No obstante, la información obtenida también revela las serias amenazas

que se ciernen de manera continua en la vida de los pueblos indígenas, porque el deterioro de la salud va de la mano con el deterioro de sus medios de subsistencia, lo cual es una constante en las áreas fronterizas.

Por esta razón, el proyecto emprendido por la OTCA se reviste de una particular importancia, porque muestra cómo la vida de los pueblos indígenas, y dentro de ellos los de aislamiento y de contacto inicial, depende de decisiones estratégicas y de voluntad política para reducir los riesgos y amenazas que afectan a la salud y por lo tanto al futuro de estas poblaciones.

La pandemia si bien ha agravado los problemas y las presiones que afectan la salud de estos pueblos, ha evidenciado también que una visión integradora de cooperación regional y transfronteriza es un reto, una necesidad y una obligación imperante para salvaguardar el derecho a la vida y, por lo tanto, el derecho a la salud de estos pueblos.

El desarrollo del proyecto, junto con los resultados obtenidos, fue posible gracias a la cooperación de los Ministerios de Relaciones Exteriores de los respectivos países, de las entidades públicas rectoras en materia de salud, de las organizaciones indígenas y de la sociedad civil. Los documentos que se incluyen en la presente publicación de síntesis no solo abordan la salud y los desafíos constantes en esta materia para los actores involucrados, sino que también muestran las opciones de relación colaborativa y de oportunidades a través del perfilamiento de los planes de contingencia. Es fundamental para la OTCA y las instituciones cooperantes en los distintos ámbitos continuar con un trabajo sostenido que, desde el marco de acción y compromisos de cada país, garantice la salud de los pueblos indígenas y la reducción sistemática de las vulnerabilidades que amenazan su existencia.

**Alexandra Moreira López**

Secretaria General

**Organización del Tratado de Cooperación Amazónica**



Povo Tiriyo. | Foto: Arquivo OTCA

## Introducción

El presente documento es una síntesis de los informes de análisis de situación de salud y de la formulación de los planes de contingencia en seis espacios geográficos de la cuenca del río Amazonas: las regiones del *Vale do Javari* en la frontera entre Brasil y Perú; la denominada Triple Frontera entre los países de Brasil, Guyana y Surinam; la Región del Parque Nacional Bahuaja – Sonene – Tambopata en la frontera entre Bolivia y Perú; la Región Acre – Madre de Dios en la frontera entre Brasil y Perú; la región de la Triple Frontera entre Perú, Brasil y Colombia y finalmente la Región Napo – Curaray – Río Tigre en la frontera entre Ecuador y Perú. Estas seis regiones en conjunto configuran la unidad de análisis y en las mismas se hace un importante esfuerzo por describir y entender la situación de salud de los pueblos indígenas en condiciones de vulnerabilidad, de los pueblos aislados y de los de contacto inicial, en los espacios transfronterizos.

Los estudios realizados muestran que las condiciones de vida de estas poblaciones se ven cada vez más amenazadas por presiones que se ejercen en los territorios, así como por la presencia continua de los factores de riesgo que se incrementan por sobre los factores protectores de la salud. Dentro de este escenario la salud muestra la situación de vulnerabilidad por la recurrencia de enfermedades

prevenibles, el incremento constante de las enfermedades infectocontagiosas, y también por los cambios que se observan en los perfiles epidemiológicos con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual muestra que de manera general el entorno de vida sufre cambios que afectan directamente a la salud, y que al mismo tiempo persisten problemas sanitarios e infraestructurales relacionados que no se logra resolver.

Si bien la accesibilidad en algunos de los territorios ha mejorado relativamente con el paso del tiempo, el acceso a los servicios de salud se vuelve cada vez más complejo por varios factores como el incremento de la demanda de dichos servicios, la complejidad de las enfermedades que afectan a las poblaciones de difícil acceso y que van de la mano con el deterioro de las condiciones de vida, así como las presiones socioambientales expresadas, por ejemplo, en los flujos o movilidad entre estas poblaciones, llámense comunidades o aldeas, las ciudades y otras localidades, las invasiones en los territorios indígenas, la explotación de los recursos naturales en las áreas limítrofes de esos territorios, entre otros aspectos que amenazan incluso a las poblaciones indígenas que habitan en áreas protegidas.

La pandemia por el SARS-CoV-2 que provoca la enfermedad COVID-19 irrumpió a inicios del 2020 en este escenario, lo cual tuvo varias expresiones en las poblaciones indígenas y no indígenas de la Cuenca Amazónica. Por un lado, incrementó las presiones sobre los sistemas de salud de los Países Miembros, tornándose al inicio en un verdadero desafío al que se dieron distintas respuestas, y que al transcurrir el tiempo se fue resolviendo con muchos aprendizajes de por medio; y luego, con la atención puesta en el control y limitación del impacto de la COVID-19, incidió en el repunte de las morbilidades regularmente presentes en el medio de las poblaciones indígenas. La realización de los estudios también implicó un reto por las circunstancias que se atravesaban durante la pandemia, y por las limitaciones de acceso directo a las comunidades; sin embargo, la información fue obtenida con el apoyo y la contribución de los actores gubernamentales y no gubernamentales de los países en los que se realizaron los análisis de salud.

La metodología usada en el desarrollo de los seis informes fue una combinación de la búsqueda de información de varias fuentes secundarias validadas, y se complementó a través de entrevistas con actores calificados, y con la realización de eventos participativos de socialización de la información registrada, en su mayor parte por medio de video conferencias, y en pocas ocasiones de manera presencial en los territorios tal como fue el caso del *Vale do Javari*, por las limitaciones regulatorias y logísticas que se presentaron por el control de la pandemia en los distintos países involucrados en los estudios.

Las entrevistas específicas con actores relevantes y con conocimiento amplio de los diferentes temas abordados, así como la recopilación de la información primaria, se hicieron con algunos de los dirigentes de las

organizaciones indígenas, de la sociedad civil y con actores institucionales de las diferentes Carteras de Estado relacionadas con la salud de los referidos países. De igual forma, en los estudios realizados se procesó información de bases de datos y de bases cartográficas, especialmente la que provee la base de la Red Amazónica de Información Socioambiental Georreferenciada (RAISG), que da cuenta de los territorios y de las tierras indígenas (TI), así como de las áreas protegidas (AP) a partir del trabajo colaborativo de organizaciones de la sociedad civil y de otras bases cartográficas de libre acceso.

Los informes dan cuenta de la situación de salud de las poblaciones estudiadas desde distintas profundidades temporales contenidas, por ejemplo, en los datos censales que, por lo regular, presentan información de hace más de una década, hasta información que se actualizó a inicios del año 2022. La diferente temporalidad y localizaciones del estudio, y como parte de la metodología, posibilitó hacer análisis comparativos para profundizar en la comprensión de los temas abordados.

Es importante señalar que algunos de los informes como, por ejemplo, el del *Vale do Javari* – Loreto, dan cuenta de la población directamente focalizada y de un conjunto más amplio de población del entorno de las áreas prioritarias focales de los informes.

En resumen, la información contenida en los informes y que es integrada y resumida en esta publicación integra el conjunto de la información obtenida en el proceso. En el análisis realizado en los informes se identifican los elementos que permiten entender los distintos determinantes sociales de la salud que subyacen a la información presentada, y a partir de esto, en la parte final del documento se delimitan los elementos recomendados para los planes de contingencia.



# PARTE I

## Las Regiones y las Poblaciones Focalizadas en el Estudio



## 1. Las Regiones y las poblaciones focalizadas en el estudio



Aldea Misión Tiriyo, Brasil. | Foto: Archivo OTCA

### 1.1. La focalización de las regiones para los estudios de análisis de situación de salud

Para la focalización de las áreas de estudio se tomaron en cuenta las regiones geográficas como unidades analíticas que abarcan extensos territorios en áreas donde existen relaciones transfronterizas de los países de la Cuenca Amazónica. Estas regiones comprenden conexiones territoriales e hidrográficas, la presencia de comunidades indígenas y no indígenas, las distancias respecto a centros urbanos, el aislamiento geográfico, así como la dificultad de la accesibilidad, y la presencia de áreas naturales protegidas. A más de estos criterios, uno de los más relevantes para la focalización fue la existencia de comunidades

indígenas en aislamiento y en contacto inicial, así como la situación de alta vulnerabilidad que se define por las amenazas socio e ambientales existentes y las de salud expresadas como factores de riesgo.

De manera más detallada, en la metodología que se aplicó para la focalización y el desarrollo de los informes respecto a la vulnerabilidad de las poblaciones en cuestión se tomaron en cuenta dos elementos, a saber, las amenazas y las vulnerabilidades. Por una parte, cuando se hace referencia a las amenazas se está describiendo las situaciones que afectan los



sistemas de vida de las comunidades, lo cual se expresa en los distintos tipos de presión sobre los territorios, ecosistemas, fuentes de agua, reservas alimentarias, sobre las prácticas y medios tradicionales de subsistencia, sobre la seguridad e integridad física de los miembros de las comunidades, sobre las continuidades socioculturales y relaciones con la naturaleza, así como sobre los elementos que contribuyen o inciden en el deterioro en su forma de vida ancestral, o tradicional en el caso de las comunidades no indígenas.

Con los factores de riesgo, por otra parte, se toma en cuenta las situaciones que afectan directamente a la salud de estas poblaciones y se expresa en la existencia de enfermedades altamente transmisibles y recurrentes en el

medio, las de alto impacto epidemiológico y las emergentes, y en este caso, se puso énfasis en la situación derivada de la pandemia por el SARS-CoV-2 (COVID-19), que es un hecho de particular relevancia sanitaria para todos los países de los cuales se da cuenta en los seis informes.

Bajo estos criterios, el equipo técnico analizó las distintas variables y a partir de esto seleccionó y focalizó las seis regiones de estudio para la producción de los informes de análisis de situación de salud en estas áreas estratégicas de la Cuenca Amazónica.

A continuación, se presenta la descripción general de las seis regiones focalizadas y estudiadas.

## 1.2. Las regiones de estudio en la Cuenca Amazónica

Los estudios realizados en el marco del proyecto dan cuenta de seis regiones definidas por su importancia dado que, como se ha manifestado, contienen poblaciones indígenas en situación de vulnerabilidad, de

características socioculturales importantes como el aislamiento respecto a las sociedades mayoritarias y de reciente contacto. Las regiones en cuestión son las siguientes:

### 1.2.1. Región *Vale do Javari*, frontera Brasil-Perú

La primera locación se sitúa en el *Vale do Javari* en el área transfronteriza de Brasil y Perú, en la cuenca hidrográfica binacional del río Yavarí y las áreas adyacentes, las cuales tienen una especial relevancia para la protección de salud de los pueblos indígenas en contacto inicial y otros, que, de igual manera, son altamente vulnerables. Este territorio tiene una importancia especial por la movilidad y las conexiones territoriales entre aldeas, ciudades y otras localidades; por otra parte, es un área donde se concentra una buena parte de las poblaciones indígenas en aislamiento y en contacto inicial distribuidas en un vasto

territorio. Al mismo tiempo, esta región se caracteriza por tener grandes presiones que afectan a los territorios indígenas. En este sentido los territorios que abordó el estudio son los siguientes: la tierra indígena del *Vale do Javari* en Brasil; la comunidad Nativa Matsés, la Comunidad Nativa Fray Pedro, la Comunidad Nativa de Nueva Esperanza, la Reserva Indígena Yavarí Tapiche y la propuesta de la Reserva Indígena Yavarí Mirim, en Perú.

En el conjunto de estas categorías territoriales están situadas 83 aldeas y anexos, que en Perú es como se define a las aldeas del interior de una Comunidad Nativa. En lo que respecta a las



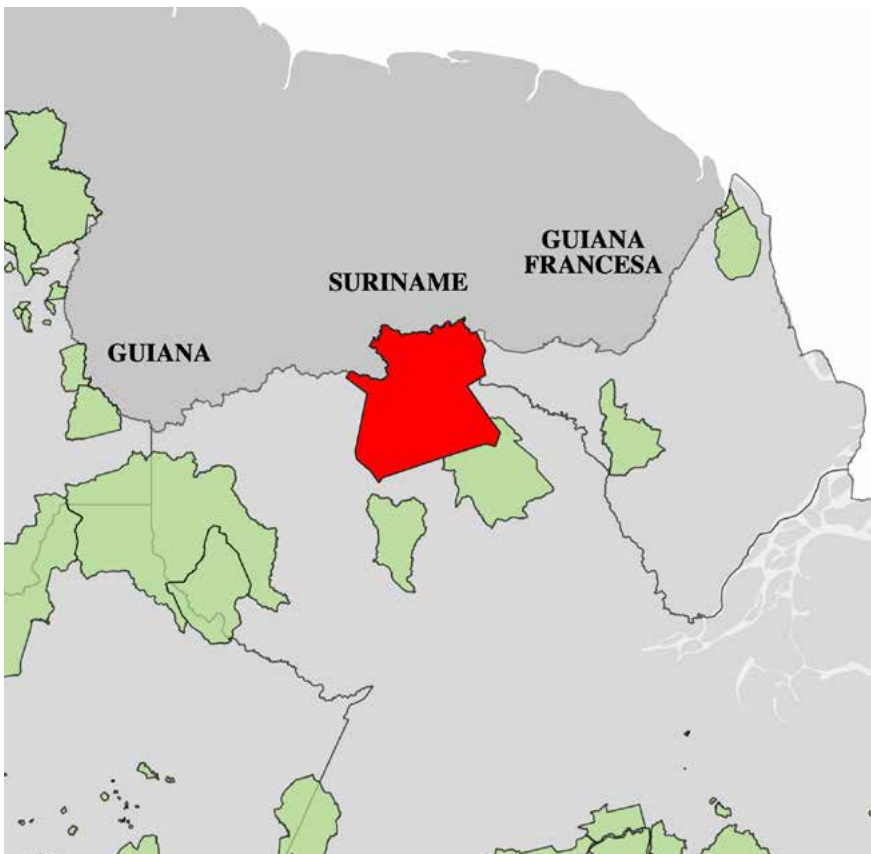
## 1.2.2. Región de la Triple Frontera entre los países de Brasil, Guyana y Surinam

La segunda región es la de la Triple Frontera entre los países de Brasil, Guyana y Surinam lo cual comprende la franja de frontera que va desde el lado brasileño en Amapá en el norte del estado del Pará, incluyendo una porción de Roraima, la cual se caracteriza por tener una historia común de diversos tipos de relaciones desde la conexión geográfica, pasando por las relaciones económicas e interétnicas y que data de al menos de hace tres siglos.

Específicamente en Brasil, el área de estudio abarca el extremo este del estado de Roraima, en el noroeste y en el norte del estado de Pará en las cuencas de los ríos Mapuera, Trombetas, Jatapu y Paru al oeste. Toda esta región está cubierta por una gran selva, que es un área de conservación de tierras indígenas en que están seis áreas de tierras indígenas: Wái Wái (en Roraima), las tierras indígenas Trombetas

– Mapuera (Pará), Nhamundá-Mapuera (en la porción paraense), Kaxuyana – Tunayana (también en la porción paraense), Parque Tumucumaque (Pará), Paru del Este, Zo'é (en Pará) con una superficie aproximada de 10 millones de hectáreas. En Guyana está definida por las cuencas de los ríos Essequibo y New River, e incluye dos regiones administrativas en la porción sur y al este denominada Berbice-Corentyne que cubre todo el este del alto Essequibo, donde hay un territorio indígena reconocido por el Estado. Por su parte, en Surinam el territorio focalizado comprende la cuenca de los ríos Sipaliwini y Kuruni, que son afluentes del río Corentino, el cual divide a Surinam y Guyana. También comprende el río Tapanahoni que es afluente del río Maroni y separa Surinam de la Guyana Francesa. Esta área está situada en el gran Distrito de Sipaiiwini, que abarca toda la región sur del

país. En la frontera con Brasil se encuentra el Parque Tumucumaque, donde se encuentra localizada la Reserva Ambiental Sipalwini, que es un territorio de ocupación tradicional del pueblo Tiriyo. En el lado del Brasil están los pueblos indígenas Kaxuyana-Tunayana, Nhamundá-Mapuera, y Trombetas-Mapuera en el Parque Tumucumaque.



**Fuente:** OTCA, Fabrício Amorim (consultor)

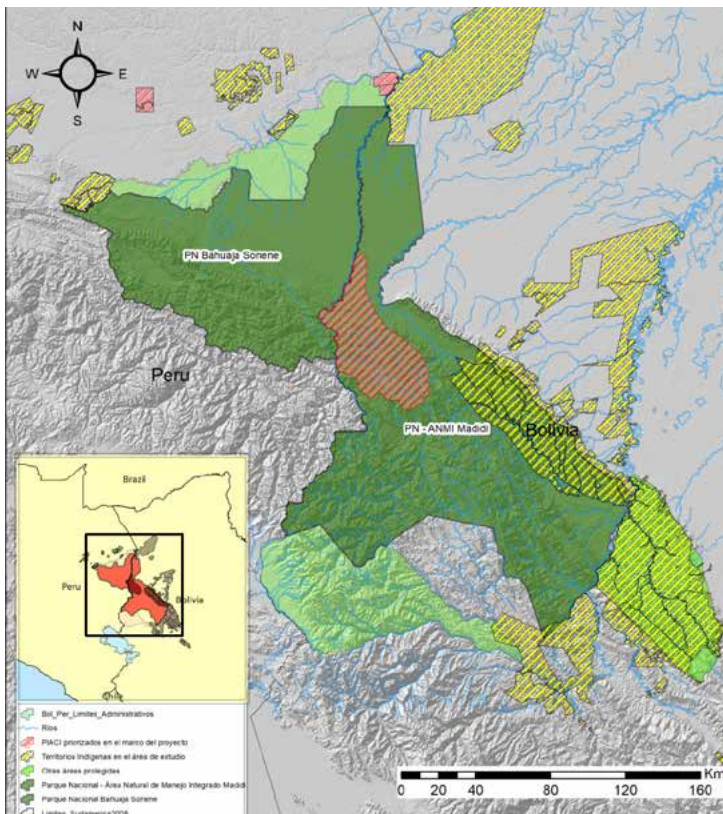
### 1.2.3. Región Parque Nacional Bahuaja – Sonene – Tambopata en la frontera entre Bolivia y Perú

La tercera región focalizada para el estudio comprende a las poblaciones localizadas en el Parque Nacional Bahuaja – Sonene, el Área Natural de Manejo Integrado y la Reserva Nacional Tambopata, que es una parte del espacio binacional de Bolivia y Perú, donde se encuentran respectivamente los pueblos en situación de aislamiento y de contacto inicial Toromonas y Esa Eja.

En el caso de Bolivia, se considera a las Tierras Comunitarias de Origen (TCOs) de los pueblos indígenas originarios circundantes al pueblo en aislamiento de la etnia Toromona y en el área de influencia de este espacio se encuentran ocho pueblos originarios<sup>1</sup>. En la región de Madre de Dios en Perú, la mayoría

de los pueblos indígenas tienen correlación con el territorio comunal que ocupan, sin embargo, no todos son parte de la misma etnia ya que se identifican con otros grupos indígenas e incluso con no indígenas. En el ámbito de estudio de esta región se identificó a las comunidades nativas que habitan los pobladores de las etnias Ese Eja, Quechua del Napo o Quechua Runa, Shipibo-Konibo, Harakbut y Matsigenka; sin embargo, esta región de estudio se enfoca en los Ese Eja con sus comunidades Sonene, Palma Real e Infierno. Más precisamente, en Bolivia están los pueblos indígenas Tacana, Araona, Ese Eja, San José de Uchupiamonas, T'simane, Mosekene, Leco, Toromona y en Perú los Ese Eja, Quechua del Napo o Quechua Runa, Shipibo – Konibo, Ese Eja Harakbut y Matsigenka.

En esta región de estudio en Bolivia se delimita el área de estudio en los PIA Toromona, que se ubican en la parte central del Parque Nacional y Área de Manejo Integrado del Madidi<sup>2</sup>, y en Perú abarca las comunidades del pueblo Esa Eja, las cuales, a su vez, comparten territorio con los pueblos en aislamiento en proceso de identificación, pero a los que localmente los denominan los Toyeri, Toromona o Illapade. A otro nivel, están las comunidades adyacentes a los dos primeros grupos mencionados. En conjunto estos pueblos se ubican en la franja de la frontera binacional entre Bolivia y Perú, los cuales están respectivamente en los Departamentos de la Paz y del Madre de Dios en Perú.



Fuente: OTCA, Rodrigo Tarquino (consultor)

<sup>1</sup> Esos pueblos son los Tacana, Leco, Tsimane – Moseken, Ese Eja, San José de Uchupiamonas y Araona.

<sup>2</sup> Este Parque Nacional y Área Integrada de Manejo cuenta con una superficie aproximada de 370.000 hectáreas.

## 1.2.4. Región Acre – Madre de Dios, frontera entre Brasil y Perú

La cuarta región estudiada es el área que comprende la frontera de Acre en Brasil y Madre de Dios en Perú y más específicamente el ámbito que recorre la Reserva Territorial Madre de Dios y la Tierra Indígena de Mamoadate. Esto comprende un extenso territorio en la Amazonía occidental de Acre y Madre de Dios, la cual está a grandes distancias de los centros de poder político y económico, e históricamente ha sido refugio para muchos pueblos indígenas que viven en ambos lados de la frontera. Esta parte binacional de la Amazonía es muy importante ya que se concentran al menos 12 pueblos indígenas distribuidos en las Tierras Indígenas y en las Comunidades Nativas. Estos pueblos son los Asheninka, Ashaninka, Manchiguenga, Yine/Machineri, Jaminawa/Yaminahua, Kaxinahua, Amahuaca, Sharanahua, Madija, Harakbut, Tacana y Ese Eja. Un rasgo particular de esta región es que es una de las partes de la Amazonía donde hay más presencia de pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial, ya que aloja a grupos como los Chitoanhua, Mastanahua, Mashco Piro y

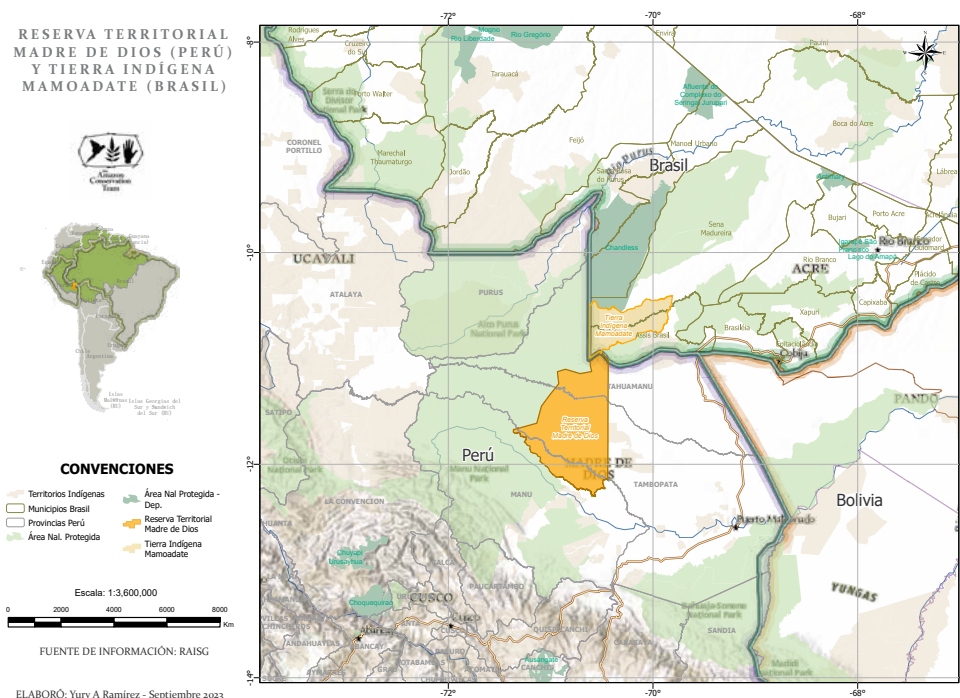
Machiguenga, entre otros grupos étnicos que aún no han sido identificados.

El estudio se enfoca en la región comprendida entre la Tierra Indígena Mamoadate y la Reserva Territorial Madre de Dios, donde se establece un corredor transfronterizo para pueblos reconocidos como Yine, Manxineru y Mashco Piro; en este sentido la información da cuenta de los Yine en las comunidades nativas del río Piedras y el Tahuamanu, los Maxineru en las aldeas en la Tierra Indígena Mamoadate y los pueblos Mashco Piro, reconocidos como pueblos en situación de aislamiento cuya movilidad atraviesa las dos fronteras nacionales hasta los límites de las aldeas Manxineru en Brasil y las comunidades Yine en Perú.

Considerando el enfoque de establecer barreras sanitarias para los indígenas en aislamiento, el estudio da cuenta específicamente de las poblaciones Yine y Manxineru, cuyos territorios limitan con los PIA Mashco Piro en la Reserva Territorial Madre de Dios y Tierra Indígena Mamoadate, con los que tienen diferentes tipos de

interacción. Como foco de atención se considera a las siguientes poblaciones: Nueva Oceanía en el río Tahuamanu, Monte Salvador, Puerto Nuevo y Santa Alicia en diferentes ubicaciones del río Las Piedras, y la Aldea Extrema en el río Yaco.

**Fuente:**  
Amazon Conservation Team (ACT)



### 1.2.5. Región de la Triple Frontera entre Perú, Brasil y Colombia

La quinta región focalizada de estudio es el de la Triple Frontera entre Perú, Brasil y Colombia con énfasis en el Departamento de Loreto en Perú y el Estado de Amazonas en Colombia en el interfluvio de los ríos Amazonas y Putumayo/Iça. Esta Triple Frontera amazónica cubre los límites internacionales que separan el Estado de Amazonas en Brasil de los Departamentos de Amazonas en Colombia y Loreto en Perú. El Alto río Solimões – Amazonas hace de la Triple Frontera la principal puerta de entrada a la parte occidental de la cuenca del Amazonas, y es uno de los principales corredores de integración sudamericana. Para el estudio de situación de salud, se delimitó el siguiente territorio: los interfluvios del río Putumayo y Amazonas, más precisamente la región

donde se encuentra el Trapecio Amazónico, en Colombia, y sus zonas de encuentro en Brasil y Perú.

La región corresponde al extremo sur del Departamento colombiano de Amazonas, a la parte noreste de la región del Alto Solimões en el lado brasileño, y en Perú, el área que comprende la ciudad de Caballo Cocha en la provincia de Ramón Castilla, que bordea el Trapecio Amazónico, que comprende los municipios de Leticia, Puerto Nariño y la parte sur de Tarapaca, una de las nueve áreas municipalizadas o de corregimiento que conforman el Departamento de Amazonas; esos territorios tienen escasa población de pueblos indígenas y bajo desarrollo económico y social.



Fuente: OTCA, consultoria Putumayo

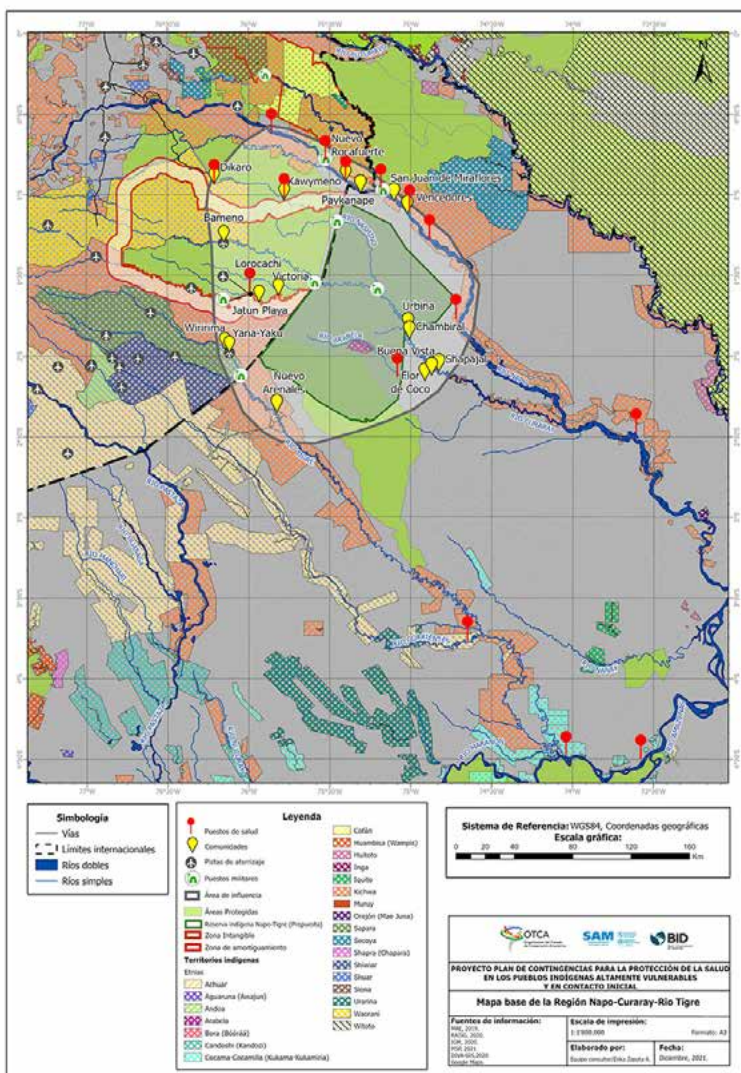
## 1.2.6. Región Napo – Curaray – Río Tigre en la frontera entre Ecuador y Perú

Finalmente, está la sexta región estudiada que es la Napo – Curaray – Río Tigre, la cual se encuentra entre las fronteras de Ecuador y Perú. Esta región focalizada comprende áreas protegidas en los dos países. En el primero está el Parque Nacional Yasuní (PNY) y la Zona Intangible Tagaeri – Taromenane (ZITT), territorio ancestral de pueblos en aislamiento, y en el Perú está la Reserva Nacional Pucacuro

y la propuesta de Reserva Indígena Napo Tigre y sus afluentes. En el caso de Ecuador la región focalizada está dentro de las provincias de Orellana y Pastaza (Cantones de Aguarico, Pastaza y Arajuno). Esta área protegida también comprende lo que se conoce como la “Reserva de la Biósfera del Yasuni”, que incluye la ZITT y también el territorio de la nacionalidad Waorani, y comunidades Kichwa

amazónicas y mestizas que se encuentran a ambas orillas del río Napo, el Curaray donde se ubica, también, la nacionalidad Sapara<sup>3</sup>.

En las áreas geográficas descritas de Ecuador se encuentran la población de Nuevo Rocafuerte, donde habitan Kichwa amazónicos y mestizos, las comunidades indígenas Waorani de Kawimeno, Bamenno, Boanamo, Dikaro en el norte, y al centro sur de la Amazonía ecuatoriana Lorocachi, Jatun Playa, Victoria y Yanayaku, donde están las comunidades Kichwas y la Wiririma, que es una comunidad de la nacionalidad Sapara. En Perú están las comunidades amazónicas Quechua de San Juan de Miraflores, Vencedores, Urbina, Fundo Chambiral, Shapajal, Nuevo Arenales; y las comunidades Zapara Flor de Coco, Buena Vista y la comunidad Secoya de Paikanape.



**Fuente:** OTCA, Enrique Vela (consultor)

<sup>3</sup> Respecto a la forma de escribir los nombres de las etnias Quechua amazónicas o Kichwa amazónicas, como Sapara, Zapara o Zápara, difiere la denominación en Perú y Ecuador porque responden a criterios de estandarización lingüística distintos. En este caso, cuando se haga referencia a cada etnia se respetará la manera en que en cada país se escribe. La otra acotación importante es la denominación en categorías organizativas y políticas; en el caso del Ecuador la Constitución reconoce a las distintas etnias indígenas como nacionalidades y pueblos indígenas, y en el caso del Perú se les reconoce como pueblos indígenas.

## Resumen de las características principales de las seis regiones focalizadas para el estudio

*Tamaño aproximado que involucra a las regiones estudiadas, población focalizada, grupos étnicos, áreas protegidas, conexiones transfronterizas.*

### Región 1 → Región Vale do Javari, frontera Brasil-Perú

El área focalizada en la región Vale do Javari – Loreto está compuesta por los territorios indígenas (TI) (reconocidos o en fase de reconocimiento por parte de los Estados brasileño y peruano) TI Vale do Javari y la Comunidad Nativa Matsés en Brasil. En Perú están las comunidades nativas Fray Pedro, Nueva Esperanza, Reserva Indígena Yavarí Tapiche y la propuesta de Reserva Indígena Yavarí – Mirim. En total en estas categorías territoriales están situadas 83 aldeas y anexos, que en el caso de Perú son los segmentos de población que están dentro de una Comunidad Nativa. En Brasil se localizan 54 aldeas y en Perú 29 anexos (comunidades).

Las áreas naturales protegidas que están dentro de esta focalización son en Brasil la Reserva de Desarrollo Sustentable Cujubim, la Reserva Nacional Matsés y el Parque Nacional Sierra del Divisor.

La población en el área focalizada de Brasil es de 8.941 personas pertenecientes a los pueblos indígenas Kanamari, Tyohom Dyapá, Kulina (Pano), Marubo, Matis, Matsés (Mayoruna), Yagua y tres pueblos aislados que no tienen identificación al momento, pero se presume son de la familia lingüística Pano – Katukina. La superficie del área focalizada es aproximadamente de 10'530.158 hectáreas.

### Región 2 → Triple Frontera entre los países de Brasil, Guyana y Surinam

En esta región de la Triple Frontera entre los países de Brasil, Guyana y Surinam, constan en Brasil seis Tierras Indígenas que son las TI WaiWai, TI Trombetas – Mapuera en Pará, TI Nhamundá – Mapuera, TI Kaxuyana – Tunayana, TI Parque do Tumucumaque, TI Paru del Este y TI Zo'é, con un área aproximada de 10'000.000 de hectáreas. En Guyana la región focalizada cubre las cuencas de los ríos Essequibo y New River, e incluye dos grandes regiones administrativas que son la porción sur del East Berbice-Corentyne entre la frontera Surinam – Brasil, y la porción sur del Upper Takutu y del Upper Essequibo donde están los territorios indígenas

formalmente reconocidos por el Estado. En Surinam el área focalizada comprende la cuenca de los ríos Sipaliwini y Kuruni, afluentes del río Corentino y del Tapanahoni, que son espacios de división fronteriza. Esta área está inserta en el distrito de Sipaliwini, que abarca toda la región sur del país. En este amplio territorio y en la frontera con Brasil está el Parque Tumucumaque y la Reserva Ambiental Sipaliwini que es territorio de ocupación tradicional del pueblo Tiriyó con una población de 3.392 personas ubicadas en 55 aldeas.

La otra parte de la región delimitada de estudio está habitada por los pueblos Tiriyó, →



Katxuyana, Kahyana, Waiwai, Tunayana que tienen presencia e interacción en la Triple Frontera. El pueblo Zo'é considerado de contacto inicial y sin interacción, se ubica más en el interior y cuyo territorio limita con los pueblos antes mencionados que están en el área de la Triple Frontera. Respectivamente la población focalizada en la frontera Brasil – Guyana – Brasil del pueblo Waiwai es de 2900

personas; el pueblo Tunayana en las fronteras de Brasil, Guyana y Surinam 260; el pueblo Kaxuyana y Kahyana 350; el pueblo Tiriyo en la frontera Brasil – Surinam 2.980; y el pueblo Zo'é en el norte del Pará en Brasil 321. En suma, esta región abarca una población de 6.811 personas distribuidas en los tres países en 34 aldeas y 3 Tierras Indígenas.

### Región 3 → Parque Nacional Bahuaja – Sonene – Tambopata, frontera entre Bolivia y Perú

En esta región transfronteriza entre Bolivia y Perú se encuentran los pueblos Toromona de Bolivia y Ese Ejja de Perú que viven, respectivamente, en un extenso territorio en el Parque Nacional Bahuaja Sonene y en la Reserva Nacional Tambopata.

Aunque en Bolivia el estudio hace referencia al pueblo Ese Ejja, también considera indirectamente a los pueblos Tacana, Araona, Uchupiamona, T'simane, Mostene, Leco y Toromona; la población a la que hace referencia el estudio es de aproximadamente 14.600 personas. En Perú está el pueblo Ese Ejja, que es el referente del estudio de esta región; sin embargo, también toma en cuenta a los pueblos Quechua del Napo o Kichwa Runa,

Shipibo – Konibo, Harakbut, y Matsigenka, que representa una población de 1.242 personas. La focalización en el pueblo Toromona y del pueblo Esse Eja es en Bolivia de 261 personas y los Esse Eja de Perú son 893 personas.

En Bolivia el territorio focalizado directamente comprende una extensión 216.141 hectáreas, y en Perú 58.172 hectáreas, pero en este último país los Ese Ejja comparten territorio con el pueblo Shipibo – Konibo.

El área focalizada de estudio, desde el punto de vista de la división política, están ubicados en la frontera binacional amazónica de Bolivia y Perú, en dos regiones del Departamento de La Paz en Bolivia y en Madre de Dios en Perú.

### Región 4 → Acre – Madre de Dios, frontera entre Brasil y Perú

Esta región se enfoca entre la TI de Mamoadate y la Reserva Territorial Madre de Dios, donde se establece un corredor transfronterizo para los pueblos Yine, Manxineru en Brasil y Mashco Piro en Perú. El área delimitada de estudio comprende para los Yine las comunidades nativas del río de Piedras y el Tahuamanu, y los

Manxineru en las aldeas de la TI de Mamoadate. En Perú los Mashco Piro, que es un pueblo en aislamiento, se desplazan en un amplio territorio y atraviesan las fronteras de los dos países hasta los límites de las aldeas Manxineru en Brasil y las comunidades Yine en Perú. →

La focalización específica de esta región comprende las poblaciones Yine y Maxineru, cuyos territorios limitan con aquellos de los Mashco Piro en la Reserva Territorial de Madre de Dios y la TI de Mamoadate. Estas poblaciones vecinas a los indígenas en aislamiento tienen diferentes tipos de interacciones. Las localidades consideradas directamente en el estudio son, en el caso de los Yine y Maxineru, que comparten territorio con los Mashco Piro, Nueva Oceanía en el río Tahuamanu, Monte Salvador, Puerto Nuevo, Santa Alicia en los diferentes cursos del río Las Piedras y Aldea Extrema en el curso del río Yaco.

El pueblo Yine se encuentra distribuido en 36 comunidades nativas en las regiones de Cusco, Madre de Dios, Ucayali y Loreto. Según el último censo (2017) los Yine en el Perú son 2680 personas; sin embargo, otro dato del Ministerio de Cultura menciona que son aproximadamente 8800 personas. Los Manxineru se extienden por la TI del Mamoadate y TI Manchineri do Seringal Guanabara, y en menor medida en São Francisco y Macahuã, así como en la ciudad Assis Brasil y Rio Branco.

El pueblo Mashco Piro es un pueblo considerado en aislamiento, por lo que no se cuenta con datos demográficos de su población. Los Mashco Piro habitan los Departamentos de Madre de Dios y Ucayali en Perú y atraviesan

los límites fronterizos hacia el estado de Acre en Brasil. El territorio de este pueblo abarca una amplia extensión de 8 millones de hectáreas. La mayor parte del territorio por el cual se desplazan los Mashco Piro se encuentra bajo algún nivel de protección territorial. En Perú su desplazamiento comprende áreas de las Reservas Indígenas del mismo nombre y Murunahua, así como las Reservas Territoriales Madre de Dios y Kugapakori, Nahua, Nanti y otros. También comprende los Parques Nacionales Manu y Alto Purús, la Reserva Comunal Purus y la Concesión para la Conservación Los Amigos. En Brasil comprende las áreas del Parque Estatal Chandless y la Estación Ecológica Río Acre. Debido a su gran movilidad se ha reportado en espacios fuera de esta extensa área.

Esta región coincide con la existencia de varias áreas protegidas, y en ese contexto, la TI Mamoadate, ubicada en el Estado de Acre en Brasil, tiene una extensión de 313.646 hectáreas y limita con varias áreas protegidas en el mismo Brasil y en Perú. La Reserva Territorial Madre de Dios tiene una extensión de 829.000 hectáreas. Dado que en esta Reserva habitan los pueblos aislados no se tiene registros del tamaño real de la población; sin embargo, los estudios de categorización de la Reserva realizados en el 2015 proyectaban que unas 600 personas vivían en la Reserva.

## Región 5 → Triple Frontera entre Perú, Brasil y Colombia

Región de la Triple Frontera entre Perú, Brasil y Colombia. La región ubicada en la Triple Frontera de los tres países comprende un vasto territorio conocido como el Trapecio Amazónico, donde se encuentran las fronteras con Brasil y Perú. Este espacio geográfico se

localiza en el extremo sur del Departamento colombiano de Amazonas; en Brasil está la parte noroeste de la región del Alto Solimões y en Perú comprende la ciudad de Caballo Cocha en la Provincia de Ramón Castilla. Para hacerse una idea de la extensión del territorio, →

en Brasil abarca un territorio de 213.281 Km<sup>2</sup>. En Colombia la población es de 40.362 personas, en Brasil son 70.891 personas, y en Perú 16.738 personas. Los grupos étnicos presentes en esta región de la Triple Frontera son en Colombia Tikuna, Huitoto, Cocama e Inga; en Brasil los Tikuna, Kakama, Kambela, Witoto, Kaixana, y los Maku-Yuhup. En Perú los Yagua, Kukama, Tikuna del Perú, Bora, Murui-Muinami, Ocaina, Resígaro, Quecha amazónicos, Ashaninka, Matsés, Kukama-Kukamiria, Achuar y Awajún.

Debido a su amplia presencia en esta parte de la Cuenca Amazónica, los Cocamas (Colombia), Kakama (Brasil) y Kukama-Kukamiria (Perú), como puede apreciarse dependiendo del país adquieren diferentes denominaciones, lo cual se refleja a su vez en las variantes usadas para escribir sus nombres; no obstante, estos grupos indígenas pertenecen a la misma familia lingüística Tupi-Guarani y por lo tanto a la misma matriz cultural. En cada país se presentan variaciones dialectales de su idioma<sup>4</sup>.

