



## **ORGANIZACIÓN DEL TRATADO DE COOPERACIÓN AMAZÓNICA**

### **PROYECTO PLAN DE CONTINGENCIAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS ALTAMENTE VULNERABLES Y EN CONTACTO INICIAL**

#### **ESTUDIO TERRITORIAL Y DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD REGIÓN NAPO – CURARAY – RÍO TIGRE**

#### **INFORME DE CONSULTORÍA OTCA**

**10 DE MARZO DE 2022**

**Autores:**

Enrique Vela Karpova  
Marco Andrade Echeverría  
Juan Sebastián Medina Canales  
Mateo Ponce Chiriboga

<b>DEFINICIONES</b>	<b>4</b>
<b>SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS</b>	<b>7</b>
<b>1.</b>	<b>9</b>
<b>2.</b>	<b>10</b>
<b>3.</b>	<b>11</b>
<b>4.</b>	<b>11</b>
<b>5.</b>	<b>12</b>
<b>5.1 MARCO NORMATIVO</b>	<b>12</b>
5.1.1 Ecuador	12
5.1.2 Perú	17
<b>5.2 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL RELACIONADO A LA REGIÓN</b>	<b>21</b>
<b>6.</b>	<b>23</b>
<b>Fuente:</b> Equipo consultor y geógrafa Erika Zapata, 2022.	25
<b>6.1 ECOSISTEMAS</b>	<b>26</b>
6.1.1 Ecuador	26
6.1.2 Perú	26
<b>6.2 Aproximación y caracterización geográfica del área de estudio.</b>	<b>27</b>
<b>6.3 Contexto antropológico de la Región</b>	<b>28</b>
<b>6.3.1 Ecuador</b>	<b>29</b>
<b>Fuente:</b> Equipo consultor y geógrafa Erika Zapata, 2022.	29
6.3.1.1 Nacionalidad Waorani	29
6.3.1.2 Nacionalidad Kichwa Amazónica.	30
6.3.1.3 Pueblo Kichwa del Napo (Naporuna)	31
6.3.1.4 Pueblo Ancestral Kichwa del Curaray.	31
6.3.1.5 Nacionalidad Sapara.	32
<b>6.3.2 Perú</b>	<b>33</b>
<b>Fuente:</b> Equipo consultor y geógrafa Erika Zapata, 2022.	33
6.3.2.1 Pueblo Quechua o Kichwa	34
6.3.2.2 Pueblo Arabela (Záparo)	34
6.3.2.3 Pueblo Secoya	35
<b>6.4 Descripción y territorialidad de los pueblos indígenas en situación de aislamiento y de contacto inicial.</b>	<b>36</b>
6.4.1 Ecuador	36
6.4.2 Perú	38
<b>6.5 Áreas naturales protegidas relacionadas a los PIACI</b>	<b>39</b>
<b>6.6 Amenazas a los PIACI en la región de estudio.</b>	<b>40</b>
6.6.1 Ecuador	40
6.6.2 Perú	42

<b>6.7 Conexiones socioculturales transfronterizas de grupos étnicos</b>	<b>43</b>
<b>6.8 Coordinadas por comunidad y tiempo de traslados hasta la cabecera municipal o departamental.</b>	<b>44</b>
6.8.1 Ecuador:	44
6.8.2 Perú:	44
<b>6.9 Áreas protegidas en la Región Napo Curay Río Tigre</b>	<b>45</b>
6.9.1 Ecuador	45
6.9.2 Perú	46
<b>6.10 Comunidades en el área de estudio, accesibilidad, relación con usos territoriales y ubicación geográfica</b>	<b>47</b>
6.10.1 Ecuador	47
6.10.2 Perú	49
<b>6.11 Información demográfica del contexto territorial donde se ubican las comunidades objetivo en la Región</b>	<b>51</b>
6.11.1 Ecuador	51
6.11.2 Perú	52
6.12 Población por ciclo vital (o por grupos etarios)	55
<b>6.13 Indicadores de pobreza en el territorio que involucra a la Región</b>	<b>56</b>
<b>6.14 Mapa de actores de la Región (Ecuador y Perú)</b>	<b>57</b>
<b><i>7. EL CONTEXTO DE LA MEDICINA TRADICIONAL E INDICADORES DE SALUD EN LA REGIÓN NAPO CURARAY RÍO TIGRE</i></b>	<b><i>59</i></b>
<b>7. 1 El contexto de los sistemas de la medicina tradicional en la Región</b>	<b>59</b>
<b>7.2 Indicadores de salud en Ecuador y Perú</b>	<b>62</b>
<b>7.2.1 Ecuador</b>	<b>62</b>
7.2.1.1 Provincia de Orellana:	62
En la Parroquia Alejandro Labaka y Parroquia Cononaco (Centro de Salud de Dicaro) está el área de influencia del Centro de Salud (C.S) de Díkaro que abarca las dos parroquias de Alejandro Labaka y Cononaco, pertenecientes al Cantón Aguarico. Dentro de esta jurisdicción se encuentran 10 comunidades indígenas que se dividen geográficamente en dos: las del norte están en la parroquia Alejandro Labaka y las del sur en la parroquia Cononaco, de la siguiente manera:	62
7.2.1.1.1 En la Parroquia Inés Arango (C.S Tiwino Waorani)	70
Embarazo adolescente.	74
Personas con discapacidad	74
7.2.1.1.2 Parroquia Nuevo Rocafuerte (P.S Kawimeno)	78
7.1.1.2.3 Información de salud complementaria de relevancia para las comunidades Waorani	83
7.2.1.1.4. Parroquia Nuevo Rocafuerte (Unidad Anidada y Hospital Franklin Tello)	85
7.2.1.2 En la Provincia de Pastaza	94
7.2.1.2.1 Parroquia Río Tigre (P.S Lorocachi)	94
<b>7.2.2 PERÚ</b>	<b>100</b>
7.3 Centro de Salud Cabo Pantoja	107
<b>7.4 Puesto de Salud Buena Vista</b>	<b>108</b>
<b>7.5 Puesto de Salud 12 de octubre</b>	<b>109</b>

<b>7.6 Hospital Santa Clotilde</b>	<b>111</b>
<b>7.7. Análisis comparativo de la situación de salud en Perú y Ecuador</b>	<b>112</b>
7.7.1. BREVES REFLEXIONES SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN LA REGIÓN NAPO TIGRE Y CURARAY	114
<b>7.8. Situación de salud para los PIACI</b>	<b>115</b>
<b>8. PRIORIZACIÓN EN FUNCIÓN DEL ANÁLISIS EN LA REGIÓN NAPO – CURARAY – RÍO TIGRE (ECUADOR – PERÚ)</b>	<b>116</b>
<b>9. RECOMENDACIONES E IDENTIFICACIÓN DE LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LOS PLANES DE CONTINGENCIA</b>	<b>119</b>
9.1 De intervención integral de salud (prevención, promoción, atención y respuestas a emergencias)	119
9.2 De intervención en el contexto de la pandemia y de otras enfermedades con potencial epidémico o de impacto sanitario en las comunidades focalizadas	120
9.3 Respuestas a emergencias ante contacto con PIA y brotes epidemiológicos en pueblos de contacto inicial (PICl) – Armonización de protocolos y normativas con aplicación transfronteriza	120
9.4 Articulación y coordinación con actores estatales y no estatales identificados en la Región NCRT	121
9.5 Evaluación del Plan de Contingencia	121
<b>10. CONCLUSIONES</b>	<b>121</b>
<b>11. RECOMENDACIONES</b>	<b>122</b>
<b>13. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>123</b>
13.1 BIBLIOGRAFÍA JURÍDICA	125
13.2 BIBLIOGRAFÍA DOCUMENTOS INÉDITOS	126
13.3 REFERENCIAS INTERNET	126
<b>14 ANEXOS</b>	<b>127</b>
Anexo 1. Características ecosistémicas de la región de estudio para Ecuador.	127
Anexo 2. Características ecosistémicas de la región de estudio para Perú.	129

## DEFINICIONES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nota: Uno de los problemas que enfrenta cualquiera que pretenda transcribir los nombres de lugares, pueblos o de personas de lenguas orales como: Waotededo, Zaparo o Quechua al castellano, se relaciona con la ortografía propia de cada grupo o región, con distintos vocablos, por ejemplo: Zapara o Sapara; Waorani o Huaorani; y Quechua o Kichwa, por lo que en este informe se ha decidido mantener en lo posible la autodefinición de cada grupo indígena según las fuentes consultadas.

**Áreas Naturales Protegidas:** Según, el Reglamento de la “Ley de Áreas Protegidas del Perú (2001), en su art. 1 son:

“(…) Los espacios continentales y/o marinos del territorio nacional reconocidos, establecidos y protegidos legalmente por el Estado como tales, debido a su importancia para la conservación de la diversidad biológica y (…) de interés cultural, paisajístico y científico, así como por su contribución al desarrollo sostenible del país”.

**Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS):** El Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) es un proceso conceptual y metodológico para la caracterización de las poblaciones y comprensión del estado de situación de salud de poblaciones o comunidades. Este instrumento de la salud pública se aplica en el Primer Nivel de Atención y por lo general es desarrollado por el personal sanitario con la participación de actores sociales locales. La información generada en el ASIS se utiliza para comprender a fondo la problemática de salud en las poblaciones, identificar los determinantes sociales de la salud, y facilitar procesos participativos para la intervención y desarrollo de estrategias para dar respuesta a los problemas de salud. La escala de construcción de los ASIS suele variar desde lo local a lo regional, o en referencia a grupos específicos caracterizados por, por ejemplo, por su pertenencia étnica (MSP, 2014)

**Atención Primaria de Salud (APS):** Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud, 1978). La APS comprende tres componentes interrelacionados y sinérgicos: servicios de salud coordinados y completos, en los que se incluyen, como piezas centrales, la atención primaria y funciones y bienes de salud pública; acciones y políticas multisectoriales en el ámbito de los determinantes de la salud más extendidos y de carácter general, y el establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento, para aumentar la participación social y mejorar la autoasistencia y la autosuficiencia en la salud (OMS, 2021<sup>2</sup>).

**Determinantes Sociales de la Salud (DSS):** Los DSS, según la Organización Mundial de la Salud, son las circunstancias en las que las personas desarrollan sus ciclos vitales lo cual incluye el conjunto más amplio de fuerzas, sistemas -y condiciones- que influyen sobre las condiciones de vida de la población en la cotidianidad. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas, economía, desarrollo, marcos normativos, políticas sociales (OMS, 2009: 22-26), políticas de salud, contextos ambientales, sociales y culturales. La comprensión de las DSS plantea dar con las causas últimas de los problemas o los potenciales de salud que inciden en la población.

**Primer Nivel de Atención (Ecuador):** son los más cercanos a la población, facilitan y coordinan el flujo del usuario dentro del Sistema, prestan servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Además, brindan atención de urgencia y emergencia de acuerdo con su capacidad resolutoria, garantizan una referencia, derivación, contrareferencia y

---

<sup>2</sup> [Atención primaria de salud \(who.int\)](http://who.int)

referencia inversa adecuada, aseguran la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueven acciones de salud pública de acuerdo con normas emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. Son ambulatorios y resuelven problemas de salud de corta estancia. (Acuerdo Ministerial No. 00005212, 2015)

### **Pueblo Indígena (PI):**

“No existe una definición (...) aceptada unánimemente; en la Declaración [sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas] en sus artículos 9 y 33 se afirma que los pueblos y los individuos indígenas tienen derecho a pertenecer a una comunidad o nación indígena, de conformidad con las tradiciones y costumbres de la comunidad o nación de que se trate, y a determinar su propia identidad” (ACNUDH, 2013: 2).

**Pueblos Indígenas en Aislamiento (PIA):** El concepto es recogido de las “Directrices de Protección para los Pueblos Indígenas en Aislamiento y en Contacto Inicial de la Región Amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay” (ACNUDH, 2012): “Los pueblos en aislamiento son pueblos o segmentos de pueblos indígenas que no mantienen contactos regulares con la población mayoritaria y que además suelen rehuir todo tipo de contacto con personas ajenas a su grupo (...)” (7).

**Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario (PIAV):** El concepto constitucional en Ecuador, ver Artículo 57, numeral 21<sup>3</sup>, que establece una protección especial para estos grupos.

Por **Pueblo(s) Indígena en Contacto Inicial (CI)** se entiende:

“Los pueblos en contacto inicial son pueblos que mantienen un contacto reciente con la población mayoritaria; [o] que las relaciones con la población mayoritaria no son permanentes, sino intermitentes. (...) Los pueblos “en contacto inicial” son pueblos que previamente permanecían “en aislamiento” y que bien forzados por agentes externos, bien por decisión del grupo o por factores de otro tipo, entran en contacto con la población mayoritaria” (ACNUDH, 2012: 10).

Según la OEA/CIDH, No obstante, se advierte que “inicial” no debe entenderse necesariamente como un término temporal, sino como una referencia al poco grado de contacto e interacción con la sociedad mayoritaria no indígena (2013: 5).

**Reserva de Biosfera (RB):** “Las Reservas de Biosfera son los ecosistemas terrestres o marinos, o una combinación de ambos”, según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura – UNESCO en el marco del “Programa sobre el Hombre y la Biosfera”.

**Reserva Indígena:** Según “la Ley para la Protección de Pueblos Indígenas u Originarios en Situación de Aislamiento y en situación de Contacto Inicial” (Perú, 2006):

---

<sup>3</sup> Constitución del Ecuador (2008).

**Territorio:** Según, la “Plataforma de organizaciones indígenas para la protección de los pueblos en aislamiento y contacto inicial de Perú<sup>4</sup>” citado en el Informe Regional Pueblos Indígenas en Aislamiento (Vaz (ed),2019)

“El territorio para los pueblos indígenas está conformado por el conjunto de elementos materiales y subjetivos que lo integran y con los cuales establecen un vínculo histórico, geográfico, ecológico, económico, cultural, social, simbólico y político” (16).

**Vulnerabilidad:** Según, el Informe Regional Pueblos Indígenas Aislados. (Vaz (ed), 2019):

“(…) Es fundamental destacar que la vulnerabilidad es una condición (relativa a los condicionantes involucrados) y que, por lo tanto, los PIA están en condición de vulnerabilidad ante el contexto que la sociedad occidental les impone. Entre los condicionantes destaco la dimensión “institucional”, relacionada a las políticas de desarrollo implementadas en la región y que, asociadas a iniciativas autónomas y/o ilícitas, se constituyen en vectores que ponen, más y más, en situación de vulnerabilidad a los PIA”.

Según la Norma Técnica de Salud PIACI<sup>5</sup> (Ecuador, 2017): “Grado de resistencia y exposición física y o social de un elemento o conjunto de elementos afectados por un peligro de origen natural o antrópico” (página 13).

**Zona Intangible:** Según el Ministerio del Ambiente, Agua y transición Ecológica (MAATE) del Ecuador: “Las zonas intangibles son espacios protegidos de excepcional importancia cultural y biológica en los cuales no puede realizarse ningún tipo de actividad extractiva debido a su valor ambiental”. Además, la “Zona Intangible Tagaeri Taromenane” (ZITT) es el área de protección legal reconocida por el Ecuador para la protección de los “PIAV” (2019<sup>6</sup>).

## SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

<b>AIDSESP</b>	Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana
<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud (Ecuador)
<b>ASIS</b>	Análisis Situacional Integral de Salud (Ecuador)
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>BDPI</b>	Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios (del Perú)
<b>CIDH</b>	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
<b>COE</b>	Comité de Operaciones de Emergencia (Ecuador)

---

<sup>4</sup> Concepto presentado en el documento “Corredor Territorial Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial Pano, Arawak y otros- Diagnóstico y fundamentos antropológicos” 2015.

<sup>5</sup> Disponible en formato html:

[https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac\\_0114-2017%2008%20ago.pdf](https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0114-2017%2008%20ago.pdf)

<sup>6</sup> METADATOS DEL MINISTERIO DE AMBIENTE Y AGUA DEL ECUADOR, Consultado en:

<http://ide.ambiente.gob.ec/geonetwork/srv/spa/catalog.search#/metadata/54be1990-0694-4e88-bb9c-86768840b23c>

<b>DACI</b>	Dirección de Pueblos Indígenas en situación de Aislamiento y Contacto Inicial (Perú)
<b>DIRESA</b>	Dirección Regional de Salud de Loreto (Perú)
<b>DPPIAV</b>	(ex) Dirección de Protección de Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario (Ecuador)
<b>DMSPPIAV</b>	Dirección de Monitoreo y Seguimiento de Protección a Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario (Ecuador)
<b>DSS</b>	Determinantes Sociales de la Salud (Ecuador)
<b>GAD</b>	Gobierno Autónomo Descentralizado (Ecuador)
<b>INEI</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú
<b>INEC</b>	Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador
<b>ILV</b>	Instituto Lingüístico de Verano
<b>MAE</b>	(ex) Ministerio del Ambiente del Ecuador
<b>MAATE</b>	Ministerio del Ambiente, Agua y transición Ecológica (Ecuador)
<b>MAG</b>	Ministerio de Agricultura y Ganadería
<b>MINSAM</b>	Ministerio de Salud de Perú
<b>MJDHC</b>	(ex) Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
<b>NASE</b>	Nación Sapara del Ecuador
<b>NAWE</b>	Nacionalidad Waorani del Ecuador
<b>NCRT</b>	Napo Curaray Río Tigre
<b>OACNUDH</b>	Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas
<b>OEA</b>	Organización de Estados Americanos
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU</b>	Organización de Naciones Unidas
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OTCA</b>	Organización del Tratado de Cooperación Amazónica
<b>ORPIO</b>	Organización Regional de Pueblos Indígenas del Oriente
<b>PI</b>	Pueblos Indígenas
<b>PIACI</b>	Pueblos Indígenas Aislados y en Contacto Inicial
<b>PIA</b>	Pueblos Indígenas en Aislamiento
<b>PNY</b>	Parque Nacional Yasuní
<b>RBY</b>	Reserva de Biosfera del Yasuní



<b>UNESCO</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
<b>WHA</b>	Asamblea Mundial de la Salud (WHA)
<b>SDH</b>	Secretaría de Derechos Humanos
<b>ZITT</b>	Zona Intangible Tagaeri-Taromenane
<b>ZA</b>	Zona de Amortiguamiento

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente informe es el resultado final de la “Consultoría para la Elaboración de Informes de Análisis de Situación en Salud de Pueblos Indígenas con base Territorial y Transfronterizos”, de la Región Napo – Curaray – Río Tigre. Contiene la información obtenida a partir de la búsqueda, selección y análisis de fuentes secundarias, adicionalmente la data obtenida de reuniones realizadas con actores clave tanto de Ecuador como de Perú, información institucional proporcionada por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador y de Perú, así como de los aportes que fueron amablemente proporcionadas por los consultores de la Región Parque Madidi y Parque Bahuajá Sonente (Bolivia – Perú).