### Región 6 → Napo – Curaray – Río Tigre, frontera entre Ecuador y Perú

La región focalizada Napo – Curaray – Río Tigre tiene aproximadamente 1.600.000 hectáreas. En este territorio están 3 áreas protegidas, dos en Ecuador y una en Perú; adicionalmente, en este último país se prevé la creación de otra área protegida (Napo – Tigre). La población estimada en la priorización de la región para el territorio ecuatoriano es de 1.564 personas,

y para el territorio peruano de 1.206 personas. En el territorio focalizado de Ecuador están la nacionalidad Kichwa (pueblo Kichwa amazónico), las nacionalidades indígenas Waorani, Sapara y comunidades del pueblo Mestizo. En Perú se encuentran comunidades del pueblo Quechua amazónico, Arabela, Secoya y Zapara.

El conjunto de las poblaciones focalizadas en las seis regiones de estudio se encuentra en lugares geográficamente alejados o aislados y de difícil acceso. Las distancias varían en los territorios de cada país. Las regiones

focalizadas más alejadas se encuentran en las fronteras de Brasil, Perú y Colombia. La mayor parte de las comunidades son de acceso fluvial, unas pocas terrestre y la minoría cuentan con pistas para acceso aéreo<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> A lo largo del texto referido a esta región de la Triple Frontera, se respeta la forma como en cada país se denomina a estos grupos étnicos, es decir, en Colombia Cocamas, en Brasil Kakama, y en Perú Kukama.

<sup>5</sup> (Anexo 1: Comunidades focalizadas por cada región y datos de acceso).



## PARTE II

# Situación de Salud y Determinantes Sociales Relacionadas con las Regiones de Estudio y sus Comunidades



## 2. La situación de salud en el contexto de la Cuenca Amazónica



Los equipos de radiofonía, fueron instalados en las comunidades Soles del pueblo Matsés, Estirão do Kumaru del pueblo Kanamari y en Komãya del pueblo Marubo | Foto: Archivo OTCA

### 2.1. La situación de salud en la Región del Vale do Javari – Loreto, frontera Brasil y Perú

En el Brasil la atención de la salud de las poblaciones indígenas se da desde la estructura del denominado Sistema Único de Salud (SUS), y más específicamente, a partir del Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SASI). Operativamente, la atención relacionada al territorio se da desde el Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI) del *Vale do Javari* a través de la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI), que es un órgano vinculado al Ministerio de Salud. En el caso de Perú, el sistema funciona desde el Sistema de Salud Público bajo distintas modalidades de seguro, de régimen subsidiado o contributivo directo, y en la Región del *Vale do Javari* es atendida, de manera general, por el

denominado Seguro Integral de Salud (SIS). La SESAI desde su creación (2010) tiene como objetivo abordar de manera diferenciada e integral la salud de los pueblos indígenas, la cual se traza desde la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI).

Este modelo de atención es la expresión, como en otros países, de las luchas históricas de los movimientos indígenas y de la sociedad civil organizada. En ese sentido, la SESAI tiene la responsabilidad de coordinar, planificar, supervisar, monitorear y avalar la implementación de la PNASPI, siguiendo las directrices del SUS. La implementación de dicha política nacional en principio toma en cuenta la diversidad social, cultural,

geográfica, histórica y política para favorecer la superación de los factores que afectan a esa población y que crean las condiciones de vulnerabilidad. Uno de los aspectos más relevantes de esa política es el que la misma reconoce la existencia y eficacia de su medicina y el derecho a su mantenimiento en tanto es una parte central de la cultura.

La atención indígena en el ámbito del DSEI se realiza a nivel de la Atención Primaria de Salud (APS). De acuerdo con las diferencias logísticas y territoriales de cada DSEI, el servicio se realiza de diferentes formas, que se adapta a las especificidades de los pueblos indígenas a los que se da cobertura. El servicio se realiza, o bien a través de equipos fijos en el territorio que utilizan las estructuras de salud locales, o desde los equipos móviles, que atienden a la población en sus domicilios o en estructuras de apoyo, dentro de un ámbito territorial determinado.

La atención a la población indígena se da desde las Unidades Básicas de Salud Indígena (UBSI)<sup>6</sup>, que son establecimientos ubicados en los territorios indígenas, que ejecutan las actividades de los servicios de atención a la salud y saneamiento realizados por los Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena (EMSI). Luego están los Polos Base Tipo I, que son establecimientos de salud ubicados en aldeas y que cumplen el rol de administración y organización de los servicios de atención a las necesidades de salud y saneamiento de la población indígena, lo cual lo hacen como ejecución directa en las áreas de cobertura y de polo base definidas dentro del territorio del Distrito (DSEI).

El siguiente nivel es el Polo Base Tipo II, que son los establecimientos de salud localizados en las áreas urbanas; están destinados de manera

exclusiva a la administración y organización de los servicios de atención de salud de la población indígena y al saneamiento en las áreas de cobertura del Polo Base que contempla el territorio del DSEI.

En el conjunto de establecimientos están las denominadas Casas de Salud Indígena (CASAI), que son espacios responsables de la acogida y asistencia a usuarios indígenas derivados por los demás servicios de salud del SUS. En estos establecimientos se realizan acciones complementarias de atención básica y especializada. Las CASAI son, también, lugares de albergue para los acompañantes de las personas en tratamiento que requieren compañía. En estos establecimientos se asegura que las acciones de intervención de salud tomen en cuenta el respeto por las especificidades socioculturales de cada pueblo indígena durante la atención en la red de referencia; hay disponibilidad de intérpretes y proporcionan la alimentación tradicional, así como el acompañamiento conjunto de la medicina tradicional usada por estos pueblos.

Cuando en estos establecimientos del primer nivel las demandas por enfermedad superan las capacidades de resolución, los pacientes son dirigidos a otros establecimientos de la red del SUS y trasladados a los municipios circundantes o donde exista una referencia indicada para cada caso, ya sea en un servicio especializado, pequeños, medianos o grandes hospitales, para asegurar una atención adecuada e integral.

En Perú el sistema de salud es descentralizado y se caracteriza por la existencia de diferentes modalidades de aseguramiento de la población. Este sistema está conformado por dos subsistemas, el sistema público y el privado,

---

<sup>6</sup> Las UBSI están compuestas por médico, enfermero, auxiliares o técnico de enfermería, agentes de epidemiología y agentes indígenas de saneamiento que, por lo general, viven y actúan en las comunidades y son representantes de la comunidad en los equipos de salud. Los equipos permanecen fijos en la localidad y cumplen su trabajo en un régimen itinerante de permanencia y relevo.

con sus respectivas instancias de gobernanza, regímenes de financiamiento e instituciones prestadoras de los servicios de salud. La gobernanza del sistema está a cargo del Sistema Nacional Coordinador y Descentralizado de Salud (SNCDs), conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), que es el órgano rector de la salud a nivel nacional, y por el Seguro Social de Salud (ESSALUD). Este sistema incluye también los seguros de salud de las municipalidades, de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, así como los servicios del sector privado, de las universidades y de la sociedad civil organizada. El sistema se financia a través de la contribución directa e indirecta y de los subsidios del Estado para la población de baja renta y la no asegurada. En este último régimen de financiamiento se enmarca el Seguro Integral de Salud (SIS), que constituye el principal prestador del servicio para la población indígena<sup>7</sup>.

En el ámbito de la salud intercultural, a pesar de no contar con un sistema específico de salud en la línea del SIASI/SUS brasileño, el Estado peruano se ha esforzado en las últimas dos décadas por institucionalizar y regular acciones de salud intercultural adecuadas a la diversidad que caracteriza a la sociedad peruana. En este sentido, desde el año 2001, el MINSA elabora una serie de informes sobre la situación de salud de los pueblos indígenas en diferentes regiones, denominado Análisis de Situación de Salud Indígena (-ASIS Indígena-), que promueve el enfoque intercultural en los servicios de salud tomando en cuenta las especificidades de cada pueblo indígena en el contexto de la relación salud – enfermedad. Un avance importante en Perú es el establecimiento de la Política Sectorial de Salud Intercultural (2016), que es

de aplicación obligatoria para todas las IPRESS del subsistema público, incluyendo toda la red antes mencionada.

Desde una visión de conjunto para el *Vale do Javari*, tanto Brasil como Perú cuentan, respectivamente, con actores de salud locales, como es el caso de los Agentes Indígenas de Salud (AIS), los Agentes Indígenas de Saneamiento (AISAN) y los Promotores de Salud en el Perú. Ambos países tienen como estrategia común la realización de visitas domiciliarias y comunitarias, las cuales son realizadas en Brasil por los denominados Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena (EMSI) y por los equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED). En Perú también realizan misiones específicas de salud de la Marina en Angamos.

En la región del Javari, a excepción de Atalaia do Norte, que es un establecimiento de media complejidad, así como el Hospital de Guarnição de Tabatinga (HGuT), la mayoría de los establecimientos son del primer nivel de atención, y por lo tanto, realizan actividades de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de baja complejidad.

En Perú, los Matsés se derivan al centro de salud ubicado en el anexo Buenas Lomas, sobre el río Choba (CN Matsés), y al Centro de Salud Angamos, ambos vinculados a la microrred de Angamos. Los Yagua de Nueva Esperanza se derivan al Puesto de Salud de Nueva Esperanza y al Centro de Salud de Islandia, ambos vinculados a la microrred de Islandia, que también incluye los puestos de salud de Santa Teresa y Buen Suceso, en la región del Javari medio. Los casos que requieren una atención más compleja son derivados al Hospital Regional de Loreto, en Iquitos.

<sup>7</sup> Es importante señalar que según datos del año 2010, entre el 10 al 20 por ciento de la población peruana se encontraba excluida del sistema de salud, a pesar de los esfuerzos emprendidos por el Estado en el ámbito nacional por medio del MINSA. La población no asegurada en el área focal prioritaria de este informe sigue siendo significativa, especialmente en el distrito de Yavarí.



En Brasil, el DSEI del *Vale do Javari* tiene ocho Polos Base en la TI *Vale do Javari*, además del CASAI en Atalaia do Norte y una Casa de Apoyo en Tabatinga. Los casos que requieren atención de mediana complejidad son derivados al Hospital Municipal de Atalaia do Norte, y los de mediana a alta complejidad son derivados al Hospital de Guarnição de Tabatinga (HGuT), la Unidad de Atención de Urgencias (UPA) de Tabatinga y el Hospital Pronto-Socorro (HPS) 28 de agosto en Manaus. En estos casos, los pacientes indígenas y sus acompañantes también cuentan con la estructura de la CASAI en Tabatinga y Manaus. Además de los establecimientos mencionados, cualquier caso que requiera atención específica puede ser derivado a otras unidades de referencia de la red del SUS.

Desde una visión general de la problemática de salud en esta Región del *Vale do Javari* en Brasil y Perú, se puede afirmar que, en comparación con los indicadores de salud a nivel nacional, son más precarios que la media nacional de los dos países, ya que hay elevadas tasas de mortalidad materno-infantil y una alta prevalencia de enfermedades que son en su mayoría prevenibles, como las enfermedades diarreicas, del aparato respiratorio superior, paludismo, helmintiasis, tuberculosis, hepatitis viral (HDB y HDV), leishmaniasis y otras que son prevalentes en la región. Uno de los aspectos importantes a resaltar es que el perfil epidemiológico que se obtuvo a partir de los datos proporcionados en el estudio muestra que en todos los grupos etarios las enfermedades y la mortalidad expresa inequidades sanitarias. Aunque la mayoría de las enfermedades registradas indican un perfil tradicional y recurrente de las mismas. Hay cambios significativos en dicho perfil ya que se registra una mayor cantidad de notificaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles en los pueblos indígenas, debido principalmente a dos factores de riesgo claramente identificados: los cambios en los hábitos alimenticios y los cambios en el modo

tradicional de vida de estas poblaciones, que inciden en las condiciones de salud.

Algunos de los grupos que viven en ciertas áreas de la Amazonía y de la región estudiada, se ven más expuestos a los problemas de salud como consecuencia de los flujos migratorios, las actividades extractivas como la minería, la deforestación o la implantación de proyectos de desarrollo, los cuales generan múltiples vulnerabilidades; este hecho se relaciona los procesos históricos y actuales de colonización e invasión de los territorios de los pueblos indígenas. Además de esa irrupción en sus espacios de vida, los efectos agudos de las epidemias con sus ciclos de contagio, la disrupción social y la precariedad de la salud de estos pueblos traen otras consecuencias como la desnutrición, la baja esperanza de vida, los cambios en los hábitos alimentarios, entre otros aspectos que se añaden al complejo panorama de salud de estas poblaciones.

Otros factores de vulnerabilidad son las diversas restricciones al uso exclusivo de sus territorios que afectan la seguridad alimentaria de las poblaciones, así como los proyectos de ajuste y modernización que expulsan a la población a las grandes ciudades, cuyas vidas se desenvuelven en medio de la precariedad. Estos factores e inequidades en las condiciones de vida y situación de salud de los pueblos indígenas inciden en la elevada prevalencia de enfermedades de distintos tipos, entre ellas las infecciosas y afectaciones a la salud de la población, lo cual es un desafío para manejar los impactos de los procesos epidémicos.

En el manejo de la salud en Brasil, se destaca la fragilidad de las SASI/SUS, que vienen acarreando problemas de falta de infraestructura adecuada, insuficiencia de equipamiento de protección personal y de la infraestructura, reducida disponibilidad de medicamentos e insumos, alta rotación de los profesionales de la salud, dificultades en garantizar la formación continua y adecuada

de los equipos, problemas de integración con la red de salud, y la situación de precariedad e insalubridad de las CASAI. Estos problemas se agudizan más en el caso de los DSEI de áreas en el *Vale do Javari* que atienden en lugares más remotos con la consecuente dificultad de comunicación, logísticas y por la misma complejidad de la atención a los pueblos indígenas en contextos interculturales.

Con el inicio de la pandemia de COVID-19 en Brasil, se observó el impacto en la salud de las poblaciones indígenas y la debilidad de los servicios de salud ante emergencia de esa magnitud. Esto, por ejemplo, se manifestó en la baja disponibilidad de las unidades de cuidado intensivo y en las complejidades logísticas derivadas de las grandes distancias para que los pacientes accedan a los establecimientos de salud de mayor complejidad. Sumado a esto, las inequidades en las condiciones de vida y la situación de salud de dichos pueblos con la prevalencia de otras enfermedades infecciosas, se presentó como un desafío importante para gestionar la crisis sanitaria y garantizar el aislamiento en medio de dinámicas cotidianas que dificultaban dicha gestión para hacer frente a un amplio abanico de problemas derivados de la pandemia.

La situación epidemiológica en el contexto fronterizo del *Vale do Javari* a partir de los datos generados por el registro de las enfermedades de notificación obligatoria, más la información epidemiológica focalizada del municipio de Atalaia do Norte, del DSEI *Vale do Javari* en el Brasil, y de la región de Loreto en el Distrito de Yaquerana y Yavari en Perú<sup>8</sup>. En este contexto, las principales enfermedades registradas en

el área focalizada fueron las enfermedades del sistema respiratorio, específicamente las enfermedades de las vías respiratorias superiores, en su mayoría causadas por virus. Otra patología ampliamente notificada fue el paludismo, principalmente en su forma Vivax, con indicadores en niveles muy altos incluso para un área endémica, como es el caso del *Vale do Javari*. En el grupo de niños menores de 5 años también se destacan los indicadores de morbilidad de las enfermedades diarreicas agudas, lo que indica una deficiencia en el saneamiento en esta región, ya que estas patologías en su mayoría son transmitidas por el agua. Otro indicador importante en la región es la presencia de Hepatitis virales tipo B y Delta, destacando la alta prevalencia y baja incidencia de la condición, lo que puede demostrar un control efectivo de la patología a través de la inmunización y prevención de la transmisión vertical en los últimos años.

En vista de lo anterior, es posible concluir que las acciones de salud dirigidas a esta región deben actuar principalmente en el control de la transmisión de enfermedades infectocontagiosas a través de acciones de prevención, protección e inmunización. El control de la circulación de estas enfermedades genera en consecuencia un cordón sanitario alrededor de estos pueblos altamente vulnerables. Es importante que este control considere factores más amplios, como la seguridad territorial, garantizar el acceso a agua limpia para el consumo humano, controlar la deforestación, la minería ilegal y el movimiento de invasores en el territorio, asegurando la efectividad del cordón sanitario.

---

<sup>8</sup> Las fuentes consultadas de esa información fueron, en su mayoría, las que constan en los sistemas de información oficial de salud de Brasil y los datos del SUS. También se usó la información de investigaciones publicadas como el estudio de Diagnóstico situacional sobre el Sistema Único de Salud con énfasis en la atención de las poblaciones indígenas y ribereñas de los Distritos de Yavari y Yaquerana, a través del informe de "Análisis de la Situación de Salud, ASIS 2018 de Loreto", así como los datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) publicados y los que constan para la consulta pública en la página web del CDC.



Reunión en la Aldea Misión Tirió. | Foto: Archivo OTCA

## 2.2. La situación de salud en la Región de la Triple Frontera entre los países de Brasil, Guyana y Surinam

En el informe sobre la Región de la Triple Frontera en Brasil, Guyana y Surinam se plantea que un sistema de salud debe ser entendido, no solo desde la producción normativa expresada en los documentos oficiales, sino y más fundamentalmente desde las prácticas cotidianas de la población, así como desde sus propios itinerarios terapéuticos<sup>9</sup> y sus formas tradicionales de autocuidado. En este contexto, las necesidades de salud pública de un Sistema Nacional y colectivo responden a una serie de intereses específicos, y de manera particular a los resultados que tomen en cuenta la interdependencia social entre las personas y sus especificidades socioculturales. Desde esa perspectiva, es un reto para el Estado ofrecer respuestas coordinadas e integradas a través de

la infraestructura estatal, en particular cuando se presentan desafíos de salud pública como en el caso de la pandemia o de las epidemias que se han presentado históricamente.

Por otra parte, los sistemas de salud coexisten con las prácticas de salud individuales, familiares y colectivas. La manera como los sistemas funcionan y se organizan va a depender, a su vez, de cómo la sociedad-gobierno, mercado y comunidad, - asume la responsabilidad por la salud de la población y cómo esos resultados son percibidos en la vida y en la salud de los individuos. Esta parte del informe de la referida región trata de la situación de salud en el área transfronteriza de Brasil, Guyana y Surinam. Los resultados que

<sup>9</sup> Los itinerarios terapéuticos son los recorridos que hacen las personas por las distintas opciones o alternativas que se presentan en el medio para dar respuesta y solución a los problemas de salud individuales o colectivos. Los itinerarios se hacen más complejos en la medida en que coexisten distintos sistemas médicos y por lo tanto un contexto de pluralidad que lleva a la población por distintos caminos hasta dar con una solución o respuesta culturalmente apropiada para resolver la relación salud – enfermedad.

se presentan a continuación toman como base el análisis comparativo de las experiencias de la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS) en los tres países realizado a través de los datos del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS); la investigación directa en las plataformas digitales de los respectivos ministerios e instituciones gubernamentales de los países en cuestión, así como en artículos académicos especializados, y la perspectiva de campo obtenida de los equipos de salud que actúan en el territorio focalizado, así como desde los diálogos mantenidos con profesionales en distintos campos del conocimiento y con los líderes sociales de los respectivos territorios.

En la república de Brasil, la Constitución Federal (1988) dispone que la salud es un derecho ciudadano y deber fundamental del Estado, y en ese sentido asume de manera directa la cobertura y la asistencia de salud para la población en general. Esta política pública y derecho funcionan a través del Sistema Único de Salud (SUS), el cual cuenta con servicios propios vinculados a las distintas esferas de gobierno: federal, estatal y municipal. Los servicios de salud básicos son asumidos por los municipios, en tanto que los de mediana y mayor complejidad son asumidos por los Estados federativos. El Ministerio de Salud es el responsable de la regulación y vigilancia epidemiológica del sistema a nivel nacional, además de otras funciones de gestión y de financiamiento. En este sentido, toda la población tiene derecho al acceso a los servicios de salud ofrecidos en sus territorios y cuenta, también, con un plan de servicio de salud privado.

De acuerdo con la Investigación Nacional de Salud (2019) la proporción de personas que poseían algún tipo de plan de salud privado en la zona rural de Brasil era del 7%, y la media urbana a nivel nacional era del 32%. La red privada se trata como un sistema complementario que puede ser requerido por

el poder público para exámenes, diagnósticos y atenciones de media y alta complejidad, principalmente en los hospitales.

De manera similar, tanto la población de Guyana como la de Surinam tienen derecho a la salud y la misma es garantizada por las Constituciones de los dos países. En el caso de Guyana, la salud es asumida indirectamente como responsabilidad de gobierno y hace referencia a los deberes que los ciudadanos tienen en la participación para mejorar el medio ambiente y la protección de la salud. En Surinam se estipula como un deber del Estado promover la atención de la salud a través del mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y la provisión de educación para la protección de la salud.

La estructura de gobierno de Guyana es descentralizada o tiene redes locales bajo la jurisdicción del Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional. El rol y funciones están legalmente definidos por la Ley de Consejos Municipales y Distritales de 1988, y la Ley de Gobiernos Locales de 1998. Las diez regiones que conforman la división político-administrativa del país cuentan con un Consejo Democrático Regional (CDR), que es la máxima estructura de gobierno a nivel regional y es responsable de todos los servicios sociales de la región, por lo que los recursos de salud son compartidos entre el Ministerio de Salud y los CDR. Cada CDR tiene un Departamento de Salud y un Comité Regional de Salud (CRS) donde las estructuras locales desempeñan un papel fundamental en la Atención Primaria de Salud (APS) y los servicios prestados a las comunidades indígenas. El CRD y la plataforma agrupan a los principales actores del sector de la salud y a los líderes regionales en la planificación de salud.

Por su parte, la estructura de gobierno de Surinam muestra diferencias significativas en relación con el anterior país. Este país no cuenta con un gobierno local para la salud

y, por lo tanto, los niveles subnacionales de gobierno no tienen autoridades y atribuciones específicas para la prestación de servicios de salud, sino que utilizan instituciones semiautónomas para brindar esta atención. El gobierno tiene cierto control sobre estas instituciones a través de juntas designadas y mediante financiamiento público del Ministerio de Salud. Sin embargo, a diferencia de las entidades públicas subnacionales, estas instituciones no pueden rendir cuentas a las poblaciones locales. Por lo tanto, las poblaciones atendidas tienen una influencia limitada en las instituciones de atención primaria de salud; sin embargo, cabe señalar que el país está en proceso de desarrollar un gobierno local a nivel distrital.

Dada la ausencia de gobernanza local en Surinam, los recursos públicos provienen en su totalidad del gobierno nacional. El Ministerio de Finanzas recauda impuestos y asigna fondos para la salud a cuatro ministerios diferentes que se ocupan de brindar servicios a varios segmentos de la población: Ministerio de Salud (contrata instituciones semiautónomas como proveedores de salud para la población en general), Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda (financia a la población en situación de pobreza), Ministerio de Defensa (responsable de los miembros de las fuerzas armadas y sus familias) y Ministerio de Justicia y Policía (responsable de los miembros de la seguridad pública y la justicia). Por lo tanto, el Ministerio de Salud asigna recursos a algunas fundaciones semiautónomas no gubernamentales y estatales involucradas con la APS, como la ONG Misión Médica (*Medische Zending* – MZ), que trabaja con comunidades indígenas y no indígenas del interior de Surinam.

Uno de los aspectos importantes de la política nacional de salud en Brasil es la Atención Primaria de Salud (APS); a esta se le considera como una de las estrategias principales del modelo y tiene como objetivo brindar una

atención integral a la población centrada en la familia y la comunidad basada en la prevención y promoción de la salud como lineamientos de procesos concatenados; sin embargo, su aplicación ha sido diversa pero mantiene una constante en la provisión de servicios básicos en lugares remotos con la adopción de agentes comunitarios remunerados y la articulación desde el nivel del gobierno federal y en las Tierras Indígenas (TI). El servicio de salud se organiza desde el Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI). En el caso del Parque Tumucumaque la asistencia de salud al pueblo indígena Tiriyo es actualmente una atribución de la SESAI regentada por el Ministerio de Salud y se ejecuta a través del DSEI de Amapá del Norte de Pará con los Polos Base de la Misión Tiriyo y de Bona, donde se ofrece la APS.

En el caso de Guyana existen pocos servicios de salud, ya que estos están concentrados en los hospitales ubicados en las áreas urbanas que atienden indistintamente a la población indígena y no indígena. En este país la APS se proporciona desde una red regional de

Reunión en la Aldea Misión Tiriyo. | Foto: Archivo OTCA





*El contexto transfronterizo impone desafíos logísticos. | Foto: Archivo OTCA*

alcance nacional supervisada por el Ministerio de Salud de este país. En Surinam la APS está dividida geográficamente en dos redes subnacionales, una dirigida a la parte costera y la otra al interior en la Región Amazónica. En los dos países mencionados, los servicios de salud se concentran en las áreas urbanas y en el litoral. En Surinam la APS está dividida en redes de servicios que van desde los puestos de salud, que están poco equipados, a los centros de mayor resolución. En el área focalizada hay dos centros de salud que están más próximos a las comunidades indígenas en la frontera con Brasil y Guyana. En los tres países la APS, a más de la prestación de los servicios de prevención y promoción, también se encargan de la atención curativa y de rehabilitación. Se prioriza la salud materno – infantil y la curación de enfermedades comunes y en menor medida las crónicas. En común dan también servicios de educación para la salud y campañas de vigilancia y detección de morbilidades en poblaciones de alto riesgo o de vulnerabilidad.

En Guyana, las instalaciones de APS también tienen un papel en la salud ambiental y los asistentes de salud ambiental son parte del equipo de salud. En Surinam, por el contrario, la salud ambiental es tratada como una prioridad por la Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, sin articulación con las instancias de la APS que brindan servicios de salud a la población del interior. Otra característica importante identificada en Guyana y también en Brasil, es que los puestos de salud cuentan con agentes comunitarios de salud, mientras que en Surinam no se utiliza este modelo.

Sobre la base de los datos obtenidos se encontró que tanto en Guyana como en Surinam los establecimientos de APS son relativamente numerosos en el interior para la pequeña población indígena total de los países referidos; sin embargo, estos establecimientos disponen de acceso limitado en la prestación de los servicios de salud, así que para acceder a una oferta más amplia de atención de salud, las personas del interior tienen que enfrentar grandes barreras de acceso por las largas distancias y la compleja logística que eso implica, ya que tienen que trasladarse por medio fluvial, terrestre y en ocasiones por vía aérea. Algunas de las estrategias adoptadas por los países para reducir la necesidad de desplazamiento de los pacientes a los centros de diagnóstico u hospitales ha sido la ampliación de equipos médicos móviles en los territorios, como es el caso de Guyana, o la realización de brigadas médicas como es el caso de Surinam.

En los dos países se evidencian diferencias entre las regiones geográficas de la costa y el interior. Si bien, por ejemplo, los programas de salud reproductiva y salud infantil evidencian menores disparidades, no es éste el caso con la disponibilidad de tecnologías de salud, que se concentran más en las regiones costeras. Esas disparidades en la prestación de los servicios se dan también en Brasil si se compara la Amazonía con el resto del país, ya

que la implementación del SUS tropieza con barreras en las comunidades rurales, ribereñas e indígenas que habitan regiones selváticas a orillas de grandes ríos y sus afluentes.

En estas zonas, el sistema de salud pública, si bien ha mejorado progresivamente, tiene un alcance insuficiente debido a las grandes distancias, la baja densidad demográfica y la alta dispersión de la población. Por otra parte, faltan mecanismos de cobro compensatorio por la costosa logística amazónica en municipios del tamaño de países, con dificultades de comunicación, transporte e interiorización de los equipos de salud, diferentes perfiles de morbilidad y mortalidad en comparación con el resto del país, además de la baja inversión en infraestructura y saneamiento destinadas a esas áreas. La distancia, las disparidades y la falta de transporte son los aspectos comunes en estos tres países.

Por otro lado, y de alguna manera, la implementación del Subsistema de Salud Indígena en Brasil ha reducido las diferencias en cuanto al acceso a los servicios, y de igual manera las estrategias de búsqueda activa de la población requerida en comunidades remotas de Guyana y Surinam<sup>10</sup>. En estos dos últimos países la principal disparidad entre las poblaciones costeras e interiores de Guyana y Surinam está en la disponibilidad de diagnóstico y tratamiento para enfermedades o emergencias médicas que requieren atención urgente y la asistencia de profesionales altamente especializados o tecnologías de intervención clínica avanzadas. Tierra adentro, el acceso a la atención médica muchas veces se da a través de visitas periódicas, pero no sistemáticas como es el caso en la región costera.

En ambos países, las autoridades sanitarias responsables de los servicios de salud del

interior informaron, en el marco del estudio realizado, que la demora en el diagnóstico oportuno, incluida la detección temprana de embarazos de alto riesgo, genera altos costos de transporte de emergencia del interior a las zonas urbanas.

En el interior de Guyana, las instituciones de APS son, en la mayoría de los lugares, la única opción para acceder a los servicios de salud pública; sin embargo, cuando existe la opción de viajar, la población busca atención médica hospitalaria. Para la atención de las poblaciones indígenas, teniendo en cuenta que la mayoría de las aldeas indígenas son pequeñas, están aisladas y se encuentran en entornos geográficos difíciles, el Ministerio de Asuntos Amerindios remite a los pacientes de las aldeas remotas a Georgetown, donde el Departamento de Salud y Bienestar del Ministerio de Salud brinda atención y hospedaje a los pacientes y organiza el transporte de regreso después de recibir atención ambulatoria y hospitalaria en el Hospital Público de Georgetown<sup>11</sup>.

El departamento de Servicios Regionales de Salud, con el propósito de ampliar la cobertura en el interior del país, organiza los equipos móviles con personal especializado y capacitado para la atención especializada a través del Hospital Público de Georgetown. El objetivo es mejorar el acceso a la atención especializada acercando al especialista a un grupo de pacientes, en lugar de que los pacientes se muevan uno por uno en busca de atención secundaria y terciaria. El segundo objetivo es reducir el número de evacuaciones de emergencia de pacientes, lo que a menudo significa utilizar un costoso transporte aéreo. La evacuación de emergencia muchas veces es el resultado de la falta de oportunidad para diagnosticar a pacientes e iniciar los tratamientos necesarios.

<sup>10</sup> (Goede, 2014).

<sup>11</sup> (Goede, 2015).

En Surinam, para la población del interior, la ONG *Medische Zending* (MZ) cuenta con una coordinación interna organizada en cuatro grandes áreas geográficas, con puestos de salud, policlínicos básicos y un centro de salud. Los directores de las regiones son los médicos y los auxiliares de salud más experimentados que son los jefes de los policlínicos. Como en los otros países, el nivel APS es la puerta de entrada al sistema de salud en Surinam y tiene una función de filtro. Los médicos de las instituciones de APS son responsables y facilitan las derivaciones a los niveles de atención secundario y terciario. La entrada a estos niveles superiores requiere una carta de referencia de un médico de cabecera.

Para mitigar el impacto de la distancia entre las comunidades y los servicios especializados, la MZ, en colaboración con los especialistas de hospitales y diferentes instituciones de salud, organiza jornadas médicas periódicas para facilitar el transporte individual de pacientes de las comunidades de difícil acceso. En

*Centro Comunitario. | Foto: Archivo OTCA*



estas misiones se ha incluido recientemente la atención oftalmológica, dermatológica y pediátrica. Se conoce también que MZ está desarrollando el uso de la telemedicina en el campo para mejorar el acceso a la atención especializada.

En Brasil, como se manifestó, la población indígena en la frontera está atendida en sus territorios por un equipo de salud básico y por las condiciones de salud locales, se necesita la atención especializada, respuesta a emergencias o de apoyo diagnóstico. Los pacientes indígenas que son transferidos a una ciudad son acogidos en las CASAI, que están bajo la gestión del DSEI. Los Tiriyo de PIT, por ejemplo, son atendidos en la ciudad de Macapá. Los establecimientos de salud de mayor complejidad son incentivados para atender a la población indígena de forma diferenciada tomando en cuenta sus costumbres y cultura.

Las distancias y dificultades logísticas que implican la evacuación de emergencias muchas veces hacen necesaria la evacuación por vía aérea. Algunas de las comunidades de Brasil reciben, también, el apoyo especializado dentro de las TI, a las que se acude con jornadas de cirugías u oferta local de servicios ambulatorios para enfermedades no comunes en el interior de la Amazonía. Esos servicios son esporádicos y se proporcionan mediante acciones de cooperación entre las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

En Guyana los equipos de salud territoriales muchas veces son incompletos y por lo tanto hay una mayor presión sobre los profesionales de la salud de nivel medio sobre los técnicos de salud que forman parte de los programas gubernamentales como Medex, en los cuales participan los Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Esta ha sido, también, una estrategia importante para el acceso a la APS que atienden a la población en áreas remotas. Tanto en Guyana como en Brasil los equipos



son capacitados con un fuerte énfasis en prevención y promoción de la salud, así como en primeros auxilios y en trabajo de laboratorio en los lugares donde hay esa infraestructura. Es importante destacar que los ACS juegan un rol muy importante no solo por su formación, sino por el prestigio que tienen en las comunidades del interior, como es el caso de los ACS de Medex, que en las aldeas más aisladas sirven como puente entre las aldeas y el sistema nacional o, como lo llaman, el “mundo de afuera”. En Surinam los equipos de APS están compuestos por un médico, enfermera o auxiliar de enfermería, o enfermera/partera, auxiliar de farmacia y auxiliar de laboratorio en el caso de los establecimientos que prestan ese servicio. En ese mismo contexto están los llamados “Auxiliares de Salud” que son trabajadores de la salud de nivel medio y constituyen el eje de la prestación de servicios de salud en las poblaciones amazónicas, entre otras razones porque son miembros de las mismas poblaciones indígenas capacitados a lo largo de cuatro años, a lo que se suma su propio bagaje sociocultural.

Los servicios de salud en los tres países incluyen el enfoque intercultural; sin embargo, difieren entre ellos. En Brasil, a pesar de los avances que se han dado en términos del acceso y provisión de servicios en áreas remotas y de la implementación de la política pública de salud indígena, no necesariamente se ven avances en relación con la sensibilidad que se requiere para trabajar en contextos interculturales ya que el modelo adoptado pone el énfasis en lo biomédico. La adecuación de un modelo de salud considerando las especificidades culturales es el eje central de la Política Nacional de Atención a la Salud Indígena, siendo la identidad étnica un elemento crucial que convierte a los pueblos indígenas en beneficiarios de un subsistema de salud. Sin

embargo, varios autores<sup>12</sup> señalan la necesidad de trabajar en propuestas oficiales orientadas al diálogo intercultural. No obstante, de la revisión realizada a los documentos se aprecia que no hay una priorización del tema y esto es señalado como una deficiencia del sistema tanto por las mismas instituciones como por los líderes indígenas.

En el caso de Guyana la interculturalidad en salud está relacionada con la participación indígena en la estructura de gobierno. La Ley de Amerindios (2006) establece un Consejo Nacional de “Toshoas” o jefes tradicionales, donde las 200 aldeas amerindias tienen un Toshoa. Esta Ley establece la consulta de todos los pueblos indígenas en la toma de decisiones nacionales que puedan influir en la situación y vida de los pueblos indígenas. También regula las facultades y responsabilidades de los Toshoas y los concejales que forman parte de las estructuras de gobierno de la aldea. La atención se centra de manera especial en los derechos sobre la tierra, pero también incluye la protección de la cultura y el patrimonio indígenas, la promoción del uso de las lenguas indígenas y el desarrollo de estrategias para reducir la pobreza y mejorar el acceso a la educación y los servicios de salud<sup>13</sup>.

En Surinam, la interculturalidad rara vez se menciona en los documentos de política pública. Cuando lo hace, es en el sentido de afirmar la importancia de tomar medidas culturalmente apropiadas o la necesidad de sensibilidad cultural en la APS. Esto muchas veces incluye la participación de las organizaciones locales y, por lo tanto, va de la mano con la participación social y la colaboración entre el sistema local de APS y sus poblaciones. Sin embargo, el trabajo colaborativo con cuidadores locales llevado a cabo por *Medische Zending* en asociación con

<sup>12</sup> Pedrana et al., 2018; Pellon et al., 2010; Mendes et al., 2018; Garnelo et al., 2012

<sup>13</sup> Gobierno de Guyana, 2006.

otras instituciones es un ejemplo importante de interculturalidad. Un ejemplo fue la colaboración, a principios de la década de 2000, con Amazon Conservation Team (ACT) para llevar a cabo un proyecto piloto sobre las posibilidades de integrar la medicina tradicional en la atención médica regular.

A continuación, se presentan los perfiles de morbilidad<sup>14</sup> en la población indígena que vive en el Parque Indígena Tumucumaque en la frontera entre Brasil y Surinam y que se caracteriza por ser una población mayoritariamente Tiriyo. La información se basa en el análisis de la situación de enfermedad de la población indígena desde el modelo explicativo de la medicina occidental y establece el tipo y la dimensión de los problemas prevalentes de las patologías que afectan a la población indígena<sup>15</sup>.

En este sentido, se observa que el problema fundamental de la población se relaciona con las enfermedades infecciosas y parasitarias, que representan el 46% del total de los casos registrados en ese periodo. Un porcentaje significativo de las consultas (31%) eran por síntomas para los que no se llegó a un diagnóstico etiológico, lo que significa que 1 de cada 3 personas que fueron a la consulta no pudieron ser diagnosticadas. Al respecto, se puede inferir que la situación se debe a la ausencia de médicos o de los debidos soportes para contar con un diagnóstico. Las otras patologías más frecuentes fueron las enfermedades osteomusculares y del tejido conjuntivo (7,5%), las enfermedades digestivas

(4,9%) y las lesiones y envenenamientos (3,6%). Las infecciones respiratorias son las patologías más frecuentes y se presentan en todos los grupos etarios a lo largo del ciclo de vida; sin embargo, la mayor frecuencia se observa en los grupos de edad de 1 a 4 años. Estas infecciones respiratorias representan el 59% de los diagnósticos en esa franja de edad.

Las principales causas de morbilidad en la región son las enfermedades infecciosas y respiratorias. Este fenómeno trasciende más allá de ser solo una característica epidemiológica; también es evidencia de un proceso histórico que hasta el momento no ha sido superado por las intervenciones sanitarias de la sociedad nacional.

Esta evidencia epidemiológica actualiza una importante discusión sobre la mayor susceptibilidad de los pueblos indígenas a las epidemias. La memoria histórica de las epidemias que mayor impacto tuvieron en la reducción demográfica de los pueblos indígenas combinada con la persistencia de las enfermedades infecciosas, como se ha demostrado, nos lleva a concluir que existe una continuidad histórica secular de mayor vulnerabilidad epidemiológica de la población autóctona a las patologías endémicas. Como consecuencia de la experiencia social del impacto de las enfermedades infecciosas, las diferentes poblaciones indígenas crearon la categoría de “enfermedades blancas” o “enfermedades externas” para describir la modalidad epidémica. Las primeras epidemias devastadoras fueron las de viruela

<sup>14</sup> Para la presentación de los perfiles epidemiológicos de la población indígena que vive en el PIT, los datos fueron compilados del total de las consultas realizadas en el año 2016 y notificadas en el Sistema de Salud Indígena (SIASI). Los diagnósticos fueron realizados por los equipos de atención básica del DSEI de Amapá del Norte del Pará, Polo Base Misión Tiriyo.

<sup>15</sup> Para establecer el perfil y estructura de la morbilidad se analizaron los registros de cada consulta realizada en respuesta a las demandas de atención a los servicios de salud, ya sea para control de salud de gestantes y niños y exámenes de salud de adultos y ancianos, así como diagnósticos de patologías según la evaluación clínica de pacientes atendidos por médicos, enfermeras, auxiliares y técnicos de enfermería, agentes indígenas de salud, entre otros, fuera del ámbito de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas e información municipal o estatal sobre atención hospitalaria en el caso de pacientes derivados a otros niveles de atención más complejos.

y sarampión, las infecciones respiratorias (de donde se adopta la palabra “gripe”), además de otras conocidas con los nombres genéricos de “fiebres intermitentes” y otras.

Si bien la definición de políticas públicas y la formulación de programas de salud deben considerar todos los factores causales, así como la disponibilidad de tecnologías de diagnóstico más rápidas y medicamentos altamente efectivos contra patógenos, las comunidades indígenas aún viven con una alta prevalencia de enfermedades infecciosas. La persistencia de enfermedades infecciosas también está asociada a las condiciones sociales y ambientales de la población, principalmente a los factores externos que inciden en los modelos socioeconómicos de subsistencia, como el tipo y uso de la vivienda (clima protector, vivienda colectiva, hacinamiento doméstico, etc.), así como como la falta de higiene y el uso de agua contaminada, además de otros impactos ambientales como la deforestación.

Respecto a la COVID-19 y de acuerdo con el Boletín Epidemiológico del SESAI y del DSEI de Amapá del Norte, cuya población es de 13.135 personas, se tuvo un registro de 1.496 casos confirmados del COVID-19 y 9 fallecimientos desde el inicio de la pandemia. De la información local obtenida, se supo que de los 9 fallecidos dos fueron indígenas Tiriyó. A partir de estos primeros casos, se registraron otros que iban progresando a diario. Considerando que el hospital más cercano está a tres horas de viaje en avión privado y que había pocos profesionales en el área para atender a una población muy dispersa - más



*Zona fronteriza entre Brasil y Surinam.  
| Foto: Archivo OTCA*

de 3.000 personas, repartidas en un territorio equivalente a 20 ciudades de São Paulo -, las ONG como los Expedicionarios de la Salud (EDS) y el Instituto Indígena de Investigación y Capacitación (IEPÉ) se movilizaron para garantizar, junto con SESAI, la estructura logística y los recursos para la región.

### **La situación de salud en la Tierra Indígena de los Zo'é<sup>16</sup>**

Este pueblo está compuesto por una población de 325 personas, 156 del sexo femenino y 169 del sexo masculino; sin embargo, dada su movilidad ese tamaño demográfico no es fijo ya que viven en aproximadamente

<sup>16</sup> La información presentada con relación a los Zo'é es el resultado de un análisis técnico realizado a partir del relevamiento de datos en SIASI proporcionado por el Distrito Especial de Salud Indígena (DSEI) Guamá-Tocantins y por la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI) / MS, informes técnicos de las acciones de salud realizadas en la zona por el equipo de salud que trabaja en los pueblos de la Tierra Indígena, así como el resultado de diversas comunicaciones con el equipo multidisciplinario de salud indígena (EMSI) que trabaja directa o indirectamente en las acciones realizadas con los Zo'é, así como información cualitativa proporcionada por el médico Erik Jennings, responsable del equipo de salud en esa área.

30 aldeas dispersas. La mayor parte de la población es joven, entre los 10 y los 29 años. Anualmente hay una media de nacimiento entre los Zo'é de 7,9 nacimientos por año, y según los datos del médico Jennings hay una media de 2,1 fallecimientos por año, donde una de las primeras causas de mortalidad son las enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades infecciosas y parasitarias, del aparato circulatorio y causas externas. Entre los Zo'é, también se presentan enfermedades y muertes, según el mismo médico, por enfermedades congénitas potenciadas por la endogamia que se manifiesta en distrofia muscular progresiva e incurable, y entre los recién nacidos por una forma de malformación cardiopulmonar que también es incurable y rápidamente progresiva. La patología provocó dos muertes infantiles en los últimos años.

Se ha realizado vigilancia sanitaria para la detección de paludismo y leishmaniasis por parte de técnicos de enfermería que además de microscopistas se encargan de la notificación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento hasta el final del tratamiento. La vigilancia de la salud de los Zo'é cuenta con visitas esporádicas de integrantes del servicio de vigilancia epidemiológica de endemias del municipio de Santarém, que permanecen de 5 a 7 días en el área para aplicar insecticidas de ultra bajo volumen en las aldeas y realizar una búsqueda activa de casos asintomáticos para que el paludismo y la leishmaniasis disminuyan en las aldeas. Otros casos de morbilidad son los accidentes ofídicos; sin embargo, no se tienen registros de dichos accidentes. La USBI de la aldea de Cuminapanema cuenta con sueros antiofídicos y en las aldeas también hacen uso de sus conocimientos tradicionales. No se conoce si en otras DSEI tengan estos antídotos, y es una necesidad sentida de las aldeas contar con estos sueros para evitar complicaciones y para un tratamiento más rápido; sin embargo, a la fecha del estudio no se registraron muertes por esta causa.

Durante la pandemia, a partir de marzo de 2020 se establecieron estrategias para prevenir y combatir la COVID-19 en la Tierra Indígena Zo'é, y se estableció un flujograma y lineamientos para la atención de pacientes sospechosos y/o confirmados de infección por COVID-19, de los cuales se derivaron dos importantes documentos: el Plan de Contingencia por COVID-19 y el Protocolo de acceso a la Tierra Indígena Zo'é. El Frente de Protección Etnoambiental de Cuminapanema/FUNAI, junto con las autoridades competentes (Ideflor-Bio, MPF, IBAMA, DPF), han mantenido y protegido el a través de acciones de fiscalización en la Zona de Amortiguamiento de la Tierra Indígena Zo'é. Esta zona juega un papel fundamental como barrera sanitaria para evitar la introducción de la COVID-19 en el territorio Zo'é. En este territorio y a nivel local se estableció la Unidad de Atención Primaria Indígena (UAPI) para enfrentar a la COVID-19, se montó una estructura para el tratamiento de los síndromes asociados a esta enfermedad y se dotó de respiradores, red de oxígeno, concentradores de oxígeno, máscaras de alto flujo y medicinas para el soporte avanzado de la vida. Este establecimiento de salud fue el resultado de la cooperación con el Instituto de Investigación y Formación Indígena (IEPÉ) y la ONG *Expedicionários da Saúde* (EDS). Es importante mencionar que los Zo'é fueron inmunizados en su conjunto con la segunda dosis de la vacuna Coronavac.

En esta Región se toma como un modelo de atención el desarrollado para el pueblo Zo'é, que se considera como una forma importante de organización del sistema y se toma como un estándar de intervención para los pueblos indígenas que toma en cuenta las condiciones de los pueblos de reciente contacto y con alta vulnerabilidad, ya que se evidenció una gestión local y una acción coordinada y sinérgica entre la DISEI, SESAI y la FUNAI.

Es bien sabido que la epidemia de COVID-19 ha colapsado muchos sistemas de salud en la Amazonía. Un estudio epidemiológico comparativo entre países y regiones amazónicas (Nacher, 2021) señala que, aunque las regiones amazónicas, en general, tuvieron una menor tasa de crecimiento de la enfermedad que en Europa o EE.UU., o en el sur de Brasil, los estados amazónicos de Roraima, Amazonas, Pará y Amapá (en la frontera con Surinam y Guyana) tuvieron el mayor número de casos y muertes por millón de habitantes en el mundo. Se destaca que Guyana, a pesar del bajo número de casos confirmados, tuvo una mortalidad importante y Surinam se encontraba en una posición intermedia. Sin embargo, y presumiblemente, el número real de casos de COVID-19 fue mucho mayor que el número de casos confirmados por la fragilidad de los sistemas de salud ante la pandemia.

La Región Amazónica brasileña ha demostrado ser extremadamente vulnerable a los efectos devastadores de la pandemia de COVID-19. La pandemia ha puesto en el punto de mira el “desierto médico” de la región, donde además de profundas desigualdades socioeconómicas, existe una ausencia generalizada de políticas públicas de salud, equipamiento y recursos humanos. Las poblaciones indígenas, *quilombolas*, ribereñas, tradicionales y urbanas fueron severamente afectadas por la pandemia, principalmente por la falta de insumos, equipos e infraestructura médica necesarios para el tratamiento de los casos más graves de COVID-19. Manaus fue un ejemplo de la ausencia del Estado en la atención primaria y en los errores estratégicos en el manejo de la pandemia.

Específicamente con respecto a la población indígena de la región, Surinam se reportó altas tasas de mortalidad entre los indígenas por coronavirus, ya que, al 28 de febrero, el Panel COVID-19 registró un total de 172 muertes en Surinam, de las cuales el 16,2% eran indígenas. Esta es una tasa de mortalidad alta dado el

hecho de que los indígenas representan solo el 4% de la población total de Surinam. Además, el 20% del número total de infecciones por COVID-19 en Surinam (hasta marzo de 2021) ocurrió entre indígenas.

En cuanto a Guyana y Surinam, aunque no fue el enfoque evaluar en profundidad las características del sistema de salud local, podemos ver características diferentes si se compara estos tres países limítrofes. Mientras Brasil tiene un servicio dirigido a la población indígena y aparentemente ofrece más acceso a sus usuarios, en Guyana, por ejemplo, los sistemas municipales manejan a toda la población local siguiendo la lógica de participación social a través de comités y consejos populares conformados por representantes indígenas. En la práctica, los profesionales de salud de la atención primaria están compuestos por técnicos de nivel medio, denominados Medex, mientras que, en Brasil, el equipo de salud indígena está compuesto por profesionales multidisciplinarios con nivel de educación superior.

En Surinam, con un sistema de gobierno centralizado, la atención primaria está delegada a una ONG, la Misión Médica, que tiene cierta autonomía en la planificación y ejecución de acciones, siendo el Ministerio de Salud el responsable de la vigilancia epidemiológica, como es el caso del paludismo. Un rasgo común en los tres países es la baja oferta de médicos en los servicios de atención primaria. Ante esto, la Misión Médica suele promover jornadas médicas -concentración de servicios médicos en sitio por poco tiempo - en los territorios indígenas de la Amazonía.

Cabe señalar que el diálogo con los actores locales brindó una visión más realista y local de la situación de salud indígena en la frontera. Fue importante conocer la evolución de la pandemia en la región y cómo estos actores locales se organizaron para dar una respuesta coordinada.



Comunidad Palma Real, Madre de Dios, mujeres del pueblo Ese Eja, Perú. | Foto: Archivo OTCA

### 2.3. La situación de salud en la Región Parque Nacional Bahuaja – Sonene – Tambopata, frontera entre Bolivia y Perú

Esta región está habitada en especial por los pueblos indígenas Toromona de Bolivia y Ese Eja de Perú, que se encuentran en el Parque Nacional y Área Natural de Manejo Integrado Madidi y las áreas protegidas del Parque Nacional Bahuaja Sonene y la Reserva Nacional Tambopata, que es una región binacional. Se reconoce que existe una gran presión<sup>17</sup> sobre los territorios de estos pueblos y en general sobre los pueblos aislados y los de contacto inicial como los pueblos Araona, Ayoreo, Chácobo, Ese Eja, Mosetén, Pacahuara, T´simane, Toromana, Yuqui y Yuracaré.

En el ámbito de Bolivia, se consideran las Tierras Comunitarias de Origen (TCO) de los pueblos indígenas originarios circundantes al pueblo indígena en aislamiento Toromona. Estas TCOs son los territorios de ocho pueblos originarios: Tacana, Leco, Tsimane – Moseten, Ese Eja, San José de Uchupiamonas y Araona.

En la región de Madre de Dios, en Perú, la mayoría los pueblos indígenas tienen correlación con el territorio comunal que ocupan, pero ello no implica que todos los integrantes de la comunidad pertenezcan

<sup>17</sup> Unas de las presiones y amenazas más grandes a la vida y continuidad de estos pueblos en la actualidad son las actividades mineras, hidrocarburíferas, petroleras, madereras, barraqueras, ganaderas y cocaleras, así como el incremento en la deforestación y los incendios forestales. Una de las presiones más grandes es el cambio en el uso de los suelos que amplía la frontera agrícola. En este sentido, dichos factores ponen en riesgo la integridad de los pueblos indígenas en aislamiento, al extremo de colocarlos en puertas de un posible etnocidio (CEJIS, 2021; Diez Astete, 2017; Jiménez, 2019; EPN Bolivia, 2009; SERNAP, 2015). Asimismo se conoce el incremento de las actividades ilícitas, como el narcotráfico que se realiza en zonas remotas de la Amazonía de Perú y en las tierras bajas de Bolivia, lo que constituye un mayor peligro para los conflictos que podrían suscitarse, además del incremento de posibles contactos forzados y no deseados con los Pueblos Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial (Uzquiano, 2021).

a dicho pueblo e incluso los habitantes pueden no autoidentificarse como indígenas. En el ámbito de estudio se identificó las Comunidades Nativas (CCNN) donde habitan pobladores pertenecientes a los pueblos Ese Eja, Kichwa del Napo o Kichwa Runa, Shipibo-Konibo, Harakbut y Matsigenka. El estudio centra su interés en el pueblos Ese Eja, con sus comunidades Sonene, Palma Real e Infierno. Los pueblos indígenas en aislamiento en el ámbito del territorio del pueblo Ese Eja y las áreas naturales protegidas todavía no fueron identificadas y los estudios de Murtag y FENAMAD (2013) y del MINCU (2014) presumen que son los pueblos Toyeri, Illapade y no identificados.

En el Perú hay pueblos en aislamiento no identificados en el ámbito de las áreas naturales protegidas de Tambopata y Bahuaja Sonene. Un segundo grupo objetivo son los pueblos indígenas Ese Eja de Perú, que comparten territorio con los pueblos en aislamiento no identificados, localmente denominados Toyeri, Toromona o Illapade. Un tercer nivel son las comunidades indígenas adyacentes a los dos primeros grupos de pueblos. Los pueblos y territorios priorizados políticamente están ubicados en la frontera binacional amazónica de Bolivia y Perú, en dos regiones, en los Departamentos de La Paz, en Bolivia y Madre de Dios, en Perú.

El área de estudio comprende en Bolivia la división política y administrativa que abarca a los Departamentos del Beni y La Paz. En su interior están los ocho municipios de Ixiamas, San Buenaventura, Teoponte, Mapiri, Guanay, Palos Blancos, Alto Beni y Rurrenabaque. Son las unidades administrativas estatales más pequeñas y elaboran planes locales considerando las necesidades de las comunidades y organizaciones locales.

En el caso de Perú dicha división comprende regiones, provincias, distritos, centros poblados, comunidades campesinas y comunidades nativas. Otra unidad que define

el espacio territorial, por su relevancia en el territorio amazónico, es la cuenca hidrográfica. La cuenca del río Madre de Dios se divide en el Alto, Medio y Bajo Madre de Dios y a lo largo de esta cuenca se hallan asentados centros poblados, así como una diversidad de comunidades nativas. En el Perú, el pueblo Ese Eja, de la familia lingüística Tacana, se halla asentado en la provincia de Tambopata, en la cuenca del Bajo Madre de Dios.

Desde la perspectiva de salud, Bolivia está organizada en tres niveles. El primer nivel se compone de centros ubicados en las comunidades. Estos centros tienen la capacidad de atender cuadros básicos y enfermedades y dolencias frecuentes y logran resolver hasta el 80% de las morbilidades. El segundo nivel es el hospital, donde se brinda atención por especialidades. Las principales son pediatría, medicina interna y cirugía menor. En la mayoría de los casos los hospitales también ofrecen fisioterapia y rehabilitación. En el tercer nivel de atención están los hospitales de alta resolución que en general cuentan con todas las especialidades médicas, incluyendo servicios de psicología, tomografía, banco de leche y otros, además de tratar enfermedades complejas como el cáncer. En el área de estudio en Bolivia, la mayoría de los centros de salud son de primer nivel y algunos de segundo nivel.

El Ministerio de Salud de Bolivia para organizar sus actividades divide a los departamentos en Servicios Departamentales de Salud (SEDES). A su vez, los centros de salud se organizan en redes municipales (DILOS) urbanas y rurales. Finalmente hay 15 redes de centros de salud que cubren la zona de estudio. Como se observa en el gráfico, existen 55 centros de salud, la mayoría de primer nivel y tres de tercer nivel. El personal asignado para atender estos centros de salud se compone de 164 personas, quienes cubren las especialidades que en su mayoría son generales y alertas de epidemias en la región de estudio.

En el caso de la infraestructura de salud, en ambos países se puede constatar una situación y distribución heterogénea. En el Perú existen varios establecimientos de salud por distrito, además de una red de conexión entre los mismos. La situación en Bolivia es diferente, con pocos establecimientos de salud, sólo algunos en los territorios indígenas, que tampoco cuentan con el personal y el equipamiento suficiente para atender casos de salud complejos, con graves problemas de conexión entre los establecimientos de salud y los centros de administración de estos.

En una entrevista realizada en la comunidad de Toromonas en Tacana II (Ruth, 2021), se recoge el testimonio de las dificultades que experimenta el personal de salud que trabaja en esta comunidad. Menciona que, una vez que sus insumos están agotados, tiene que viajar más de 1100 Kilómetros desde la comunidad de Toromonas (Tacana II) – Ixiamas (capital de municipio) para abastecerse viajando por carreteras intransitables, por lo que esa distancia se cubre en dos a tres días. Por ello, uno de los problemas fundamentales es la gran dificultad para acceder a los territorios indígenas.

En Perú, los Servicios de Salud del país se agrupan en dos sectores: público y privado. El primero está conformado por los establecimientos de salud administrados

por el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (EsSalud) y los servicios de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú. El proceso de modernización de la salud propone elevar progresivamente la equidad en la provisión de servicios de salud y promover la eficacia de las intervenciones, la eficiencia en el uso de recursos, la calidad y la cobertura de los servicios al conjunto de la población, priorizando a los sectores más pobres y vulnerables.

### Nivel de Complejidad

El nivel de complejidad es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado merced a la especialización y tecnificación de sus recursos, el cual guarda una relación directa con las categorías de establecimientos de salud.

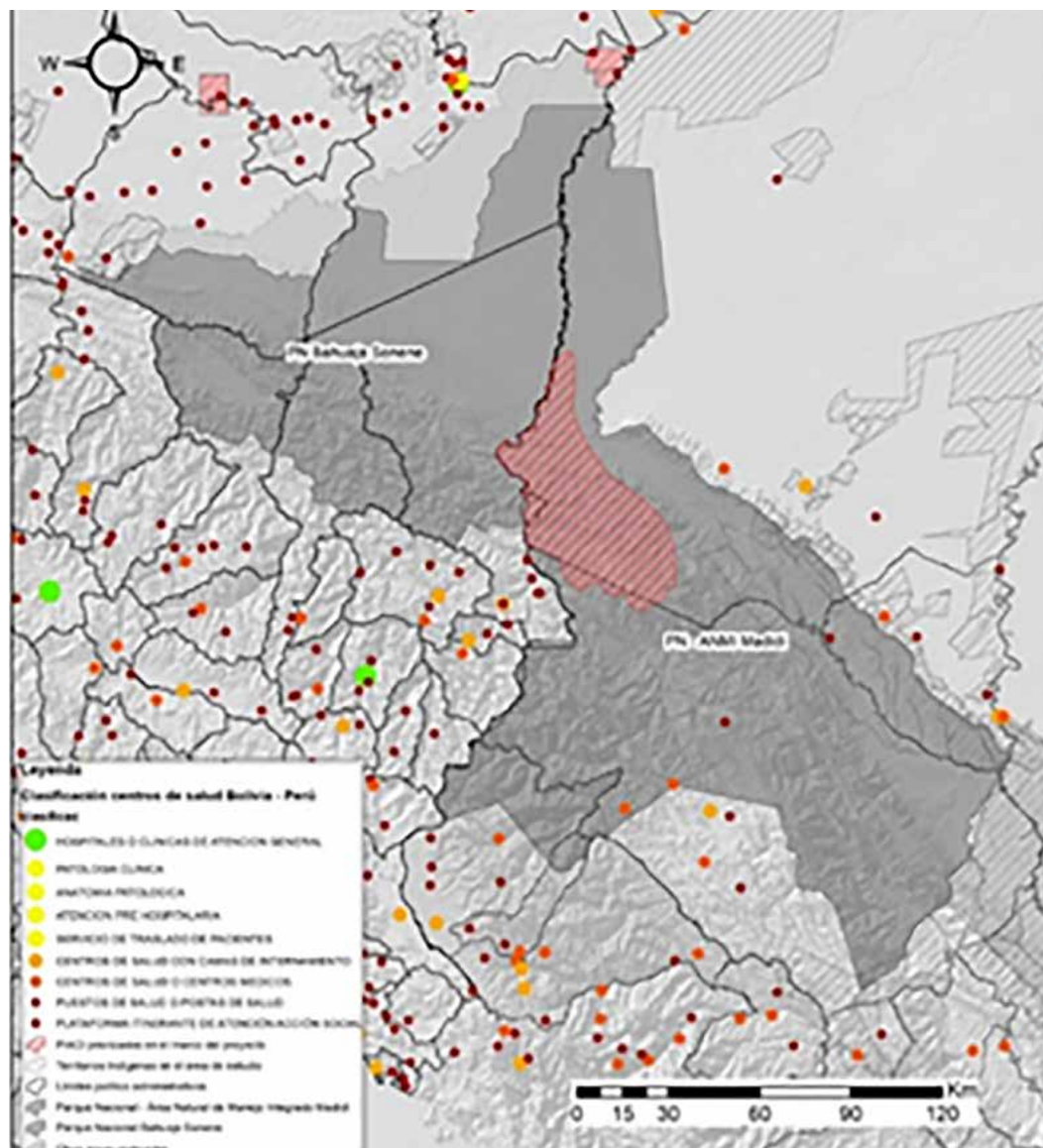
En el departamento de Madre de Dios se cuenta con 101 establecimientos de salud, que están categorizados de la siguiente manera: El 73.27% (74) corresponden al Nivel I-1, el 19.80% (20) al Nivel I-2, el 4.95% (05) al nivel I-3 (Ver anexo: 01); en el nivel I-4 no se tiene ningún establecimiento de salud, solo existe un establecimiento de nivel II-2 y 01 establecimientos II-1 correspondientes al Hospital San Martín de Porres, en la localidad de Iberia y el Hospital Santa Rosa en Puerto Maldonado (MINSA, 2016: 113).



*Misión técnica de la OTCA se reunió con guardaparques de la Estación Biológica San Antonio. | Foto: Archivo OTCA*



**Mapa 1: Distribución de los centros de salud en la zona de estudio PM ANMI Madidi – PN Bahuaja Sonene**



**Fuente:** Elaboración propia con datos de Geo Bolivia, 2013; Visor.Geoperu, 2020.

Las enfermedades más comunes que se han identificado en la Región Amazónica, basado en una investigación realizada en Perú, son las enfermedades gastrointestinales, causadas por parásitos intestinales, microbios o desnutrición; además hay infecciones respiratorias, como la tuberculosis y la tos ferina. También son comunes las infecciones de la piel por sarna, sarampión y enfermedades venéreas, complicaciones

obstétricas y puerperales, problemas dentales; el tétanos neonatal y el paludismo son comunes, a los que se suman las afecciones causadas por accidentes y las picaduras de insectos. La causa de estas enfermedades son básicamente el resultado de problemas socioeconómicos y factores higiénicos, pero agravados por condiciones ambientales desfavorables (Foller, 1989).



Niño jugando en la palmera, frontera entre Bolivia y Perú  
| Foto: Archivo OTCA

En cuanto a las enfermedades se observó, según los datos proporcionados por las entidades competentes de salud, que en los niños menores de 1 año la primera causa de morbilidad son las infecciones respiratorias agudas (IRAs), que en muchos casos derivan en fallecimientos, por lo que la población indígena busca asistencia médica en especial cuando se agudizan los síntomas y se presenta una neumonía. Las segundas morbilidades son las Enfermedades Diarreicas Aguas (EDAs). Otras enfermedades frecuentes en este grupo son la conjuntivitis bacteriana, la rinofaringitis aguda moderada y la afección más compleja es la desnutrición moderada. Este cuadro se origina en la madre, debido a que muchas madres tienen una alta frecuencia de embarazos y se

desgastan por brindar alimento a sus bebés, debido a la lactancia sin pausa. Además las madres sufren de desnutrición o “anemia fisiológica del embarazo”, que hace que la fuente (madre) sea anémica y el producto (bebé) sea anémico también. La desnutrición también es frecuente en los cuadros de morbilidad. En el grupo etario de niños y niñas menores de 5 años se presenta un panorama similar, pero se suman la desnutrición moderada y la anemia ferropénica que se da por problemas alimentarios derivados de cambios culturales de consumo. En los grupos de menores de entre 5 a 9 años predominan las IRAs y la desnutrición aguda moderada. Las afecciones predominantes son el parasitismo debido a la situación higiénica y alimentaria, la conjuntivitis bacteriana debido a condiciones de hacinamiento, pero también a la contaminación del agua y también constan las infecciones urinarias, que afectan más a los niños que a las niñas.

En el grupo etario de entre los 10 a 20 años, la primera causa de morbilidad son las IRAs, la conjuntivitis bacteriana, las EDAs que se presentan más en los hombres, y en las mujeres las infecciones de las vías urinarias (IVU). En los dos sexos se presenta la afección de impétigo y anemia ferropénica, que en esas edades tiene un impacto en el crecimiento físico. En el grupo etario más amplio que va de los 21 a 59 años, se dan afecciones causadas por la obesidad y la hipertensión arterial provocadas por los cambios en la alimentación y factores asociados que se presentan en las comunidades indígenas y que desde hace algunos años son enfermedades que van ganando terreno, al igual que la artritis reumática y el lumbago.

Con relación a los datos presentados sobre las poblaciones locales, estas son las afecciones comunicadas por los centros de salud. De cualquier forma, existen otras afecciones a la salud en poblaciones indígena que no son reportadas y tratadas, y que deben ser estudiadas y consideradas en el futuro.

Para el caso de Perú la primera causa de morbilidad en el grupo etario que va de los 0 hasta los 11 años son las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares. De los 12 a los 17 años las enfermedades más dominantes son las IRAs y las mismas que el grupo de edad anterior. De los 18 a 29 años están las IRAs, enfermedades relacionadas con las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual, enfermedades del sistema digestivo, intestinales, micosis, dorsopatías y enfermedades bucales. En la población de 30 a 59 años las enfermedades más comunes son las IRAs, enfermedades urinarias, enfermedades intestinales, enfermedades del sistema digestivo, infecciones de transmisión sexual, micosis y dorsopatías. En la población mayor a los 60 años, se presenta un cuadro similar al grupo de edad anterior, pero predominan las IRAs y las dorsopatías, así como las enfermedades del aparato digestivo.

Dentro del panorama epidemiológico de esta región también se presentan casos de tuberculosis y de paludismo, los cuales, según la información obtenida de testimonios en el medio, afecta más a los hombres ya que

en gran medida están más en contacto con grupos de personas ya sea por la cacería, la pesca o las actividades extractivas que agrupan a cantidades importantes de personas.

**La pandemia de COVID-19** evidenció, de manera general, las falencias de los sistemas de salud en los diferentes países. En la zona de estudio, se observa que los datos son limitados ya que han existido muchas limitaciones técnicas, financieras y logísticas, pero también se puede suponer que los procesos de globalización interactúan de manera limitada en la región, resguardando de alguna manera a los pueblos indígenas y poblaciones locales en el país. Las instituciones responsables, a un año y medio de la pandemia, tratan de poner a disposición información y los datos indican que muy poca población fue afectada por la COVID-19; sin embargo, de las entrevistas realizadas en las comunidades, las personas han tenido sintomatologías muy parecidas a las de COVID-19 y las trataron con plantas y medicinas tradicionales locales, por lo que no se tiene certeza de la presencia e impacto de la enfermedad en las comunidades indígenas desde la vigilancia epidemiológica.



Misión técnica en la cuenca baja del río Madre de Dios, Perú.  
| Foto: Archivo OTCA



*Escuela en la Aldea Jatobá, Brasil | Foto: OTCA/Josafá Lima Bandeira*

## 2.4. La situación de salud en la Región Acre – Madre de Dios, frontera entre Brasil y Perú

Este extenso territorio entre las fronteras de Brasil y Perú es un lugar de suma importancia por la presencia de pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial. Este es uno de los territorios de la Amazonía que más concentración de estos pueblos tiene; por ejemplo, están los Chitoanhua, Mastanahua, Mashco Piro, Machigenga y otros pueblos cuya pertenencia no ha sido identificada y a su vez, convergen grandes amenazas para su existencia, debido a un sinnúmero de presiones que se ejercen sobre el territorio entre Acre y Madre de Dios por sus codiciados recursos y ubicación fronteriza, por las inmensas extensiones que hacen complejo el control y por la misma distancia respecto a los centros de poder de los dos países, lo cual incide en una casi inexistente presencia del Estado, destacándose las carencias de atención de salud, limitada disponibilidad de agua para el consumo humano y escasa comunicación. Esto limita los medios para prevenir y atender de manera eficaz las

enfermedades de gran prevalencia en la región, como las enfermedades infecto contagiosas y entre éstas la tuberculosis, paludismo, hepatitis virales, infecciones respiratorias, gripes, enfermedades diarreicas, parasitarias y muchas otras. De igual manera, las enfermedades no transmisibles como la diabetes se presentan con más frecuencia a causa del cambio en los hábitos alimentarios entre la población indígena, además de las consecuencias de la pandemia del COVID-19.

Como se puede apreciar, de las varias amenazas que se ciernen sobre estos pueblos tan particulares por sus características únicas, hay una en especial que amenaza su supervivencia y es la relacionada con las vulnerabilidades sociales y epidemiológicas y por lo tanto a la salud en un sentido amplio. Al hablar de las regiones anteriores se describió la estructura y funcionamiento de los Sistemas de Salud tanto de Brasil, como de Perú; en ese sentido para esta región de la frontera binacional

Brasil – Perú nos enfocaremos directamente en esta problemática, poniendo el énfasis en los pueblos aislados y de contacto inicial (PIACI).

La vulnerabilidad ante algunas de estas enfermedades se agrava entre los PIACI, ya que no cuentan con memoria inmunológica para agentes patógenos nuevos, especialmente en el caso de los virus. En este complejo escenario epidemiológico, es de especial importancia el área que conforma la Tierra Indígena Mamoodate y la Reserva Territorial Madre de Dios, que establece un corredor transfronterizo para grupos indígenas en aislamiento. Este corredor es utilizado por el pueblo Mashco Piro, que se desplaza atravesando las fronteras nacionales y realizando riesgosos acercamientos a las aldeas Manxineru en Brasil y las comunidades Yine en Perú.

En ese contexto, contar información y análisis de salud es un aspecto de especial relevancia e interés para un abordaje transfronterizo y de articulación entre los Estados involucrados ya que esto contribuye a salvaguardar la integridad de los pueblos indígenas en aislamiento. Además de proteger sus territorios, es fundamental mantener a la población circundante libre de enfermedades contagiosas, lo que se denomina “barrera epidemiológica”<sup>18</sup>. En este sentido, se entiende que la mejor política de salud que pueden adoptar los gobiernos es mantener sus territorios libres de cualquier intervención externa. Asimismo, los gobiernos deben estar preparados con Planes de Contingencia para casos eventuales de contacto con estas poblaciones, que requieran una respuesta en términos de atención de salud.

**Mapa 2: Región transfronteriza Madre de Dios – Acre y comunidades de estudio**



Fuente: RAISG, 2021

<sup>18</sup>(BDPI-MINCU, 2021).



Atención del servicio de salud indígena  
| Foto: Ministerio de la Salud/Brasil

Los pueblos a los que se hace referencia y dan cuenta los datos de salud de manera directa e indirecta son los Yine que según el censo nacional de población (2017) son 2.680 personas, sin embargo, según estimaciones del Ministerio de Cultura la población de este pueblo sería de 8.800 personas<sup>19</sup>. El pueblo indígena Machineri o Maxineru es parte de la variante dialectal de los mencionados anteriormente y están presentes en la TI Mamoadate y TI Mancineri do Seringal Guanabara, y en menor medida se localizan en São Francisco, así como en la ciudad de Assis Brasil y Rio Branco<sup>20</sup>. Los Mascho Piro se localizan entre los departamentos de Madre de Dios y Ucayali en Perú atravesando los límites fronterizos hacia el estado de Acre en Brasil, y abarca una amplia extensión continua de bosque y la mayor parte de su territorio se encuentra en áreas protegidas. Su amplia movilidad en ese vasto territorio ha implicado

<sup>19</sup>(BDPI-MINCU, 2021).

<sup>20</sup>(ISA, 2021).

su presencia por fuera de las áreas protegidas como comunidades nativas y los denominados bosques de protección permanente en Perú y tierras indígenas en Brasil. Dada sus características de movilidad y dispersión en ese amplio territorio no se tiene datos del tamaño de la población, pero se destaca un rasgo cultural por la notable similitud entre la lengua de los Yine y por lo tanto con la de los Manchineri.

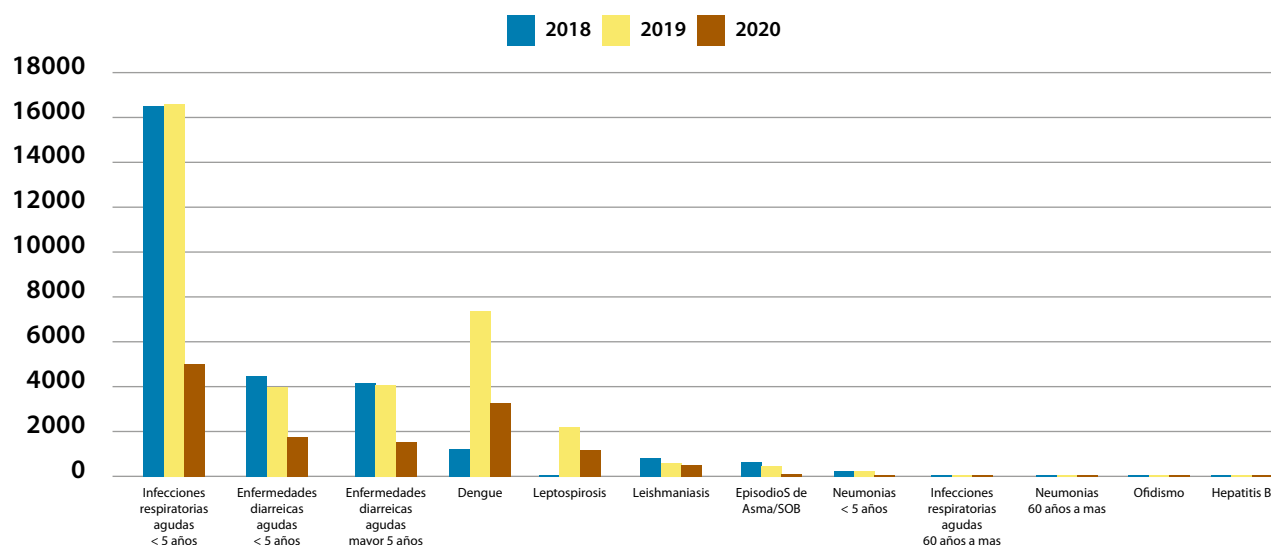
Estos pueblos están en contacto e interacción porque comparten espacios territoriales y corredores. Los encuentros directos con los Mashco Piro y las poblaciones aledañas se han dado principalmente con los Yine de la CN Monte Salvado (Las Piedras), con quienes han tenido diversos espacios donde las poblaciones han podido interactuar a través del diálogo (tratando de superar la diferencia idiomática o dialectal). La CN Puerto Nuevo (Las Piedras) y CN Nueva Oceanía (Tahuamanu) han recibido también la visita y la exposición de los Mashco Piro frente a sus comunidades en algunas ocasiones, pero sin haber llegado a comunicarse adecuadamente. En el caso de Aldea Extrema (Iaco, TI Mamoadate) y la CN Santa Alicia (Las Piedras), los pobladores suelen encontrar senderos y evidencias de la presencia de los Mashco Piro en territorios cercanos a las aldeas, pero nunca han llegado a mostrarse en el centro poblado.

Desde un punto de vista de la salud de estas poblaciones, esta es una situación de riesgo por lo menos en dos aspectos. En primer lugar, por la posibilidad de acciones violentas que producen estos encuentros, causantes de heridos o muertos. En segundo lugar, porque a pesar de no tener encuentros físicos directos, existe un intercambio de elementos que bien podría también transmitir virus ante los cuales los Mashco Piro puedan ser vulnerables (como el virus de COVID-19, entre otros).

**La situación de salud en Madre de Dios** registrada entre el 2018 y 2020 evidencia que las primeras causas de enfermedad son las IRAs, especialmente en los niños menores de 5 años, seguidas por las EDAs, que se presentan en un abanico de edad más amplio que afecta tanto a

niños menores 5 años como a todos los grupos etarios a partir de esa edad. El dengue es otro de los factores de morbilidad importantes, ya que más de la mitad de los casos se desató al mismo tiempo que la pandemia, es decir, a finales del 2019 e inicios del 2020 en la Amazonía peruana.

**Gráfico 1: Principales morbilidades en Madre de Dios para los años 2018 - 2020**



**Fuente:** MINSA Virtual Room, 2021

Adicionalmente a estos datos, se realizaron entrevistas con los técnicos de salud de los Puestos de Salud de Monte Salvado y Puerto Nuevo, consultando sobre los casos de mayor morbilidad que les ha tocado atender en el último año. En el caso de Monte Salvado, hicieron referencia a que la mayor parte de los pacientes que se acercan al puesto de salud lo hacen por cuadros de fiebre usualmente relacionadas con IRAs (faringitis) y EDAs, principalmente en niños, pero también en adultos mayores. Por otro lado, se han diagnosticado casos de diabetes en adultos de 40 a 50 años, casos de varicela (3 en niños y 2 en adultos) y un caso de VIH.

En Puerto Nuevo el técnico del puesto refiere que los casos que más recibe son fiebre en niños y en adultos mayores relacionados a

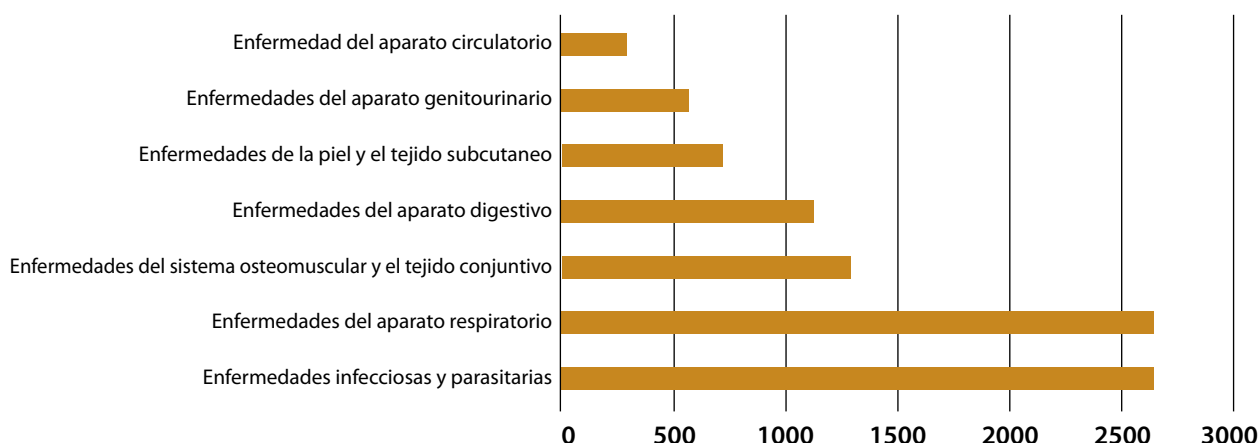
faringitis, amigdalitis y otros con diagnóstico de leishmaniasis. En Santa Alicia y Nueva Oceanía, los pobladores refieren que las mayores dolencias se presentan por fiebres y malestar asociados a enfermedades respiratorias, pero también de leishmaniasis en ambas poblaciones.

Durante la campaña de vacunación de la COVID-19 realizada en las comunidades del río Las Piedras, se aplicó una encuesta de comorbilidades a la COVID-19 entre la población que accedió a la vacuna como parte del protocolo de inmunización. En esta encuesta se señalaron como principales comorbilidades la hipertensión arterial y la diabetes. En niños está diseminada la anemia en casi la totalidad de la población, según los datos recogidos por DIRESA en 2018.

El otro eje de análisis de esta región es el Alto Purús. Dicha información fue proporcionada por el DSEI Alto Purús (DSEI AP) y la referencia

temporal es únicamente del 2019. Los datos obtenidos muestran que las principales morbilidades son las siguientes:

**Gráfico 2: Principales Morbilidades DSEI Alto Purús, 2019)**



**Fuente:** DSEI Alto Purús, 2021

Las principales morbilidades tanto en la RT Madre de Dios como en la TI Mamoadate son las IRAs, principalmente las relacionadas con la gripe y la faringitis, seguidas por las EDAs como consecuencia de infecciones y parásitos. Por parte de las enfermedades no transmisibles tenemos una notable presencia de hipertensión y diabetes en ambos casos, las cuales son importantes al ser comorbilidades directamente relacionadas con la COVID-19.

Por otra parte, en esta región se da cuenta de enfermedades que requieren un seguimiento especial y que según los estándares internacionales son de notificación obligatoria; estas morbilidades se presentan de manera recurrente y son la hepatitis B, paludismo, dengue, leishmaniasis y TBC.

En el caso de la hepatitis B y el paludismo se cuenta con datos específicos de ambos países, a nivel del Puesto de Salud de Monte Salvado y del DSEI AP. Para el caso de dengue y leishmaniasis se obtuvo datos solo de la parte peruana, mientras que de TBC solo de la parte

brasileña. Esto tiene que ver con la prevalencia de las enfermedades en uno u otro país, así como con las prioridades de registro de las agencias de salud para cada territorio.

Los datos de la Sala Virtual de la Situación Epidemiológica a nivel Distrital y Regional del MINSA muestran que los casos reportados de hepatitis B en la región de Madre de Dios tuvieron un pico en el 2018 con un brusco descenso en los últimos dos años, lo cual puede responder al efecto de la pandemia en la atención y registro de otras enfermedades, tomando en cuenta que, en los primeros meses de la emergencia sanitaria, se dio prioridad a la atención a la COVID-19. Lo mismo se observa con el diagnóstico y registro de los casos de paludismo. En el Alto Purús durante el año 2019 se presentó un número más elevado de casos y un fuerte descenso en el 2020.

Para los casos de dengue y leishmaniasis se presenta información de la Sala Virtual de la Situación Epidemiológica a nivel Regional del MINSA, datos en los que se incluye a la región



de Madre de Dios. En el 2019, de igual manera que en lo anteriormente referido, se evidenció un pico en la prevalencia de dengue con más de 7 mil casos reportados en la región, en el marco de la epidemia de dengue que se desató en ese año en la Amazonía peruana. Respecto a la leishmaniasis se presentó una menor prevalencia con un rango que va entre los 500 a 850 casos anuales. En cuanto a la prevalencia de TBC en la DSEI AP se observaron más casos en hombres en las edades comprendidas entre 25 y 35 años.

Al poco tiempo de que la OMS notificara la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 y según los datos de la Sala Situacional del MINSA, se indica que los primeros casos de esta enfermedad se dieron en abril del 2020, y para noviembre del 2021 en la región de Madre de Dios se contabilizaron 13.960 casos confirmados de COVID-19 identificados mediante los distintos medios de diagnóstico (prueba rápida, PCR, y pruebas de antígeno). En ese mismo período hubo 776 fallecimientos asociados al virus.

La evolución de los casos tuvo dos momentos en la denominada primera y segunda ola del COVID-19 en la región. La primera ola fue entre junio de 2020 y octubre del 2020 aproximadamente, mientras que la segunda ola tuvo lugar entre febrero de 2021 y junio del 2021. A diferencia de Brasil, en Perú no se contaba con datos diferenciados de casos confirmados y fallecidos de COVID-19 entre las poblaciones indígenas de la región; no obstante, según los datos de campo obtenidos durante el estudio en el puesto de salud de Monte Salvado, más del 90% de la población de dicha localidad se había infectado de COVID-19 durante la primera ola.

De igual manera, en las localidades de Puerto Nuevo, Santa Alicia y Nueva Oceanía reportaron a FENAMAD en junio de 2020 la alerta por sintomatología generalizada de COVID-19 en toda la población, incluyendo

fiebre, fatiga, dolor de cabeza y en algunos casos dificultades para respirar. Entre la población de estas comunidades no hubo fallecimientos ni pacientes que fueran ingresados al hospital. El conjunto de casos sintomáticos fue tratado en las comunidades mezclando medicamentos como paracetamol e ibuprofeno para el alivio de los síntomas, así como infusiones y preparados en base a kión, ajo de monte (sacha-ajo), matico y kina-quina, que son plantas medicinales usadas desde los conocimientos tradicionales para tratar las enfermedades respiratorias.