Este documento identifica el estado de situación con base a la información de la Región que es una construcción analítica y enmarcada en el ámbito temático del estudio, que permite determinar las características ambientales y socioculturales, así como las problemáticas de salud existentes en las poblaciones indígenas y mestizas que habitan esas áreas geográficas focalizadas.

La Región Napo – Curaray – Río Tigre comprende el área fronteriza amazónica entre Ecuador y Perú. Por el lado ecuatoriano corresponde a las provincias de Orellana y Pastaza, cantones de Aguarico, Arajuno y Pastaza. En estas provincias se encuentran ubicados el Parque Nacional Yasuní (PNY), la Zona Intangible Tagaeri Taromenane (ZITT) y su zona de amortiguamiento, donde se encuentran las comunidades de la Nacionalidad Waorani de contacto inicial, y por otra parte el área de estudio comprende también a comunidades Kichwas y Sapara, así como a la población mestiza de Nuevo Rocafuerte.

En el Perú, la Región corresponde el Departamento de Loreto, provincia de Maynas y Loreto y Alto Amazonas; distritos de Napo, Torres Causana y Tigre, área de influencia de la Reserva Nacional Pucacuro y el área propuesta de la denominada Reserva Napo-Tigre y afluentes; donde habitan poblaciones indígenas Kichwa, Secoya, y Arabela (Zapara) de contacto inicial y, según organizaciones indígenas y civiles, también se encontrarían poblaciones indígenas aisladas. En las dos zonas fronterizas hay también población mestiza que se encuentra en situación de alta vulnerabilidad y que además interactúa de forma cotidiana con las poblaciones indígenas.

En términos geográficos el escenario de investigación toma en cuenta los ríos principales donde están ubicadas las comunidades identificadas en esta investigación y son los siguientes: Napo, Cononaco, Curaray, Tigre, Yasuní, Pindoyacu, Conambo y

Arabela. A pesar de que existen varios ríos tributarios, no existen asentamientos poblacionales permanentes ni itinerantes.

Las poblaciones indígenas localizadas en este sector del Ecuador son Kichwa, Sapara y Waorani. Entre los indígenas Waorani hay personas de primera generación de contacto, que data de finales de la década de los 50 e inicios de los 60s.<sup>7</sup> En el territorio del PNY y la ZITT, los Waorani comparten el territorio con 3 pueblos en situación de aislamiento voluntario: Tagaeri, Taromenane y 1 que aún no está confirmado que posiblemente sea del clan conocido como Dugakaeri. En el Perú se encuentran las poblaciones indígenas Kichwa, Secoya y Arabela (Zapara), estos últimos quienes se encuentra en situación de contacto inicial, al igual que posibles grupos de filiación Arabela o Waorani en situación de aislamiento y que se movilizan entre las fronteras.

En el Ecuador son nueve las comunidades al igual que en el Perú, sin embargo, en este último país se han identificado, complementariamente, a otras comunidades relacionadas con el área de interés del estudio. La población involucrada directamente en el área de estudio son 1.564 personas en Ecuador y en Perú 1.206 personas, siendo la población identificada de un total de **2.770** para la región, distribuidas en 18 comunidades dispersas en aproximadamente 1 millón y medio de hectáreas ubicadas en las dos fronteras internacionales y con distintos tipos de conexiones tanto históricas, sociales, culturales, ambientales, económicas y de salud.

En la primera parte del informe se expone el marco normativo relacionado a la protección de los pueblos indígenas en aislamiento, de contacto inicial, y en general a los pueblos indígenas; así como al ámbito del acceso a la salud, tomando en cuenta sus derechos y su situación de vulnerabilidad. En la segunda parte se realiza una caracterización amplia del contexto territorial, antropológico y demográfico. Mientras que en la tercera parte se presentan los indicadores de salud tanto para Ecuador como para Perú. En el proceso de investigación se constató, que la escala de los datos existentes da cuenta de establecimientos de salud con información más local en el caso de Ecuador, y en el Perú la escala es más amplia y no da cuenta de la realidad territorial. También se encontraron diferencias en la temporalidad de la data, por ejemplo, en Ecuador la información reciente se encuentra vinculada a los documentos de actualización anual de los “Análisis de Situación Integral de Salud” (ASIS) y que se los elabora desde los establecimientos de salud, mientras que en Perú la información se refiere a los ASIS de escala regional con corte en el 2013 y 2017, que coincide con el censo indígena.

En la parte final se presenta información aproximativa, relacionada a los determinantes sociales de la salud de ambos países. Cabe mencionar que el informe utiliza estos insumos para la construcción de lineamientos que permitan elaborar un Plan de Contingencia de Salud.

## 2. JUSTIFICACIÓN.

La selección de las comunidades del área de interés del estudio responde a la ubicación geográfica y de las conexiones transfronterizas, la existencia de comunidades de

---

<sup>7</sup> Entre los pueblos en aislamiento o contacto inicial identificados en la región se encuentran los [...] Waorani (en Ecuador) y Zaparo (en Perú), OACNUDH, 2013: 7

diferentes nacionalidades o pueblos indígenas, el aislamiento geográfico, la relación con las áreas naturales protegidas, y la situación de vulnerabilidad frente a los problemas de salud y a los potenciales efectos de la pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19) y otros riesgos. También se consideró la presencia transfronteriza de los pueblos indígenas en los dos países como el caso de los Kichwa, Secoya y Zaparo, y especialmente la existencia de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial.

### 3. OBJETIVOS

- i. Desarrollar el informe de análisis de situación de salud de los pueblos indígenas altamente vulnerables y en contacto inicial en el área transfronteriza de Ecuador y Perú, específicamente en la Región ubicada entre los ríos Napo – Curaray – Tigre.
- ii. Caracterizar la situación de salud de las comunidades y del área de interés a partir de la información secundaria y complementar con información primaria a partir de la realización de entrevistas.
- iii. Elaborar información necesaria para su validación mediante la participación de los actores sociales directamente involucrados en el tema.
- iv. Generar los insumos para la identificación de los elementos que permitirán la elaboración del Plan de Contingencia.

### 4. METODOLOGÍA.

El informe contiene documentación que fue obtenida a partir de fuentes secundaria, principalmente de los portales gubernamentales de internet y que son de dominio público. Se utilizó información pública de las organizaciones de la sociedad y organizaciones indígenas que, en su gran mayoría se encuentra en internet. Y se lo complementó con una vasta bibliografía antropológica, histórica, sociológica, médica y ambiental que se ha desarrollado sobre el área y las comunidades que habitan en el sector.

Además, se pudieron realizar reuniones con actores con la finalidad de complementar, actualizar y contrastar la información, lo cual permitió estructurar el documento con un enfoque multidisciplinario y multi-actoral. Los datos obtenidos se presentan tanto para Ecuador como para Perú, y la suma de las dos permite la caracterización para el análisis de la situación de salud de las comunidades ubicadas en la Región.

Finalmente, fue relevante el intercambio de información que se mantuvo con el equipo de consultores que actualmente está desarrollando el “Estudio Previo de Reconocimiento de los pueblos indígenas en situación de aislamiento” para la creación de Reserva Indígena Curaray, Napo, Arabela, Nashiño, Pucacuro, Tigre y afluentes, impulsado por el Ministerio de Cultura del Perú.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> <https://www.gob.pe/institucion/cultura/noticias/325342-avanza-proceso-de-categorizacion-de-solicitud-de-creacion-de-reserva-indigena-curaray-napo-arabela-nahino-pucacuro-tigre-y-afluentes>

## 5. NORMATIVAS NACIONALES E INTERNACIONALES

Tanto el Ecuador como Perú cuentan en sus legislaciones con normas dirigidas a la protección de los derechos de los pueblos indígenas, y dentro de estos de manera específica a los pueblos indígenas en aislamiento<sup>9</sup>, y de manera poco clara a los de contacto inicial<sup>10</sup>, así como aquellos que están en situación de vulnerabilidad. En esta parte del informe se realiza una reseña de los principales componentes normativos, y se destaca las normativas que tienen que ver con la salud, así como con la respuesta a la emergencia sanitaria por el SARS-CoV-2 (COVID-19).

### 5.1 MARCO NORMATIVO

A nivel mundial, regional y de cada uno de los países, en este caso Ecuador y Perú, existen normas que han buscado garantizar los derechos de los pueblos, comunidades y nacionalidades indígenas, lo que ha conllevado a determinar dentro de estos, a la salud desde una perspectiva intercultural.