En el DSEI Alto Purús a finales del 2013, se contaba con 183 notificaciones de COVID-19,

*Reunión Trinacional Madre de Dios, Acre y Pando.  
| Foto: Archivo OTCA*



con 127 casos confirmados y un fallecido. En la población Manchineri, que es la que nos ocupa en el presente estudio, hubo 33 casos confirmados de COVID-19. En entrevista telefónica con pobladores de Aldea Extrema se reportó sintomatología generalizada en julio de 2020. Según el portal de Monitoreo de COVID-19 entre los indígenas de Acre, a julio 2021, y en la TI Mamoodate se confirmaron 103 casos de COVID-19. De las fuentes del MINSA consultadas se establece que como respuesta a la COVID-19 se aplicó la primera dosis de vacuna a 82.127 personas, de las cuales 54.593 recibieron la segunda dosis, es decir, a esa fecha se había inmunizado al 66,5% de la población en Madre de Dios. No se cuenta con datos de inmunización desagregados por comunidades nativas para dicha región; sin embargo, la DIRESA realizó brigadas de vacunación en las comunidades de Monte Salvado, Puerto Nuevo y Santa Alicia, culminando con la segunda dosis en noviembre del 2021. Asimismo, se establecieron en las ciudades de Puerto Maldonado e Iberia puntos de vacunación para la población indígena que se encontraba en las ciudades al momento de la llegada de las brigadas.

De los datos recogidos en las comunidades de Monte Salvado y Santa Alicia, el porcentaje de vacunación llegó a cerca del 90%, mientras que en Puerto Nuevo y Nueva Oceanía bordeó el 50%. Esto se debe a la resistencia de algunas personas a recibir las vacunas por temas religiosos, desinformación o temores de diversa índole.

En Acre se tiene el registro de vacunación a un total de 557.636 personas con la primera dosis de la vacuna, 390.014 con la segunda dosis y 11.374 con la dosis de refuerzo. La vacunación en pueblos indígenas del territorio de Acre alcanzó a 91.164 personas con la primera dosis y a 7.256 personas con la segunda dosis.

En la TI de Mamoodate y de manera específica en la Aldea Extrema se supo a través de las entrevistas con actores calificados que prácticamente toda la población fue vacunada incluso con la segunda dosis. En Brasil, al igual que en el Perú, hubo pequeños grupos de la población que no accedieron a la vacunación por temor debido a la desinformación que llegaba por distintas vías.

*Misión técnica Madre de Dios, Perú. | Foto: Archivo OTCA*





Misión técnica llega a la región de frontera entre Colombia y Perú. | Foto: Archivo OTCA

## 2.5. Región de la Triple Frontera entre Perú, Brasil y Colombia

Esta región abarca la frontera internacional que separa el estado de Amazonas en Brasil, del departamento de Amazonas en Colombia y Loreto en Perú. El eje de este vínculo geográfico y geopolítico son los ríos *Alto Solimões* y *Amazonas*, que hace de esta parte occidental de la Cuenca Amazónica, uno de los principales corredores de integración sudamericana

El área de estudio de este territorio comprende el denominado Trapecio Amazónico en Colombia y las zonas de convergencia de los ríos Putumayo y Amazonas en Brasil y Perú. Esto, a su vez, relaciona geográficamente a la región del extremo sur del departamento colombiano de Amazonas, la parte noroeste de la región de *Alto Solimões* en territorio brasileño, y en Perú, el área de la ciudad de Caballo Cocha en la provincia de Mariscal Ramón Castilla, que forma parte del departamento de Loreto.

Esta extensa región de la Triple Frontera está conformada por una población heterogénea

de diferentes etnias indígenas y mestizas de origen local, así como de poblaciones migrantes de distinta procedencia geográfica y étnica. La referida población se concentra especialmente en los centros urbanos de las ciudades de Caballo Cocha e Islandia en Perú; Puerto Nariño y Leticia, en Colombia, y *Atalaia do Norte*, *Benjamin Constant* y *Tabatinga*, en Brasil.

Por su parte, el área comprendida por el Trapecio Amazónico en Colombia es un territorio escasamente poblado por pueblos indígenas y presenta un bajo nivel de desarrollo socioeconómico. En lado de Brasil, también se presentan altos índices de vulnerabilidad social, bajo índice de desarrollo humano, y alta desigualdad social. En el caso de Brasil, es una de las áreas que contiene más población indígena, especialmente en el Alto Solimões donde se encuentran 235 comunidades y 28 tierras indígenas.

En el Perú, la situación es similar en cuanto a los indicadores socioeconómicos y de desarrollo humano, y al igual que en el caso

de Colombia, esta es una de las áreas menos pobladas, entre otras razones, porque el departamento de Loreto es el más extenso de este país ya que ocupa el cincuenta por ciento de la superficie de la Amazonía peruana y la población indígena se encuentra dispersa en este vasto territorio.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), en el año 2018 las comunidades y pueblos indígenas distribuidos entre los municipios de Leticia y Puerto Nariño son: Tikuna, Yaguas, Cocamas, Murui, Miraña, Yucuna, Nonuva, Ocaina, Andoke, Karijona, Kawayari y Muinane. En el lado brasileño, se considerará la población indígena de la región del Alto Río Solimões, con exclusión de los grupos indígenas que habitan en la Tierra Indígena Valle de Javari, descritos en las regiones anteriores. La población indígena de dicha subregión está compuesta por siete etnias: Tikuna, Kokama, Kaixana, Kambeba, Kanamari, Witoto y Maku-Yuhup, de las cuales los Tikuna son considerados el grupo étnico más poblado de Brasil. En Perú, los Tikuna son el pueblo que está más próximo al sur del Trapecio Amazónico y es el que está focalizado para el estudio de esta región. Este pueblo se distribuye en comunidades nativas, ribereñas, caseríos y ciudades intermedias. Sin embargo, es importante destacar que, en la región de Loreto, que es parte del territorio focalizado para este país, a más de los Tikuna hay una diversidad importante, ya que están los pueblos indígenas Yagua, Kukama, Bora, Murui-Muinami, Ocaina, Rasígaro, Kichwa, Ashaninka, Matsés, Bora, Achuar y Awajún.

Por otra parte, las poblaciones indígenas de esta macro región del Trapecio Amazónico localizada especialmente en el Brasil es considerada una población circundante a los pueblos indígenas en aislamiento porque se ubica entre dos zonas con presencia de

pueblos aislados: al sur en territorio brasileño en la Tierra Indígena *Vale do Javari*, y al norte, en el Parque Nacional Río Puré ubicado en territorio colombiano. En ese sentido, la región del Trapecio Amazónico y el Alto Río Solimões es considerada como un área de importancia estratégica para la vigilancia epidemiológica que no solo sirve para la protección de la salud de las comunidades y aldeas de la región, sino para proteger la salud de los pueblos aislados que viven en estas áreas circundantes.

Cabe mencionar que en Colombia se reconoce un solo territorio de los Pueblos Indígenas en Estado Natural Yuri-Passé, entre las áreas no municipalizadas de Puerto Arica, La Pedrera y Tarapacá y el Parque Nacional Natural Río Puré, ubicados en el departamento de Amazonas; sin embargo, se estima que el país cuenta con aproximadamente 16 indicios de presencia de PIA en esta región<sup>20</sup>. A su vez, se destaca que entre los ríos Caquetá (Japura) y Putumayo (Icá), el río Puré (Purué en Brasil), junto a la frontera entre Colombia y Brasil, hay registros de presencia de pueblos indígenas que evitan toda forma de contacto con la sociedad circundante<sup>21</sup>.

En ese mismo contexto, se evidencia que en Brasil los grupos indígenas en aislamiento se concentran en la Tierra Indígena *Vale do Javari*, en un área que se encuentra en la región de estudio y que abarca los municipios de Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Jutai y São Paulo de Olivença. El Valle de Javari es considerado el territorio de los Kanamari, Korubo, Kulina Pano, Marubo, Matis, Matsés (también conocido como Mayoruna o Mayuruna), Tyohom Dyapá y Yagua; a su vez se reconoce como la región con mayor registro de presencia de pueblos indígenas aislados en el mundo. Según datos oficiales, hay al menos 16 grupos indígenas en aislamiento que habitan el interior de las llamadas Tierras Indígenas y fuera de sus

<sup>20</sup> (Amazon Conservation Team, 2020).

<sup>21</sup> (Aristizábal D., 2021).

límites en las áreas circundantes y periféricas.

En las regiones anteriores se describió el funcionamiento de los sistemas de salud de Brasil, Perú, Guyana y Surinam; en esta parte se complementa con la descripción del sistema de salud de Colombia. En este país el sistema de salud se estructura en función de dos esquemas, que son el contributivo y el subsidiado, regulados por el gobierno, que clasifica el nivel de ingreso y las necesidades de la población registrada en el denominado Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales.

En el régimen contributivo, la base del apoyo financiero son los aportes de trabajadores y empleadores, mientras que, en el régimen subsidiado, el gobierno complementa los costos de asistencia de los asegurados de bajos ingresos que obtienen un paquete de servicios de salud. El Estado también asume la cobertura de las acciones no aseguradas por los planes de salud y la asistencia de la población no afiliada a través de un criterio prioritario en la atención de grupos vulnerables como niños, pobres y personas con enfermedades graves.

La gestión del sistema de salud colombiano está descentralizada al ámbito departamental que contrata a empresas promotoras de salud (EPS) y administradoras de régimen subsidiado (ARS). Los flujos financieros y las competencias municipales están regulados por una Ley específica<sup>22</sup>. Una desventaja del sistema colombiano es la segmentación de la protección de la salud, que genera desigualdades en el acceso con coberturas y redes de atención diferenciadas por segmento, además de la separación completa entre la atención individual y la vigilancia de la salud.

El derecho a la atención primaria (APS) está garantizado por la ley<sup>23</sup>, que establece que la APS estará “constituida por tres componentes



*Agentes Comunitarios de Salud Indígena.*  
| Foto: Archivo OTCA

integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana”. La conducción de la APS es la siguiente: la regulación del sistema es responsabilidad del gobierno central (nacional) y las autoridades locales de salud (de departamentos, distritos y municipios) definen e implementan modelos de APS sobre la base de las acciones colectivas del plan de salud pública. La implementación está a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Empresas Sociales del Estado (ESE) de los regímenes contributivo y subsidiado y sus acciones son individuales y colectivas.

La interculturalidad entre los pueblos originarios tiene estrecha relación en la conducción de las EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud indígenas, de tal manera que, en Colombia, las autoridades indígenas definen e implementan en concertación con el gobierno el modelo

<sup>22</sup> Ley 715/2001.

<sup>23</sup> Ley 1438 de 2011.

intercultural de atención de la salud sobre la base de la APS. La antes referida Ley establece el enfoque diferencial y la interculturalidad como uno de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, un sistema de salud intercultural y en las áreas no municipalizadas, donde se encuentra una parte importante de las comunidades indígenas, no ofrece servicios de salud de manera regular en sus territorios. Frente a esto, el gobierno colombiano ha decretado el diseño, elaboración e implementación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural mediante el Decreto 1953 de 2014, y define que las entidades territoriales que cuenten con población indígena deberán definir, adoptar, adaptar y ejecutar acciones en Salud Pública pensadas e implementadas desde el enfoque intercultural, en coordinación y articulación con los lineamientos que expide el Ministerio de Salud y Protección Social y la autoridades indígenas<sup>24</sup>. Es importante mencionar que, si bien la norma se expidió en el 2014, su implementación es escasa o nula en la región de estudio.

En términos de políticas nacionales, los tres países reconocen la salud como un derecho fundamental desde la perspectiva de la seguridad social. La centralidad de la concepción de la APS aparece como organizadora del sistema de salud, teniendo en cuenta los aspectos sociales y económicos de la población. Así, la formulación de políticas valora, en diferentes grados, el componente familiar y comunitario, basado en el equipo territorial multidisciplinario con la incorporación de agentes comunitarios de salud y la participación social, además del reconocimiento formal en todos los países de las prácticas de salud y conocimiento de sus pueblos originarios. Sin embargo, en el campo de la implementación de políticas de salud, los hallazgos demuestran prácticas muy heterogéneas.

---

<sup>24</sup> Decreto 1953 de 2014.

<sup>25</sup> Giovanella et al., 2017.

En cuanto a la cobertura, los sistemas peruano y colombiano siguen estando muy segmentados, dependiendo, por ejemplo, de la afiliación de la población a seguros que terminan estando limitados a segmentos de población o a un paquete restringido de servicios. Además, la integración efectiva de la red asistencial y la garantía de una atención integral de calidad es un componente que no siempre está presente y que puede explicarse por el enfoque que los países han dado, en el contexto de las políticas públicas, a la perspectiva promocional y preventiva de la atención primaria de salud, lo que amplía el espacio del sector privado para la atención individual. Por esta razón y por ser una región con bajos indicadores económicos y bajo consumo, al sector privado no le interesa expandir sus servicios a estas áreas geográficas remotas, y los gobiernos tampoco se han especializado en el cuidado individual o familiar, generando así vacíos de asistencia.

En términos generales, todos los países tienen una tendencia general de universalización de la cobertura de salud, que está más consolidada en Brasil. Sin embargo, vale la pena mencionar que las reformas de salud en América Latina enfrentan resultados del contexto neoliberal, como problemas de financiamiento y gestión, fragilidad en la institucionalidad de las políticas públicas, y conflicto entre fuerzas de poder en los grupos políticos dominantes y en la comunidad técnico-científica<sup>25</sup>. Por otra parte, ninguno de los tres países ha alcanzado avances importantes en la implementación de las políticas interculturales, y aunque Brasil tiene un Subsistema de Salud Indígena, este se basa en la biomedicina y no se observan innovaciones para la implementación de modelos o enfoques de salud intercultural.

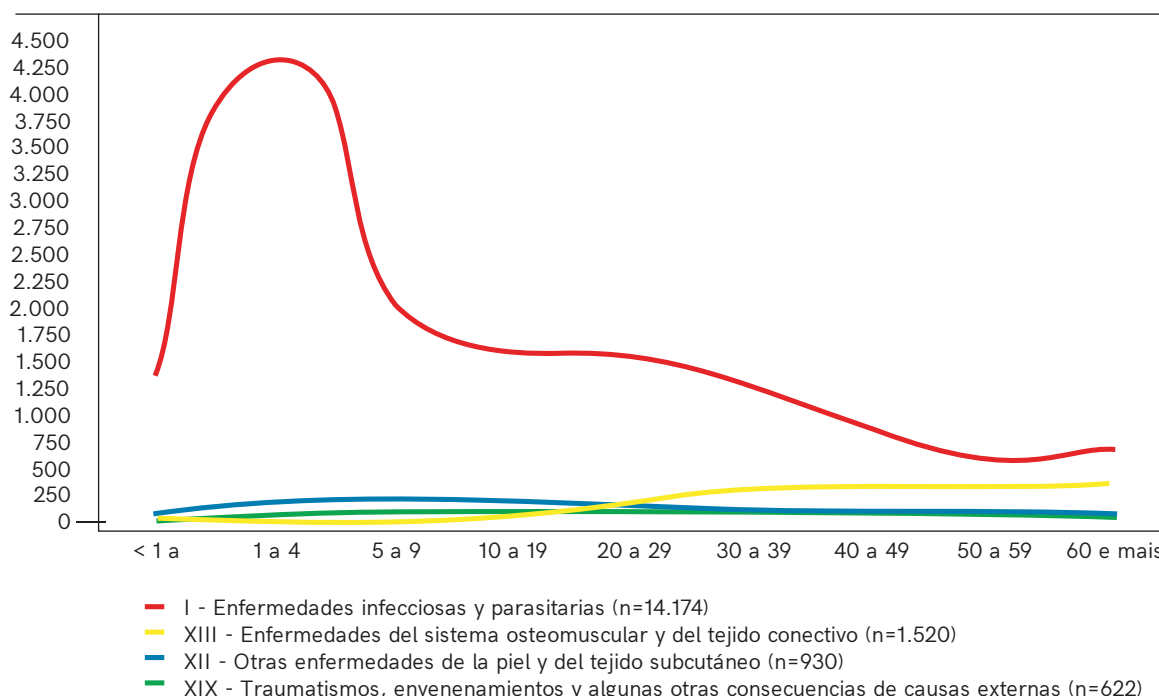
Al analizar la presencia de los Sistemas de Salud de los países en la Triple Frontera,

se concluye que en términos generales se evidencia un alto nivel de escasez de infraestructura médica o sanitaria, lo cual es más notable en el territorio del Brasil.

En base a la revisión de diferentes documentos y estudios epidemiológicos que informan sobre la situación de salud de la población indígena, se observa que las problemáticas fundamentales en esta área geográfica de la Triple Frontera

estuvieron relacionados con las enfermedades infecciosas y parasitarias, que representan el 69% de las morbilidades, siendo las infecciones respiratorias las patologías más frecuentes, que se presentan en todos los grupos de edad a lo largo del ciclo de vida, destacándose la mayor carga en las edades comprendidas entre 1 a 4 años, y disminuyendo progresivamente en los demás grupos etarios.

**Gráfico 3: Causas de enfermedad más recurrentes por grupos etarios en las poblaciones indígenas**



**Fuente:** Elaboración propia. Consultoría Informe de Análisis de Situación de Salud de Pueblos Indígenas con Base Territorial y Transfronterizo Perú-Colombia-Brasil. OTCA. 2021.

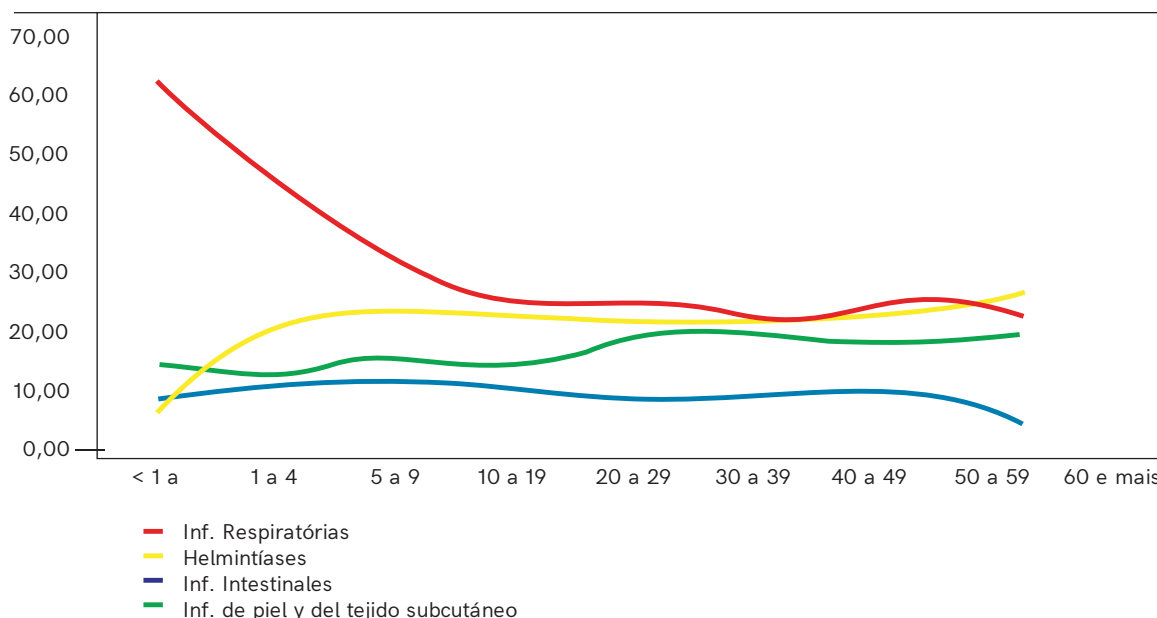
En la actualidad la definición de políticas públicas y la formulación de programas de salud consideran todos los factores de causalidad, por lo cual la disponibilidad de tecnologías más rápidas de diagnóstico y de medicamentos de alta eficacia sobre los agentes patógenos coexiste con las altas cifras de prevalencia de las enfermedades infecciosas. A pesar de los avances en las intervenciones clínicas, la persistencia de las

enfermedades infecciosas debe ser asociada a las condiciones sociales de la población, especialmente a los factores externos que impactan en los modelos de subsistencia socioeconómicos, como el tipo y uso de la vivienda (protección del clima, habitación colectiva, hacinamiento doméstico, etc.), el consumo e higiene del agua, que suele estar contaminada, así como otros impactos ambientales generados por la deforestación.

Las enfermedades respiratorias agudas también están entre las principales causas de defunciones en los tres países. Estas patologías tienen un componente de asociación importante con los determinantes de salud relacionados con las condiciones de vida de la población. La mayoría de los casos ocurren durante el “inverno” amazónico, que es como se conoce la época donde hay presencia de lluvias e inundaciones en la región. Asimismo, se incrementa la humedad y aparece un ligero

*friaje* que afecta sobre todo a los grupos más vulnerables (menores de 5 años, personas mayores, enfermos crónicos, etc.). Por tanto, las enfermedades respiratorias son la principal causa de mortalidad infantil tanto en el departamento de Loreto como en Leticia, Puerto Nariño y para la población indígena de *Alto Solimões*, donde fueron observados 109 casos de mortalidad por infecciones respiratorias entre 2012 y 2015, con un porcentaje del 0% en menores de 1 año.

**Gráfico 4: Proporción de diagnósticos de las cuatro principales enfermedades infecciosas (n=11.590), por cada grupo etario, en la población indígena del Alto Solimões durante el año 2016**



**Fuente:** elaboración propia. Consultoría Informe de Análisis de Situación de Salud de Pueblos Indígenas con Base Territorial y Transfronterizo Perú-Colombia-Brasil. OTCA. 2021.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son frecuentes y exigen una particular atención para evitar brotes epidémicos, y a la par se necesita en esta región mejorar el acceso a los servicios y a los tratamientos, lo que incluye la inmunización y vigilancia. También se observaron registros considerables de tuberculosis en la región en comparación con el bajo número registrado en el área

indígena en Brasil, lo que puede justificarse por un posible subregistro. En Perú, Loreto se encuentra entre los primeros lugares de casos de tuberculosis, y la incidencia ha seguido un curso casi estacionario a lo largo de los años, que de forma aparente ha disminuido en el 2016; sin embargo, aún existen brechas en cuanto a la detección de pacientes sintomáticos respiratorios, que puede



ayudar a encontrar de manera temprana a pacientes con tuberculosis. En Brasil, en 2019 se registraron 162 muertes por tuberculosis en el estado do Amazonas, manteniéndose la tercera tasa de mortalidad por tuberculosis más alta del país, con 3,9 muertes/100.000 habitantes. (Programa Nacional de Tuberculosis – PNCT/MS, 2019). En Leticia, la tuberculosis aparece en tercer lugar entre las causas de mortalidad por enfermedades transmisibles (ASIS Leticia, 2019).

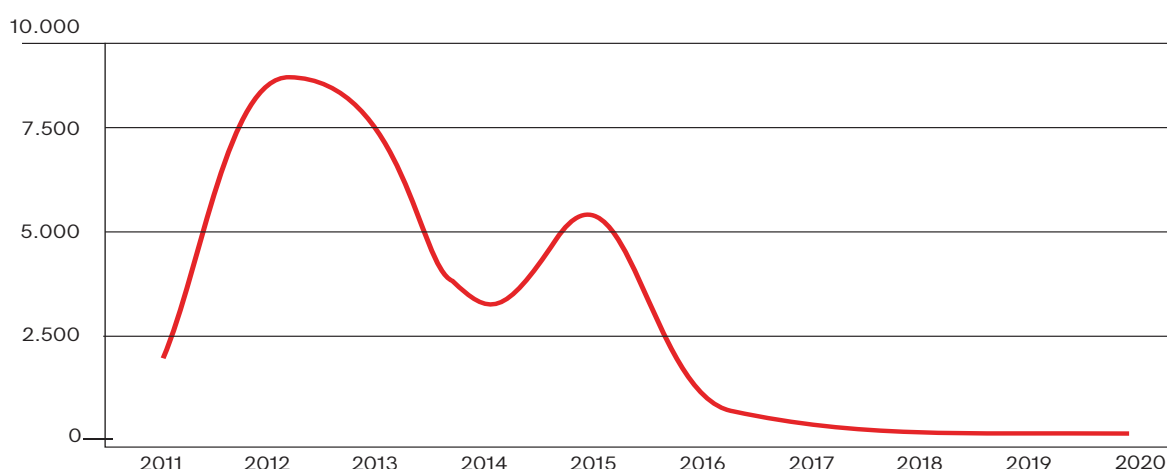
La mortalidad por Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en el territorio de la Triple Frontera refleja el escaso acceso a la infraestructura sanitaria y el acceso efectivo para cubrir con las necesidades básicas, dentro de lo cual se destaca el agua potable para evitar el consumo de agua no segura o contaminada con la presencia de parásitos o bacterias causantes de las EDA.

Al analizar la situación de salud de la muestra de la población indígena de Alto Río Solimões, se evidenció que la infección por helmintiasis tiene un carácter endémico y se presenta entre el 20% y 26% de la población. También se encontró la presencia de infecciones intestinales, ya sea infecciones de tipo bacteriano o por virosis, cuya expresión principal el síndrome diarreico,

que se manifiesta con especial letalidad en los niños por su rápida deshidratación. Semejante a la contaminación por helmintiasis están las infecciones oro-fecales, que se dan especialmente por el consumo de agua contaminada no apta para el consumo humano. Una de las maneras de evitar estas enfermedades prevenibles es garantizar el agua segura y el control de la calidad de ésta; a pesar de los avances y esfuerzos por resolver este problema sanitario, las medidas son insuficientes en la población en general de esta región y mucho más en las comunidades indígenas.

Dentro de las infecciones por protozoarios la más importante es el paludismo por *Plasmodium vivax* y por *Plasmodium falciparum*. La población de los municipios analizados del Alto Río Solimões presenta un bajo número de casos diagnosticados de paludismo. En el gráfico siguiente se observan dos situaciones hiperendémicas en 2012 y 2015, según el número de casos registrados entre 2011 y 2020, lo cual muestra la tendencia a la disminución de casos observados en toda la región y en general, el Índice Parasitario Anual acusa una significativa disminución.

**Gráfico 5: Casos anuales de paludismo entre el 2011 y 2020 en los municipios del Río Alto Solimões**



**Fuente:** Sistema de Vigilancia Epidemiológica de paludismo (Sivep-Malária) y plataforma de datos del Sistema Único de Salud disponible en el sistema (DATASUS).

En Perú como referencia, en el año 2014, y respecto al año 2020, los casos por *P. vivax* disminuyeron en un 20%, mientras que los casos por *P. falciparum* han disminuido hasta en 29% (ASIS Loreto 2020). En 2017 se inició en la región el control comunitario del paludismo mediante el “Plan de Malaria Cero”. El gráfico nos muestra que, en los últimos 7 años la región Loreto mantiene una tendencia de disminución de los casos de paludismo; sin embargo, es probable que este descenso en los años 2019 y 2020 se deba a la concentración del esfuerzo sanitario para controlar la pandemia.

Las enfermedades causadas por protozoos, así como la notificación de casos de dengue,

*Agentes Comunitarios de Salud Indígena.*  
| Foto: Archivo OTCA



aumentaron en zonas urbanas en el 2020, lo cual coincidió con la pandemia de COVID-19. Tanto Leticia como el departamento de Loreto reportaron un aumento de casos en 2020.

Las neoplasias también se encuentran entre las principales causas de defunciones en Leticia, Puerto Nariño, el departamento de Loreto y el estado del Amazonas. En Brasil, en el estado del Amazonas en 2018, las neoplasias fueron la principal causa de muerte en el grupo de edad de 30 a 69 años y representaron el 21% de todas las muertes en esta población. Principalmente se destacan los tumores malignos del cuello del uterino. La región no cuenta con centros de diagnóstico y tratamiento del cáncer, por lo que los pacientes tienen que trasladarse a las ciudades principales para el tratamiento en centros especializados; por ejemplo, las personas de Tabatinga que necesitan atención tienen que trasladarse a Manaus, o los de Leticia tienen que ser trasladados a Bogotá, lo cual tiene un alto impacto en las poblaciones indígenas. Esta situación requiere una mejora en los flujos de comunicación desde los establecimientos de atención primaria y gestión logística para el traslado de pacientes, especialmente los que vienen de regiones remotas. Se evidencia la necesidad de articular las políticas públicas para dar respuesta a esa situación y desafíos.

Por otra parte, los tipos de muertes que se incluyen en el grupo de afecciones perinatales, que son causa importante de mortalidad en la región en los tres países, se relacionan con diversos tipos de determinantes sociales de la salud, como los económicos, culturales y ambientales. Muchas de las enfermedades perinatales lo son diagnosticadas por la baja presencia médica, y en general, de los equipos de salud; sin embargo, las bajas tasas de enfermedades perinatales en las comunidades indígenas probablemente se deban a la presencia viva de la medicina tradicional que es accesible y forma parte de su realidad y contextos culturales.

La pandemia de COVID-19 afectó de manera especial a la Triple Frontera en los territorios de Amazonas en Colombia y Loreto en Perú, ya que acumularon mayores tasas de incidencia y mortalidad que el estado brasileño. El departamento de Loreto tuvo una tasa de incidencia de 4.773, con 113 muertes por cada 100.000 habitantes, en tanto que el departamento de Amazonas en Colombia tuvo la mayor incidencia y tasa de mortalidad en el país con 3.457 casos por cada 100.000 habitantes y 147 muertes<sup>26</sup>. El estado de Amazonas en Brasil acumuló una tasa de incidencia de 3.183 casos por cada 100.000 habitantes, con 96 muertes. La mortalidad en la región se observó durante la pandemia con el aumento gradual de casos en los municipios del estado de Amazonas de Brasil a mayo del 2020, desde la región metropolitana de Manaus, extendiéndose por la red fluvial del interior del estado e intensificándose en julio a los municipios de la zona fronteriza entre Brasil, Colombia y Perú, con disminución en agosto y septiembre del año 2020, y luego un nuevo aumento gradual de enero a mayo de 2021. De igual manera, se observa que, en diciembre del año 2020, hubo un aumento de la mortalidad en el municipio de Tabatinga-BR y Leticia-CO, y esta última se asoció con un aumento en marzo de 2021; posiblemente porque no se tomaron medidas más estrictas de contención y distanciamiento social en el momento en que Tabatinga-BR se encontraba en crisis sanitaria, así como por la demora en la contratación de personal de salud y la implementación tardía del plan de vacunación.

En cuanto a los casos graves, se observó que la Región Amazónica presenta altas condiciones de receptividad y vulnerabilidad a la diseminación del SARS-CoV-2, como consecuencia de las precarias condiciones

socioeconómicas, la alta concentración de población indígena y de otros grupos vulnerables, situación que se hace más crítica por la difícil accesibilidad a las comunidades y aldeas, lo cual es extremadamente complejo en caso de emergencias. Cabe resaltar que, en la Amazonía brasileña, hubo una deficiencia en el suministro de oxígeno y el estado fue prácticamente inexistente en la frontera, lo que aumentó la necesidad de trasladar a pacientes incluso a otros estados. Sumado a ello, en el interior del estado de Amazonas no existen Unidades de Cuidados Intensivos, como tampoco en los departamentos fronterizos amazónicos en Colombia.

En la región de la Triple Frontera, la débil presencia del Estado y de las instituciones responsables de la salud y de otras áreas relacionadas sitúan en una condición de vulnerabilidad a la población y en particular a los pueblos indígenas. Esto se debe a varios aspectos: el flujo constante de personas a lo largo de los ríos Putumayo y Amazonas, que contribuye a la propagación de enfermedades, la concentración de problemas comunes a las zonas de frontera, las actividades de alto impacto ambiental, la ocupación desordenada del espacio, la carencia de acceso a los servicios de salud y en general la pobreza y extrema pobreza, que contribuye a la precariedad en la vida de la población de esta región.

Uno de los aspectos que vuelve un reto importante para los servicios de salud es la alta dispersión de la población indígena en un vasto terreno selvático, el crecimiento demográfico de la misma y la gran diversidad étnica y lingüística con patrones culturales propios y el escaso posicionamiento de la comunicación y del enfoque intercultural en los programas de salud, en su prevención y promoción.

---

<sup>26</sup> Cortés et al., 2020 apud Nunes, 2021.



*La misión técnica intercambió información con los operadores de salud que se encuentran en las comunidades indígenas.  
| Foto: Archivo OTCA*

## 2.6. La situación de salud en la Región Napo – Curaray – Río Tigre, en la frontera entre Ecuador y Perú

Esta región fronteriza compartida entre Ecuador y Perú corresponde respectivamente a las provincias de Orellana (Municipio de Aguarico) y Pastaza (Municipios de Pastaza y Arajuno) en el área del Parque Nacional Yasuní, Reserva de la Biósfera del mismo nombre, que incluye la Zona Intangible Tagaeri Taromenani (ZITT) y el territorio de la nacionalidad Waorani. En este espacio geográfico están también las comunidades Kichwa amazónicas y mestizas campesinas ubicadas a ambas orillas del río Napo y Curaray, y comunidades indígenas de la Nacionalidad Sápára ubicadas en la cuenca baja del río Pastaza entre los ríos Corrientes, Conambo y Pinduyacu. En el Perú la región abarca el departamento de Loreto, las provincias de Maynas y Loreto, en los distritos Napo, Torres Causana y Tigre, así como la Reserva Nacional Pucacuro y las tierras y territorios indígenas de los pueblos indígenas Arabela, Quechua, y Secoya, así como de comunidades mestizas.

Los pueblos indígenas aislados de esta región son los Tagaeri – Taromenane y aún por confirmar los Dugakaeri, y en el Perú están los grupos de contacto inicial Arabela/ Sapara de Buena Vista. También se menciona la presencia de otros grupos aislados que no han sido identificados. En la propuesta de creación de la Reserva Indígena Napo – Tigre se han realizado estudios para determinar la presencia de pueblos indígenas aislados. Tanto en el Ecuador como en Perú, existen grandes presiones sobre estos territorios, lo cual genera riesgos a la vida y salud de los pueblos aislados, así como de los otros pueblos indígenas y no indígenas; dichas presiones son las acciones u omisiones de los mismos Estados, la contaminación ambiental, la deforestación ilegal, la minería no reglamentada y el narcotráfico. Esta situación se da en medio de un contexto de pobreza por necesidades básicas insatisfechas que afecta a la población a ambos lados de la frontera.

En esta parte se describe específicamente al Sistema Nacional de Salud de Ecuador, ya que en las otras regiones se caracterizó al Sistema de Salud de Perú. En Ecuador, la Constitución establece que la salud es un derecho fundamental garantizado por el Estado y, como derecho, dispone el acceso y cobertura universal de la misma. A su vez, la realización de este derecho se relaciona con otros derechos tales como el acceso al agua, la alimentación, la educación, la seguridad social, el ambiente y otros más. Según este mandato constitucional<sup>27</sup> el Estado debe desarrollar políticas públicas para el acceso oportuno y sin exclusión a los programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, donde la prestación de los servicios de salud debe regirse por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Desde ese contexto, el sistema de salud se organiza a través de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), que está conformada por el conjunto de las instituciones públicas que ofrecen servicios de salud, las cuales cuentan con establecimientos que se distribuyen en el primero, segundo y tercer nivel de atención<sup>28</sup>. Las instituciones que conforman la RPIS son el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Seguro Social Campesino (SSC) y los establecimientos de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. A más de esto, el Sistema Nacional de Salud está conformado, también, por los establecimientos de salud del sector privado, los cuales forman parte de la

denominada Red Complementaria de Salud.

A su vez, la gestión de salud se guía por el denominado Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) y el mismo asume el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define a la salud como el estado de completo bienestar, es decir, se basa en la integralidad y en la consideración de los determinantes sociales de la salud. Este modelo tiene varios enfoques, entre los que se cuenta a la universalidad, los derechos, la equidad, la participación ciudadana, la interculturalidad y otros, y desde el punto de vista de la atención el enfoque del modelo se basa en la Atención Primaria de Salud en todos los niveles de atención, pero en especial en el primer nivel, fortaleciendo la acción de los servicios de salud con la promoción de la salud, la prevención, la intervención médica a través de los tratamientos, la recuperación hasta los cuidados paliativos en conjunto, con una atención integral tomando en cuenta los derechos de las personas, la diversidad étnica y las características amplias del entorno.

La población focalizada de esta región es atendida principalmente desde el primer nivel de atención, que está en contacto directo con la comunidad. La atención se da en los establecimientos de salud y se proporciona también atención extramural con los equipos de atención integral de salud (EAIS). Estos equipos, por lo general, están conformados por un médico, una enfermera, un odontólogo, y en determinados lugares, por Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS) o auxiliares de enfermería. En este nivel se pone énfasis

---

<sup>27</sup> Constitución de la República de Ecuador, Artículo 32.

<sup>28</sup> El primer nivel cubre las necesidades básicas de salud de la población en general y, en este caso, de las comunidades indígenas, y la intervención se basa en la atención individual, familiar y comunitaria. En el segundo nivel de atención se atienden los casos de mediana complejidad con atención ambulatoria, especializada y de hospitalización. Los establecimientos son hospitales básicos que son parte del escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención. El tercer nivel de atención están hospitales que reciben casos que demandan de intervenciones de mayor o alta complejidad y especialización y subespecialización.

en las actividades de promoción de la salud, prevención e intervenciones de enfermedades comunes y frecuentes en el medio.

En el área de estudio de Ecuador que implica directamente a 9 comunidades indígenas y una población urbana se cuenta con cuatro establecimientos de salud del primer nivel de atención (dos centros de salud y dos puestos de salud) y están ubicados en las poblaciones Waorani de Dicaro, Tiwino Waorani, Kawimeno y en la población Kichwa amazónica de Lorocachi. En el norte de la Amazonía de este país se encuentra el Hospital Básico Franklin Tello, situado en el Cantón Nuevo Rocafuerte en la frontera con Perú. Este es el único establecimiento del segundo nivel de atención que hay en el área focalizada. Desde el centro de salud de Tiwino Waorani se da atención a las comunidades ubicadas en el área de incidencia de la ZITT y entre ellas a Bameno y Boanamo, que están en el límite del territorio de los pueblos aislados. En los centros de salud de Dicaro, Tiwino Waorani y Kawimeno se contaba al momento de la realización de este estudio con dos Equipos de Atención Integral de Salud trabajando de manera permanente en dichos establecimientos y en el territorio, en tanto que el Puesto de Salud de Lorocachi era atendido por un solo Equipo de Atención Integral de Salud. En el caso de las poblaciones Waorani, cuando se presentan emergencias de mediana o alta complejidad, los pacientes son trasladados al Hospital Fisco Misional Franklin Tello, al Hospital Francisco de Orellana en la ciudad de El Coca o a Quito, donde están los hospitales de especialización y subespecialización del tercer nivel. Los pacientes de Lorocachi son derivados al Hospital General del Puyo o a los hospitales de Quito. La evacuación de las comunidades del interior y del área de influencia de la ZITT, así como la de Lorocachi requieren de evacuación aérea o fluvial.

En Perú, con un número similar de comunidades, solamente la población de

Buena Vista cuenta con un puesto de salud de nivel I, que atiende a las comunidades de Chambiral, Shapajal y Flor de Coco. Urbina es atendida en el centro de salud de Santa Clotilde, mientras que las comunidades de San Juan de Miraflores, Vencedores y Paycanape asisten al hospital Tello ubicado en Nuevo Rocafuerte en Ecuador.

La población de las parroquias de Río Tigre y Curaray, ubicadas en la provincia de Pastaza, fue de 3.012 personas según los datos del último censo, de los cuales 1.593 son hombres (52%) y 1.419 (47%) mujeres. La mayor parte de la población se concentra en la nacionalidad Kichwa amazónica, seguida de la población Waorani. Al igual que en las parroquias de la provincia de Orellana, la población era joven, pero es notable que la mayoría estuviera entre los 4 y los 29 años (77%) y se repite el mismo fenómeno de la poca presencia de adultos mayores y sus complejidades conexas.

En el caso de Perú es importante mencionar que en los tres distritos la población masculina supera el 50%, mientras que la población femenina más representativa se encuentra en Torres Causana, alcanzando el 49%, mientras que en Napo y Tigre representan el 47%.

La situación del entorno de los pueblos indígenas en la zona de estudio muestra que las provincias y departamentos respectivamente con mayor cantidad de población son la provincia de Orellana y el cantón Arajuno en el lado ecuatoriano, mientras que Maynas y Loreto en Perú. En estos lugares de Ecuador la pobreza medida por las necesidades básicas insatisfechas está entre el 70% y el 85%, en tanto que en Perú está por encima del 91%.

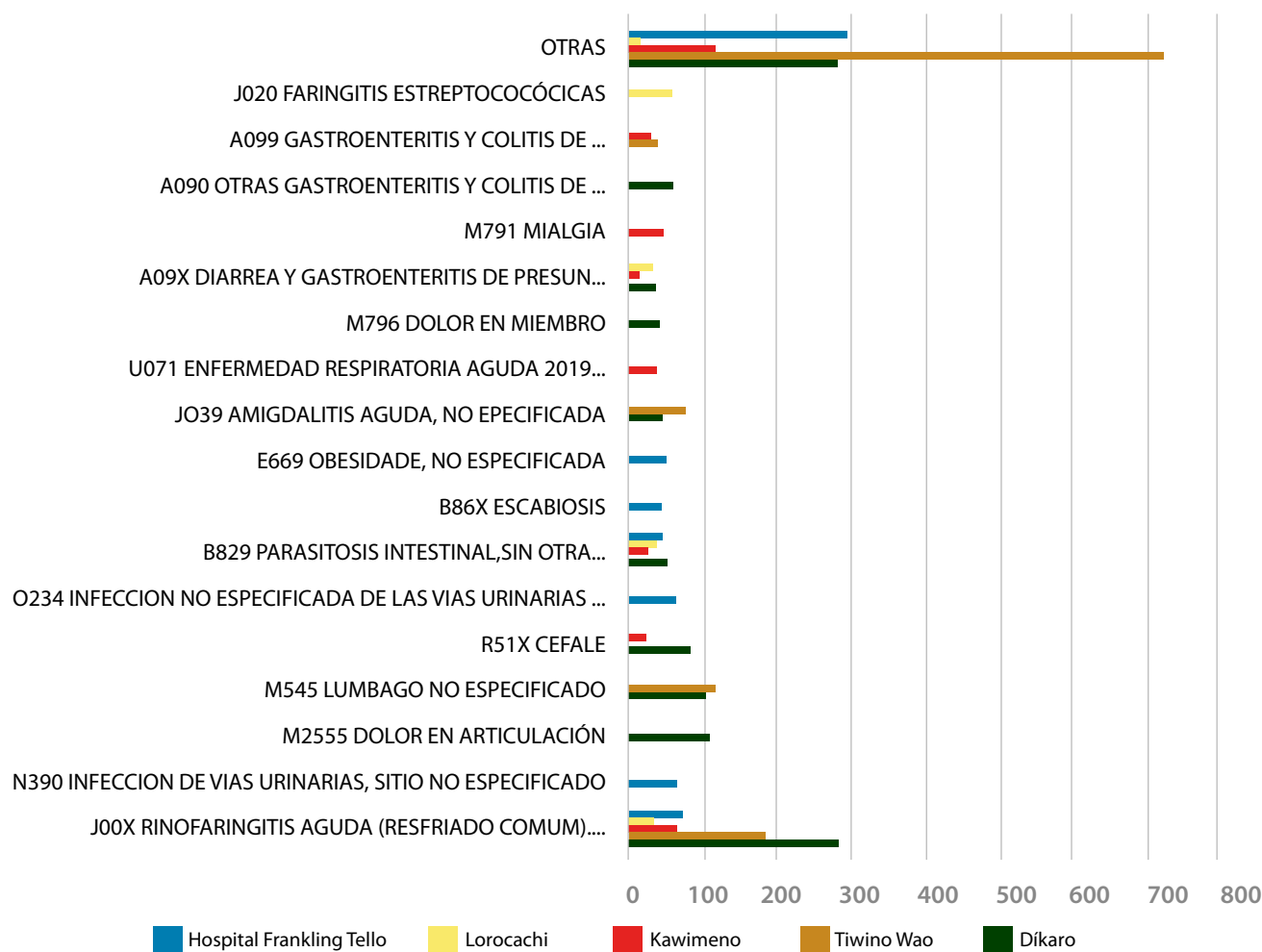
Las enfermedades más comunes en las comunidades de estudio son las infecciones de las vías respiratorias altas con un 16,47%, mientras que el lumbago sobrepasa el 6%. A su vez podríamos citar con menos incidencia la amigdalitis aguda (3,38%), los dolores de articulaciones (3,18%), la parasitosis intestinal

(3,12%) y la cefalea (2,94%). Cabe mencionar que, a pesar de existir una metodología aprobada para la elaboración de los Análisis Situacionales Integrales de Salud de cada uno de los establecimientos, no todos citan las diez enfermedades más comunes, creando así una cifra muy alta de otras, como es el claro ejemplo de Tiwino Wao, donde éstas superan los 723, representando en la cifra global un 42%, algo que claramente no permite realizar un análisis exhaustivo del panorama epidemiológico a diferencia de lo realizado por Dícaro, donde se han citado las veinte principales causas de morbilidad. Los datos en el Hospital Franklin Tello muestran que las infecciones de vías urinarias ocupan el 17,95% de los diagnósticos,

en tanto que la rinoфарингитис aguda tuvo una incidencia del 10,41%; la obesidad el 7,09%, la parasitosis 6,18% y la escabiosis casi un 6%.

A esto se suman las enfermedades crónico-degenerativas (10 casos), las cuales solamente han sido reportadas por los centros de salud de Dícaro y Tiwino Wao, siendo la diabetes mellitus de las más importantes con 2 y 1 casos, respectivamente. A su vez, la hipertensión con un número similar representa el 75% de este tipo de morbilidades; sin embargo, de los 112 casos reportados en Nuevo Rocafuerte, el 73,21% son de obesidad, seguidos por lipidemias (10,71%) y la hipertensión (7.14%).

**Gráfico 6: Principales causas de morbilidad por Centro de Salud en Ecuador (Enero a Julio 2021)**



**Fuente:** MSP Centros y Puestos de Salud, ASIS 2021, Elaboración: autores



*Visita al hospital Franklin Tello en Nuevo Rocafuerte, Ecuador.  
| Foto: Archivo OTCA*

En este contexto, y dentro de los problemas de salud de que adolece la población, están también las morbilidades odontológicas, que en un 70% están vinculadas a caries (dentina, esmalte o cemento), el 19% a acreciones y 7% a pulpitis. Las morbilidades odontológicas dan clara muestra de la mala alimentación que es causa de malnutrición en los niños, niñas y adolescentes, como se verá a continuación, sumadas a los problemas de salud oral de la población.

Sobre la base de 174 casos atendidos por consulta de niños menores de cinco años, la desnutrición se identifica como un problema grave de salud. El 41% de los casos atendidos tienen desnutrición crónica, el 19% desnutrición global, el 10% desnutrición aguda, y 16% tienen anemia. La información revela que los niños que sufren ese problema se verán limitados en su potencial de desarrollo, como consecuencia de condiciones de vida precarias e incluso extremas.

Los cinco establecimientos de salud, incluido el hospital Franklin Tello, dan cuenta de la situación de las mujeres embarazadas y en 2021 se registró la atención a 83 gestantes. El 47% se concentró en Nuevo Rocafuerte, seguido por el 18% en Lorocachi, el 16% en Dicaro, 13% en Tiwino Waorani y 6% en

Kawimeno. En ese mismo contexto, se registró la atención de seis adolescentes embarazadas.

Los documentos del ASIS de los establecimientos de salud también dan cuenta de las personas que están dentro de los denominados grupos de atención prioritaria, entre los que se cuentan las personas con discapacidad, los niños menores de cinco años, los adolescentes, los adultos mayores, las mujeres embarazadas, y las víctimas de violencia. En total, en el año 2021, se identificaron 236 personas bajo el criterio de atención prioritaria. Los menores de edad representan al 34%, en tanto que los adultos mayores al 19%, los niños menores de cinco años con malnutrición ocupan el 12% y un 11% las personas con discapacidad.

En Perú, al igual que en Ecuador, las condiciones de las áreas focalizadas del estudio muestran una situación precaria debido a la concentración de la pobreza y las limitaciones para cubrir las necesidades básicas. Por ejemplo, el acceso a agua potable por red pública (dentro de la vivienda, fuera de la vivienda, pero dentro del edificio o pilón de uso público) a nivel nacional es del 68%, mientras que el departamento de Loreto se encuentra en el 45.4%, con un acceso diario del 50.8%, casi treinta y seis puntos porcentuales menos de lo que existe a nivel nacional. Y



es el departamento con menos servicio de agua las 24 horas del día con tan solo el 8.2% (nivel nacional 56.5%). La red pública de alcantarillado a nivel nacional supera el 74% y en Loreto es del 42%, y es más precario en las áreas rurales.

Los indicadores sociales muestran que el analfabetismo es de alrededor del 10% entre las mujeres y el 3.8% entre los hombres, concentrándose el 14% en Datem de Maraón y el 11.3% en Loreto<sup>29</sup>. Mientras que el Índice de desarrollo humano determinó que el desarrollo de Perú se encontraba en 0,5858, Loreto se encuentra en 0,4834. Los distritos con menores índices son: Torres Causana (0,2057) y Napo (0,2911) (IDH:2019). Debido a la falta de trabajo, es necesario considerar los índices de pobreza de Loreto, que son de alrededor del 31%, siendo ésta una de las regiones de Perú con el mayor índice de pobreza.

En esta región de Perú, la situación de salud se contextualiza tomando en cuenta algunos de los datos anteriormente mencionados y considerando los distritos y establecimientos que prestan los servicios a las comunidades incluidas en este estudio; así los centros de salud en los cuales se desarrolló este estudio están en tres distritos, cuatro centros de primer nivel y un hospital: Napo (Hospital Santa Clotilde y Puesto de Salud Buena Vista), Tigre (Puesto de Salud 12 de Octubre) y Torres Causana (Puestos de salud de Cabo Pantoja y Torres Causana). De la información proporcionada en el portal de la DIRESA, entre enero y diciembre de 2021 se realizaron 18.740 intervenciones de medicina integral y 14.943 odontológicas.

Los datos del distrito Loreto, que contienen información en una escala más amplia, y tomando en cuenta la mortalidad, muestran que el 50% de los fallecimientos se dan principalmente por infecciones de las vías

respiratorias bajas y otros tipos de infecciones y enfermedades respiratorias. Estas defunciones se dan en mujeres y hombres por igual, y por grupos etarios un 57% se dan en personas mayores de 60 años, seguido de un 25% entre personas comprendidas en las edades de 30 a 59 años.

Por otra parte, y tomando en cuenta a las comunidades focalizadas del estudio, según los datos del año 2021, veinte morbilidades concentraron el 93% de las atenciones de salud en los cuatro establecimientos. Los diagnósticos establecidos en las consultas fueron, respectivamente, parasitosis intestinal (17%), rinofaringitis aguda (15%), infecciones de las vías urinarias (13%), anemia por deficiencia de hierro (10%) y EDAs (9%).

En el hospital de Santa Clotilde se atendieron 69 casos de personas con VIH, de las cuales 18 son mujeres y 51 son hombres y el mayor número de casos se encuentra entre personas de 18 a 29 años. En 4 de los 5 centros de salud, la parasitosis se concentró en el grupo de 5 a 11 años, mientras que en el 12 de octubre el mayor número se da en personas de entre 12 y 17 años. El 57% de esta enfermedad fue reportada en mujeres. De las afecciones respiratorias que ocupan un lugar importante en el perfil epidemiológico, la bronquitis aguda tiene un peso importante, ya que se contabilizaron 1,146 consultas. Otro de los problemas de salud que ocupan un lugar importante es el lumbago con 1.284 casos. Aunque son pocos los casos, también se registraron 15 casos de accidentes ofídicos.

El grupo comprendido entre 1 año y 4 años fue el mayor diagnosticado con rinofaringitis aguda o resfriado común, en tanto que la infección de las vías urinarias se concentra en mujeres con el 72.62% , siendo el grupo con el mayor número de casos el comprendido entre los 30 y los 59 años.

<sup>29</sup> (ASIS-Loreto:2018)

La anemia, causada principalmente por una alimentación carente de nutrientes como el hierro y por el consumo de agua insegura, se da principalmente en el grupo de entre 1 y 4 años y en el de 5 a 11 años. La gastroenteritis aguda afecta en mayor medida a los niños de 1 a 4 años.

Durante el 2021, 75.628 niños y niñas menores de 5 años fueron evaluados y de estos el 21.3% sufría de desnutrición crónica, es decir su estatura estaba por debajo de la esperada según los patrones de crecimiento, y esto hipotéticamente puede deberse a dos causas, la inadecuada ingesta de nutrientes y los episodios recurrentes de enfermedades infecciosas por la falta de acceso a agua potable, como se pudo apreciar en la información presentada anteriormente sobre las morbilidades en ese grupo de edad<sup>3</sup>.

Al igual que en Ecuador, las morbilidades odontológicas ocupan un lugar importante en el conjunto de las morbilidades en el área de estudio, y esto a su vez afecta de otras formas

*Visita al puesto de salud de Cabo Pantoja, Río Napo, Perú. | Foto: Archivo OTCA*



la salud de la población. En este contexto, las caries de la dentina, la pulpitis, la necrosis de la pulpa, los abscesos, la gingivitis aguda y los depósitos o acreciones son las enfermedades orales más frecuentes y con una alta incidencia.

En el Hospital de Santa Clotilde, en el año 2021 se registraron 21 partos naturales, de los cuales 6 fueron de adolescentes de entre 14 y 16 años. También se encontró que 96 mujeres tuvieron diagnóstico de anemia, lo cual afectó la salud durante el embarazo y en 558 casos se verificó aumento excesivo de peso como producto de una mala alimentación. En este mismo establecimiento de salud se contabilizaron 66 abortos de distinto tipo, y el 59% correspondía a niñas y adolescentes de entre 12 y 17 años. En el establecimiento de Buena Vista se registraron 3 abortos en mujeres de 39 años.

La violencia no es ajena a los problemas de salud que afectan a las mujeres en la región focalizada; por ejemplo, en Santa Clotilde se registraron 251 de esos casos, los cuales afectaron especialmente a mujeres de 29 años que, en lo global, representan el 55% de las víctimas. En Buena Vista, la violencia física afectó a 222 personas, de las cuales el 90% fueron mujeres; el abuso psicológico se registró en 111 personas, donde el 92% fueron mujeres; y se registraron 9 casos de violencia sexual en niñas y adolescentes de entre 12 y 17 años.

En la actualidad, respecto a la pandemia de COVID-19 se investigaron cifras sobre casos detectados, y solamente se reportaron tres casos en el hospital de Santa Clotilde. Sobre esto, existe la duda si la inexistencia de casos es producto de la falta de insumos médicos para realizar pruebas o fallas en el diagnóstico. En Loreto, por su parte, se vacunó con el esquema completo (dos dosis) a 583.969 personas, mientras que apenas 173.094 recibieron el tercer refuerzo. Según el MINSA, la inmunización al 2022 alcanzó al 56.83% de la población, incluida la indígena.



Misión técnica a la Región Napo. | Foto: Archivo OTCA

## 2.7. Determinantes sociales de la salud y factores de riesgo en las regiones estudiadas

En los anteriores apartados se vio la situación de salud de las seis regiones focalizadas en las áreas fronterizas en siete de los ocho países que conforman la Cuenca Amazónica a través de diversas informaciones e indicadores que muestran de manera directa o indirecta el estado de salud de las comunidades, así como de los espacios circundantes o áreas de influencia. El contexto general muestra un conjunto de enfermedades comunes y prevenibles, la mayor parte de ellas producidas por condiciones deficitarias de vida, y otras emergentes que tienen que ver con los cambios en los hábitos o en la forma de vida de las comunidades, lo cual incide en la persistencia de las enfermedades infecciosas transmisibles y en los diagnósticos, cada vez más frecuentes, de padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles.

En ese contexto, hay problemas estructurales de acceso a los servicios de salud especialmente en las áreas remotas, lo cual coincide también

con un aumento de las presiones socio ambientales, y con el punto de inflexión que representó el apareamiento y expansión vertiginosa de la pandemia por el virus SARS-CoV-2, la COVID-19.

En los informes se muestran las varias relaciones que entran en juego en el contexto de la salud, y se destaca en especial la problemática ambiental de las diferentes regiones estudiadas por sus implicaciones directas en la salud, en la supervivencia y continuidad de las comunidades indígenas y también de las comunidades no indígenas.

Cuando se habla de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), se están considerando las causas últimas que determinan la situación de salud de las poblaciones, así como los factores de riesgo que subyacen a dicha problemática. Esto se ve claramente reflejado en los informes de las regiones estudiadas.

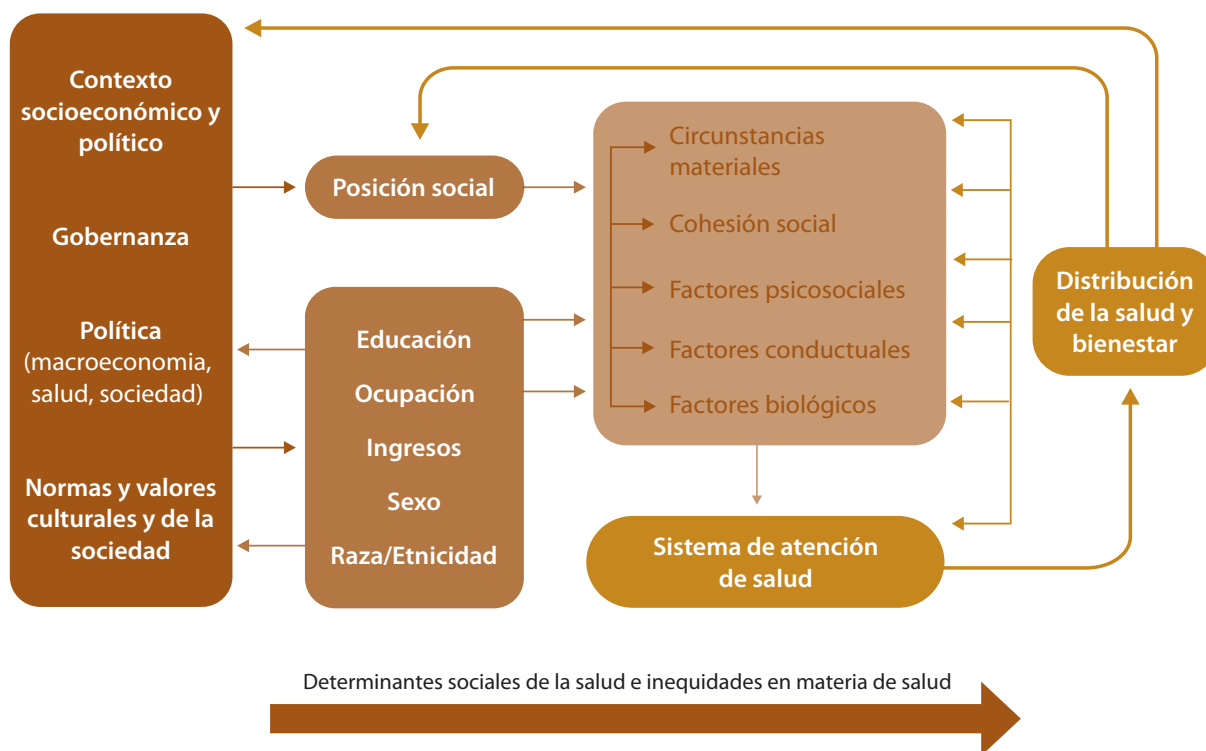
Respecto de los DSS, la Organización Mundial

de la Salud (OMS) les define como: “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Dichas condiciones pueden ser significativamente diferentes para varios subgrupos de una población, dando lugar a diferencias e inequidades en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cuyo caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cuyo caso se

consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad”<sup>30</sup>.

Tradicionalmente los DSS han sido ubicados en cuatro grandes ámbitos relacionados con el medio ambiente<sup>31</sup>, los estilos y hábitos de vida, los sistemas sanitarios y la biología humana<sup>32</sup>; y desde una perspectiva más amplia abarcan factores conductuales, sociales, económicos, culturales y laborales, en el sentido occidental del término, o de reproducción de las necesidades vitales pensando en las comunidades indígenas en general y en especial en las de contacto inicial y las de aislamiento. Según la OMS, los DSS se esquematizan de la siguiente manera:

**Gráfico 7: El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud**



**Fuente:** PAHO, Social Determinants of Health

<sup>30</sup> Fuente: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22>

<sup>31</sup> Fuente: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000100081](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081)

<sup>32</sup> Fuente: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000100081](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081)

Por otra parte, los factores de riesgo para la salud, según la misma OMS, son todas aquellas condiciones o causas que incrementan la probabilidad de desarrollar enfermedades en las personas, que, si bien se pone el acento en lo individual, los factores de riesgo no dejan de tener relación con condiciones sociales más amplias. Tanto los DSS como los factores de riesgo interactúan. Desde el abordaje de los DSS se aprecian las inequidades o brechas de salud, y entre los factores de riesgo se visibiliza a las personas o grupos de personas que están más expuestos a enfermedades, problemas de salud o sanitarios o a condiciones de vulnerabilidad que tienen efectos en la salud y en la calidad de vida.

En este escenario, la identificación de los DSS y de los factores de riesgo es una condición necesaria para intervenir a través de las estrategias de salud pública, las cuales, por lo general, combinan las actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, y protección frente a los riesgos<sup>33</sup>, y a un nivel más amplio, la intervención e incidencia en las mismas DSS, es decir, en las causas últimas que generan los problemas de salud. En la política pública la protección de la población frente a los factores de riesgo en su conjunto es un rol que se desempeña desde los respectivos ministerios de salud.

La mayor parte de la población estudiada en las seis regiones tienen en común, aunque con características distintas, las siguientes condiciones: son espacios geográficamente aislados de los centros de poder, están en lugares de difícil acceso, se concentran poblaciones indígenas dispersas en

territorios de gran extensión, algunas de las poblaciones tienen dinámicas influidas por el factor fronterizo, en las poblaciones de mayor tamaño están presentes poblaciones indígenas y no indígenas. Algunas de las poblaciones indígenas están en áreas naturales protegidas<sup>34</sup>, pero al mismo tiempo, son espacios superpuestos donde hay un fuerte foco de interés estatal y no estatal por los recursos naturales renovables y no renovables, lo cual somete a grandes presiones y amenazas a la población del área de estudio. La presencia de los organismos de control de los Estados es, en su mayor parte, débil o en los lugares más remotos inexistentes.

Las fronteras son permeables a dinámicas sociales y económicas irregulares. Las condiciones de vida de las comunidades indígenas y no indígenas son, en su mayor parte, precarias. Los diferentes indicadores socioeconómicos muestran la concentración de la pobreza y extrema pobreza, así como grandes deficiencias e inequidades en el acceso a los servicios de salud y, en general, a los servicios básicos, evidenciándose limitaciones claras para satisfacer tanto las necesidades básicas como para alcanzar los medios de vida mínimos para el sustento y reproducción de las poblaciones estudiadas. Se evidencia, también, que la problemática mencionada en general ha ido en crecimiento, lo cual tuvo una expresión particularmente fuerte en la pandemia, tal como sucedió en la Amazonía peruana y brasileña. A partir de esto se observa el riesgo y alto impacto que implica cuando estos factores se juntan<sup>35</sup>, tal como se aprecia, por ejemplo, en las altas tasas de mortalidad provocadas por este problema de salud global:

<sup>33</sup>Fuente:[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28227/9789275318669\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28227/9789275318669_spa.pdf)

<sup>34</sup>Aunque también se presentan casos en los que las áreas protegidas se superpusieron a los territorios ancestrales de los pueblos indígenas.

<sup>35</sup>Aunque no están dentro del área de estudio directo, el problema surgido en Manaus e Iquitos respecto a la pandemia ilustra el gran impacto que puede tener cuando no se interviene adecuadamente en los DSS y en los factores de riesgo; el resultado fue la gran mortalidad observada y las consecuencias que esto conlleva para las poblaciones afectadas. En el caso de Perú y Brasil los situó en una de las tasas de mortalidad más altas del mundo.

## Situación de la pandemia desde los indicadores de mortalidad y el lugar que ocuparon en la afectación de la Región de las Américas (2020-2022).

País	2020	Lugar	2021	Lugar	2022	Lugar
Brasil	904.8	6	1.983.9	4	302.7	24
Bolivia	757.4	10	871.8	29	208.45	39
Colombia	834.15	8	1.691	9	225.9	37
Ecuador	788.6	9	1.103.5	22	122.0	43
Guyana	204.11	27	1.105.2	21	281.27	28
Peru	2.766.17	1	3.249.07	1	388.6	16
Surinam	197.49	28	1743.1	7	316.63	66

**Fuente:** OPS/OMS Unidad de Información y evaluación de riesgo en salud, Departamento de emergencias en salud, OPS, 2022<sup>9</sup> Muertes por 1 millón de habitantes y lugar en la escala regional.

En distinta medida dependiendo de los países, el problema de la pandemia coincidió también en mayor o menor grado con un debilitamiento de los sistemas de salud por distintas políticas adoptadas por los Gobiernos de turno, lo cual tuvo distintas repercusiones en los territorios estudiados.

### Determinantes sociales y ambientales relacionados a la salud en las regiones estudiadas

Como se mencionó anteriormente, los DSS se comprenden como aquellos factores que influyen, afectan, condicionan e incluso determinan la salud de los pueblos, ya sea que los mismos se encuentren en áreas rurales o urbanas. Estos se componen de factores sociales, económicos, ambientales, culturales, étnico/raciales, psicológicos y de

comportamiento que influyen o concurren en los problemas de salud. La OMS (2006) en relación con esto define la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o de la enfermedad”, y este es precisamente el marco de referencia para los análisis de la salud.

Un modelo que se utiliza a menudo para presentar los determinantes sociales de la salud en una población es el de Dahlgren y Whitehead (1991), que presenta los DSS ordenados en diferentes capas, desde una capa más cercana o proximal que da cuenta de los determinantes individuales hasta una capa distal, donde se encuentran los macro determinantes o determinantes estructurales<sup>36</sup>. En este modelo, en el centro están las características individuales (por ejemplo, edad, género factores genéticos y otros). En el primer

<sup>36</sup> Los DSS Estructurales hacen referencia al contexto social y político, así como a las políticas económicas vinculadas a las cuestiones de género y etnicidad que estructuran la sociedad en clases y sectores sociales, y determinan en última instancia los niveles educativos, ocupacionales y de riqueza en la población. Su denominación hace, precisamente, alusión a la estructura social. Estos DSS influyen en los llamados DSS Intermedios que son cercanos al proceso salud – enfermedad y a las condiciones de vida de la población. Los DSS Distales dan cuenta de los estilos de vida o de aspectos más individuales en la misma relación salud – enfermedad (Urbina, González, 2012:30).

nivel se encuentran los factores relacionados con los estilos de vida<sup>37</sup>. Le siguen las redes de apoyo social y comunitario, indispensables para la salud de la sociedad. En el nivel más distal están representados los determinantes a nivel macro, relacionados con aspectos económicos, ambientales y culturales de la sociedad en general. La comprensión de estos factores, en cuanto dan cuenta de las causas últimas de los problemas de salud, permite de manera general orientar las estrategias de intervención.

De manera complementaria, y para contextualizar la revisión de los DSS, se incluyen dos indicadores básicos que son el índice de desarrollo humano (IDH) y el gasto público en salud expresado en porcentaje del Producto Interno Bruto, que dan una perspectiva de la situación de los países amazónicos.

Índice de Desarrollo Humano en la Región de las Américas, 2021	
País	IDH
Brasil	0.75
Bolivia	0.69
Colombia	0.75
Ecuador	0.74
Guyana	0,71
Perú	0,76
Surinam	0,73

**Fuente:** PNUD, Informe IDH 2021-2022, NY, 2022

El promedio del índice de desarrollo humano para América latina y el Caribe en el año 2021 fue 0,75<sup>38</sup>. El mayor IDH alcanzado en la Región

de las Américas es el de Canadá con 0,94 y el menor está en Haití, que es de 0,53.

En el contexto de la salud, el gasto público expresado como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) del sector es un indicador estructural importante, ya que refleja el esfuerzo económico que ponen los gobiernos de turno para atender las necesidades de este derecho fundamental de la población:

Gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) en la Región de las Américas, 2019	
País	GDP %
Brasil	3,9
Bolivia	4,9
Colombia	5,5
Ecuador	4,8
Guyana	2,9
Perú	3,2
Surinam	7,0

**Fuente:** OMS, Global Health Expenditure Database, WHO 2021

En la región el mayor gasto público en salud al 2019 se registra en Cuba (9,9% del PIB), y el menor está en Haití (0,5%).

A continuación se listan los principales DSS por cada una de las regiones estudiadas, y en la parte final de esta sección se realiza un resumen de los DSS desde la perspectiva de la Cuenca Amazónica y la realidad transfronteriza.

<sup>37</sup> En los estilos de vida si bien responden a los factores individuales, los mismos están incididos por factores sociales más amplios

<sup>38</sup> Fuente: <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>

## 2.7.1. Determinantes Sociales en la Región de Estudio (1) del Vale do Javari, frontera Brasil y Perú

### DSS Estructurales →

*Políticas, enfoques económicos, desigualdades, inequidades, género, etnia*

- ⊙ Los indicadores de salud de los pueblos indígenas en Brasil y Perú son más precarios que los promedios nacionales<sup>39</sup>.
- ⊙ En todos los grupos de edad de la región estudiada, las desigualdades en los indicadores de mortalidad son grandes<sup>40</sup>.
- ⊙ Baja esperanza o expectativa de vida.
- ⊙ Exclusión y discriminación por parte de los segmentos mayoritarios de la sociedad nacional.
- ⊙ Discriminación y prejuicio contra los pueblos indígenas.
- ⊙ Intereses contrapuestos sobre el destino y uso de los territorios de los pueblos indígenas.
- ⊙ Debilidad del SASI/SUS que se expresa en la falta de infraestructura adecuada, falta de insumos y equipos de uso médico-sanitarios, disponibilidad limitada de medicinas e insumos, alta rotación del personal médico, formación limitada sin las especificidades de la interculturalidad en salud.
- ⊙ En las áreas más remotas -que son la mayor parte de las poblaciones focalizadas de este estudio-, se presentan dificultades de comunicación, logísticas y complejidad para dar atención a las poblaciones indígenas en contextos interculturales.
- ⊙ Dificultad y distancia de acceso a los servicios de salud de mediana y alta complejidad. En estos niveles de atención disminuye el enfoque intercultural de la atención a los pueblos indígenas.
- ⊙ Proselitismo religioso y proceso de evangelización agresivos que introducen cambios estructurales en la cultura indígena y alteración de su forma de vida.
- ⊙ Mayor presión sobre los recursos naturales necesarios para la seguridad alimentaria local que se destinan a abastecer a los mercados de ciudades grandes.
- ⊙ Concesiones forestales para la explotación de la madera que incluyen un espacio dentro del área solicitada para la creación de la Reserva Indígena Yavari – Mirim, y en el Área de Conservación Regional Tamshiyacu – Tahuayo.
- ⊙ Dificultad para acceder a un sistema educativo diferenciado, con enfoque intercultural en correspondencia con la legislación vigente.
- ⊙ Los programas y beneficios sociales no se adaptan a las especificidades socioculturales y geográficas de la región del Vale do Javari.
- ⊙ Pocas alternativas de generación de ingresos sostenibles para las poblaciones indígenas y no indígenas.
- ⊙ Déficit de recursos humanos y financieros de las instancias encargadas de la protección territorial y promoción de los derechos indígenas.
- ⊙ Políticas de desarrollo económico basadas en actividades extractivas con gran impacto en los territorios indígenas y sus recursos. →

<sup>39</sup>(Marinho, 2019 y Contreras-Pulache et al., 2014)

<sup>40</sup>(Santos et al., 2020).



- ⊙ Los grupos que habitan en las áreas de frontera y zonas específicas de la Amazonía son aquellos que están expuestos a los flujos migratorios, entre otras cosas debido a la actividad minera, la deforestación y la implantación de proyectos de desarrollo, y a la vez aquellos cuya salud se ve más afectada<sup>41</sup>.
- ⊙ Invasión y disrupción en los territorios de los pueblos indígenas.
- ⊙ Cambios en la cultura alimentaria.
- ⊙ Restricciones del uso exclusivo de sus territorios y de la plena seguridad alimentaria.
- ⊙ La desigualdad en las condiciones de vida, la alta prevalencia de enfermedades de tipo infeccioso y problemas de salud, dinámicas cotidianas y vivienda colectiva los exponen más a las epidemias.
- ⊙ Actividades económicas irregulares en las áreas de frontera.
- ⊙ Presencia de pescadores y cazadores en aumento y consolidación de la red de comercio de pescado, carne de caza, y de tortuga en la Triple Frontera.
- ⊙ Explotación ilegal de la madera y deforestación, presencia de campamentos y grupos de madereros ilegales en zonas donde se reporta la presencia de los PIA.
- ⊙ La actividad de explotación maderera (legal e ilegal) está provocando el desplazamiento de los PIA hacia zonas menos amenazadas. Hay mayor presión sobre los recursos naturales relacionados con la subsistencia de estos grupos.
- ⊙ Presencia del narcotráfico y aumento en la presión sobre los recursos naturales forestales -y de ecosistemas- por la expansión de los cultivos de coca (la superficie cultivada de coca en la baja Amazonía en 2017 fue de 1.823 hectáreas, lo que representa un aumento del 41% en comparación con el año 2021).
- ⊙ La expansión de los cultivos de coca coincide con frentes de evangelización.
- ⊙ En el Resguardo Indígena Yavarí-Tapiche, los ríos Tapiche y Blanco constituyen los principales vectores de presión y amenazas territoriales contra los pueblos indígenas aislados en la actualidad: tala, caza comercial y pesca, y también las rutas del narcotráfico.
- ⊙ Concepciones y prácticas específicas relacionadas con la relación salud-enfermedad, y desconocimiento de los procedimientos biomédicos para el diagnóstico, tratamiento y recuperación de los problemas de salud tratados mediante esa medicina. (Rodrigues 2014, 2021)
- ⊙ Invasiones de cazadores, pescadores, madereros y mineros; mayores posibilidades de contagio por enfermedades infecciosas y eventos de violencia.
- ⊙ En Perú, aumento del narcotráfico en la región, con el riesgo de involucrar a la población más joven en actividades ilícitas, aumentando la violencia y también la deforestación asociada a la apertura de áreas para el cultivo de coca.
- ⊙ El proselitismo religioso aumenta la ocurrencia de eventos de contacto con indígenas aislados, lo cual conlleva riesgos de contagio de enfermedades.
- ⊙ Apertura de la vía Jenaro Herrera-Colonia Angamos (LO-105) e impactos sobre la situación social y ambiental. →

<sup>41</sup>(Coimbra Jr., 2007)

## DSS Proximales →

*Factores de riesgo individuales, estilos de vida, morbilidades de base, edad, carga genética, sexo, etnia*

- ⊙ Memoria inmunológica limitada de los pueblos indígenas aislados y de contacto inicial al entorno de vida. Mayor vulnerabilidad frente a los agentes infecciosos (externos) que son comunes para la población nacional mayoritaria.
- ⊙ Mayor riesgo de afectación de la salud y de mortalidad especialmente en los PIACI.
- ⊙ Estilos de vida comunitarios y dificultad de aplicar protocolos de consulta y diagnóstico médicos occidentales.
- ⊙ Falta de atención biomédica y desconocimiento de la población de las formas occidentales de control de las enfermedades incrementan la vulnerabilidad socio-epidemiológica.
- ⊙ Mayor exposición de los PIA a las enfermedades infecciosas y a conflictos violentos.
- ⊙ Consumo de alcohol y tabaquismo.
- ⊙ Cambios en los hábitos alimentarios y presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
- ⊙ Dinámicas comunitarias, alta movilidad, viviendas colectivas.
- ⊙ Movilidad y forma de ocupación del territorio sobre la base de dinámicas de parentesco y alianzas entre grupos de su propio grupo étnico o de otros. Presiones heterogéneas sobre los territorios.
- ⊙ Flujo entre los pueblos y ciudades en búsqueda de servicios básicos, beneficios, pagos sociales, compra de productos e intercambios comerciales.
- ⊙ Falta de saneamiento básico en las ciudades aledañas.

## 2.7.2. Región de Estudio (2) Triple Frontera Brasil, Guyana y Surinam

### DSS Estructurales →

*Políticas, enfoques económicos, desigualdades, inequidades, género, etnia*

- ⊙ Las poblaciones son pequeñas, dispersas y están localizadas en vastas extensiones de territorio, por lo cual se presentan importantes barreras de acceso a los servicios de salud en la atención primaria, como en los demás niveles de atención. Sistema de salud y logístico bastante costoso.
- ⊙ Acceso aéreo o por barco a lo largo de varios días para acceder al territorio y poblaciones dispersas.
- ⊙ Las actividades extractivas basadas en la minería y la explotación petrolera desempeñan un papel determinante en la situación de salud.
- ⊙ La industria minera, es también la principal actividad económica en la Región Amazónica de Surinam y Guyana. Guyana explora petróleo en su territorio. Debido a que la minería juega un papel central en la economía de estos países, el impacto de la minería es un determinante importante de la salud de los pueblos indígenas de la región, ya sea por las consecuencias de la posible presencia de mercurio en los ríos o por la transmisión del paludismo.
- ⊙ Hay planes para la instalación de emprendimientos gubernamentales en los municipios de Oriximiná y Óbidos, que afectarían directamente los territorios indígenas: la construcción de una carretera que atraviese la selva amazónica y conecte Brasil con Surinam, en el ámbito del Proyecto Barão Rio Branco, y la construcción de una central hidroeléctrica en el curso alto del río Trombetas. Otro proyecto importante planificado para la →

región es la exploración de bauxita en la cuenca del río. Curuá/Cuminapanema por parte de Rio Tinto Desenvolvidimentos Minerais Ltda.

- ⊙ En cuanto a Surinam y la Región Seis de Guyana, se destaca la ausencia de títulos de propiedad de las tierras ocupadas por comunidades indígenas y la fuerte presencia de minas de oro.
- ⊙ La actividad minera clandestina es el delito que más ha presionado a los territorios indígenas de la región, así como a los ocupados por pueblos indígenas aislados.
- ⊙ La presencia de pistas clandestinas de aterrizaje en territorio brasileño, en el área focalizada de estudio, son utilizadas para la minería ilegal y el tráfico de drogas.
- ⊙ El mayor emprendimiento del Estado brasileño previsto para la región es el Proyecto Barão do Rio Branco (PBRB), que prevé medidas para su “integración” al territorio nacional, como estrategia para el desarrollo de la región norte de Brasil.
- ⊙ Ampliación de la carretera BR-163 hasta la frontera con Surinam para el acceso de carga desde Brasil al Mar Caribe.
- ⊙ Construcción de la central hidroeléctrica del río Trombetas e industrialización de minerales del Bajo Amazonas e impacto ambiental.
- ⊙ La planificación para esta región de exploración de bauxita en la cuenca del río Curuá/Cuminapanema. Esta “provincia de la bauxita”, ubicada en el área forestal situada entre la Tierra Indígena Zo’é y la Tierra Indígena Paru de Leste, afectaría a la Estación Ecológica de Grão-Pará.
- ⊙ En Guyana, las actividades de extracción de oro en áreas forestales han sido una práctica común en todo su territorio durante más de un siglo. La intensificación de la minería de oro artesanal y en pequeña escala en las últimas décadas, impulsada por la demanda del mercado mundial, está contribuyendo a la presencia de mercurio en los sistemas acuáticos.
- ⊙ Las comunidades indígenas de Guyana que viven de cerca con las actividades mineras y dependen del pescado local para satisfacer la mayor parte de sus necesidades de proteínas

tienen altos niveles de mercurio en sus cuerpos, como lo demuestran estudios recientes realizados en el país.

- ⊙ La organización de los sistemas de salud difiere entre los países, donde Surinam no cuenta con gobierno local para la salud y, por lo tanto, los niveles subnacionales de gobierno no tienen autoridades y atribuciones específicas para la prestación de servicios de salud, sino que utilizan instituciones semiautónomas para brindar esta atención. Esto hace que las poblaciones tengan una influencia limitada en las instituciones de atención primaria de salud en Surinam.
- ⊙ La población del interior tiene, en Guyana y Surinam, establecimientos de APS relativamente numerosos, en comparación con la pequeña proporción que representan de la población total. Estas instituciones garantizan -proveen- un acceso local limitado a los servicios de salud.
- ⊙ Para acceder a otros niveles de atención la población del interior tiene que desplazarse por grandes distancias. Las mayores tecnologías de salud se concentran en las regiones litorales.
- ⊙ Así como existen diferencias regionales en Guyana y Surinam, Brasil presenta algunas disparidades en la prestación de servicios en comparación con la Región Amazónica y el resto del país.
- ⊙ En estas zonas, el sistema de salud pública, si bien ha ido mejorando, tiene un alcance insuficiente debido a las grandes distancias, la baja densidad demográfica y la alta dispersión de la población. En Brasil hay baja inversión en infraestructura y saneamiento.
- ⊙ Las distancias y la falta de transporte son barreras predominantes en los tres países de esta región estudiada.
- ⊙ El enfoque intercultural de salud en los países que comparten las fronteras tiene diferentes enfoques y énfasis. En Brasil la interculturalidad se da a través de un subsistema SSI. En Guyana se expresa a través de la participación indígena en la estructura de gobierno, y en Surinam la interculturalidad no se identificó en documentos de políticas públicas, ni en las acciones. →

### DSS Intermedios →

*Contexto biológico, socioeconómico, cultural, ambiental, territorial*

- ⊙ A excepción de los Zo'é y de otros pueblos indígenas aislados, los demás pueblos sufrieron cambios culturales fuertes debido a los procesos de colonización y evangelización (misiones católicas y protestantes).
- ⊙ Los cambios socioculturales inciden en sus formas de organización y adaptación al medio.
- ⊙ La tala y el turismo no sostenibles son presiones que pueden desencadenar eventos indeseables en la salud de la población indígena. En el territorio brasileño, estas actividades se han realizado ilegalmente alrededor y dentro de algunas Tierras Indígenas y Unidades de Conservación, encabezadas por empresarios no indígenas.

### 2.7.3. Región de Estudio (3) Región Parque Nacional Bahuaja – Sonene – Tambopata, frontera de Bolivia y Perú

### DSS Estructurales →

*Políticas, enfoques económicos, desigualdades, inequidades, género, etnia*

- ⊙ El aprovechamiento forestal es una de las actividades económicas más importantes de esta región estudiada y se lleva a cabo a través de las concesiones forestales; sin embargo, junto con esta actividad lícita se desarrollan otras ilícitas que llevan a la deforestación indiscriminada tanto dentro de las áreas protegidas como en los territorios indígenas.
- ⊙ El cambio en el uso del suelo es una de las mayores amenazas que presenta esta región; la deforestación sumada al consiguiente crecimiento de la frontera agrícola, y la presencia de nuevas comunidades de distintos grupos étnicos que tienen por base económica la agricultura y la ganadería extensiva, amenazas a los pueblos indígenas de esta región.
- ⊙ La apertura de caminos y de vías de acceso, aunque tiene un impacto en el ambiente y en los medios de subsistencia de las mismas comunidades, no la ven estas comunidades como un problema porque necesitan aprovechar el bosque.
- ⊙ En términos de salud y en relación con las distintas enfermedades, uno de los problemas en el territorio es el difícil acceso a las poblaciones indígenas por encontrarse en lugares remotos y dispersos.
- ⊙ En los países de esta región se presenta falencias en la gestión de la información epidemiológica relacionada a las poblaciones indígenas.

### DSS Intermedios →

*Contexto biológico, socioeconómico, cultural, ambiental, territorial*

- ⊙ Las poblaciones indígenas en general, y especialmente los pueblos indígenas en aislamiento, son altamente sensibles a las enfermedades debido a la carencia de defensas inmunológicas para hacer frente a las enfermedades emergentes y endémicas. →

- ⊙ Las enfermedades en esta región se ven acentuadas por los modelos de desarrollo y las actividades económicas que se realizan en los territorios indígenas o en las áreas colindantes.
- ⊙ Las actividades extractivas y el incremento de la contaminación ambiental afectan la salud de estas poblaciones.
- ⊙ La deforestación es una de las causas de pérdida de la biodiversidad y con ello la alteración de las condiciones ambientales y ecológicas de la región estudiada.
- ⊙ La deforestación se asocia con el potencial surgimiento de enfermedades y entre éstas con las enfermedades zoonóticas.
- ⊙ La cacería y la pesca furtiva es una práctica común en estos territorios.
- ⊙ La recolección intensiva de plantas de

uso tradicional para distintos fines, entre ellos los medicinales, se convierte en una amenaza cuando se recolectan para la venta y comercialización. Esto se dio especialmente durante los primeros meses de la pandemia.