La interculturalidad ha brindado a las sociedades diversas, la oportunidad de incidir en los contextos de desigualdad sistemática a los que se han enfrentado de manera amplia los pueblos indígenas. Su inclusión en los sistemas de salud ha permitido y permitirá adquirir los conocimientos y saberes ancestrales y su debida armonización con la medicina que es brindada desde la institucionalidad pública. (OPS, 2008)

Esto a su vez, significa comprender que los pueblos y nacionalidades indígenas, no solamente tratan la enfermedad desde una cuestión patológica, sino busca armonizar la vida en conjunto con el principio de humanidad sin olvidar lo que le rodea (naturaleza/territorio), con quiénes interactúa la persona (comunidad/familia) y la espiritualidad.

La salud intercultural en palabras de la OPS incluye: “1. Una relación entre iguales, entre pares, donde se reconozca a la persona; 2. Desarrollar formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos; 3. Generar nuevos canales de comunicación que validen al otro/otra desde sus propias categorías; y, 4. Promover confianza, libertad, alegría y seguridad en sí mismos.” (OPS, 2008)

A continuación, se enunciarán las normas que han sido creadas para la protección de los pueblos indígenas, así como las cuestiones específicas que han abordado a la salud y sus garantías para que sean accesibles y eficaces.

#### 5.1.1 Ecuador

La legislación relacionada a los mencionados pueblos parte de la Constitución (2008)<sup>11</sup>, la misma se hace referencia a varios derechos de los Pueblos Indígenas (PI) y de manera específica a los Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario (PIAV). El artículo

---

<sup>9</sup> La Constitución de Ecuador (2008), menciona la existencia de estos pueblos bajo la denominación de Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario. En el caso del Perú, únicamente se los menciona como Pueblos Indígenas en Aislamiento.

<sup>10</sup> Según la normativa revisada, sin embargo y pese a su reconocimiento en Ecuador y Perú (OEA/CIDH, 2013: 7) no existen mecanismos jurídicos para la protección de los derechos de los pueblos indígenas en situación de contacto inicial.

<sup>11</sup> Disponible en: <https://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf> Acceso en 09-02-2022.

3.1 que trata los deberes primordiales del Estado, establece que es una obligación estatal el goce efectivo de los derechos comprendidos en la Constitución como en los instrumentos internacionales de los cuales el país es parte, sin ningún tipo de discriminación. El artículo 10 determina que las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozarán de los derechos garantizados en la Constitución y en los instrumentos internacionales.

El artículo 57 recoge de amplia manera los derechos colectivos, sin embargo, el penúltimo inciso menciona que los territorios de los PIAV cuentan con las siguientes características: posesión ancestral, irreductible e intangible. A su vez, prohíbe expresamente cualquier actividad extractiva. Adicionalmente determina como obligación del Estado, la adopción de medidas que garanticen la vida, autodeterminación y voluntad de desarrollarse en aislamiento. Finalmente, define que la violación de los derechos de estos grupos constituirá delito de etnocidio<sup>12</sup>.

En tanto, a las áreas protegidas y zonas declaradas como intangibles dónde interactúan las comunidades de las nacionalidades indígenas, el artículo 407 indica que se encuentran prohibidas las actividades extractivas de recursos naturales no renovables, incluyendo la explotación forestal y minería. Sin embargo, crea como excepción que los recursos que necesiten ser explotados a petición del Ejecutivo y cuenten con una declaratoria de interés nacional de la Asamblea que podría llamar a consulta popular.

Mediante Decreto Ejecutivo No. 552 de 2 de febrero 1999, el Estado ecuatoriano reconoce un territorio especial para los PIAV denominado Zona Intangible Tagaeri – Taromenane (ZITT).

En mayo de 2006, después de la matanza llevada a cabo por miembros de la Nacionalidad Waorani a un clan de los PIAV en el año 2003, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) emite las “Medidas Cautelares 91/06” a favor de los Tagaeri y Taromenane, obligando al Estado a tomar las medidas necesarias para la protección de sus territorios y vidas. A partir de este momento el Ecuador empieza con un trabajo más efectivo para protección de los PIAV.

El 16 de enero de 2007, el Decreto Ejecutivo No. 2187, delimita la ZITT, ubicándola en las parroquias de Cononaco y Nuevo Rocafuerte del cantón Aguarico (provincia de Orellana) y en la parroquia de Curaray, cantón Pastaza (provincia de Pastaza).

Ese mismo año se presenta la Política Nacional de los Pueblos Indígenas en Situación de Aislamiento Voluntario el cual comprende seis lineamientos<sup>13</sup>. Posteriormente, se implementa el Plan de Medidas Cautelares (PMC), cumplimiento de las MC-91/06 dictadas por la CIDH, que en un principio contaba con la rectoría del Ministerio de

---

<sup>12</sup> El Código Orgánico integral Penal publicado el 3 de febrero de 2014 tipificó en su artículo 80: *La persona que, de manera deliberada, generalizada o sistemática, destruya total o parcialmente la identidad cultural de pueblos en aislamiento voluntario, será sancionada con pena privativa de libertad de dieciséis a diecinueve años.*

<sup>13</sup> -Consolidar y potenciar el principio de intangibilidad; Asegurar la existencia e integridad física, cultural y territorial de los PIAV; Equilibrar la presencia de actores externos en sus zonas de influencia; Detener las amenazas externas en el territorio de los PIAV; Consolidar la comunicación, participación y cooperación; y, Fortalecer la coordinación interinstitucional. **Cabe señalar que esta Política Pública no se llegó a oficializar hasta la presente fecha.**

Ambiente<sup>14</sup> y posteriormente fue transferido al Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. El trabajo estatal lo plasmó mediante convenios<sup>15</sup> que buscaban que las distintas Carteras de Estado actúen coordinadamente.

A partir de esto, y como parte del cumplimiento de lo dictado por la CIDH, en el año 2008<sup>16</sup> para el cumplimiento de las Medidas Cautelares se llevaron a cabo las siguientes acciones:

Para 2009 como producto de un ataque llevado a cabo por los PIAV, en el que fallecieron una mujer y sus dos hijos que vivían en una comunidad colono campesina, el Estado estableció en el área una “franja de seguridad” que impedía la legalización de tierras en una extensión de 4 kms en relación con los límites del Parque Nacional Yasuní.<sup>17</sup>

Entre alguna de las medidas realizada consta la creación de puestos de control forestal en la franja de amortiguamiento de la ZITT, se generaron planes y proyectos de reparación ambiental y social, y se dispuso la elaboración de un Código de Conducta con las empresas públicas y privadas petroleras. También se contempló la elaboración de un Plan de Manejo del Área de Amortiguamiento de la ZITT y la instalación de la denominada Estación de Monitoreo de la ZITT (EMZITT) que se hizo mediante Acuerdo Interministerial entre los Ministerios del Ambiente, de Gobierno, Policía y Defensa.

El referido Código se concretó mediante el Acuerdo Ministerial No. 120 (2008) que regía para la actividad extractiva en el área colindante a la ZITT. El objetivo era asegurar que la operación petrolera se realice bajo estándares de respeto y protección de los derechos de los PIAV, considerando la autodeterminación para mantenerse en aislamiento.

Paralelamente el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Ambiente firman un Convenio cuyo objetivo fue establecer las condiciones de participación interinstitucional para que se elabore una Guía Técnica para la atención de salud de indígenas en contacto reciente o en contacto inicial, y establecer la Micro Red de Tiwino e incorporar al Puesto de Emergencia de la EMZITT.

En el 2008, a través de un Convenio Ministerial con la Organización de la Nacionalidad Waorani del Ecuador (NAWE) y la Asociación de Mujeres Waorani de la Amazonía Ecuatoriana (AMWAE), se estableció un acuerdo para la participación de la NAWE y la AMWAE en la ejecución del PMC a través de la designación y la capacitación de técnicos y monitores de la nacionalidad Waorani, así como también para el apoyo en la resolución de conflictos con las comunidades Waorani; el último Convenio con la NAWE finalizó en el año 2018.

---

<sup>14</sup> Mediante el Decreto Ejecutivo No. 503 de 10 de octubre de 2010, se transfirieron todas las competencias del PMC al Ministerio de Ambiente.

<sup>15</sup> Convenio Ministerio del Ambiente, Ministerio de Patrimonio Natural y Cultural, Ministerio de Minas y Petróleos (8 de octubre 2007); Acuerdo Interministerial Ministerio del Ambiente, Ministerio de Gobierno y Policía, Ministerio de Defensa Nacional (25 de febrero de 2008); Convenio Ministerio del Ambiente y Ministerio de Salud Pública (3 de marzo 2008);

<sup>16</sup> Este instrumento se lo integró dentro del denominado “Plan de Reparación Ambiental y Social (PRAS), a través del Acuerdo Interministerial No. 033-2008 en el que intervinieron el Ministerio Coordinador de Patrimonio y Cultura, el entonces Ministerio de Minas y Petróleos.

<sup>17</sup> En el 2010 se delimitó esa franja y en el año 2014 pasó a denominarse como “Franja de Diversidad y Vida del Cantón Francisco de Orellana”.