- ⊙ En los puntos fronterizos entre Bolivia y Perú se ha reportado la presencia del narcotráfico. Este problema se da también en las comunidades circundantes a las áreas protegidas. Esto coincide con una débil gobernanza en estos territorios.
- ⊙ La minería es otra de las actividades que se han dispersado en el territorio con la consecuente generación de pasivos ambientales. Esta actividad no genera recursos al Estado.
- ⊙ El hacinamiento es uno de los problemas que se presentan en las poblaciones.
- ⊙ La falta de acceso al agua potable.

### DSS Proximales →

*Factores de riesgo individuales, estilos de vida, morbilidades de base, edad, carga genética, sexo, etnia*

- ⊙ Las enfermedades más recurrentes, especialmente en los menores de edad, son las infecciones respiratorias y diarreicas, las

parasitarias y los problemas nutricionales como consecuencia de la falta de acceso a agua para consumo humano.

## 2.7.4. Región de Estudio (4) Región Acre – Madre de Dios, frontera Brasil – Perú

### DSS Estructurales →

*Políticas, enfoques económicos, desigualdades, inequidades, género, etnia*

- ⊙ La región comprende un vasto territorio en la frontera entre Brasil y Perú. Este territorio es un corredor transfronterizo para los pueblos indígenas de la región.
- ⊙ Las regiones fronterizas de Acre (Brasil) y Madre de Dios (Perú) tienen la mayor presencia de

pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial (PIACI) en la Amazonía<sup>42</sup>.

- ⊙ La presencia de los Estados en territorios indígenas es en muchos casos inexistente y presenta muchas carencias de atención de la salud, limitada disponibilidad de agua apta →

<sup>42</sup>(CPI-Acre, 2015)

para consumo humano y escasa comunicación, lo cual limita los medios para prevenir y atender eficazmente enfermedades prevalentes en la región.

- ⊙ El sector forestal, promovido por el Estado y las corporaciones privadas, ha presentado diversas trabas para no ceder sus derechos extractivos adquiridos sobre estas tierras, ante la ampliación de la Reserva Territorial Madre de Dios. La deforestación del bosque produce contaminación, afectaciones a los ecosistemas

y riesgo de contacto con los PIA.

- ⊙ Hay actividades promovidas por el Estado (concesiones para la extracción de madera, superpuestas a la ampliación de la Reserva Territorial Madre de Dios). Por esto hay deforestación del bosque, contaminación y riesgo de contacto con los PIA.
- ⊙ Brasil y Perú tienen diferentes modelos de atención para las poblaciones indígenas.

### DSS Intermedios →

*Contexto biológico, socioeconómico, cultural, ambiental, territorial*

- ⊙ La interacción entre pueblos indígenas y las comunidades de pueblos indígenas en contacto inicial y aislados supone un riesgo de acciones violentas y de enfermedades.
- ⊙ En el entorno existen reportes de enfermedades y epidemias (influenza, sarampión, varicela, paludismo y tuberculosis).
- ⊙ La mayor parte del territorio por el cual se desplazan los Mashco Piro se encuentra bajo algún nivel de protección territorial. Debido a la gran movilidad de los pueblos que viven en esta región, se ha reportado su presencia en espacios fuera de esa área. En este territorio hay fuerte presencia de pueblos indígenas aislados.
- ⊙ En este territorio donde habitan los pueblos indígenas en aislamiento entre Madre de

Dios y Acre, hay diferentes amenazas como los intentos recurrentes de invasión de sus territorios, actividades económicas ilegales de extracción de madera, minería y narcotráfico, el cual se adentra en territorios remotos.

- ⊙ La minería ilegal es una amenaza, no obstante que esta actividad se da en zonas más cercanas al río Madre de Dios, y no cerca de las cabeceras donde suelen estar los PIACI. Esta actividad amenaza la vida de estos pueblos.
- ⊙ Las invasiones de narcotraficantes, madereros, pescadores y cazadores, tanto del lado peruano como del brasileño, supone un riesgo para la vida de estos pueblos.
- ⊙ Descenso demográfico en las poblaciones posiblemente a consecuencia directas o indirectas de la COVID-19.

### DSS Proximales →

*Factores de riesgo individuales, estilos de vida, morbilidades de base, edad, carga genética, sexo, etnia*

- ⊙ La alimentación es deficiente o inadecuada, lo cual se manifiesta con la prevalencia de anemias nutricionales, obesidad y otros problemas de hiperalimentación. En Perú la anemia está presente en casi la totalidad de la población de niños.

- ⊙ La desinformación respecto a las vacunas, tanto en Brasil como en Perú, ha influido para que se rechace la vacunación para la prevención de la COVID-19.

## 2.7.5. Región de Estudio (5) Triple Frontera entre Perú, Brasil y Colombia

### DSS Estructurales →

*Políticas, enfoques económicos, desigualdades, inequidades, género, etnia*

- ⊙ La región está conformada por una población heterogénea, compuesta de diferentes etnias indígenas, mestizos de origen local, migrantes andinos y de otros territorios amazónicos.
- ⊙ Estos pueblos vienen siendo dispersados por situaciones de extrema vulnerabilidad, desplazamiento por conflicto armado y/o narcotráfico.
- ⊙ Los indicadores de desarrollo social y económico de la región estudiada son bajos en comparación con los promedios nacionales. A la par hay una débil presencia institucional del Estado.
- ⊙ La persistencia de las enfermedades infecciosas se asocia a las condiciones sociales de la población, especialmente a los factores externos que impactan los modelos de subsistencia socioeconómica, como el tipo y uso de la vivienda (protección del clima, habitación colectiva, hacinamiento doméstico, etc.), la higiene y el consumo de agua que suele estar contaminada, así como otros impactos ambientales como la deforestación.
- ⊙ El sistema de salud oficial no es suficiente ya que no toma en cuenta y fortalece las prácticas de la medicina tradicional y cuidados de la salud, porque esta medicina es la que realmente está disponible en estas poblaciones.
- ⊙ En esta región se presentan dificultades para acceder a la atención de enfermedades de mayor complejidad por varios factores, entre ellos la débil presencia de los Estados, las distancias, la compleja y costosa logística, así como la falta de estrategias de mitigación de enfermedades por la ausencia institucional en las zonas más remotas.
- ⊙ La concentración de algunas problemáticas en esta región de estudio se debe a la movilidad de la población, a actividades de alto impacto ambiental, a la ocupación desordenada del espacio, a la carencia de acceso a los servicios de salud y a condiciones de vida precarias, en especial entre las comunidades y aldeas indígenas.
- ⊙ Uno de los principales problemas es la falta de centros de salud especializados y de infraestructura médica para atender casos de mayor complejidad.
- ⊙ Limitada infraestructura médica y sanitaria en las áreas fronterizas.
- ⊙ Las ciudades de Tabatinga/BR y Leticia/CO tienen un área territorial integrada, aunque en países diferentes; esta característica redundante en vulnerabilidades por el contenido de las epidemias, ya que se aplican políticas y protocolos públicos diferentes, además del difícil control de medidas preventivas como la vacunación.
- ⊙ La falta de especialistas en salud compromete la calidad de la atención de mediana y alta complejidad en la región de la Triple Frontera, que tiene pocos establecimientos médicos y carece de camas UCI. →

## DSS Intermedios →

*Contexto biológico, socioeconómico, cultural, ambiental, territorial*

- ⊙ Algunos de los pueblos indígenas se encuentran en una progresiva transformación y adaptación a la cultura occidental con cambios en su estructura tradicional.
- ⊙ Esta situación influye en el desplazamiento obligado de familias extensas que desalojan sus territorios para trasladarse a las grandes ciudades de Colombia. Esta problemática debilita sus prácticas socioculturales tradicionales y ha alterado sus relaciones territoriales.
- ⊙ Los flujos migratorios entre los países son intentos principalmente de ciudadanos peruanos y colombianos que se dirigen a Brasil por la ruta desde la ciudad de Tabatinga. El control de la movilidad es complejo.
- ⊙ Las actividades ilegales, como el cultivo de hoja de coca y el narcotráfico, son intensas en la región y hay un proceso de expansión de estas actividades ilícitas.
- ⊙ En esta región se verifica la existencia de una compleja red internacional de narcotráfico entre Colombia, Perú y el Estado de Amazonas en Brasil, considerado un problema endémico y crónico en el Trapecio Amazónico por sus alcances y efectos internacionales en los territorios involucrados, lo cual impacta la salud de las comunidades, aumenta la inseguridad y la disputa por el control territorial, reproduciendo la violencia directa e indirecta.
- ⊙ Por otro lado, la actividad de extracción de petróleo y la minería ilegal en Perú, se consideran amenazas socioambientales que tienen repercusiones en la salud de la población, exponiendo a la población indígena a diversos tipos de enfermedades infecciosas y transmisibles, como es el caso la COVID-19.
- ⊙ También se observaron registros considerables de tuberculosis en la región, en comparación con el bajo número registrado en el área indígena en Brasil, lo que puede deberse a un posible subregistro.
- ⊙ Las altas tasas de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en el territorio de la Triple Frontera se debe a la deficiencia de la infraestructura sanitaria y especialmente a la falta de acceso a agua segura para consumo humano.
- ⊙ El flujo continuo de personas a lo largo de los ríos Putumayo y Amazonas contribuye significativamente al aumento de casos de enfermedades infecciosas y transmisibles.

## DSS Proximales →

*Factores de riesgo individuales, estilos de vida, morbilidades de base, edad, carga genética, sexo, etnia*

- ⊙ La falta de educación de la población sobre medicina preventiva por medio de programas especiales de salud con enfoque diferencial agudiza el problema de salud.
- ⊙ La presencia recurrente o endémica de las infecciones intestinales de tipo bacteriano o por virosis es consecuencia del poco o nulo acceso a la infraestructura sanitaria y de la contaminación ambiental.



## 2.7.6. Región de Estudio (6) Napo – Curaray – Río Tigre, frontera entre Ecuador y Perú

### DSS Estructurales →

*Políticas, enfoques económicos, desigualdades, inequidades, género, etnia*

- ⊙ La población es mayoritariamente joven tanto en Perú como en Ecuador.
- ⊙ En Perú el analfabetismo bordea el 10% en las mujeres y el 3.8% en los hombres, concentrándose el 11,3% en Loreto<sup>43</sup>. En Ecuador el analfabetismo es similar; por ejemplo, en el cantón Aguarico el analfabetismo afectaba al 8.2% de la población.
- ⊙ El acceso al agua potable por la red pública es del 45,5%, y al alcantarillado es del 42,8%. En las comunidades no se tiene acceso a agua segura para el consumo humano.
- ⊙ En la región de Loreto la pobreza es del 33,1% y pobreza extrema del 6.9%. En la provincia de Maynas la pobreza va del 60% al 100%, y en el mismo porcentaje en la provincia de Loreto.
- ⊙ En la provincia de Orellana en Ecuador, la pobreza es del 85% y pobreza extrema del 38%, y en la provincia de Pastaza hay un 69% de pobreza y un 7% de pobreza extrema. Este indicador en los cantones donde están las comunidades focalizadas va del 93% al 95% de pobreza.
- ⊙ En las comunidades se tiene acceso de agua por tubería, pero la misma no es tratada. En las comunidades más alejadas el agua se obtiene de los ríos y del agua de lluvia.
- ⊙ En las 14 comunidades de los dos países no hay provisión de agua segura.
- ⊙ No hay sistemas de saneamiento en las comunidades focalizadas.
- ⊙ Escasa infraestructura y logística para respuestas a emergencias.
- ⊙ Escasos medios para diagnósticos complejos.
- ⊙ Desabastecimiento de medicinas e insumos básicos para la atención de la salud.

### DSS Intermedios →

*Contexto biológico, socioeconómico, cultural, ambiental, territorial*

- ⊙ Presiones ambientales por la explotación petrolera, la deforestación, explotación legal e ilegal de la madera, caza, pesca.
- ⊙ Esta problemática va de la mano con la contaminación ambiental y con el manejo deficiente de los desechos.
- ⊙ Presencia de personas con discapacidad.
- ⊙ Cambios en las tradiciones alimentarias y afectación a la salud.
- ⊙ Alta incidencia de enfermedades respiratorias y parasitarias, gastroenteritis.
- ⊙ Contaminación de aguas y suelos por mala gestión de desechos.
- ⊙ Contaminación acústica en algunas comunidades de Ecuador.
- ⊙ En algunas comunidades de Ecuador no existen redes de autoayuda.
- ⊙ Personas con problemas nutricionales.
- ⊙ Hacinamiento.
- ⊙ Machismo.
- ⊙ Violencia doméstica.



<sup>43</sup> (ASIS-Loreto:2018)

## DSS Proximales →

*Factores de riesgo individuales, estilos de vida, morbilidades de base, edad, carga genética, sexo, etnia*

- ⊙ Hay cambios en los hábitos alimentarios.
- ⊙ Problemas de salud mental entre los jóvenes.
- ⊙ Violencia sexual.
- ⊙ Consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- ⊙ Consumo excesivo de bebidas gaseosas azucaradas.
- ⊙ Poca disposición a los programas de vacunación e inmunización.
- ⊙ Higiene oral provoca morbilidades.
- ⊙ Altas tasas de abandono de los esquemas de vacunación.

Los determinantes sociales de la salud, como se puede apreciar, influyen de manera directa en la salud de las poblaciones y van más allá de los determinantes biológicos o de comportamiento. En el contexto de las fronteras de la Cuenca Amazónica, que es una región caracterizada por su diversidad biológica y cultural, así como por la complejidad social afectada, a su vez, por múltiples factores, entre ellos los económicos, políticos, culturales, ambientales, los estructurales y DSS (estructurales, intermedios y proximales), tal como se muestra en las tablas antecedentes de cada región. Se da una síntesis de estos determinantes para entender la situación de los DSS en la Cuenca Amazónica.

**Cambio ambiental y destrucción de los ecosistemas:** La deforestación, la minería, la agricultura intensiva y otras actividades humanas en la Cuenca Amazónica han llevado a la degradación del medio ambiente y la destrucción de los ecosistemas. Esto ha tenido un impacto directo en la salud de las poblaciones locales, ya que ha alterado la disponibilidad de alimentos, agua y recursos naturales, aumentando la exposición a enfermedades transmitidas por vectores como el paludismo y la fiebre amarilla, así como la pérdida de conocimientos y prácticas tradicionales en los pueblos indígenas.

**Marginación social y discriminación:** Las poblaciones indígenas y otras comunidades locales que habitan en las fronteras de la Cuenca Amazónica enfrentan marginación social y discriminación. Esto incluye la falta de acceso a servicios de salud adecuados, educación y oportunidades económicas, así como la vulneración de sus derechos territoriales y culturales. La marginación social y la discriminación afectan negativamente la salud de estas poblaciones, aumentando la exposición a factores de riesgo, a enfermedades y reduciendo su calidad de vida.

**Desplazamiento y pérdida de territorios indígenas:** Las comunidades indígenas en la Amazonía a menudo enfrentan la pérdida de sus territorios ancestrales debido a la deforestación, la explotación de recursos naturales, la expansión de la agricultura, la ganadería y las actividades extractivas. Esto incide en la pérdida de su forma de vida tradicional, la degradación del medio ambiente en el que viven y la pérdida de su autonomía y bienestar, lo que impacta negativamente en su salud y bienestar.

**Condiciones de vida y saneamiento básico:** Las condiciones de vida precarias y la falta de acceso a servicios básicos como agua potable, saneamiento básico y vivienda adecuada

son determinantes sociales de la salud en las fronteras de la Cuenca Amazónica. Esto puede aumentar el riesgo de enfermedades transmitidas por agua y vectores, así como de infecciones respiratorias y otras enfermedades relacionadas con la falta de condiciones sanitarias adecuadas.

**Desigualdades económicas:** La Amazonía es una región con marcadas desigualdades económicas. Muchas de las comunidades amazónicas enfrentan la pobreza, la falta de acceso a empleo y oportunidades económicas, y la falta de acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento básico. Estas desigualdades tienen un impacto significativo en la salud de las comunidades, lo cual aumenta el riesgo de enfermedades, malnutrición y otras condiciones de salud adversas.

**Cambio demográfico y movilidad poblacional:** Los procesos de cambio demográfico y movilidad poblacional, incluyendo la migración, la urbanización y la colonización, han tenido un impacto significativo en la salud de las poblaciones en las fronteras de la Cuenca Amazónica. Estos procesos alteran las redes sociales de las comunidades indígenas, especialmente los sistemas de apoyo comunitario y las prácticas culturales relacionadas con la salud.

La movilidad no solo es la que se da desde las mismas comunidades o aldeas hacia las ciudades, sino que los territorios de frontera reciben una cantidad importante de migrantes de varios países a través de pasos o corredores irregulares, lo que expone a las comunidades y poblaciones locales a distintos riesgos y vulnerabilidades sociales, de seguridad y consecuentemente de salud.

### **Narcotráfico y actividades irregulares:**

En las distintas fronteras se menciona la existencia y expansión del narcotráfico; esta actividad ilícita e irregular se da en las áreas de frontera y en los lugares remotos donde los pueblos indígenas tienen su lugar de vida, lo cual conlleva riesgos y vulneración de sus derechos en todas sus formas. Por otra parte, en estos mismos espacios coinciden la existencia de recursos y la explotación de éstos, ya sea que provengan, por ejemplo, de la minería legal o ilegal. Uno de los problemas graves en la Triple Frontera de Guyana, Brasil y Surinam, entre otras fronteras, es la contaminación de los ríos con metales pesados y mercurio. La deforestación se suma a este escenario

Estos determinantes, por su parte, coinciden con los espacios territoriales de frontera, como los de Brasil y Perú, donde hay una alta concentración de pueblos indígenas en aislamiento y de contacto inicial, lo cual los hace particularmente vulnerables a esta situación, a los impactos a varios niveles como los que amenazan su misma supervivencia y consecuentemente afectan su salud.



# PARTE III

## Los Planes de Contingencia y las Líneas de Trabajo



### 3. La concepción de los Planes de Contingencia para las regiones transfronterizas en la Cuenca Amazónica



*Diálogo participativo con comunidades indígenas para construcción de planes de contingencia. | Foto: Archivo OTCA*

De manera general, un plan de contingencia es una herramienta de planificación que tiene por objetivo describir y orientar las medidas a ser aplicadas por los diferentes actores gubernamentales, no gubernamentales y la sociedad civil en general, para enfrentar situaciones contingentes o de emergencia de salud pública (ESP). La intervención a través de un plan de contingencia no solo debe estar enfocada en la respuesta sino y también en la prevención y protección de la población vulnerable frente a las amenazas identificadas. En la sección anterior se vieron las DSS, y por lo tanto los perfiles de vulnerabilidad y de riesgo de las regiones estudiadas.

Los planes de contingencia son instrumentos diseñados para prevenir eventos adversos o mitigar sus impactos, generando respuestas rápidas e identificando a los responsables. Su elaboración constituye una herramienta importante para orientar la intervención sanitaria de forma adecuada y oportuna. En el caso de las poblaciones indígenas, es necesario considerar su perfil epidemiológico, la atención diferenciada en salud inherente al trabajo en contextos interculturales, y la influencia de los aspectos socioculturales en el flujo de derivación para la atención de mediana y alta complejidad.

En estos instrumentos se toman en cuenta dos aspectos fundamentales; el primero es que la elaboración de éstos debe ser anterior a una ocurrencia epidemiológica, emergencia sanitaria o un evento de contacto, y el segundo es que dichos planes deben ser revisados y actualizados de manera permanente con la participación de los actores involucrados. Los actores sociales involucrados son clave en todo el proceso de puesta en marcha de los planes de contingencia. Lo mencionado es fundamental para asegurar la agilidad de la respuesta y efectividad de la implementación de las medidas de prevención y mitigación previstas en esta herramienta.

En este sentido, forman parte de los insumos que permiten definir las estrategias de actuación, así como los recursos necesarios según los posibles escenarios epidemiológicos o de emergencias que afectan directa o indirectamente la salud de las poblaciones objetivo. Desde el punto de vista administrativo, tienen el propósito de trazar la comunicación e incorporar, de manera coordinada, la planificación, operación y seguimiento de los servicios de salud e instituciones socias involucradas en la respuesta y aplicación de éstos.

Los planes de contingencia trazan y orientan la seguridad de su aplicación, así como la conducta esperada de los profesionales de la salud participantes en la situación de emergencia, y describen las rutinas y los protocolos de acompañamiento, esto especialmente en situaciones de emergencia sanitaria.

Estos instrumentos tienen como objetivo general planificar y apoyar las acciones de salud y definen las estrategias de actuación frente a posibles escenarios, no solo epidemiológicos sino también socioambientales.

Respecto a los pueblos indígenas aislados y de contacto inicial, la elaboración de los planes de contingencia *debe tener en cuenta las especificidades socioculturales y el contexto en el que viven dichos pueblos indígenas, así como las articulaciones necesarias entre los diferentes actores involucrados en su implementación, y sus respectivos ámbitos y escalas o esferas de acción.*

*Los planes de contingencia para pueblos indígenas aislados y recién contactados en regiones fronterizas presentan un desafío adicional, ya que exigen la articulación entre instituciones, marcos normativos y diferentes sistemas de salud correspondientes a cada país. La cooperación entre las partes debe orientarse a que tales diferencias no constituyan ningún tipo de restricción o limitación a las territorialidades, dinámicas de ocupación y modos de vida de los pueblos indígenas en cuestión. Es fundamental, por tanto, que dichos planes se diseñen e implementen con una perspectiva transfronteriza, asegurando las condiciones necesarias para una actuación coordinada e integrada entre las partes<sup>44</sup>.*

En este sentido, y para en marcar la comprensión de los planes de contingencia, los mismos se conceptúan como “el conjunto de decisiones administrativas, organizacionales y operativas que desarrollan los órganos gubernamentales y no gubernamentales con la sociedad, para la implementación de políticas y estrategias encaminadas a fortalecer sus capacidades para reducir el impacto de las emergencias en salud pública. Comprende acciones de reducción de riesgos (prevención, mitigación y preparación), gestión de emergencias (alarma y respuesta) y recuperación (rehabilitación y reconstrucción)<sup>45</sup>”

<sup>44</sup> OTCA, Conrado, Albertoni (2023), Plano de Contingência de Saúde de Povos Indígenas Altamente Vulneráveis no Contexto Transfronteiriço do Vale do Javari, OTCA.

<sup>45</sup> Brasil, 2014: 11, Informes Colombia, Brasil, Perú.

Una vez configurados los planes de contingencia la aplicación de éstos implica, al menos, dos condiciones: las respuestas en sí y los niveles de respuesta. La respuesta comprende las acciones a emprender para el manejo de la emergencia, minimizando los riesgos así como las consecuencias, en este caso, sobre el telón de fondo de la salud, lo cual involucra la realización de acciones necesarias para una respuesta oportuna. Conocer el riesgo implica la identificación de amenazas y vulnerabilidades, así como las necesidades y los recursos disponibles para la gestión de las emergencias o de las acciones de prevención. De esta manera se pueden preparar con anticipación las respuestas frente a las amenazas conocidas y desarrollar las capacidades de manera eficiente y efectiva.

Los informes de las regiones estudiadas, como ejemplo de Brasil y Perú, plantean que la construcción de los planes de contingencia esté alineada con principios y directrices que orienten su aplicación tomando en cuenta lo que el marco normativo de cada país permite:

**Autodeterminación:** *Se debe respetar la autonomía de los pueblos indígenas, lo que, en el caso específico de los pueblos/grupos en aislamiento, involucra también sus decisiones sobre sus modos de vida y relación con otros colectivos, incluyendo sus estrategias de "aislamiento".*

**Protección:** *La alta vulnerabilidad socio-epidemiológica de los pueblos indígenas se deriva de un conjunto de factores externos a los que están sujetos, individual y colectivamente, lo que los hace más susceptibles de enfermar o morir, principalmente por enfermedades infecciosas comunes como gripe, diarrea y enfermedades prevenibles por vacunación. Esta vulnerabilidad es aún mayor en el caso de grupos aislados y de reciente contacto. Otros factores que contribuyen a la mayor vulnerabilidad de estos grupos están relacionados con su fuerte relación e interdependencia con el medio*

*donde habitan, así como con la posibilidad de contactos, aunque fugaces, con profesionales de la salud, indígenas y otras poblaciones del entorno, incluyendo otros grupos indígenas con quienes comparten territorios.*

**Precaución:** *Ante la evidencia directa o indirecta de la presencia de indígenas aislados, se debe evitar el contacto y garantizar la protección de sus territorios por parte del Estado brasileño. Forma parte del principio de precaución difundir y sensibilizar, a nivel regional, nacional e internacional, información sobre su presencia y el riesgo de extinción física del grupo que puede conllevar el contacto involuntario.*

**Prevención:** *Comprende el conjunto de Intervenciones encaminadas a prevenir la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y prevalencia en las poblaciones aledañas a los territorios indígenas. Deben evitarse las intervenciones y conductas que afecten o dificulten la realización de prácticas socioculturales tradicionales, incluidas las relacionadas con la salud, la alimentación, la vivienda y los rituales; y conductas potencialmente dañinas para la salud, como medicación excesiva y procedimientos clínicos innecesarios.*

**Resolutividad:** *Realizar la mayor cantidad de acciones y procedimientos dentro de las tierras indígenas, evitando, en lo posible, el traslado de pacientes a lugares fuera del territorio.*

**Complementariedad e intersectorialidad:** *en las iniciativas de atención a la salud entre organismos e instituciones que tengan la atribución de promover la asistencia a la población indígena. También es importante enfatizar la relevancia de la cooperación entre organismos e instituciones que cuentan con medios de transporte, infraestructura y capacidad logística para operacionalizar el acceso ágil a zonas remotas en contextos fronterizos (como, por ejemplo, las Fuerzas Armadas de los respectivos países).*



### En el proceso seguido por el proyecto y desde la perspectiva metodológica, los planes de contingencia se construyen tomando en cuenta los siguientes pasos:

- I. Se toman en consideración los estudios territoriales y diagnósticos de salud previos realizados de las seis regiones en el ámbito del proyecto **“Plan de Contingencia para la Protección de la Salud en Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables y en Contacto Inicial”**. Esta información de base es el insumo principal para la elaboración de los planes de contingencia, y en la misma se destaca la caracterización del territorio, su problemática, los factores de riesgo y los factores protectores de la salud, así como las relaciones transfronterizas. Un aspecto importante que se tomó en cuenta en los distintos estudios y propuestas de Planes de Contingencia es la comprensión a profundidad de la población y del territorio indígena con énfasis en esta dimensión relacionada con los pueblos indígenas en aislamiento y en los de contacto inicial.
- II. Con esta información previa se socializó y validó la misma con la participación de los actores sociales y organizaciones indígenas locales, así como con los actores institucionales relevantes, y en especial los relacionados con el sector salud de cada país en el territorio, que aportaron a la identificación de las problemáticas y a las medidas adoptadas en el Plan, así como a su focalización en el territorio.
- III. La tercera etapa comprendió el trabajo de sistematización de los aspectos destacados y de las recomendaciones de los actores locales en la formulación final del Plan de Contingencia, así como la difusión de éste con los actores relevantes identificados a través de reuniones de coordinación y de asesoramiento para la implementación del Plan incluyendo, entre otros aspectos:
  - ⊙ la definición de agendas institucionales conjuntas;
  - ⊙ la incorporación de las acciones en los presupuestos de las respectivas agencias de salud de los países que comparten las fronteras;
  - ⊙ el funcionamiento de un mecanismo de coordinación transfronteriza;
  - ⊙ el intercambio de información y posible establecimiento de una sala de situación específica;
  - ⊙ los subsidios o recursos para el establecimiento de convenios institucionales transfronterizos para el intercambio de información y actuación coordinada en situaciones de emergencia sanitaria que involucren a poblaciones de alta vulnerabilidad.

En cada uno de los seis países participantes se definió a las poblaciones y el territorio donde se concentran especialmente los pueblos indígenas en condiciones de vulnerabilidad por

los indicadores analizados, los de aislamiento y los de contacto inicial. A continuación, se presenta un resumen de los planes de contingencia en las seis regiones estudiadas.



Con la participación de los delegados se logró la consolidación de la primera versión del Plan de Contingencia en la Triple Frontera Brasil, Perú y Colombia. | Foto: Archivo OTCA

### 3.1. Resumen de los Planes de Contingencia para las regiones transfronterizas de la Cuenca Amazónica

#### 3.1.1. Plan de Contingencia de Salud en el Vale do Javari, frontera entre Brasil y Perú

##### Introducción al plan de contingencia

El plan de contingencia (PC) se plantea como documentos de orientación elaborados para la prevención de eventos adversos o mitigación de los impactos que tienen como propósito generar respuestas rápidas y definir a los responsables para la actuación en dichas respuestas. Este es un mecanismo que se toma en cuenta para una intervención sanitaria adecuada y oportuna. En esta región, como en las demás, se toma en cuenta el contexto intercultural. El plan de contingencia

traza, también, las orientaciones relativas a la seguridad y la conducta esperada de los profesionales, especialmente de los Servicios Públicos de Salud que participan de la situación de emergencia y aborda las rutinas y protocolos de acompañamiento, los flujos de comunicación y también de la organización de las respuestas, así como de los insumos que requiere dicha actuación. El objetivo del plan de contingencia planteado para esta región es el de planificar y dar soporte a las acciones de salud ejecutadas en cercos epidemiológicos y/o en situaciones de contacto.

## Objetivo del plan de contingencia

Los planes de contingencia tienen como objetivo planificar y apoyar las acciones de salud que se realicen en situaciones de brotes epidémicos y/o contactos, así como orientar a los profesionales de la salud de los territorios indígenas y de la Red de Urgencias y Emergencias en la planificación, comunicación, conducción y toma de decisiones ante una emergencia sanitaria. Además, tienen la función de definir las estrategias de actuación y los recursos necesarios según los posibles escenarios epidemiológicos. Desde el punto de vista administrativo, los planes de contingencia definen el flujo de comunicación e incorporan de manera coordinada la planificación, operación y seguimiento de los servicios de salud y las instituciones sociales y pueblos indígenas involucrados.

La planificación previa y adecuada para enfrentar brotes epidémicos y procesos de contacto es, por tanto, un elemento fundamental para prevenir y mitigar los impactos de estos eventos. Además del carácter previo y permanente mencionado anteriormente, la elaboración de los planes de contingencia debe tener en cuenta las especificidades socioculturales y el contexto en el que viven los pueblos indígenas, así como las articulaciones necesarias entre los diferentes actores involucrados en su implementación, y sus respectivos ámbitos de acción a distintos niveles, lo cual representa un desafío para la articulación y cooperación de los distintos actores para superar las complejidades y limitaciones territoriales, así como las dinámicas de vida de los pueblos indígenas. Esto, por su parte, requiere que los planes de contingencia sean concebidos e implementados desde una perspectiva transfronteriza que asegure la acción coordinada e integrada entre las partes involucradas.

## Contexto de aplicación del plan de contingencia

El contexto de la aplicación de los planes de contingencia toma en cuenta de manera especial las vulnerabilidades de los pueblos indígenas en áreas remotas y de manera especial de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial por las condiciones de vulnerabilidad en las que se desenvuelve sus vidas, así como por las condiciones y características de su entorno, en el cual se evidencian presiones y amenazas en constante crecimiento. Estas poblaciones, así como las que circundan a los pueblos indígenas aislados y de contacto inicial, están caracterizadas por condiciones deficitarias de salud y riesgos epidemiológicos que se constituyen en factores de riesgo.

Es por esto por lo que en la aplicación del plan de contingencia se plantea la necesidad de tomar en cuenta las condiciones de contexto socioambientales, geográficas, presiones sobre los territorios, perfiles epidemiológicos, definición y funcionamiento de los cercos epidemiológicos, así como la actualización continua de información para la prevención de eventos. La información considerada necesaria para esta región es:

- ⊙ Intensidad, perfil y motivos del tráfico entre los pueblos y la ciudad, por pueblo indígena y cauce del río o subregión;
- ⊙ Condiciones de acceso a los servicios básicos por parte de la población indígena residente y en tránsito en la ciudad;
- ⊙ Monitoreo de indicadores sanitarios y socioeconómicos en el municipio (identificando, siempre que sea posible, el segmento específico de la población indígena);
- ⊙ Comunicación sistemática con las organizaciones indígenas, órganos de gobierno, organizaciones de la sociedad

civil e instancias de control social de las políticas públicas que afectan a los pueblos indígenas.

En definitiva, el establecimiento de barreras y cordones sanitarios en el *Vale do Javari* debe considerar estos flujos y el intercambio con poblaciones de otras cuencas. Por lo tanto, es necesario mapear el perfil de este tráfico, así como la situación epidemiológica en las localidades aledañas. Además de este mapeo y monitoreo de flujos de movilidad y migratorios a través de barreras específicas o zonas de amortiguamiento, cabe señalar que el adecuado concepto de cordón sanitario para la protección de pueblos indígenas en asilamiento y en contacto inicial debe involucrar un amplio conjunto de medidas preventivas, epidemiológicas y de control con toda la población aledaña a dichos territorios (incluidos los profesionales que trabajan en estos territorios), así como el control ambiental.

### Flujo de comunicación y decisiones

En cuanto a las acciones intersectoriales, es importante establecer flujos de comunicación entre los equipos de campo y el nivel local de salud; entre el nivel local y el nivel central; y entre el nivel local y los referentes de salud de mediana y alta complejidad. Esto es importante para permitir una toma de decisiones rápida y sustentada tanto en los protocolos de consulta a los usuarios como en los protocolos clínicos vigentes, especialmente cuando la intervención implica retiros del territorio para tratar con poblaciones de contacto reciente.

Estas relaciones intersectoriales pueden garantizar que los espacios de servicio y permanencia en las referencias atiendan mínimamente las especificidades de la alimentación y modo de vida tradicional de la(s) persona(s) o grupo(s) en cuestión, principalmente las de reciente contacto. En este sentido, también es fundamental

el diálogo regular con las comunidades y organizaciones indígenas, cuya cooperación es decisiva en contextos de compartición territorial entre pueblos aislados y contactados, como es el caso del *Vale do Javari*. Finalmente, se destaca la importancia de determinar el flujo de comunicación con la prensa y otros medios de comunicación y con la sociedad nacional e internacional.

### Acciones preventivas

El plan de contingencia prevé acciones previas de preparación para asegurar una respuesta rápida y una implementación efectiva de las medidas de prevención y mitigación. La planificación previa y adecuada para enfrentar brotes epidémicos y procesos de contacto es, por tanto, un elemento fundamental para prevenir y mitigar los impactos de estos eventos.

En ese sentido, además de los aspectos antes mencionados el plan de contingencia también prevé la necesidad de tomar en cuenta los temas relacionados con la seguridad e integridad de los indígenas y los equipos involucrados en estos eventos, y de manera preventiva considerar los escenarios de un desencadenamiento de acciones continuas. Estos aspectos deben permear todo el plan de contingencia.

Otro aspecto fundamental en este contexto tanto de contacto como de brotes epidémicos es la configuración espacial de los sistemas y respectivas redes de atención a la salud indígena de referencia para los pueblos del *Vale do Javari* en Brasil y en el Valle do Yavarí en Perú. Las acciones preventivas previas implican desde la perspectiva del plan de contingencia para esta región actualizar de forma continua y sistemática los siguientes elementos:

- ⊙ Intensidad, perfil y motivos del tráfico entre los pueblos y la ciudad, por pueblo indígena y cauce del río o subregión;

- ⊙ Condiciones de acceso a los servicios básicos por parte de la población indígena residente y en tránsito en la ciudad;
- ⊙ Monitoreo de indicadores sanitarios y socioeconómicos en el municipio (identificando, siempre que sea posible, el segmento específico de la población indígena);
- ⊙ Comunicación sistemática con las organizaciones indígenas, órganos de gobierno, organizaciones de la sociedad civil e instancias de control social de las políticas públicas que afectan a los pueblos indígenas, con especial énfasis en el Consejo Distrital de Salud Indígena.

## Operacionalización del evento

### ⊙ Valoración de salud

Los equipos que laboren en estos eventos, además de estar previamente definidos y capacitados, deberán tener su estado de vacunación al día y no presentar ningún signo o síntoma de enfermedad infectocontagiosa activa; es importante que un médico lleve a cabo una evaluación clínica antes del inicio de la actuación de cada equipo en el territorio. Por otra parte, deberán estar al día con los protocolos de salud y clínicos para actuar en función de los cercos epidemiológicos de acuerdo con las características del brote epidemiológico.

### ⊙ Cuarentena

Otro mecanismo fundamental que se debe tomar en cuenta en los PC son los períodos de cuarentena, a ser dimensionados según el contexto epidemiológico actualizado, el brote epidémico o proceso de contacto de que se trate con pueblos indígenas aislados o de contacto inicial. Se deben realizar períodos de cuarentena antes de entrar en contacto con estos indígenas, a fin de evitar el ingreso de patógenos infecciosos externos. En el caso de situaciones que involucren especialmente a pueblos aislados, se deberán observar períodos de

cuarentena más prolongados, en vista de la mayor vulnerabilidad de estos grupos a las enfermedades infectocontagiosas. En una situación de emergencia, se puede optar excepcionalmente por no realizar la cuarentena, siempre que se demuestre de manera inequívoca que la adopción de la cuarentena podría causar daños aún mayores a la salud y la vida de estas personas retrasando, por ejemplo, un servicio que requiere de una intervención urgente.

### ⊙ Evacuación y resolutivead de campo

Dada la lejanía y dificultad de acceso a los territorios en relación a la red de derivación para tratamientos más complejos, así como por las especificidades socioculturales y la vulnerabilidad socioepidemiológica lo cual se debe tener en especial consideración al tratarse de los casos con pueblos aislados y en contacto inicial. Los traslados para tratamiento hospitalario deben evitarse siempre que sea posible y realizarse sólo en casos especiales y para servicios previamente sensibilizados, siguiendo un flujo previamente acordado. Por lo tanto, la elección de equipos, medicamentos e insumos debe guiarse para lograr la mayor →

resolutividad posible en consideración de los distintos tipos posibles de intervención médica y sanitaria de campo -territorio-, evitando en la medida de lo posible traslados innecesarios. En este sentido, la intervención debe procurar un alto nivel de equipamiento con la provisión, por ejemplo, de dispositivos portátiles de ultrasonido y radiología, hemoglobímetro, oxímetros, pruebas rápidas para paludismo y enfermedades de transmisión sexual, entre otros medios tecnológicos de diagnóstico e intervención a ser usados en esos contextos.

### ⊙ **Códigos de seguridad y de conducta**

Los planes de contingencia también deben brindar orientación sobre la seguridad y la conducta esperada de los profesionales que participan en la situación de contacto, como el establecimiento de reglas sobre la organización del trabajo y las responsabilidades, la alimentación, la higiene, la producción de imágenes, el porte de armas, la comunicación institucional y el cuidado con los equipos. Además, se deben definir reglas en cuanto a la oferta de alimentos a los indígenas (principalmente productos industrializados), uso de equipos de protección personal, protección del medio ambiente y disposición adecuada de los desechos, en especial los infecciosos.

### ⊙ **Inmunizaciones en situación de contacto**

Cuando se trata de situaciones de contacto con pueblos aislados, la vacunación es una de las acciones sanitarias más importantes a realizar, sin embargo, no debe ser la primera acción debido a los efectos secundarios o al malestar físico que puede provocar. Dado que no es una intervención médica de emergencia, su realización debe ser planificada previamente y consensuada con los intérpretes e indígenas recién contactados,

lo cual dependerá también del contexto de contacto. Es muy importante contar con un buen apoyo de comunicación, intérpretes capacitados y personas experimentadas, para iniciar un diálogo que establezca un mínimo de confianza, además de demostrar a través de ejemplos visibles lo que se quiere lograr. Solo después de recibir el consentimiento o aceptación de los indígenas contactados se debe iniciar la vacunación.

Los equipos de salud deben monitorear los eventos adversos posteriores a la vacunación, así como otros signos y síntomas que se presenten en las siguientes 48 horas. No existen diferencias significativas en el esquema de vacunación de los aislados, pero es importante que se realice el mayor número posible de vacunas en una sola oportunidad para evitar la pérdida de oportunidad de vacunación en un grupo que puede, potencialmente, dejar de tener contacto con la sociedad nacional, lo cual puede conllevar varios riesgos y situaciones de vulnerabilidad frente a las enfermedades infecciosas que circulan en el entorno.

### ⊙ **Acuerdos para la garantía de la seguridad alimentaria tradicional**

Otro factor a considerar en la operativización del plan de contingencia es la posibilidad de una rápida degradación de la economía del grupo durante un brote epidémico o situación de contacto, haciendo fundamental el apoyo y la seguridad alimentaria, la cual debe basarse en productos naturales como frutas, yuca, harina de yuca, almidón, fuentes de proteínas animales (diferentes animales de caza y pescado) y tubérculos como boniatos y batatas (siempre teniendo en cuenta y respetando los tabúes alimentarios que el grupo observa en situaciones de enfermedad). En el caso de eventos de contacto, se debe evitar en lo posible →

ofrecer productos procesados, que pueden no ser bien aceptados o causar problemas de salud al grupo y/o generar relaciones de dependencia. Es importante buscar el abastecimiento de alimentos tradicionales con los pueblos que se encuentran alrededor del territorio del pueblo objetivo del plan, y que se realice un convenio de abastecimiento previo a posibles contactos o brote epidémico.

### ⦿ Sala de Situación

La creación de una Sala de Situación con la presencia efectiva de los actores involucrados en la implementación del plan de contingencia es un aspecto importante para propiciar el intercambio de información, el establecimiento de acuerdos y la distribución de responsabilidades entre instituciones

(como, por ejemplo, la Federación), el Ministerio Público, la Policía Federal, la Defensa Civil, alcaldías, asociaciones indígenas, hospitales, Fuerzas Armadas, entre otros) de manera organizada y sistemática. Además de las representaciones institucionales se debe prever, cuando sea necesario, la participación de personas invitadas que tengan experiencia en el manejo de eventos de brotes o procesos de contacto, y/o personas que estén directa o indirectamente involucradas en estos eventos.