Un año más tarde (2010) mediante Decreto Ejecutivo No. 503 se transfieren todas las competencias, atribuciones, funciones, y delegaciones que ejercía el Ministerio del Ambiente respecto del PMC a favor de los Pueblos Indígenas Aislados Tagaeri Taromenane, al Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos (MJDHC).

Mientras el Estado buscaba darle mayor institucionalidad a los PIAV, el MSP en 2012, aprueba el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)<sup>18</sup>, considerando como parte de los escenarios de atención los siguientes niveles: individual, familiar, comunidad y ambiente o entorno natural. Esto se llevaría a cabo mediante las modalidades de atención que son: extramural, intramural, establecimientos móviles y prehospitalaria.

Para el 2015, mediante Acuerdo Ministerial No. 0869 se crea la Dirección de Protección de los Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario (DPPIAV) que es la entidad del Estado especializada en el tema y cuyo funcionamiento continúa hasta el presente.

En la actualidad con la creación de la Secretaría de Derechos Humanos (SDH), se cambió la denominación de esta instancia a “Dirección de Monitoreo y Seguimiento de Protección a los Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario” (DMSPPPIAV 2018). Con la misión de proteger y precautelar los derechos de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario que habitan en la Amazonía ecuatoriana a través de la formulación, difusión e implementación de políticas de protección a nivel nacional.

En relación con la salud de estos pueblos, la Cartera de Estado competente (MSP) desarrolló y expidió en el 2017, la “Norma Técnica para la Protección de la Salud de los Pueblos Indígenas en Aislamiento y los de Contacto Inicial”.<sup>19</sup> Teniendo como objetivo establecer los lineamientos operativos para los actores que conforman el Sistema Nacional de Salud y que tienen incidencia en el denominado “Cordón de Protección de Salud” (CPS) del área de influencia de la ZITT para prevenir el contacto, realizar acciones de prevención en el CPS, responder en caso de contacto, y realizar las acciones para restablecer la situación de salud de los PIAV, mediante el fortalecimiento de las acciones de atención integral de salud. La implementación de esta norma técnica ha sido parcial.

El 22 de agosto de 2018 mediante Acuerdo Interministerial No. 002 (R.O No335 – 26 de septiembre 2018)<sup>20</sup>, los entonces Ministerios de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, Ambiente y de Hidrocarburos expidieron el Protocolo de Conducta que rige a los sujetos de control que desarrollan actividades hidrocarburíferas en zonas adyacentes y/o colindantes con la Zona Intangible Tagaeri – Taromenane y su zona de amortiguamiento; que reemplaza al anterior código de conducta– del 2008.

Finalmente, los límites de la ZITT fueron reformados mediante Decreto Ejecutivo No. 751<sup>21</sup> con 818. 501, 42 hectáreas y una zona de amortiguamiento de 10 kilómetros. En este último decreto se regula también los procesos para la explotación petrolera en la

<sup>18</sup> Acuerdo Ministerial No. 00000725-1162

<sup>19</sup> Disponible en:

[https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac\\_0114-2017%2008%20ago.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0114-2017%2008%20ago.pdf) Acceso en 10-02-2022

<sup>20</sup> Disponible en: <https://derechoecuador.com/registro-oficial-no335-miercoles-26-de-septiembre-de-2018-suplemento-2/> Acceso en 09-02-2022.

<sup>21</sup> R.O. No.506 de 11 junio de 2019.

zona de amortiguamiento. El 26 de septiembre de 2019, el Tribunal de la Sala de Admisión de la Corte Constitucional en Ecuador admitió a trámite la demanda (acción pública de inconstitucionalidad) presentado por accionantes de la sociedad civil.

La CIDH presentó el 30 de septiembre de 2020<sup>22</sup> ante la Corte IDH el caso N° 12.979 de los Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario Tagaeri y Taromenane respecto de Ecuador, por el incumplimiento de las recomendaciones y “Medidas Cautelares 91/06” (de 10 mayo del 2006, vigentes) a favor de los PIA “para proteger su vida e integridad personal”. Se trata del primer caso relativo a pueblos indígenas en aislamiento voluntario en la corte IDH.

Finalmente, dentro del Caso No. 28-19-IN el 19 de enero de 2022, vinculada a la acción pública de inconstitucionalidad contra el Decreto Ejecutivo No. 2187 de 2007 sobre la delimitación de la ZITT y posterior ampliación de al menos 50.000 has. En dicha sentencia, se determina un hito fundamental, al prohibir expresamente cualquier tipo de actividad extractiva que incluye las hidrocarburíferas y sus facilidades e infraestructura en la zona de amortiguamiento de la ZITT.

Ahora bien, centrándonos en las acciones vinculadas a lucha contra el COVID-19, el segundo trimestre del 2020, en el marco de la declaratoria de emergencia por la pandemia, en el Comité de Operaciones de Emergencia (COE) elabora y dispone la aplicación del “Protocolo para la Prevención y Contingencia del CORONAVIRUS (COVID-19) en el Área de Influencia de la Zona Intangible Tagaeri Taromenane<sup>23</sup>”, con el objetivo de establecer los procedimientos a seguir por las instituciones competentes para la intervención en el territorio y atender las necesidades en el contexto de la emergencia sanitaria en las comunidades que se encuentran en el área de influencia de la ZITT y del PNY.

De manera complementaria, el Ministerio de Salud Pública desarrolló normativa más amplia destinada a los pueblos y nacionalidades para abordar la pandemia, denominados: “Protocolo con pertinencia intercultural para la prevención y atención del COVID-19 en pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios (personas o grupos de personas originarias de la costa del Ecuador) del Ecuador” (MSP, 2020<sup>a</sup>); y; “Protocolo de prevención y atención de personas con sospecha de COVID-19 en comunidades, pueblos y/o nacionalidades durante la emergencia sanitaria” (MSP, 2020b) (Urrejola y Tauli, 2020)<sup>24</sup>.

Adicionalmente, es importante mencionar que en el año 2017 se aprobó la normativa (Acuerdo Ministerial No. 082-2017) para la reducción de barreras de acceso de poblaciones que se encuentran en lugares mal comunicados y que estas condiciones representan complicaciones para ser atendidos en establecimientos de salud, mediante el “Reglamento para la Aplicación del Enfoque Intercultural en los Establecimientos de Salud, del Sistema Nacional de Salud, en la Atención, Referencia, Derivación, Referencia Inversa, y Contrareferencia a Usuarios/Pacientes Provenientes de Comunidades de Difícil Acceso”.

<sup>22</sup> <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/245.asp>

<sup>23</sup> Disponible en formato html: [Protocolo-para-prevencion-y-contingencia-de-coronavirus-zona-tagaeri-taromenane.pdf \(fielweb.com\) Acceso en 09-02-2022](#)

<sup>24</sup> Disponible en formato html: [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf)



En materia de garantías constitucionales, la NAWE interpuso unas medidas cautelares<sup>25</sup> contra el Estado (MSP). Esta solicitud fue aceptada parcialmente por el Juzgado de Niñez y Adolescencia en Quito. Esto fue actualizado a finales de 2020 y obligó principalmente a este ente público que a través de su personal que se encontraba en las provincias de Pastaza, Napo y Orellana en conjunto con los líderes Waorani creen estrategias de vigilancia ante los rebrotes del COVID 19, así como promocionar por las mejores vías, lo que implica considerar lenguaje y costumbres sobre la promoción en salud. El cumplimiento de estas obligaciones se las realiza cada 15 días por vía escrita a la jueza.<sup>26</sup>

### 5.1.2 Perú

El marco normativo para la protección PIA parte de la Constitución en su artículo 2 numeral 19 de la República, en la cual se reconoce como derecho fundamental de las personas su identidad étnica y cultural, en la que el Estado reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la Nación.

En 1978, mediante la Ley de Comunidades Nativas y de Desarrollo Agrario de la Selva y Ceja de Selva<sup>27</sup>, se establece el reconocimiento de áreas territoriales provisionales para las comunidades en situación de Contacto Inicial, determinadas según sus modos tradicionales de aprovechamiento de los recursos naturales. Con una temporalidad vinculada a su transformación a un pueblo sedentario o su abandono debido a migraciones estacionales.

En 1997, la medicina tradicional fue categorizada como de interés y atención preferente del Estado a través de la Ley General de Salud<sup>28</sup> en su título preliminar numeral XVII acompañado de los principios de equidad e irrenunciabilidad.