Otro punto importante en relación con la Sala de Situación es asegurar la participación del Equipo Local de Referencia en Salud. La Sala de Situación debe reunirse semanalmente y con intervalos más cortos si fuera necesario.



Visita de campo a la Tierra Indígena Parque del Tumucumaque . | Foto: Archivo OTCA

### 3.1.2. Plan de Contingencia de Salud de la Triple Frontera entre los países de Brasil, Guyana y Surinam – Tierra Indígena Parque de Tumucumaque en Brasil y Surinam

#### Introducción al plan de contingencia

El plan de contingencia para esta región se define como un instrumento de planificación que tiene el propósito de mitigar los impactos de eventos relacionados con la salud y está concebido para orientar una adecuada y oportuna intervención en salud con respuestas rápidas y definiendo a los responsables. Según el Ministerio de Salud de Brasil *“Un Plan de Contingencia es el documento que registra la planificación elaborada a partir del estudio de una determinada hipótesis de emergencia en salud pública”*. Cabe recordar que la Secretaría de Vigilancia en Salud (SVS), en Brasil, definió como prioritarios los Planes de Contingencia para emergencias de salud pública relacionadas con dengue, fiebre amarilla, influenza, hantavirus, leishmaniasis visceral y manejo de desastres naturales.

Un plan de contingencia también brinda orientación sobre la seguridad y conducta

esperada de los profesionales que participan en la situación de emergencia, trata de las rutinas y protocolos de los equipos de salud, organiza e identifica la necesidad y disponibilidad de los insumos necesarios, define la jerarquía y la línea de comunicación entre todos los actores involucrados, y establece un flujo de comunicación entre las partes involucradas.

En el caso de contextos que involucran a las poblaciones indígenas, además de considerar los elementos anteriormente mencionados, toma en cuenta la necesidad de intervenir con criterios interculturales y, por lo tanto, con una atención diferenciada según las necesidades socioculturales y de salud de la población indígena. En ese sentido, un aspecto clave que se destaca es que los planes de contingencia tienen que ser construidos a partir de la participación y de las perspectivas de la población indígena en su diversidad.



## Objetivo del plan de contingencia para la región

Su objetivo es ofrecer información consultiva y preparatoria para la elaboración de los planes de contingencia en el contexto indígena transfronterizo entre Brasil y Surinam, con la inclusión de elementos operativos y recomendaciones para su aplicación.

## Flujos de comunicación y decisión

El plan de contingencia propuesto prevé el establecimiento de flujos de comunicación entre los equipos de campo, los diferentes órganos y organizaciones involucradas, a nivel local en el campo y en el nivel central de los dos países.

Asimismo, se plantea determinar la identificación de los flujos de comunicación entre los referentes de salud de mediana y alta complejidad, lo que agilizaría los procesos de toma de decisiones.

La estructuración de la red y canales de comunicación con el uso de diferentes tecnologías adaptadas al medio, incluyendo el servicio de internet de buena calidad, en aldeas ubicadas en lugares estratégicos como Kuxaré y *Missão Tiriyo*.

También es fundamental definir e implementar un plan específico de comunicación y diálogo con las comunidades y organizaciones indígenas tomando en cuenta el flujo y los niveles de comunicación para la coordinación. En este sentido, se recomienda concretamente elaborar en el plan un organigrama para la comunicación interinstitucional y la toma de decisiones.

## Sala de Situación

Se debe prever la instalación de una Sala de Situación para apoyar los procesos de toma de decisiones y comunicación, con el fin de establecer diálogos, compartir información y definir acuerdos sobre las responsabilidades de las instituciones involucradas, personas invitadas que puedan contribuir técnicamente directa e indirectamente en la ejecución del plan. El Equipo de Referencia Local también debe participar en la Sala de Situación. La frecuencia de las reuniones debe definirse cuando se implementen. Se sugiere que sean semanales o más frecuentemente si fuera necesario.

## Acciones preventivas

Al igual que en otras regiones y planes de contingencia, se destaca la importancia preventiva en la cual los equipos identificados para la intervención en estos eventos de emergencia sanitaria o de contacto, además de estar previamente definidos y capacitados, deberán cumplir a cabalidad con los esquemas de vacunación, no presentar ningún signo o síntoma de enfermedad infectocontagiosa activa, y estar al día con los protocolos clínicos para hacer frente a la emergencia sanitaria, brote epidemiológico o situaciones de contacto con pueblos aislados o en contacto inicial. Para la intervención el plan recomienda que se haga una evaluación médica previa de las condiciones de salud del o los equipos de intervención.

## Operacionalización del evento

A más de las consideraciones antes mencionadas, la operacionalización de los eventos de contingencia prevé los siguientes aspectos:

- ⊙ Dada la distancia y dificultad de acceso a los territorios en relación con la red de derivación para tratamientos más complejos, así como las especificidades socioculturales y las vulnerabilidades socioepidemiológicas, los traslados para tratamiento hospitalario deben evitarse en la medida de lo posible y realizarse solo en casos especiales. Personal previamente sensibilizado deberá prestar este servicio siguiendo un flujo previamente acordado;
- ⊙ La elección de equipos, medicamentos e insumos debe orientarse a la mayor resolución posible de los problemas en el mismo territorio, evitando traslados innecesarios. Se debe tomar en cuenta el uso de dispositivos portátiles y de laboratorio con tecnología apropiada para estos contextos;
- ⊙ La intervención requiere la estructuración de una red de cadena de frío en poblaciones ubicadas en lugares estratégicos como las comunidades de Kuxaré y *Missão Tiriyo*;
- ⊙ Realizar un diagnóstico a profundidad de la situación de las estructuras de salud en los pueblos con el fin de elaborar e implementar una estrategia para su mejora y operatividad en el territorio, que debe incluir respuestas y coordinaciones de emergencia en los territorios en cuestión y considerando las características transfronterizas;
- ⊙ Los planes de contingencia también deben brindar orientaciones respecto a la seguridad y conducta esperada de los equipos de intervención en el territorio, sus roles, responsabilidades, normas sanitarias, producción de imagen, comunicación institucional y seguridad física;
- ⊙ Los acuerdos y códigos de conducta en el campo durante las acciones de emergencia y de contingencia deben ser previamente definidos en conjunto con los líderes indígenas;
- ⊙ Elaborar y consensuar con las comunidades indígenas un protocolo sanitario para el tránsito en la frontera, con miras al seguimiento epidemiológico así como a la adopción de prácticas de prevención.



Misión visita la comunidad Palma Real, el pueblo Ese Eja, Región Madre de Dios. | Foto: Archivo OTCA

### 3.1.3. Plan de Contingencia de Salud Parque Nacional Bahuaja Sonene – Parque Nacional y Área de Manejo Integrado Madidi

#### Introducción al plan de contingencia

El plan de contingencia de la región del Madidi – Bahuaja Sonene plantea orientar las acciones generales para prevenir o actuar frente a eventos adversos y sus consecuencias para minimizar los impactos. El plan se concibe, además, como un medio de definición de las herramientas que ayudan a generar respuestas rápidas, definir los actores, su rol y las acciones previstas en un contexto de emergencia.

El instrumento propuesto da las pautas generales para la intervención sanitaria adecuada y oportuna en un contexto local complejo, con poblaciones indígenas en condiciones de vulnerabilidad y con pueblos indígenas aislados. Esta característica supone tomar en cuenta el contexto sociocultural, las tradiciones y costumbres de estos pueblos y su situación de salud, así como la presencia

de distintos actores integrados a distintas escalas. En este marco, se construyó un perfil epidemiológico de la región en el cual se da prioridad a las poblaciones locales. Este análisis pone en evidencia las características de estas poblaciones y cuáles son los principales problemas de salud y morbilidades presentes en la región, donde la medicina tradicional juega un rol importante.

Esta información es un elemento de consideración previa a cualquier intervención de contingencia, ya que la misma debe tomar en cuenta esos elementos para la organización y las respuestas necesarias. Un aspecto relevante es la identificación de las instituciones y sus propios diseños de intervención para articular la logística y el abordaje de la contingencia; por esto, la formulación de los planes debe ser revisada con una periodicidad corta para garantizar una intervención eficaz.

## Objetivos del plan de contingencia

Formular un plan de contingencia para la salvaguarda y protección de los pueblos indígenas y en situación de aislamiento y contacto inicial, basado en la situación de la salud y cómo enfrentar enfermedades emergentes en pueblos indígenas y brotes epidemiológicos en la población indígena, en contacto inicial y frente a casos de contacto con pueblos indígenas en aislamiento en regiones de frontera amazónicas de Parque Nacional Bahuaja Sonene – Reserva Nacional Tambopata y el Parque Nacional y Área Natural de Manejo Integrado Madidi.

## Flujos de comunicación y decisión

Comunicación, sobre la base de reportes diarios por radiofonía, internet y celular/ teléfono o cualquier otro medio disponible, 3 veces al día. La ejecución de las medidas preventivas requiere de monitoreos fluviales y terrestres, así como un sistema de alerta temprana de emergencia en la cual se procede a comunicar de inmediato a la organización responsable de la alerta de emergencia, para organizar a toda la comunidad y a los actores relacionados como es el personal de salud, de educación, actores relacionados al control de las áreas naturales y organizaciones locales, entre otras.

Esta comunicación supone la relación directa entre los actores institucionales involucrados, las organizaciones sociales y las organizaciones indígenas, quienes deben tomar las decisiones de manera organizada, eficaz y oportuna.

## Acciones preventivas

Es fundamental que se zonifique el ámbito binacional de la Región Amazónica entre Bolivia y Perú, y gradualmente el ámbito de las comunidades. La zonificación contribuye a minimizar el riesgo en las acciones de

contingencia de salud con pueblos indígenas aislados y en contacto inicial y pueblos indígenas en condiciones de vulnerabilidad.

## Zonas de riesgo

Hay que definir las zonas riesgo en relación con el tránsito de personas externas, amenazas, la mayor presencia de indígenas de los pueblos indígenas en aislamiento (Toromona en Bolivia y no identificados en Perú) en el ámbito de los bosques, las tierras y zona de viviendas de las comunidades, de las concesiones colindantes, las zonas donde las familias de la comunidad realizan diversas actividades económicas dirigidas al mercado, de subsistencia y comunidades cercanas. Los niveles de sensibilidad en relación con el riesgo de encuentros no deseados, hallazgo de diversos indicios y avistamientos.

## Zonas seguras

En el ámbito de las comunidades se debe identificar zonas seguras para situaciones de emergencia de salud y para sucesos con PIACI. Por lo general las zonas seguras que se identifican en las comunidades son las siguientes:

El Puesto de Salud de la comunidad que, aunque tiene limitaciones físicas, cuenta con un personal asignado con formación en enfermería. Es importante anotar que en este espacio de la comunidad hay limitaciones de varios tipos y una de ellas es que no está dotado de medicamentos y hay poca disponibilidad de medios de comunicación;

El Centro Educativo de la comunidad, el cual en la mayoría de los casos tiene asignado personal educativo. Este actor es importante porque tiene un conocimiento amplio de las deficiencias y de las fortalezas de la población, por lo cual es un actor clave.

El Puesto de Vigilancia y Control de las áreas naturales. Este es un espacio que alberga a los guardaparques; sin embargo y a pesar de su importancia tiene limitaciones operativas. No obstante, es el personal con mayor instrucción y capacidad de reacción en una situación adversa. La comunicación con estos actores es clave ya que tiene relación con una o varias comunidades y tiene posibilidad de acceder a diferentes lugares y entender los problemas.

Los tres espacios estratégicos para el plan de contingencia de esta región, para que sean utilizados como lugares de abordaje de emergencias y refugio, requieren lo siguiente:

- ⊙ Una dotación de víveres no perecibles y agua para una semana.
- ⊙ Debe equiparse con un tanque de agua y sistema de bombeo de agua.
- ⊙ Debe tener un paquete con ropa de abrigo para los/as niños/as.
- ⊙ Debe tener un botiquín con medicamentos básicos.
- ⊙ El refugio debe contar con una dotación de cinco cilindros de gas.
- ⊙ Debe tener una cocina a gas, vajilla, ollas y todo lo necesario para preparar y servir alimentos a la comunidad.
- ⊙ La comunidad en su integridad es un lugar de seguridad para las familias, y para ellos se tienen que realizar algunas mejoras y mantenimiento de esas zonas.
- ⊙ Despejar de yerba y arbustos la zona adyacente a las chacras.

- ⊙ Las familias, en coordinación con los distintos actores locales, deben organizar turnos de vigilancia en las zonas más sensibles de la comunidad.
- ⊙ Elegir un comunero responsable de la comunicación y grupo de apoyo (antes, durante y después de la emergencia), que coordine la información hacia el interior y hacia el exterior de la comunidad.
- ⊙ Elegir a un/a agente comunitario de salud responsable de la vigilancia y coordinación con el personal de salud del Puesto de Salud de la comunidad o cercano para dar apoyo al personal de salud.
- ⊙ Organizar comunicación detallada en salud y reportar al Puesto de Salud más cercano. El personal de salud se comunicará con otras entidades estatales, como el Puesto de Vigilancia y Control de las áreas naturales protegidas (Perú-Madre de Dios) y Hospital de San Buenaventura en Bolivia.

### **Identificar en las comunidades las zonas de mayor riesgo por encuentros no deseados con pueblos indígenas en aislamiento**

Los actores comunitarios de salud en Perú y el Dirigente o el Secretario Comunal de Salud en Bolivia, los guardaparques y el personal de salud, con la asistencia del Ministerio de Cultura, tienen identificadas las zonas de riesgo en las que, eventualmente, puede darse un encuentro fortuito con indígenas en aislamiento, lo cual abarca las zonas adyacentes y los lugares de desplazamiento de pueblos indígenas en aislamiento (ríos, quebradas, caminos, zonas de bosque -castañal y maderable-, zonas de pesca y chacras cercanas a las comunidades.

## Operativización del evento

La duración de una emergencia se puede subdividir en tres fases o momentos generales:

Cordones de protección sanitaria, que son elementos que permiten garantizar la salud de los pueblos en aislamiento y que no sufran las consecuencias de las eventuales epidemias y enfermedades de los pueblos de alrededor. Y para ello también se debe tener un plan de seguimiento y monitoreo de las actividades;

Acciones de prevención es el tiempo *ex ante*, cuando se deben identificar de manera temprana los indicadores de una emergencia de PIACI, y se deben de realizar actividades preventivas, de preparación y de alerta temprana. Porque una situación de emergencia con pueblos en aislamiento no se puede predecir con mucha anticipación;

El momento de la emergencia es el momento más crítico y el epicentro de la emergencia, cuando las actividades, acciones y la toma de decisiones tienen que ser rápidas, hay que evaluar de manera expedita con lo que se dispone y si se decide la evacuación o no, la comunicación es clave y una respuesta inmediata desde las comunidades, con la directiva comunal, el personal de salud, los promotores comunitarios de salud y las/os responsables de los sectores involucrados para superar esta emergencia con la mayor celeridad y el menor riesgo humano y económico para las comunidades y pueblos en aislamiento.

Declive y conclusión de la emergencia. - Esta fase todavía constituye uno de los momentos de la emergencia. Se caracteriza porque aunque la comunidad y las personas ya no corren peligro, todavía están vulnerables.

Si se realiza una evacuación, se debe tener asegurada la alimentación y el pernocte y abrigo para las familias y la atención médica de los/as trasladados.

Si las familias fueron evacuadas, es necesario tener toda la logística necesaria para el retorno de las familias a la comunidad. En la comunidad se tiene que designar un equipo de monitoreo que indique cuándo se puede regresar a la comunidad.

### El plan debe contar con las siguientes medidas de respuesta y contención de la emergencia:

- ⊙ El personal de salud organiza la respuesta y contención de la emergencia de salud, apoyado por los guardaparques y el grupo de apoyo de la comunidad;
- ⊙ El personal de salud, guardaparques y comunero/s designado/s como responsable/s organizan la respuesta a la emergencia de salud o con los PIACI;
- ⊙ Los integrantes del personal de salud son los principales responsables de responder a la situación de emergencia;
- ⊙ Los/as promotores de salud comunitaria coordinan el personal de salud;
- ⊙ El comunero/a designado como responsable/s del registro fotográfico y de video debe coordinar con los responsables del manejo de la emergencia;
- ⊙ La directiva comunal coordina con el personal de salud para dar respuesta a la emergencia;



- ⦿ Se forman grupos de abastecimiento de alimentos de consumo tradicional y un grupo de protección de los niños y ancianos (adultos mayores);
- ⦿ Se activa la organización para la eventual necesidad de evacuación fluvial en el río Bajo Madre de Dios, terrestre o aérea según las condiciones de la emergencia y la disponibilidad de medios para los distintos tipos de evacuación.

Durante varios años las administraciones de las áreas protegidas de Perú y Bolivia han establecido un acuerdo base en el que se coordinan actividades de conservación y con cierta frecuencia se realizan patrullajes y actividades conjuntas de visita al campo.

Entendiendo que este instrumento ya se implementaba en la región, se le sumó la

necesidad de observar y coordinar acciones de salud con énfasis en pueblos indígenas y PIACI. Por ello, entendiendo que estas acciones han sido operativas, se requiere formalizarlas aún más con la participación de los Ministerios de Relaciones Exteriores, Ministerios del Ambiente y Ministerios de Salud, además de la participación en el caso de Perú del Ministerio de Cultura.



Encuentro trinacional en Rio Branco, Acre, con los 26 representantes de los estados y de la sociedad civil de Bolivia, Brasil y Perú. | Foto: Archivo OTCA

### 3.1.4. Plan de Contingencia de Salud Región Acre – Madre de Dios, fronteras Brasil y Perú, focalizado en la cuenca media del río Las Piedras y la Reserva Territorial Madre de Dios en Perú

#### Introducción al plan de contingencia

El plan de contingencia de la cuenca del río Las Piedras se elaboró teniendo como documento base el “Estudio territorial y diagnóstico situacional de salud tierra indígena Mamoadate – Reserva Territorial Madre de Dios”, realizado en el año 2021.

El plan de contingencia elaborado para un nivel comunal contiene información y un conjunto de recomendaciones, mecanismos, medidas y protocolos para asegurar una respuesta y acción oportuna de las familias de la comunidad, de las entidades estatales responsables de nivel nacional, regional y local, de las instituciones civiles y de diversos actores presentes en la cuenca del río Las Piedras.

También presenta cómo deberían actuar estos actores durante las emergencias, cuando sucede un contacto fortuito o hay presencia de pueblos indígenas en situación de aislamiento en el ámbito cercano a las viviendas, chacras, zonas de caza, pesca y en campamentos de las Comunidades Nativas de Monte Salvado, Puerto Nuevo y Mirador Santa Alicia.

La finalidad de este documento es prevenir y disminuir los riesgos en situaciones de emergencias de salud. Este instrumento prevé la participación de diversas entidades estatales y de la sociedad civil que tienen responsabilidad y desarrollan actividades en el ámbito de la comunidad de Monte Salvado de la cuenca del río Las Piedras.



## Objetivo del plan de contingencia

Diseñar un plan de contingencia de salud para sucesos de emergencia con pueblos en aislamiento, para desarrollar acciones preventivas, de respuesta durante el evento y su mitigación.

A partir de este objetivo trazado para el plan de contingencia, se prevé el desarrollo de las siguientes actividades:

- ⊙ Demarcar los aspectos generales que definan los fines, el corpus conceptual, normativo y metodológico del plan de contingencia de salud;
- ⊙ Realizar un diagnóstico de la situación de salud de las comunidades, la convivencia de los pueblos indígenas en aislamiento con las comunidades en el ámbito comunal y las zonas sensibles, los factores de riesgo y la presencia de instituciones estatales y civiles;
- ⊙ Proponer acciones post emergencia de salud, de remediación y vigilancia sanitaria y la preparación de las comunidades e instituciones;
- ⊙ Construir un procedimiento de alerta temprana;
- ⊙ Instituir medidas de acción específicas en caso de encuentros no deseados o fortuitos y sus posibles consecuencias para los PIA;
- ⊙ Proponer medidas durante los sucesos de emergencia por la presencia, avistamiento y hallazgo de indicios de la presencia de indígenas en aislamiento;
- ⊙ Instituir, fortalecer y activar el régimen especial transectorial local para apoyar a la población local y proteger la salud de los pueblos indígenas en aislamiento.

## Flujos de comunicación y decisiones

Los equipos de y los establecimientos de salud que tienen que actuar y responder durante las emergencias y en los contactos de cualquier tipo, son cinco (5 niveles operativos) que responderán durante las emergencias de salud y contingencia de un posible contacto fortuito o por otra razón.

### ⊙ Primer nivel:

- Ministerio de Salud (MINSA), sede Lima.
- Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios.

### ⊙ Segundo nivel:

- DIRESA Madre de Dios.
- Estrategia de Salud Indígena.
- Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.

### ⊙ Tercer nivel:

- Microrred de Salud del distrito de Las Piedras, Centro de Salud Planchón.
- Microrred de Salud de Tambopata, Centro de Salud Milenio.

### ⊙ Cuarto nivel:

- Puesto de Salud de la comunidad Monte Salvado, está operativo y atiende a Puerto Nuevo y Mirador Santa Alicia.
- Puesto de Salud de la comunidad Puerto Nuevo, es muy irregular, por lo general no tiene personal y la infraestructura está muy mal.

### ⊙ Quinto nivel:

- Promotores de salud comunitarios de las comunidades de Monte Salvado, Puerto Nuevo y Mirador Santa Alicia.
- Especialistas (hombres y mujeres) en salud oral (indígena y natural) de las comunidades de Monte Salvado, Puerto Nuevo y Mirador Santa Alicia.

Los niveles que toman las decisiones durante una emergencia de salud o de contacto fortuito u otro son el primer y segundo nivel, en específico las Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA y la Coordinación de la Estrategia de Salud de la Diresa Madre de Dios. Este equipo implementará las acciones previstas en el plan de contingencia, definirá el o los equipos y los roles de cada nivel y organismo o establecimiento, de acuerdo con las responsabilidades de cada nivel.

### Sala de Situación

La respuesta a un evento de emergencia requiere la instalación de una sala de situaciones o Puesto de Mando Unificado (PMU) de las comunidades nativas de la parte alta de la cuenca media del río Las Piedras.

Entre las entidades estatales rectoras, representantes de las comunidades, sus organizaciones indígenas y organizaciones civiles aliadas, se deberá establecer una Sala de Situación o PMU para la toma de decisiones, diálogos, intercambio de información y acuerdos de responsabilidades con instituciones de cada actor, por ejemplo con la Defensa Civil, municipios, directivas de las comunidades, organizaciones indígenas, funcionarios de salud, hospitales, otras instituciones vinculadas y especialistas de las comunidades y técnicos, directa e indirectamente involucrados en la protección y durante un contacto fortuito u otro con los PIA.

La sala de situación será coordinada por un representante del Ministerio de Salud y representantes de las entidades estatales (nacional, regional y local), de las comunidades, de las organizaciones indígenas y de la sociedad civil. Las reuniones se realizarán sobre la base de un cronograma (ordinario y extraordinario), con horarios y lugar, mediante acuerdos de la sala de situación, definirán las tareas y competencias institucionales (basado en Albertoni y Chindoy 2023).

### Acciones preventivas

Las medidas preventivas son las actividades del plan de contingencia que se realizan como preparación anticipada a una posible contingencia o emergencia de salud ante brotes epidémicos o contactos con PIA. Estas acciones involucran a varios actores y requieren de una preparación previa y de una estrecha articulación. Para este plan de contingencia las medidas preventivas comprenden lo siguiente:

- ⊙ Las familias de las comunidades participan del cordón sanitario
  - Vacunar a las familias de las comunidades.
  - Elaborar e implementar los protocolos de salud para comunidades.
- ⊙ Activar la organización comunal para situaciones de emergencia
  - Elegir un comunero responsable de la comunicación y un grupo de apoyo (antes, durante y después de la emergencia), que coordinen la información que se comunica hacia el interior y hacia el exterior de la comunidad.
  - Organizar a las familias cuando en la comunidad permanezcan pocas personas y familias y la mayoría están ausentes, porque viajaron a Puerto Maldonado, están trabajando en los campamentos de castaña o están realizando otras actividades que los obligan abandonar por un tiempo la comunidad.
- ⊙ Identificar en la comunidad las zonas de mayor riesgo para encuentros no deseados
  - Cuando las familias de la comunidad salen a pescar.
  - Cuando las familias y mitayeros (cazadores) van a cazar y recolectar al bosque.

- Cuando las familias van a las chacras.
- Cuando las familias navegan en los ríos.
- Cuando en una zona de la comunidad donde se caza, se pesca, recolecta, se hace chacra y otras actividades, se halla, se escucha, se sospecha de la presencia de algún indicio o de la presencia de hermanos en aislamiento, los agentes y la directiva recomendarán a:
  - A los/as comuneros/as que no se aproximen a la zona de riesgo donde se identificó, se encontró un indicio o la presencia de pueblos indígenas en aislamiento.

⊙ Realizar simulacros con la comunidad

- Los especialistas y agentes de protección de la DACI y FENAMAD deben organizar durante el año dos (02) simulacros de emergencias, por la presencia de indígenas en aislamiento frente a la comunidad de Monte Salvador.
- Capacitar a la comunidad para responder en situaciones de emergencia salud y contingencia de un contacto.
- Elegir un/a comunero/a responsable y un grupo para apoyar en el simulacro.

⊙ Patrullajes en el ámbito de la comunidad

- Patrullajes fluviales.
- Patrullajes terrestres.

**Rutas de evacuación**

En las comunidades identificar las rutas de evacuación que se utilizaron durante las emergencias con la presencia de indígenas en aislamiento frente a la comunidad de Monte Salvador, que fueron vía fluvial y la vía aérea.

- Ruta de evacuación fluvial.
- Ruta de evacuación aérea.
- Ruta de evacuación aérea.

**Zonas seguras**

- ⊙ En las comunidades estarán identificadas las zonas seguras, que siempre deben ser dos, o más. Una zona segura es el refugio del puesto de control vigilancia (PCV) y otra es el conjunto de la comunidad.
- ⊙ El puesto del control antiguo es el más utilizado como refugio, y después la ampliación del PCV. Esta ampliación del PCV fue construida por el MINCU para que sea utilizada como refugio durante las emergencias, hay que dotarla de las reservas necesarias:
  - Una dotación de víveres no perecibles y agua para una semana.
  - Debe equiparse con un tanque de agua y el sistema de bombeo de agua.
  - Debe tener un paquete básico con ropa para los/as niños/as.
  - Debe tener un paquete con abrigo para los/as niños/as.
  - Debe de tener un botiquín con medicamentos básicos
  - El refugio debe contar con una dotación de cinco cilindros de gas para cocinar los alimentos.
  - Debe tener una cocina a gas, vajilla, ollas y todo lo necesario para preparar y servir alimentos a la comunidad.
- ⊙ Ellos tienen su integridad en un lugar de seguridad para las familias, y para ello se tienen que realizar algunas mejoras y mantenimiento de esas zonas:

- Despejar de yerba y arbustos la zona adyacente a las chacras.
- En lo posible evitar dejar pocas personas en la comunidad.
- Si es inevitable la presencia de las familias, los comuneros que se quedan deben simular ser más numerosos de lo que son, haciendo tocar un equipo de sonido en volumen alto.
- Las familias, en coordinación con los agentes, deben organizar turnos de vigilancia en las zonas más sensibles de la comunidad.

### Capacitación para la implementación de planes de contingencia

La capacitación para la implementación del plan de contingencia estará acompañada por la capacitación en otras competencias que son de vital importancia en las situaciones de emergencia.

Las capacitaciones y pasantías tienen que direccionarse hacia el personal de salud de los Establecimientos de Salud de este ámbito, hacia los/as agentes de protección de Cultura y FENAMAD y hacia los/as comuneros de las tres comunidades.

Capacitación y pasantías para el personal de salud, agentes de protección y comuneros.

## Operacionalización del evento

### Medidas de acción implementadas durante contingencias con PIA

**Alerta de emergencia:** se comunica de inmediato a la organización responsable de la gestión de la alerta de emergencia con el objetivo de organizar a toda la comunidad.

Los agentes de protección del Ministerio de Cultura y de FENAMAD deben ser los primeros en ser informados cuando un comunero/a o agente vea huellas, indicios o a hermanos/as en aislamiento en las zonas de alto riesgo, identificados por la comunidad:

- Cuando un comunero/a o agente vea a un hermano/a en aislamiento frente a la comunidad (margen izquierda del río Las Piedras).
- Cuando un comunero/a o agente vea huellas o a los/as hermanos/as aislados en las chacras.

- Cuando vean huellas, indicios o a los/as hermanos/as en las playas de los ríos Las Piedras, Curiaco, Lidia Chica, Lidia Grande, San Francisco, Quebrada Mashco, el pozo y la cocha.
- Cuando vean huellas, indicios o a hermanos/as en el camino o en los campamentos del castañal y madereros.
- Cuando un/a comunero/a vea huellas, indicios o a hermanos/as en una zona de riesgo cerca de las casas de la comunidad, de inmediato debe/n comunicarlo, para que los agentes de protección den una alerta temprana y oportuna.

**Comunicación de alerta:** Alerta de comunicación de una situación de posible emergencia. Comunicarla de inmediato a la organización responsable de la alerta de emergencia, para organizar a toda la comunidad. →

**Activación de la comunicación:** El personal de salud de las CCNN, los agentes de protección del Ministerio de Cultura y FENAMAD deben activar la organización de la comunicación durante la emergencia.

- ⊙ Los/as agentes y comuneros/as designados como responsables de las comunicaciones deberán:
  - enviar y recibir información por radiofonía.
  - enviar y recibir información por el teléfono.
  - enviar y recibir información por internet.
- ⊙ Comunicarse con la DIRESA Madre de Dios (entidad regional rectora en salud), instituciones estatales y FENAMAD:
  - Comunicarse con MINSA, los EESS de Puerto Lucerna, Planchón y la DIRESA.
  - Comunicar la emergencia al MINCU y a la DACI.
  - Comunicar de la emergencia a la CN Puerto Nuevo y a Santa Alicia.
  - Comunicar de la emergencia a la FENAMAD.
  - Comunicar la emergencia a los Puestos Nomole, Yushi y Megiri.
  - Los indicativos de las radios de los puestos de Ministerio de Cultura.

### Medidas de interlocución y contención de la emergencia

- ⊙ Los/as agentes de protección organizan el DIÁLOGO con los hermanos en aislamiento, cuando estén enfrente o en otras zonas de las comunidades:
  - i) Los agentes/s y comunero/s designado/s como responsable/s organizan el diálogo con los hermanos/as aislados;

- ii) Los agentes son los principales responsables del diálogo con los hermanos aislados;
- iii) Los/as comuneros/as con mayor experiencia coordinan el diálogo con los agentes de protección;
- iv) El agente y comunero/a designado como responsable/s de registrar con cámaras fotográficas y de video tienen que coordinar con los responsables del manejo de la emergencia;
- v) La mayoría de los hombres de la comunidad coordinan con los agentes para la interacción con los pueblos aislados, los cuales deben hablar el idioma nativo, que en este caso es el Yine).
  - Grupo responsable de trasladar productos de las chacras familiares
  - Grupo de protección de los/as niños/as, mujeres y ancianos/as

### Medidas para la evacuación

- ⊙ Activar la organización para EVACUACIÓN de las familias.
  - Evacuación fluvial.
  - Evacuación terrestre - fluvial.
  - Evacuación aérea.

### Organización de Vigilancia Sanitaria para la respuesta

Constitución de la Sala de Respuesta y Monitoreo con participación de las comunidades Yine de la cuenca del río Las Piedras, apoyada por sus organizaciones para la elaboración y difusión de boletines epidemiológicos, involucrando de manera conjunta a los tres países. →

Desarrollo de una estrategia de detección temprana y control comunitario con agentes comunitarios de salud.

Investigación genómica de casos confirmados. La región de Madre de Dios tiene alta movilidad humana por la actividad minera y forestal y por ello es más susceptibles a nuevas variantes.

Diseñar una ruta de vigilancia en salud pública comunitaria que articule todos los niveles de las divisiones políticas y administrativas; municipios, departamentos, distritos, capitales, centros poblados y áreas rurales dispersas, áreas no municipalizadas, comunidades, asentamientos y tierras indígenas. Tener en cuenta los mecanismos de comunicación y la perspectiva intercultural. Para la vigilancia epidemiológica de las comunidades indígenas de la parte alta de la cuenca alta del río Las Piedras, se deben tomar en cuenta las condiciones de salud específicas o culturales que forman parte de la cosmovisión de los pueblos indígenas, a partir de la integración de variables interculturales

en los perfiles epidemiológicos (mal aire, mal de ojo, desánimo, etc.) que permitan al analista conocer la situación real de salud de esta población específica y así realizar una vigilancia intercultural de la salud indígena.

Disponibilidad previa de una red de internet o mecanismos de comunicación adecuados a las condiciones ambientales y territoriales con la potencia necesaria y adecuada que permita la comunicación constante entre las zonas más alejadas de la cuenca del río Las Piedras y los puestos de salud locales, regionales, departamentales.

Definir Cordones Sanitarios concertados entre las autoridades sanitarias y comunidades indígenas. Acciones en salud interculturales para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades de pueblos y comunidades indígenas colindantes a los PIACI, como un factor protector del buen vivir de esta población. Estas forman parte de los cordones sanitarios. **(Fuente:** basado en Albertoni y Chindoy 2023: 27)

## Contacto fortuito

Las situaciones de contacto, que pueden ser fortuitas, casuales, u otras, requieren una respuesta particular.

*En caso de contacto la sala de situación o MPU, debe haber definido la operacionalización en caso del evento y habrá definido lo siguiente:*

- a. *Miembros del equipo de campo.*
- b. *Protocolos de salud de ingreso a la zona del contacto.*
- c. *Metodología de contacto (situación extrema o solicitud expresa de los PIA).*
- d. *Reconocer los principales agentes etiológicos implicados en epidemias entre las comunidades colindantes que se aproximen al perfil*

*epidemiológico de los PIA y la enfermedades y lesiones comunes.*

- e. *Acciones de atención en salud.*
- f. *Cuarentena con enfoque intercultural.*
- g. *Perfil de vacunación definido.*
- h. *Perfil de pruebas serológicas para campo.*
- i. *De acuerdo con el principio de capacidad de resolución de problemas, se deben priorizar los procedimientos dentro del territorio indígena, evitando, siempre que sea posible, el traslado de personas. Sólo en casos graves que vayan más allá del nivel de atención local ofrecido por los equipos de salud se debe realizar el traslado a la red de servicio de complejidad media o alta. La evacuación debe llevarse a cabo tras la consulta y el consentimiento de los pueblos indígenas involucrados.*

- j. *Definir los criterios y evaluación de riesgos.*
- k. *Monitoreo del contacto (protocolo de seguimiento).*
- l. *Flujo de información y comunicación entre los países para el monitoreo y con los medios de comunicación.*
- m. *Definir las conductas de seguridad de los indígenas y de los equipos que ingresan. La situación de contacto es un momento crucial para el establecimiento de la relación entre los contactos indígenas y los contactos no indígenas. Muchas acciones pueden interpretarse de maneras distintas a la intención inicial. Por lo tanto, es necesario seguir estrictamente ciertas reglas para evitar la exposición a ciertos riesgos. (Albertoni y Chindoy 2023: 30 – 31)*

### Inmunización en situación de contacto

En situaciones de contacto fortuito, no deseado u otro, los equipos que realizan la atención y los equipos de apoyo implementarán un estricto protocolo de inmunización; en ese caso tomamos las recomendaciones elaboradas por Albertoni y Chindoy (2023), en las cuales se plantea la vacunación como una de las acciones fundamentales, pero bajo una estrategia definida por los efectos secundarios de la misma, por las reacciones que puede provocar y porque se requiere completar en la medida de lo posible los esquemas de vacunación para no perder la oportunidad, ya que los PIACI pueden moverse nuevamente a otros lugares.

### Acción de alerta temprana

- ⊙ Habrá comunicaciones diarias con los puestos de Puerto Nuevo Yushi y Nomole, Megiri, Yopri y de FENAMAD. El primer contacto será en la frecuencia 7020 y luego se pasará la frecuencia de cultura 8185 o 4650. El responsable de la comunicación radial es el agente designado durante los días de la emergencia.

En el caso de la comunicación por internet, los agentes de cultura y FENAMAD designarán a sus agentes para que remitan información oficial.

- ⊙ En caso de emergencia, tras la comunicación por vía radiofónica e internet, los puestos del Alto Madre de Dios y de Pariamanu se comunicarán o llamarán por teléfono o internet, en el siguiente orden, al Ministerio de Cultura (a especialistas y agentes de la DACI para MDD, a la DDCMDD), a FENAMAD, al PNAP, a la DIRESA, a GOREMAD. En respuesta el Ministerio de Cultura se comunicará directamente por radio o internet u otro medio, para coordinar y apoyar a los agentes o especialistas que se encuentran en la comunidad para implementar las acciones planificadas.
- ⊙ En caso de que no se pueda establecer comunicación con los puestos de control de Yushi y el Alto Madre de Dios, se comunicarán con el puesto de control de Puerto Nuevo. Ellos comunicarán la situación de emergencia al Ministerio de Cultura.
- ⊙ En casos que no respondan a las acciones anteriores, se comunicarán con SERNANP (Parque Alto Purús) 5390. Al recibir la alerta SERNANP deberá comunicarse con el Ministerio de Cultura o FENAMAD.
- ⊙ Otra opción es la radio que tiene el Centro de Operaciones de Emergencia Regional (COER), a quien se puede comunicar el hecho.
- ⊙ En la ciudad de Puerto Maldonado se debe utilizar la radio de la FENAMAD e comunicarse con el Ministerio de Cultura.

Las comunicaciones con la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios (DPIO) del MINSA, de la DIRESA Madre de Dios, y si fuera necesario también con la sede central del Ministerio de Cultura se realizarán mediante la radio.



Agentes comunitarios de salud indígena de la región de Tarapacá. Pueblos indígenas Tikuna, Cocama, Bora, Muinane, Huitoto, Ocaína e Inga participaron de la capacitación. | Foto: Archivo OTCA

### 3.1.5. Plan de Contingencia de Salud Región de la Triple Frontera de Perú, Brasil y Colombia

#### Introducción al plan de contingencia

El plan de contingencia de salud en la región de la Triple Frontera Perú, Brasil y Colombia se presenta como una carta de navegación a partir de la cual se orientan las acciones para prevenir eventos adversos en salud o mitigar sus impactos. Este instrumento se usa como una guía de respuestas rápidas, en la cual se incluye la definición de acciones y actores sociales. Su implementación es importante para generar intervenciones de salud adecuadas y oportunas.

Para el caso del plan de contingencia dirigido a las poblaciones indígenas, es necesario considerar el perfil epidemiológico sociocultural, los determinantes sociales de la salud y la atención de salud con enfoque diferencial étnico e intercultural, ya que requiere correspondencia con el contexto en el que viven y se desenvuelven estas poblaciones.

La situación de los pueblos indígenas aislados que entran en contacto inicial o permanente con comunidades indígenas o no indígenas colindantes a sus territorios ancestrales, puede desencadenar procesos epidemiológicos con alta morbilidad y mortalidad, que en el pasado han llevado al exterminio de dichos pueblos en Brasil, Perú y Colombia. Por ellos es necesario coordinar e implementar acciones eficientes y eficaces de salud de parte de los prestadores de servicios de salud y los actores involucrados en el cuidado de los PIACI desde el inicio del contacto y la protección de salud y prevención de la enfermedad en los grupos o comunidades que entran en contacto en las regiones en las cuales se sabe que habitan dichos pueblos, como es el caso de la Triple Frontera Brasil, Perú y Colombia en la Amazonía. El plan de contingencia propuesto toma en cuenta esta situación y resalta la necesidad de la intervención con pertinencia intercultural considerando la situación de la Triple Frontera.



### Objetivo del plan de contingencia:

Este plan tiene el objetivo de orientar las acciones intersectoriales en salud para la implementación de estrategias técnicas y operativas interculturales que permitan prevenir y mitigar los impactos negativos sobre la salud de los pueblos indígenas altamente vulnerables y en contacto inicial en caso de brotes epidémicos y/o situaciones de contacto. Además, define las estrategias de actuación y los recursos necesarios, según posibles escenarios epidemiológicos y sociales, ante situaciones de emergencia sanitaria en el ámbito geográfico de la Triple Frontera.

### Contexto de aplicación del plan de contingencia

Para la implementación de este plan de contingencia se establecen cinco equipos de referencia con diferentes niveles de actividades definidos por los equipos de las autoridades sanitarias, su red de servicios, comunidades colindantes y las instituciones de involucradas tomando en cuenta el principio de la intersectorialidad.

### Definición de los equipos, roles y responsabilidades:

**Primero:** Definición del equipo central de referencia para la conformación del Puesto de Mando Unificado Internacional de la región de la Triple Frontera. En éste se establece la participación de actores específicos, contactos, medios de comunicación, flujo de comunicación y ruta de articulación operacional, administrativa y atención en caso de un contacto o de una emergencia sanitaria en las comunidades colindantes a los pueblos indígenas aislados, lo cual toma en cuenta a los tres Estados. Las responsabilidades, los contactos y referencias de los equipos

se deben registrar y socializar a través de mecanismos establecidos por los respectivos órganos competentes:

- ⊙ El equipo de referencia de cada región de Brasil, Perú y Colombia se define sobre la base de actores específicos relevantes, contactos, medios de comunicación, flujo de comunicación y hojas de ruta de articulación operacional, administrativa y atención en caso de contacto y/o emergencia sanitaria en las comunidades colindantes a los pueblos indígenas aislados de cada región.
- ⊙ Equipo de referencia local de cada Estado y de cada región a través de los comités locales identificados.
- ⊙ Equipo de referencia de campo relacionada a la red de provisión de servicios de salud en cada una de las regiones y según el sistema de cada Estado.
- ⊙ Equipo de referencia intercultural (comunidades indígenas colindantes) con la definición en cada región y localidad, tomando en cuenta las organizaciones indígenas.