En el mismo año, el reconocimiento territorial toma mayores dimensiones a través de la Ley de Áreas Naturales Protegidas<sup>29</sup>, en la que la administración de las áreas protegidas tiene como prioridad asegurar que las comunidades nativas y campesinas ancestrales hagan su uso tradicional con base a sus sistemas de vida, incluyendo la autodeterminación y participación en el establecimiento de fines y objetivos de estas áreas. Estos preceptos fueron desarrollados mediante el Reglamento de la Ley de

---

<sup>25</sup> Proceso No. 17203-20200-1992

<sup>26</sup> Las medidas cautelares que se dictaron son: 1) El Ministerio de Salud Pública a través del personal de salud de las provincias de Pastaza, Napo y Orellana junto con los líderes de las comunidades Waorani, crearan estrategias de vigilancia en Salud a fin de que exista una comunicación inmediata ante los nuevos rebrotes del Coronavirus-19 y sus variantes dentro de las comunidades Waorani, y las acciones urgentes realizadas por esta cartera de Estado; 2) El Ministerio de Salud Pública, junto con los líderes de las comunidades Waorani buscarán estrategias de información comunitaria (reuniones conjuntas, creación de carteles, volantes, etc.) que se extiendan en todas las comunidades Waorani, en su idioma, tomando en consideración sus particularidades, a fin de concientizar, promocionar y educar en la salud, reforzando el tema de medidas higiénico sanitaria para prevenir contagio COVID-19, se informe sobre los beneficios de la vacunación y las clases de vacunas etc. Tanto el Ministerio de Salud Pública como los accionantes cada 15 días informarán a esta judicatura, los avances del cumplimiento de estas medidas, se dispone a oficiar a la Defensoría del Pueblo a fin de que realice el seguimiento del cumplimiento de las medidas cautelares modificadas

<sup>27</sup> Decreto Ley 22175-1978

<sup>28</sup> Ley 26842

<sup>29</sup> Decreto Ley No. 2683-1997

Áreas Naturales Protegidas<sup>30</sup>, que armoniza los objetivos del ANP con los usos ancestrales de los PIACI que habitan o se desplacen en su interior.

Mientras que para el 2000, se promulga la Ley de aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales son patrimonio de la nación, obligando a la creación de un registro, investigación y respeto por las comunidades nativas y campesinas.

La Ley General del Ambiente<sup>31</sup>, publicada el 15 de octubre de 2005, define que las políticas ambientales y de ordenamiento territorial deben salvaguardar los derechos de los pueblos indígenas reconocidos por la Constitución y por tratados internacionales ratificados por el Estado.

Sin embargo, recién en mayo de 2006 se promulga la Ley para la Protección de los Pueblos Indígenas u Originarios en Situación de Aislamiento y en Situación de Contacto Inicial<sup>32</sup>, donde se reconocen las definiciones de aislamiento voluntario y contacto inicial (artículo 2), los requisitos para que sean clasificados y su territorio cuente con la característica de reserva indígena (artículo 3)<sup>33</sup>, así como las obligaciones que tiene el Estado en relación a la salud, vida, formas de vida y relación con la sociedad con base a la protección de su cultura y posesión de tierras (artículo 4).

En el mismo año, se aprueba el Reglamento para la Protección Ambiental en las actividades de hidrocarburos<sup>34</sup> en sus artículos 60 y 61, define las disposiciones aplicables a las actividades de hidrocarburos. Los titulares de este tipo de actividades deben presentar un Plan de Contingencia para su aprobación bajo los lineamientos del Protocolo de Relacionamiento con pueblos en aislamiento, elaborado por el Instituto Nacional de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos (INDEPA).

Un año más tarde, a través del Reglamento de la Ley 28736<sup>35</sup> establece los mecanismos de protección de los derechos de los PIACI. El desarrollo de la Ley permitió al Ministerio de Salud la aprobación de la Guía Técnica “Relacionamiento para Casos de Interacción con Indígenas en Aislamiento o Contacto Reciente”<sup>36</sup>, la cual tiene como finalidad la prevención de situaciones que atenten contra la salud y la vida tanto de estos pueblos, como del equipo de salud y otras personas, ante posible interacción fortuita entre ellos.

A su vez se expide la Guía Técnica Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en riesgo de alta mortalidad<sup>37</sup>, creada para disminuir los efectos negativos en la salud de los pueblos indígenas en aislamiento, mediante acciones oportunas en las cuales se debe tomar en cuenta el respeto a la cultura de estos pueblos y su autodeterminación. La guía da las pautas técnicas para el comportamiento

<sup>30</sup> Decreto Supremo No. 038-2001-AG de 22 junio 2001.

<sup>31</sup> Ley 28611 publicada el 15 de octubre de 2005.

<sup>32</sup> Ley 28736

<sup>33</sup> Se requiere un estudio previo realizado por Comisión Multisectorial para la Protección de los Pueblos en Aislamiento y Contacto inicial, liderada por el INDEPA y integrada por representantes del Ministerio de Salud, Educación, Agricultura, Energía y Minas, Mujer y Desarrollo Social; el Gobierno Regional de Loreto, Gobiernos Locales de Loreto y Ucayali, la Pontificia Universidad Católica y, en calidad de observadora, la Defensoría del Pueblo.

<sup>34</sup> Decreto Supremo No 015-2006-EM

<sup>35</sup> Decreto Supremo Nº 008-2007-MIMDES de 2007.

<sup>36</sup> Resolución Ministerial 797-2007-MINSA

<sup>37</sup> Resolución Ministerial 798-2007-MINSA

culturalmente adecuado y las decisiones que debe tomar el personal de salud tanto en la prevención, contingencia y mitigación de impactos a la salud.

En esta misma línea se aprueba la Norma Técnica de Salud de Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente<sup>38</sup>, que desarrolla los criterios, estrategias de relacionamiento, actividades y procedimientos culturalmente adecuados con respecto a medidas de prevención, contingencia y mitigación del impacto negativo frente a la interacción con pueblos indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial.

A partir del 2013, existen distintos avances institucionales para la protección de los PIACI en Perú, y específicamente con la creación de la Dirección de Pueblos Indígenas en Aislamiento y en Contacto Inicial (DACI) con el Reglamento de Organización y Funciones (ROF del Ministerio de Cultura)<sup>39</sup>.

En 2015, la Ley Forestal y de Fauna Silvestre<sup>40</sup> fue publicada, estableciendo que las reservas indígenas y/o territoriales deben categorizarse como Zonas de Tratamiento Especial, de modo que no se pueda dar títulos habilitantes en ellas. Exigiendo la obligatoriedad de contar con planes de contingencia, de manera accesoria a los títulos habilitantes ubicados en zonas cercanas a estas reservas o los lugares donde se ha reportado proximidad de PIACI, agregando la no autorización de actividades de tala.

El mismo año, el Ministerio de Cultura publica el Protocolo de Actuación ante el Hallazgo, Avistamiento o Contacto con Pueblos Indígenas en Aislamiento y para el Relacionamiento con Pueblos Indígenas en Situación de Contacto Inicial<sup>41</sup>, definiendo los procedimientos para evitar riesgos ante el hallazgo, avistamiento o contacto con PIACI. Asimismo, regula el sistema de alerta temprana.

En septiembre de 2015, se publica el Decreto Legislativo que modifica el Código Penal, incorporando como agravante de los delitos regulados el que la víctima pertenezca a un PIACI (artículo 46). Añadiendo como otro agravante del tráfico de especies cuando sea cometido al interior de Reservas Indígenas o Territoriales (artículo 309).

La Política Sectorial de Salud Intercultural<sup>42</sup> fue aprobada a inicios del 2016, que buscaba la atención de la salud como un derecho humano en igualdad de condiciones, con financiamiento y la creación de la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente, encargada de emitir el informe técnico, el seguimiento e implementación del Plan Sectorial de Salud.

Mediante la Resolución Ministerial No. 902-2017/Minsa se aprueba el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud, en el que se encuentran los

---

<sup>38</sup> Resolución Ministerial 799-2007-MIN

<sup>39</sup> Decreto Supremo No. 005-2013-MC. Disponible en: [dsndeg005-2013-mcrofdelmc.pdf](https://dsndeg005-2013-mcrofdelmc.pdf) ([cultura.gob.pe](http://cultura.gob.pe))

<sup>40</sup> Ley 29763 de julio de 2011.

<sup>41</sup> Resolución Ministerial 240-2015-MC 23 de julio de 2015. Disponible en: <http://www.actualidadambiental.pe/wp-content/uploads/2015/11/Protocolo-ante-pueblos-en-aislamiento.pdf> Acceso en 09-02-2022

<sup>42</sup> Decreto Supremo N°016-2016-SA

códigos informáticos del Sistema de Información HIS, incluyendo de esta manera las terapias medicina alternativa y complementaria.<sup>43</sup>

En este mismo sentido, en julio del mismo año, se aprobó el Modelo de Atención de Salud Integral e Intercultural de las Cuencas de los Ríos Pastaza, Corrientes, Tigre, Marañón, y Chambira en la Región Loreto 2017-2021 mediante la Resolución Ministerial No. 594-2017/MINSA.

El 7 de noviembre de 2017, se expide la Directiva Administrativa para el Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud<sup>44</sup>, la misma que buscaba fortalecer los procedimientos de registro de pertinencia étnica en las instituciones públicas o privadas que prestaran servicios de salud.

Durante el 2018, se promulga el Régimen Sancionador por Incumplimiento de las Disposiciones de la Ley 28736<sup>45</sup>, brindado la potestad sancionadora del Ministerio de Cultura, así como el régimen sancionador por incumplimiento de las disposiciones de la ley y reglamento para la Protección de Pueblos Indígenas u Originarios en Situación de Aislamiento y en Situación de Contacto Inicial. Las disposiciones para su ejecución incluyendo el procedimiento de régimen sancionador, determinación y registro de fue recogido en el Decreto Supremo 010-2019-MC.

En relación a las normas relacionadas a los pueblos indígenas para enfrentar la emergencia sanitaria por el COVID-19, En marzo del 2020 en respuesta a la pandemia se aprueba la Resolución Ministerial No.109-2020-MC en la que, en el marco de la emergencia sanitaria, encargando al Ministerio de Cultura acciones a nivel nacional (artículo 1), vinculadas a brindar información incluyendo la identificación, traducción y publicación en el portal web de la documentación relacionada a las organizaciones indígenas u originarias nacionales y regionales sobre las medidas extraordinarias adoptadas por el Poder Ejecutivo, bajo la coordinación con el Grupo de Trabajo de Políticas Indígenas (GTPI). Claramente, esto debía ir de la mano de brindar facilidades de interpretación remota en leguas indígenas a los establecimientos de salud.

Obviamente, la coordinación incluía compartir con instituciones públicas y privadas, así como de la ciudadanía, la Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios (BDPI) a través de su página web.

En tanto a la protección de los pueblos indígenas en situación de aislamiento y en contacto inicial (artículo 2), el Viceministerio de Interculturalidad, se encargaría de contextualizar las medias tomadas por el Estado acoplándolos a la realidad sociocultural, incluyendo el uso de lenguaje sencillo, lenguas indígenas y los medios físicos y/o tecnológicos disponibles.

En concordancia a lo mencionado, se determinaron el artículo 3 medidas para la prevención, contención y mitigación del COVID-19, en los PIACI como la suspensión de la emisión de autorizaciones excepcionales de ingreso a las Reservas Indígenas y Territoriales y solamente se solo se emitirán autorizaciones excepcionales de ingreso

---

<sup>43</sup> 301901: Acupuntura y afines, 301903: Medicina Cuerpo Mente, 301904: Medicina energética, 301905: Medicina Natural y 301906: Terapias Manuales.

<sup>44</sup> Resolución Ministerial N° 975-2017/MINSA

<sup>45</sup> Decreto Legislativo 1374

para la realización de actividades orientadas a garantizar la salud y seguridad de los PIACI.

Este tipo de medidas ameritaba coordinación intersectorial (artículo 4) que incluyen las competencias de los Ministerio de Cultural y Salud.<sup>46</sup>

Complementariamente, mediante Decreto Supremo No 005-2020-MC del 30 de mayo del 2020, se incorporó en las fichas COVID19 la variable étnica para analizar la situación epidemiológica con la información desagregada para los pueblos indígenas, entre otras diversidades étnicas.

En este mismo mes y año el MINSA aprobó el Documento Técnico “Plan de Intervención de Salud para comunidades Indígenas y centros poblados rurales de la Amazonía peruana frente a la emergencia del COVID-19, teniendo como objetivo desarrollar estrategias preventivas y para la mitigación en trabajo articulado entre la comunidad y el personal de salud en el que plantea un sistema de vigilancia comunitaria y notificación de casos sospechosos de COVID-19,, y de la optimización de las respuestas institucionales para la atención de la pandemia

En el referido Plan de Intervención se menciona, adicionalmente, algunas disposiciones normativas complementarias que apoyan al abordaje de la pandemia en los pueblos indígenas: Decreto Legislativo No 1489 que establece acciones para la protección de los pueblos indígenas originarios en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el Covid-19; Resolución Ministerial No 109-2020-MC, que aprueba las acciones del Ministerio de Cultura en el marco de la Emergencia Sanitaria a nivel nacional por la existencia del Covid-19; y, Resolución Ministerial No 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud”.

Finalmente, en septiembre de 2020, el Ministerio de Cultura mediante Decreto Supremo publico los Lineamientos de actuación en ámbitos geográficos en los que el Ministerio de Cultura ha determinado la presencia o desplazamiento de pueblos indígenas en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial, así como en sus ámbitos colindantes o aledaños, en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19 a través del Decreto Supremo 014-2020-MC.

## 5.2 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL RELACIONADO A LA REGIÓN

El marco internacional de derechos humanos de los pueblos indígenas ha ido cambiando en los últimos años empezando con el el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales adoptado en 1989, como una de las primeras normativas internacionales que a pesar de ser concebida en el seno de la Organización Internacional del Trabajo, reconoce de manera específica, así por ejemplo el artículo 7 menciona que estos grupos tienen el derecho de decidir sobre sus prioridades, modelos de desarrollo y cualquier otro aspecto que tengan incidencia en sus vidas, creencias, bienestar incluyendo los usos de su territorio.

El artículo 25, sostiene la obligación de los Estados poner a disposición los sistemas de salud, proporcionar medios para que los pueblos indígenas puedan organizarse y

---

<sup>46</sup> [Publicacion Oficial - Diario Oficial El Peruano \(actualidadambiental.pe\)](#)

además debe considerar cuestiones como la cultura, la situación geográfica, lengua, entre otras.

El artículo 7 garantiza los derechos a la vida, integridad física y mental de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas adoptada en 2007. Mientras que la salud, educación y empleo se encuentran en el artículo 21 que hace énfasis sobre que su goce debe darse sin ningún tipo de discriminación en concordancia al uso de sus propias medicinas (artículo 24).

Finalmente, el artículo 19 referente al derecho de consulta previa, obliga a los Estados a celebrarlas de buena fe a fin de obtener su consentimiento libre e informado.

En la misma línea de los esfuerzos de los organismos internacionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) han emitido varias declaraciones para proteger y promover el derecho de los Pueblos Indígenas al disfrute del más alto nivel posible de salud. Las resoluciones de la WHA incluyen 54.16, 53.10, 51.24, 50.31, 49.26, 48.24, 47.27. Todas ellas específicas del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo; y, el acceso y protección del derecho a la salud de este colectivo.

En relación con el contexto regional, la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas aprobada por los Estado miembros de la OEA en 2016, que en su artículo XVIII hace referencia al estándar que debe ser aplicado al derecho a la salud; y el artículo XXVI reconoce una protección especial para los PIACI<sup>47</sup>

Adicionalmente, los Estados Miembros de la OPS aprobaron en 2017 por unanimidad la Política sobre etnicidad y salud en la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Con esta política, los Estados Miembros han acordado garantizar el enfoque intercultural en la salud y el tratamiento equitativo de los pueblos indígenas.

Recientemente, en noviembre de 2020, la Tercera Comisión de la Asamblea General de Naciones Unidas (Social, Humanitaria y Cultural), aprobó un proyecto de resolución titulado *Derechos de los pueblos indígenas*, que contiene referencias a la actual pandemia de COVID-19 y los pueblos indígenas. Particularmente en los puntos número 8 y 9 del borrador de resolución, exhorta a los Estados miembros, reafirmando que los pueblos indígenas tienen derecho a sus medicamentos y mantener sus prácticas sanitarias, incluidas, entre otras, la conservación de sus plantas medicinales vitales, como parte de la respuesta a la pandemia y sus consecuencias, afirmando además que los pueblos indígenas tienen derecho al acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

En cuanto a la situación especial de los Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial (PIACI), las Directrices de Protección para los Pueblos Indígenas en Aislamiento y en Contacto Inicial de la Región Amazónica, el Gran Chaco y la Región

---

<sup>47</sup> “1. Los pueblos indígenas en aislamiento voluntario o en contacto inicial, tienen derecho a permanecer en dicha condición y de vivir libremente y de acuerdo a sus culturas; 2. Los Estados adoptarán políticas y medidas adecuadas, con conocimiento y participación de los pueblos y las organizaciones indígenas, para reconocer, respetar y proteger las tierras, territorios, medio ambiente y culturas de estos pueblos, así como su vida e integridad individual y colectiva”.

Oriental de Paraguay del Alto Comisionado de Naciones Unidas publicadas el 2012, definen a los pueblos en contacto inicial como aquellos que previamente permanecían en “aislamiento” y que bien forzados por agentes externos, bien por decisión del grupo o por factores de otro tipo, entran en contacto con la población mayoritaria, mientras que los pueblos en aislamiento son pueblos o segmentos de pueblos indígenas que no mantienen contactos regulares con la población mayoritaria y que además suelen rehuir todo tipo de contacto con personas ajenas a su grupo.

Además, es relevante el informe de la OEA/CIDH: “Pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial en las Américas: recomendaciones para el pleno respeto a sus derechos humanos”, aprobado el 30 de diciembre de 2013<sup>48</sup>. El informe fue elaborado por la *Relatoría sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas* de la CIDH y abarca la situación de los derechos humanos de los PIACI, las principales amenazas que estos pueblos enfrentan y las acciones requeridas para garantizar el respeto de sus derechos, especialmente a la vida e integridad física y cultural. El informe fue elaborado con insumos obtenidos de varias fuentes, incluyendo Estados, organizaciones indígenas, miembros de la sociedad civil y expertos.

En razón de estas definiciones y en tanto al aspecto de salud de estos grupos, el Informe sobre el 20º período de sesiones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas (realizado entre el 19 y el 31 de abril del 2021), establece las siguientes recomendaciones en los artículos 66 y 67, determinando que los Estados siguen estando obligados a adoptar medidas para salvaguardar la vida y la integridad de sus ciudadanos, sobre todo cuando se trata de grupos de población altamente vulnerables; y, a que la OMS de manera urgente cree un grupo de trabajo específico para el estudio de la evolución de la situación de los pueblos indígenas que viven en aislamiento voluntario y contacto inicial.