**Segundo:** Para los equipos de cada nivel de referencia se debe definir los términos o códigos de conducta en caso de darse una situación de contacto. A la par está la definición de los protocolos que garanticen la protección en salud, ambiental, cultural y social de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial.

**Tercero:** Se debe prever equipos auxiliares y de respaldo, ya que la estancia con los pueblos indígenas puede prolongarse dependiendo de la situación.

**Cuarto:** Los equipos de campo deben estar conformados por lo menos por una (1) mujer,

un (1) sabedor<sup>46</sup> o líder de salud indígena de las comunidades colindantes previamente capacitado en acciones de bioseguridad occidental de acuerdo con el protocolo previamente establecido.

**Quinto:** La comunidad de contacto deberá seguir el diagrama de flujo establecido y las directrices del Plan de Contingencia. Éste se debe diseñar en mesas de diálogo intersectoriales e interculturales.

### Flujos de comunicación y decisión

En relación con las acciones intersectoriales, en el plan de contingencia se establece la importancia de trazar los flujos de comunicación entre los equipos de nivel local, regional y central, incluyendo los centros de atención de salud de mediana y alta complejidad. Esto es importante para posibilitar una rápida toma de decisiones y se debe apoyar en los distintos protocolos de salud e intervención médica o clínica vigentes; esto es especialmente importante cuando la intervención implica salidas del territorio para el tratamiento de poblaciones en contacto reciente. Las relaciones intersectoriales pueden asegurar que, en casos excepcionales y cuando la situación amerite, se cuente con los espacios de cuidado y permanencia en los establecimientos de salud, los cuales deben cumplir con parámetros para la atención diferenciada e intercultural en la que se tome en cuenta, por ejemplo, la alimentación propia y el respeto por las costumbres y espiritualidad de las personas o grupos indígenas, especialmente para aquellos en contacto inicial. En este sentido, para la preparación del plan de contingencia se plantea como algo fundamental el diálogo sistemático con las comunidades, organizaciones indígenas

relacionadas, actores institucionales y expertos de distintas disciplinas con conocimiento en el tema. La cooperación de este conjunto de actores es decisiva para el intercambio territorial y para la protección de los pueblos indígenas en aislamiento.

### Sala de Situación o Puesto de Mando Unificado (PMU) de la Triple Frontera

Para el desarrollo del plan de contingencia en esta región, es necesario establecer la Sala de Situación o Puesto de Mando Unificado para diálogos, intercambio de información y acuerdos de responsabilidades con instituciones de cada uno de los Estados en el cual estén presente, por ejemplo: Defensa Civil, municipios, asociaciones indígenas, hospitales y otros actores invitados que estén directa e indirectamente relacionados con la situación de los pueblos indígenas aislados y en contacto inicial. Esto debe ser coordinado por el o los delegados de los tres países, los cuales deberán establecer acuerdos para actuar en conjunto y operativizar el plan de contingencia de acuerdo con los objetivos y necesidades que se presenten, bien sea por las emergencias sanitarias como por los casos de contacto. En la Sala Situacional o Puesto de Mando Unificado se definirán los términos de intervención. Como mínimo, se tomará en cuenta lo siguiente:

- ⊙ Acciones coordinadas y sistemáticas de salud entre los agentes y actores de la Triple Frontera Perú, Brasil, Colombia de acuerdo con cada uno de los sistemas de salud de cada país.
- ⊙ Planeación territorial de la salud con la participación de las comunidades indígenas colindantes involucradas.

<sup>46</sup> El sabedor es una persona del mismo grupo étnico o de otro afín que tiene conocimientos de la cultura del pueblo en situación de contacto, y que es reconocido como tal en su comunidad u otras. Este actor puede, también, tener conocimiento de la medicina tradicional.

- ⊙ Protocolos de atención de salud adecuados culturalmente para las poblaciones colindantes.
- ⊙ Determinar la carga de enfermedad de los pueblos indígenas colindantes.
- ⊙ Guía de Atención Intercultural.
- ⊙ Instrumentos y herramientas de recolección de la información en salud con adecuación intercultural.
- ⊙ Diseño de las Rutas de Atención de Salud que establezcan las rutas de articulación de los sistemas de salud de los países con los sistemas propios de salud de los indígenas dentro del marco legal de cada país.

## Operacionalización del evento

### Estrategias interculturales

#### ETAPA 1 → Organización de la respuesta

- 1.1. Identificación de autoridades y líderes indígenas que puedan participar en la respuesta a un evento de emergencia. En el caso de localidades donde exista presencia de pueblos en aislamiento, los líderes de las comunidades aledañas deben ser identificados e invitados a participar en la planificación.
- 1.2. Identificación de las responsabilidades específicas de las instancias indígenas y de la sociedad civil que pueden colaborar con acciones de respuesta complementarias a la salud, como, por ejemplo, abastecimiento de elementos necesarios para la subsistencia (combustible, alimentos, herramientas etc.), protección frente a posibles victimizaciones por ausencia de instituciones públicas, otras posibles ofertas en el marco de la atención humanitaria en emergencias a nivel local.
- 1.3. Elaboración de protocolos de actuación específicos – plan de contingencia propiamente dicho con la participación de autoridades indígenas e instituciones locales -. Los mecanismos establecidos en los protocolos deben involucrar a los diversos sectores gubernamentales y no gubernamentales, por ejemplo, policía regional, control migratorio, parques nacionales, estructuras indígenas representativas, ONG, departamentos y direcciones de salud, etc.
- 1.4. Establecimiento de una lista de contactos (datos institucionales).
- 1.5. Identificación de especialistas indígenas y no indígenas y elaboración de una lista de contactos con los datos de estos profesionales, quienes podrán brindar asesoramiento específico.
- 1.6. Mantenimiento de un inventario actualizado de los recursos humanos, físicos y financieros considerados esenciales para el plan de respuesta y disponibles en áreas indígenas o en áreas aledañas a los PIA, especificando su ubicación, así como la forma de activarlos y trasladarlos a la emergencia u localización.
- 1.7. Realizar un análisis de la situación de salud local, las necesidades de los sistemas de salud, así como las deficiencias reales o potenciales en la capacidad de respuesta. →

- 1.8. Capacitación de los profesionales involucrados en el plan de contingencia, para que tengan una formación específica sobre las características generales de los pueblos en aislamiento voluntario, así como sobre las especificidades que hacen a los pueblos indígenas amazónicos altamente vulnerables ante epidemias.
- 1.9. Ejecución de ejercicios y simulacros periódicos y regulares de diversa complejidad para evaluar las capacidades existentes en los territorios indígenas. Al final de una simulación o ejercicio, el grupo debe poder responder a dos preguntas básicas: i) ¿qué salió bien? y ii) ¿qué se debe mejorar?
- 1.10. Revisión periódica de protocolos y procedimientos basada en lecciones aprendidas y con comunidades indígenas directamente involucradas o en el entorno de pueblos aislados.

## ETAPA 2 → Organización de Vigilancia Sanitaria para la respuesta

- 2.1. Institución de la Sala Binacional de Respuesta y Monitoreo con participación de instituciones indigenistas para la elaboración y difusión de boletines epidemiológicos involucrando de manera conjunta a los tres países.
- 2.2. Desarrollo de una estrategia de detección temprana y control comunitario con agentes comunitarios de salud.
- 2.3. Investigación genómica de casos confirmados ya que los habitantes de la región fronteriza tienen alta movilidad humana y por lo tanto son más susceptibles a nuevas variantes.
- 2.4. Diseñar una ruta de vigilancia en salud pública comunitaria que articule todos los niveles de las divisiones políticas y administrativas; municipios, departamentos, distritos, capitales, centros poblados y áreas rurales dispersas, áreas no municipalizadas, resguardos, asentamientos y tierras indígenas. Tener en cuenta los mecanismos de comunicación y la perspectiva intercultural. Para la vigilancia epidemiológica de las comunidades indígenas de la Triple Frontera se debe tomar en cuenta las enfermedades de salud específicas o culturales que forman parte de la cosmovisión de los pueblos indígenas, a partir de la integración de variables interculturales en los perfiles epidemiológicos (mal aire, mal de ojo, desánimo, etc.) que permitan al analista conocer la situación real de salud de esta población específica y así realizar una vigilancia intercultural de la salud indígena.
- 2.5. Disponibilidad previa de una red de internet o mecanismos de comunicación adecuados a las condiciones ambientales y territoriales con la potencia necesaria y adecuada que permita la comunicación constante entre las zonas más alejadas de los departamentos de la triple frontera (Loreto/Perú – Tabatinga/Brasil – Amazonas/Colombia) con los puestos de salud locales, regionales y departamentales. →

Definir cordones sanitarios concertados entre las autoridades sanitarias y las comunidades indígenas. Acciones en salud interculturales para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades de pueblos y comunidades

indígenas colindantes a los PIACI, como un factor protector del buen vivir de esta población. Estas forman parte de los cordones sanitario.

### ETAPA 3 → Protocolos, procedimientos y formatos

3.1. Definición de procedimientos comunes y/o compartidos entre los tres países limítrofes que orientarán acciones, tareas y comunicación. Un procedimiento debe especificar el resultado esperado; describir el proceso secuencial y lógico a seguir (acciones y tareas); establecer los equipos y materiales necesarios; establecer normas

o directrices de seguridad; y definir las formas de registro y divulgación de datos e información.

3.2. Estandarización de formularios para consolidar información estratégica que apoyará a los servicios de monitoreo del país y servicios de vigilancia comunitaria.

### ETAPA 4 → Operacionalización de la respuesta

4.1. Establecer una sala de análisis de situación con participantes designados por los países y autoridades indígenas para la coordinación y comunicación entre los sectores que puedan estar involucrados en la situación de emergencia de salud pública. La estructuración de una sala de situación transfronteriza permite optimizar los recursos disponibles y asegura que la información sea compartida entre todas las áreas involucradas. También permite la unificación de los diversos grupos necesarios para la respuesta.

La sala de situación debe estructurarse en grupos temáticos que faciliten la operacionalización de la respuesta.

4.2. Conformación de un Grupo Especial Consultivo formado por diferentes especialistas. Además de los especialistas interdisciplinarios e interculturales definidos según la naturaleza del evento y las necesidades identificadas, como un epidemiólogo, un especialista en infectología, etc., el grupo también debe contar con especialistas indígenas y/o antropólogos para brindar apoyo en la toma de decisiones. →

## ETAPA 5 → Niveles de medida y respuesta

### 5.1. Alerta:

#### 5.1.1. Vigilancia de la salud

- a. Revisar los protocolos o construirlos con el equipo de referencia.
- b. Activar la sala de situaciones.
- c. Reforzar la importancia de la comunicación y notificación inmediata de casos sospechosos en comunidades indígenas y aledañas.
- d. Monitorear el comportamiento de los casos de Síndrome de Influenza (SG) y Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en la población indígena local para permitir la evaluación de riesgos y apoyar la toma de decisiones.
- e. Elaborar y difundir Boletines Epidemiológicos específicos para la población indígena, que incluyan indicadores interculturales.
- f. Sensibilizar a los profesionales de la salud y a la población sobre la vulnerabilidad de los pueblos indígenas, especialmente los pueblos en aislamiento.
- g. Desarrollar y promover la formación de recursos humanos para trabajar en un contexto intercultural y brindar orientación permanente a los agentes comunitarios.
- h. Desarrollar y difundir materiales de educación sanitaria intercultural para los trabajadores de la salud y la comunidad en el idioma que hablan.
- i. La notificación de casos sospechosos deberá contener la identificación de la comunidad indígena y etnia.

- j. Definición de las atribuciones y competencias de los órganos indígenas ante la situación epidémica.

#### 5.1.2. Asistencia

- a. Definición de rutas para el desplazamiento de pacientes indígenas para recibir atención especializada.
- b. Definición del protocolo de actuación en caso de contacto con un grupo indígena aislado.
- c. Definición de rutas de atención, comunicación y notificación con la participación de agentes comunitarios y líderes locales.
- d. Definición de protocolos de cuarentena.

#### 5.1.3. Vigilancia Ambiental

- a. Monitorear la calidad del agua en las comunidades.
- b. Monitorear la presencia de impactos ambientales cercanos a la comunidad.

### 5.2. Peligro inminente

- a. Todos los elementos de nivel y de alerta.
- b. Adopción de medidas sanitarias preventivas dirigidas a la población aledaña al PII, especialmente indígenas, pero también no indígenas, e intensificación de la barrera de ingreso de extraños y vigilancia de la salud de quienes ingresan al territorio con el objetivo de crear un cordón sanitario en el entorno para evitar la transmisión del virus y el contagio de otras enfermedades. →

Es importante implementar cordones sanitarios en articulación con los mecanismos de las comunidades indígenas.

- c. Promover acciones de sensibilización en las comunidades aledañas por la presencia de PII.
- d. Definición de equipo de referencia en caso de contacto con grupo PII.

### 5.3. Emergencia de Salud Pública

#### 5.3.1. Mitigación

- a. En cuanto a la atención de pacientes indígenas en hospitales:
  - (i) proporcionar acompañante e intérprete, cuando sea necesario, respetando las condiciones clínicas del paciente;
  - (ii) posibilitar la adecuación de protocolos clínicos, así como criterios especiales de acceso y acogida, considerando la vulnerabilidad sociocultural;
  - (iii) priorizar el acceso diferencial a los pueblos indígenas recién contactados, incluida la provisión de alojamiento individualizado para pacientes hospitalizados y (iv) garantizar el intercambio de diagnósticos y comportamientos de salud de una manera que los pacientes indígenas puedan entender;
- b. Asegurar la logística de control, distribución y dotación de insumos a territorios indígenas.
- c. Adoptar medidas de vigilancia sanitaria en los puntos de acceso a los territorios y comunidades indígenas.
- d. El fortalecimiento de la atención primaria

debe darse a nivel local, con la adopción de medidas ya establecidas en los protocolos de enfermedades respiratorias.

- e. Adopción de medidas de atención hospitalaria para casos graves y medidas restrictivas individuales de aislamiento domiciliario para casos leves.
- f. Implementación de puntos de apoyo para el diagnóstico y atención de casos leves dentro o cerca de las comunidades y también para apoyar la búsqueda activa permanente, pruebas rápidas y tratamiento en comunidades indígenas y aledañas.
- g. En caso de que un indígena aislado deba ser trasladado a un hospital, el traslado deberá realizarse previa consulta y con el consentimiento de los indígenas involucrados.
- h. Mantenimiento de altas coberturas de vacunación en comunidades indígenas y en aislamiento en los tres países de la triple frontera.
- i. Seguimiento de la disponibilidad de vacunas compartidas entre países.

#### 5.3.2. Contención

- a. Preparación del sistema de salud: insumos, recursos humanos y medicamentos.
- b. Establecer un mecanismo de atención de salud externa para llegar a las zonas rurales dispersas de los tres países con financiamiento del Estado. Instalación de centros de atención primaria de salud que trabajen en coordinación con prácticas tradicionales y promotores de salud indígenas.

En caso de contacto la Sala de Situación o MPU debe operacionalizar definiendo lo siguiente:

- a. Miembros del equipo de campo
- b. Protocolos de salud de ingreso a la zona del contacto
- c. Metodología de contacto
- d. Reconocer los principales agentes etiológicos implicados en epidemias entre las comunidades colindantes que se aproximen al perfil epidemiológico de los PIA y las enfermedades y lesiones comunes
- e. Acciones de atención en salud
- f. Cuarentena con enfoque intercultural
- g. Perfil de vacunación definido
- h. Perfil de pruebas serológicas para campo
- i. De acuerdo con el principio de capacidad de resolución de problemas, se deben priorizar los procedimientos dentro del territorio indígena, evitando, siempre que sea posible, el traslado de personas. Sólo en casos graves que vayan más allá del nivel de atención local ofrecido por los equipos de salud se debe realizar el traslado a la red de servicio de complejidad media o alta. La evacuación debe llevarse a cabo a partir de la consulta y con el consentimiento de los pueblos indígenas involucrados.
- j. Definir los criterios y evaluación de riesgos
- k. Monitoreo del contacto (protocolo de seguimiento)
- l. Flujo de información y comunicación entre los países para el monitoreo
- m. Definir las conductas de seguridad de los equipos que ingresan. La situación de contacto es un momento crucial para el establecimiento de la relación entre los contactos indígenas y los contactos

no indígenas. Muchas acciones pueden interpretarse de maneras distintas a la intención inicial. Por lo tanto, es necesario seguir estrictamente ciertas reglas para evitar la exposición a ciertos riesgos.

### Inmunización en situación de contacto

En el caso de situaciones de contacto de personas con los pueblos indígenas aislados o en contacto inicial, la vacunación se debe realizar bajo una estricta planificación considerando los efectos secundarios y las oportunidades de realizar esquemas de vacunación completos.

Para esto es importante contar con el apoyo de la comunicación con intérpretes y con personas experimentadas en el tema para establecer una relación de confianza mínima a fin de cumplir con este procedimiento de salud. Los equipos de territorio tienen que monitorear estrictamente la salud de la población vacunada por los efectos que puede provocar.

Por ello, se recomienda a los países priorizar vacunas como las ejemplificadas en estas regiones y monitorear la cobertura, que siempre debe ser alta, sobre todo en regiones circundantes a grupos indígenas en aislamiento voluntario, considerando que estas poblaciones son altamente vulnerables inmunológicamente.

Establecer la estructura técnica, logística y operativa mínima para una vacunación eficiente en estas áreas, lo que supone la adquisición de cámaras frigoríficas, congeladores y equipos para unidades de vacunación, especialmente en municipios con red de frío insuficiente, así como el alquiler de contenedores refrigerados para almacenamiento inmunobiológico para hacer frente a la pandemia de COVID-19 u otras pandemias, según las especificaciones de cada tipo de vacuna, normatividad o directrices específicas de cada país y la



Organización Mundial de la Salud. Para ello, se hace necesaria la identificación de las zonas y elementos necesarios por parte de las entidades locales competentes de los tres países de la triple frontera amazónica para abastecerlos de los elementos señalados.

Se deben desarrollar herramientas comunes entre los países para monitorear y triangular la información de las personas vacunadas en la frontera, ya que muchas están vacunadas en el país vecino, lo que dificulta el control epidemiológico por parte de las autoridades sanitarias locales.



*Uno de los problemas durante la pandemia fue la falta de comunicación y comprensión del fenómeno de la Covid-19 y de la vacunación en poblaciones indígenas. | Foto: Archivo OTCA*

### 3.1.6. Plan de Contingencia de Salud Región Napo, Curaray y Río Tigre en las fronteras de Ecuador y Perú

#### Introducción al plan de contingencia

El plan de contingencia es un instrumento para prevenir eventos adversos o mitigar sus impactos como los frecuentes brotes epidemiológicos en la población indígena, en contacto inicial y frente a casos de contacto con pueblos indígenas aislados. La misma está orientada a facilitar respuestas rápidas por parte de los actores involucrados. En el caso de las poblaciones indígenas, es necesario tomar en cuenta factores como el perfil epidemiológico, la atención de salud diferenciada en contextos interculturales tomando en cuenta las distintas prácticas, dinámicas socioculturales, la medicina

tradicional, los sistemas de salud propios y las tradiciones alimentarias, entre otros. El plan de contingencia, como instrumento dinámico, debe revisarse de manera permanente y sistemática con la intervención de las instituciones competentes y organizaciones indígenas y con la participación de la sociedad civil y actores relevantes involucrados.

Estos elementos son fundamentales para asegurar la agilidad de la respuesta y la eficacia de la intervención, así como de las medidas de prevención y mitigación previstas en los planes de contingencia en lo referente a las prestaciones de salud.

## Objetivo del plan de contingencia

El plan de contingencia tiene como objetivo establecer los procedimientos y las acciones de salud que deben considerarse a nivel interinstitucional para afrontar posibles brotes epidémicos y/o situaciones de contacto con PIA, así como para orientar a los profesionales de la salud que prestan sus servicios en los territorios indígenas y son parte de la red de emergencias de salud pública, mejorando las fases de planificación, ejecución, comunicación, conducción y toma de decisiones ante una emergencia sanitaria.

Además, tienen la función de definir estrategias de prevención, actuación y recursos necesarios según los posibles escenarios epidemiológicos y de contacto con poblaciones indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial.

Desde el punto de vista administrativo, se tiene el propósito de definir el flujo de comunicación e incorporar de manera coordinada la prevención, planificación, operacionalización y monitoreo de los servicios de salud y las instituciones asociadas involucradas.

En caso de contacto con una población indígena en situación de aislamiento, el plan de contingencia plantea reducir o mitigar los riesgos como, por ejemplo, proceder a la inmunización inducida mediante vacunación necesaria y posible y, de ser el caso, atender las emergencias derivadas de este escenario.

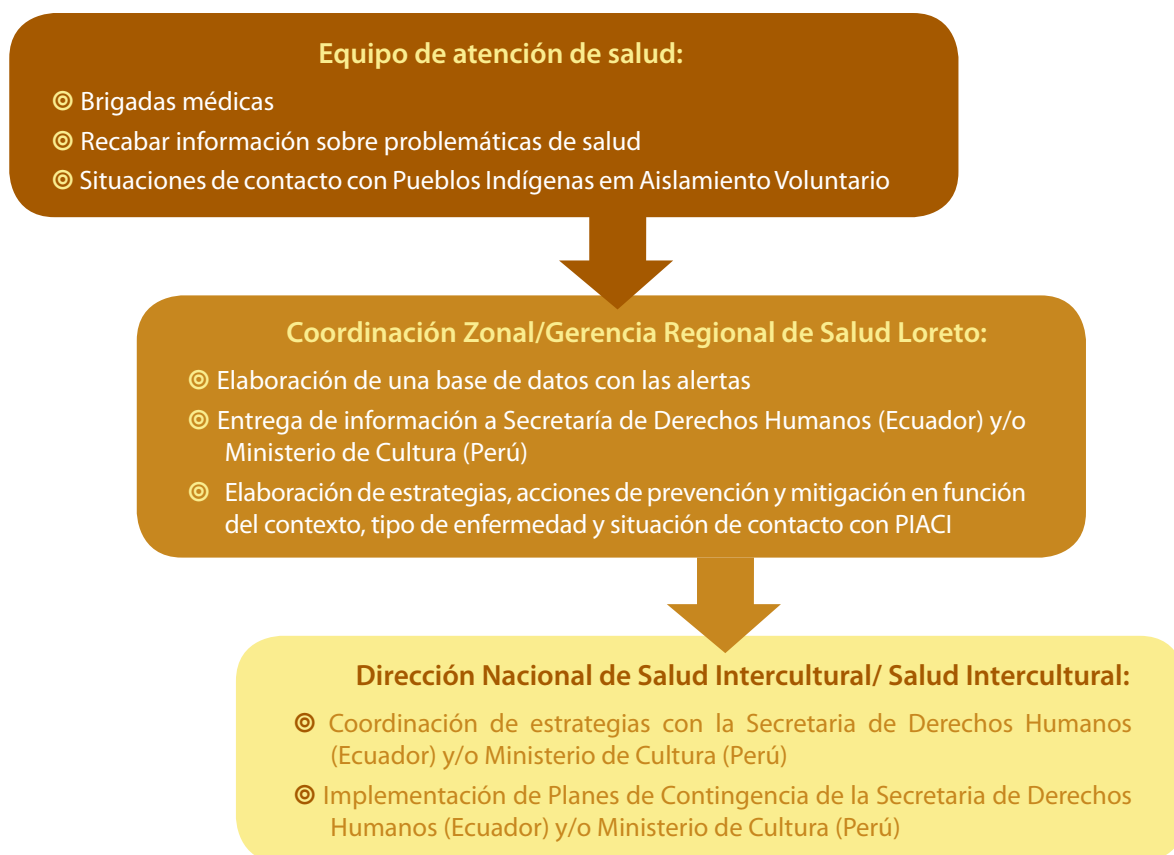
## Contexto de aplicación del plan de contingencia

El plan de contingencia prevé contar con un sistema de comunicación e información que permita realizar un seguimiento adecuado y que considere la desagregación étnica por pueblos y nacionalidades, además de plantear indicadores que permitan conocer la cobertura de vacunación en pueblos y nacionalidades. Además, en dicho plan se recomienda contar con un equipo de salud comunitario calificado para atender la salud de los pueblos en contacto inicial o en contacto con pueblos indígenas en situación de aislamiento.

## Flujos de comunicación y decisión

En lo referente a las acciones intersectoriales, en el plan de contingencia propuesto se establece la necesidad de generar flujos de comunicación centralizados entre los equipos de campo y el nivel local de salud, entre los niveles local y central, y entre el nivel local y las referencias sanitarias de mediana y alta complejidad, a través de la creación de una Sala de Situación. De esta forma se permite una toma de decisiones rápida y apoyada tanto en los protocolos de consulta con los usuarios como en los protocolos clínicos actuales, especialmente cuando se trata de retiros del territorio para el tratamiento de poblaciones de contacto reciente. Estas relaciones intersectoriales pueden asegurar que los espacios de cuidado y permanencia en las referencias cumplan mínimamente con la alimentación y el modo de vida tradicional, especialmente para aquellos en contacto reciente. En este sentido, también es fundamental el diálogo regular con las comunidades y organizaciones indígenas, cuya cooperación es decisiva en contextos de intercambio de territorio entre individuos aislados y contactados.

## Gráfico 8: Relaciones intersectoriales



### Sala de Situación

Al confirmarse un contacto con pueblos indígenas en aislamiento, en coordinación con la Dirección de Protección de Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario del Ministerio de Justicia, entidad rectora de la protección de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, el Director Distrital de Salud activará la respuesta a través del:

- (i) Comité de Gestión de Riesgos Distrital -del cual formará parte el Analista de Salud Intercultural- y
- (ii) el Equipo especial de pronta respuesta.

La Dirección Distrital de Salud ordenará la conducción de las acciones de respuesta en lo que compete a la salud. La respuesta se dará en estrecha coordinación con el Comité

Provincial de Gestión de Riesgos liderado por el Gobernador Provincial/Secretaría de Derechos/Ministerio de Cultura.

La dirección distrital de salud señalará los medios de comunicación disponibles para la coordinación de acciones de respuesta de salud, precisando las frecuencias de las comunicaciones en caso de comunicación por radio y los números en caso de teléfono. El personal del establecimiento de salud cercano debe reunir la información pertinente y necesaria sobre las circunstancias del contacto para que el equipo especial active el plan de intervención que permita responder a la emergencia frente al contacto. Durante el periodo crítico toda la información relevante relacionada al contacto con los pueblos indígenas en aislamiento será comunicada diariamente al distrito de salud y a través de éste a las instituciones pertinentes.

Se establecerán diálogos, intercambio de información y responsabilidades con instituciones como el Ejército, la Fiscalía, las organizaciones indígenas y otros actores que estén directa e indirectamente involucrados en el proceso de contacto.

### Acciones preventivas

Es importante la elaboración de campañas educomunicacionales con la participación de los líderes comunitarios y de organizaciones no gubernamentales que tenga como eje transversal los mensajes culturalmente adaptados para sensibilizar sobre la importancia de las medidas de prevención y contingencia en caso de brotes epidemiológicos y contactos.

También se deben implementar estrategias de salud con pertinencia intercultural para prevenir el contacto con los pueblos indígenas en aislamiento y estar preparados para enfrentarlo de la mejor manera en caso de que sucediera<sup>47</sup>.

Se recomienda considerar los siguientes aspectos:

- ⊙ Definir la población objetivo (Región Napo Curaray Río Tigre) e identificar provincias, cantones y parroquias de pueblos y nacionalidades priorizadas para la vacunación.
- ⊙ Considerar que son zonas de difícil acceso geográfico o de alta movilidad entre comunidades e incluso comunidades y organizaciones cercanas a vías entre áreas rurales y urbanas.
- ⊙ Identificación de actores externos, organizaciones indígenas y locales.
- ⊙ Generar procesos de consentimiento informado culturalmente adaptado y construido participativamente con las comunidades en caso de procesos de atención de brotes epidemiológicos y vacunación.
- ⊙ Socializar, capacitar y adaptar el plan de contingencia frente a brotes epidemiológicos en pueblos y nacionalidades indígenas para líderes comunitarios, organizaciones indígenas y gobiernos locales parroquiales (en la región de estudio) conjuntamente para una posterior planificación de actividades conjuntas.
- ⊙ Considerar los requerimientos logísticos, de talento humano, médicos y presupuestarios (se debe incluir la disposición de los desechos que se produzcan) para cada territorio.
- ⊙ Definir la logística del transporte de la vacuna apropiada para la vacuna seleccionada y proveer el equipamiento y los dispositivos necesarios para garantizar su conservación.
- ⊙ Escoger el o los puntos de vacunación que cumplan con los requerimientos de bioseguridad y permitan tener los ambientes y el respeto cultural necesarios, además de que sean de fácil acceso para la mayor parte de la población.
- ⊙ Garantizar el flujo adecuado de las personas en el proceso (admisión, sala de espera, de vacunación, observación y alta).
- ⊙ Considerar el manejo de posibles eventos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización graves u otras condiciones que requieran atención emergente: es indispensable contar con coche de paro, área de atención de emergencias y transporte

<sup>47</sup> Norma Técnica de Salud PIACI, MSP, 2017 (Ecuador).

(ambulancia terrestre, fluvial o aérea) en caso de ser necesario.

- ⊙ Definir los procesos de verificación de datos, confidencialidad, y garantizar el posterior seguimiento de las personas vacunadas.
- ⊙ Organizar la logística con apoyo interinstitucional, gobiernos locales,

Fuerzas Armadas del Ecuador, Organizaciones Indígenas, Organizaciones No Gubernamentales, entre otros.

- ⊙ Realizar capacitaciones y simulacros de atención y vacunación en caso de brotes epidemiológicos, al menos una vez al año.

## Operacionalización del evento

### ⊙ Evaluación de salud

Los equipos que trabajan en estos eventos, además de estar previamente definidos y capacitados, deben tener una situación de vacunación regularizada, no presentar ningún signo o síntoma de enfermedad infecciosa activa y uniformemente controlada respecto a los protocolos clínicos para hacer frente al brote epidemiológico en cuestión; es importante que un médico realice una evaluación clínica antes del inicio de la escala de cada equipo.

### ⊙ Atención y/o intervención en contingencia

Ingreso del equipo al punto del brote epidemiológico o vacunación asignado en la comunidad (el cual deberá tener el esquema de inmunización actualizado o un proceso de cuarentena).

Ejecución de la planificación realizada coordinadamente con líderes comunitarios de la(s) comunidad(es) y organizaciones indígenas y no gubernamentales.

Instalación del punto de atención y/o vacunación acordado, y distribución del personal de acuerdo con sus funciones establecidas previo el ingreso a la

comunidad.

Vigilancia del respeto cultural y uso adecuado de equipos de protección y cumplimiento de las medidas de bioseguridad.

Monitoreo de las acciones de cada miembro del equipo, para verificar el adecuado cumplimiento de sus atribuciones en el proceso de vacunación.

Verificar la adecuada conservación de la cadena de frío de las vacunas.

Vigilancia y atención de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación (ESAVI) emergentes.

Retiro del equipo de vacunación, no antes de las 12 a 24 horas siguientes a la aplicación de la vacuna, y posterior vigilancia comunitaria.

Se debe aprovechar el despliegue en el territorio para la inmunización de niños y otras actividades esenciales, de ser posible.

Se deben garantizar procesos de participación y auditoría por parte de organizaciones de la sociedad civil e indígenas. →

### ⊙ **Vigilancia comunitaria**

Vigilancia y control de posibles eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización graves u otras condiciones de manera articulada con los líderes comunitarios.

Coordinación con personal de salud del pueblo Waorani u otros pueblos indígenas Kichwa, Secoya, Arabela en la Región Napo – Curaray - Río Tigre

Planificación de la brigada para la administración de dosis de refuerzo de la vacuna en caso de ser necesario (excepto si es vacuna de monodosis), con todos los actores involucrados en la administración de la primera dosis.

### ⊙ **Responsables**

Los Ministerios de Salud Pública de Ecuador y Perú, Secretaría de Derechos Humanos (Ecuador) y el Ministerio de Cultura (Perú).

### ⊙ **Cuarentena**

Otro mecanismo fundamental consiste en los períodos de cuarentena, que deben dimensionarse de acuerdo con el contexto epidemiológico actualizado, el brote epidémico o el proceso de contacto en cuestión. Los períodos de cuarentena deben realizarse antes de la entrada en contacto con estos pueblos indígenas, a fin de evitar la entrada de patógenos infecciosos externos. En el caso de situaciones en que intervengan personas aisladas o en contacto reciente, deben observarse períodos de cuarentena más amplios, en vista de la mayor vulnerabilidad de estos grupos a las enfermedades infecciosas. En una situación de emergencia, excepcionalmente se puede optar por no participar en la cuarentena, siempre que se demuestre

inequívocamente que la adopción de la cuarentena puede causar un daño aún mayor a la salud y la vida de estos pueblos.

### ⊙ **Evacuación y resolución médica y sanitaria en el campo**

Habida cuenta de la distancia y dificultad de acceso de los territorios en relación con la red de referencia para tratamientos más complejos, así como de las especificidades socioculturales y socioepidemiológicas (especialmente en el caso de pueblos aislados y en contacto reciente), las evacuaciones para tratamiento hospitalario deben evitarse siempre que sea posible, y realizarse solo en casos especiales y hacia un servicio previamente sensibilizado, siguiendo un flujo acordado de antemano. Por lo tanto, la elección de equipos, infraestructura, medicamentos e insumos debe basarse en la mayor resolución posible de lesiones en el territorio, evitando traslados innecesarios. Los dispositivos portátiles de ultrasonido y radiología, los hemoglobímetro, los oxímetros y las pruebas rápidas de paludismo y enfermedades de transmisión sexual son ejemplos de incorporación tecnológica adecuada en estos contextos.

### ⊙ **Códigos de seguridad y conducta**

Es importante mencionar que los funcionarios de salud deberán evaluar las condiciones de seguridad en los procesos de contacto y/o situaciones epidemiológicas. Este proceso se lo realizará juntamente con personal de la Policía Nacional, del Ejército y de las instituciones a cargo de la protección de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario.

La finalidad es considerar la pertinencia del acompañamiento de personal armado con →

armamento no letal que permita evadir cualquier situación de violencia.

Es imprescindible que los equipos de apoyo de seguridad hayan realizado las capacitaciones sobre protocolos de posibles contactos con pueblos indígenas en aislamiento voluntario y los planes de contingencia.

Evitar en todo momento que los equipos de salud y apoyo de seguridad intercambien comida, vestimenta o cualquier objeto sin la tutela de los equipos médicos. Esto deberá ser definido con antelación y se deberá evitar llevar productos altamente procesados.

La higiene personal y del lugar deberá ser una prioridad en todo momento.

Los equipos de seguridad deberán evaluar la pertinencia de llevar uniformes o algún distintivo que pueda provocar reacciones violentas por parte de la población indígena.

Se recomienda que los equipos posean sistemas de comunicación interna (radios de onda corta) y externa (teléfonos satelitales) para informar y reportar sobre la evolución de la misión.

Se recomienda que todos los desechos sean recogidos y extraídos del lugar donde se están realizando las atenciones.

Las atenciones y relaciones que se mantengan con las poblaciones indígenas deberán llevarse a cabo en todo momento en un ambiente de absoluto respeto y responsabilidad.

### ☉ Inmunización en situaciones de contacto

En situaciones de contacto con personas en situación de aislamiento, la vacunación es una de las acciones sanitarias más importantes a realizar, pero no debe ser la primera acción, debido a su potencial para generar molestias (medida invasiva). Al no ser una actividad de emergencia su realización deberá ser planificada, acordada previamente con los intérpretes e indígenas en contacto reciente y dependerá del contexto del contacto.

Es extremadamente importante apoyar la comunicación con la participación de intérpretes y personas experimentadas, con el fin de crear un diálogo para el establecimiento de una confianza mínima, además de la demostración a través de ejemplos visibles de lo que se debe hacer. Sólo después de recibir el consentimiento de los pueblos indígenas contactados, se debe iniciar la vacunación.

Los equipos de salud deben informar sobre los eventos adversos posteriores a la vacuna, así como otros signos y síntomas presentados en las siguientes 48 horas. No hay diferencias significativas en el calendario de vacunación para los aislados, pero es importante poner tantas vacunas como sea posible en una sola oportunidad; para evitar la pérdida de la oportunidad de vacunación en un grupo que puede dejar de tener contacto con la sociedad nacional y, por lo tanto, seguir siendo vulnerable a las enfermedades infecciosas que circulan en los alrededores.



## BIBLIOGRAFÍA

- Albertoni, Lucas; Chindoy, Lyli (2023), Plan de Contingencia de Salud para Pueblos Altamente Vulnerables y en Contacto Inicial en La Región de la Triple Frontera Perú, Brasil y Colombia con recomendaciones en un contexto intercultural. OTCA, Triple Frontera, Brasil, Colombia y Perú. Inédito.
- Amazon Conservation Team (ACT/Colombia). Nuestra respuesta ante un posible contacto con nuestros hermanos en Estado natural: un plan de emergencia-contingencia pensado desde el territorio. ACT/Colombia. 2020.
- CEJIS, (2021). Situación de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario en Bolivia. publicado por Centro de Estudios Jurídicos e Investigación Social (CEJIS). Pp 230. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.
- CONTRERAS-PULACHE, Hans; PÉREZ-CAMPOS, Pamela; HUAPAYA-HUERTAS, Oscar; CHACÓN-TORRICO, Horacio; Champin-Mimbela, Daniela; Freyre-Adrianzén, Lissette; Arévalo-León, Carolina; TORRES-LLAQUE, Silvia; BLACK-TAM, Carolina. "La salud en las comunidades nativas amazónicas del Perú". Revista Peruana de Epidemiología [en línea]. 2014, 18(1), 1-5. Disponible no endereço <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355012> (acceso em 16 de setembro de 2021).
- Diez Astete, Álvaro. (2017). Compendio de etnias indígenas y ecoregiones de Bolivia: Amazonía, Oriente y Chaco. Biblioteca del Bicentenario de Bolivia. Pp 922. La Paz – Bolivia.
- Estado Plurinacional de Bolivia (EPB). (2013). Ley 450 Protección a Naciones y Pueblos Indígenas Originarios en situación de alta vulnerabilidad. Estado Plurinacional de Bolivia – Ministerio de Justicia. Pp 24. La Paz – Bolivia.
- Foller, L. (1989). A new approach to community health. Department of Human Ecology, Göteborg University, Viktoriagatan 13, Göteborg S-411 25. Sweden. Sot. Sci. Med. Vol. 28, No. 8. pp. 811-818.
- GARNELO, Luiza; LIMA, Juliana G.; ROCHA, Esron Soares C.; HERKRATH, Fernando J. Acesso e Cobertura de Atenção Primária em Saúde pra populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, número especial, p. 81-99, set. 2018.
- GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lucia. Saúde indígena: uma introdução ao tema. In: Saúde indígena: uma introdução ao tema. 2012. p. 296-296.

- Jiménez Zamora. E. (2019). Entre minería, litio y quinua: los desafíos de extractivismo en el altiplano sur de Bolivia. En *Bolivia en el Siglo XXI transformaciones y desafíos*. CIDES-UMSA. Pp 129 – 148.
- MARINHO, Gerson Luiz et al. "Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil". *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, n. 1, p. 57-63, Fevereiro de 2019. Disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000100057&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100057&lng=en&nrm=iso) (acceso em 14 de setembro de 2021)
- MENDES, Ana Paula Martins et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e184, 2018.
- Ministerio de Salud Pública de Perú (2018) Análisis Situacional Integral de Salud del Departamento del Loreto, Perú, MINSA, Lima.
- Ministerio de Salud, 2021. Reportes sobre vacunación a 12/2021.
- NACHER, Mathieu et al. The Epidemiology of COVID 19 in the Amazon and the Guianas: Similarities, Differences, and International Comparisons. *Frontiers in Public Health*, v. 9, 2021.
- OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de et al. Barriers in access to services in five Health Regions of Brazil: perceptions of policymakers and professionals in the Brazilian Unified National Health System. *Cadernos de saúde pública*, v. 35, n. 11, 2019.
- PEDRANA, Leo et al. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e178, 2018.
- PELLON, Luiz Henrique C.; VARGAS, Liliana A. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença:(des) caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1377-1397, 2010.
- RODRIGUES, Douglas. "Proteção e Assistência à Saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato no Brasil". Relatório de consultoria ao Programa Marco Estratégico para Proteção dos Povos Indígenas em Isolamento Voluntário e Contato Inicial da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica. São Paulo: 2014.
- RODRIGUES, Douglas; ALBERTONI, Lucas; MENDONÇA, Sofia Beatriz Machado de. "Antes sós do que mal acompanhados: contato e contágio com povos indígenas isolados e de recente contato no Brasil e desafios para sua proteção e assistência à saúde". *Saúde e Sociedade* [online]. 2020, v. 29, n. 3, e200348. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200348>>. Epub 07 Dez 2020. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200348> (acessado em 21 de setembro de 2021).

SANTOS et al. "Indigenous children and adolescent mortality inequity in Brazil: What can we learn from the 2010 National Demographic Census". *SSM - Population Health*. Volume 10, April 2020. Disponible en <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2352827319303180?token=5A1CDCEE51645706F421E39D9CC3A00976FF5D89AFED87A5FC800B0CE2FABE2B1AE33863685ECDF86256A384A3C59CCB> (acessado em 21 de setembro de 2021).

Segmentados en América del Sur. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00118816, 2017.

SERNAP. (1998). Decreto Supremo N° 25158 4 – Septiembre –1998. Servicio Nacional de Áreas Protegidas 207 pp.

Urbina, Manuel; González, Miguel (2012), *La importancia de los determinantes sociales de la Salud en las políticas públicas*, Instituto Nacional de Salud Pública, Academia Nacional de Medicina, México.

Uzquiano, M. (2021). *La acción territorial y desarrollo/Entrevistado por Rodrigo Tarquino*. Apuntes personales.



Organización del Tratado de Cooperación Amazónica – OTCA

SEPN 510, Bloco A, 3º andar – Asa Norte

CEP: 70.750-521 – Brasília- DF, Brasil

Tel.: (+55 61) 3248-41-19

[www.otca.org](http://www.otca.org)