De igual manera, en 2018 la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) divulgó el “Marco Estratégico para la Protección de los Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial<sup>49</sup>”, así como los “Principios y Directrices para la Atención a la Salud de Pueblos Indígenas Aislados y Contacto Inicial<sup>50</sup>”. Más recientemente, la OTCA presentó en octubre del 2020 los “Principios y directrices para la protección de los pueblos indígenas amazónicos frente a la pandemia del coronavirus (COVID- 19).”

## 6. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO TERRITORIAL

En Ecuador, la zona de estudio corresponde a las provincias de Orellana (Municipio de Aguarico) y Pastaza (Municipios de Pastaza y Arajuno), en lo que se conoce como la “Reserva de Biosfera del Yasuni” (declarada como tal por la Unesco en 1989). Además, la zona núcleo de la Reserva interseca con la ZITT, y el territorio de la Nacionalidad

<sup>48</sup> Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/indigenas/docs/pdf/informe-pueblos-indigenas-aislamiento-voluntario.pdf>

<sup>49</sup> Disponible en: [Marco-Estrategico-para-la-Proteccion-de-los-PIACI.pdf \(otca.org\) Acceso en 10-02-2022](#)

<sup>50</sup> Disponible en: [Principios-y-Directrices-para-la-atencion-a-la-salud-de-pueblos-indigenas-aislados-y-contacto-inicia.pdf \(otca.org\) Acceso en 10-02-2022](#)

Waorani; mientras que en el área sur limita con los territorios de las nacionalidades Kichwa y Sapara del Ecuador, y en el norte con varias comunidades kichwas y mestizos que se sitúan a ambas orillas del río Napo.

Hacia el Perú, la zona de estudio corresponde al Departamento de Loreto, provincia de Maynas, Distritos de Napo y Torres Causana; y en lo que se conoce como la “Reserva Nacional Pucacuro” y área de influencia (Distrito Tigre, provincia y departamento de Loreto); y en las tierras y territorios indígenas de los pueblos Kichwa, y Arabela (estos últimos de la familia lingüística Zaparo, y contactados a mediados del S. XX) y de comunidades mestizas.

Además, la zona de estudio interseca con la propuesta de “Reserva Indígena Napo-Tigre y afluentes”, en el Departamento de Loreto<sup>51</sup>, la mencionada propuesta busca el reconocimiento legal y la delimitación del territorio a favor de pueblos indígenas aislados (PIA).

La zona de estudio transfronteriza definida corresponde a áreas de importancia por la diversidad de poblaciones indígenas (Waorani, Kichwa, Secoya, Zaparo y los PIACI) asentadas en su mayoría en las grandes cuencas hidrográficas de la Amazonía. Los principales ríos de este territorio cumplen la función de interconexión binacional (Ecuador-Perú) y comercial. En el área de estudio los principales ríos son: Napo, Curaray y Tigre; que desembocan en el río Amazonas.

Esta zona se caracteriza también por su alta biodiversidad y de difícil acceso. La forma más común de acceso a las comunidades es por vía fluvial, mientras que en algunas cuentan con pistas de aterrizaje y se puede acceder por esta vía.

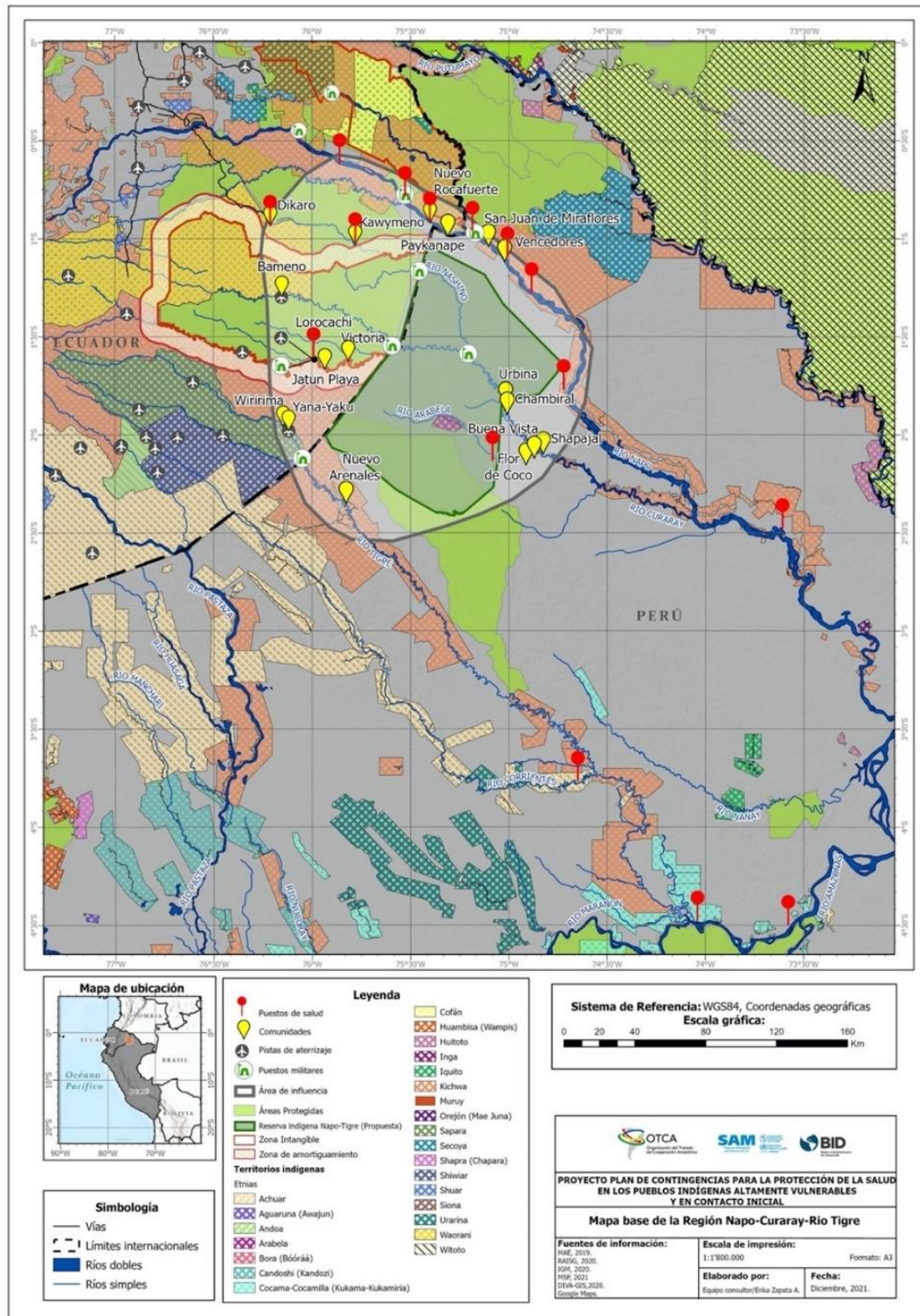
Además, esta área se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad debido a las constantes amenazas externas como la caza y tala ilegal, que atentan en mayor medida la integridad del territorio, la vida y a los pueblos indígenas.

## **Mapa 01: Región de estudio transfronteriza Ecuador – Perú: Napo Curaray Tigre**

---

<sup>51</sup> Provincias de Loreto y Maynas.





Fuente: Equipo consultor y geógrafa Erika Zapata, 2022.

## 6.1 ECOSISTEMAS

Las clasificaciones de los ecosistemas se han realizado a partir de los criterios elaborados por los ministerios de ambiente de los países de Ecuador y Perú.

Cabe señalar que, a pesar de tratarse de un área contigua y de similares características, existen particularidades que son desarrolladas según los aspectos técnico-legales de cada país y se encuentran en los anexos.

### 6.1.1 Ecuador

Los límites del área de estudio de la Región corresponden a la Reserva de la Biosfera del Yasuní donde se ubican 4 tipos principales de vegetación.<sup>52</sup>

Adicionalmente esta área se han registrado las siguientes cantidades de especies según la biodiversidad: 2274 especies de árboles y arbustos; 204 especies de mamíferos (de los cuales más de 90 son murciélagos); 610 especies de aves; 121 especies de reptiles; 139 especies de anfibios; 268 especies de peces; y, al menos cien mil especies de insectos.

De acuerdo a la categorización de la UICN, hay un total de 33 especies catalogadas como fauna en proceso de extinción.

Las categorías ecosistémicas del Sector Napo-Curaray, según el Ministerio del Ambiente del Ecuador a través del Sistema de Clasificación de los Ecosistemas del Ecuador Continental (2013<sup>53</sup>) son:

**Tabla 1: clasificación de ecosistemas para la región de estudio en Ecuador.**

Clasificación Ecosistema	Fuente: Sierra et al. 1999
Bosque siempreverde de tierras bajas del Tigre-Pastaza	Incluido en Bosque siempreverde de tierras bajas, sector tierras bajas, subregión norte y centro
Bosque siempreverde de tierras bajas del Napo-Curaray	

**Fuente:** Equipo consultor, diciembre 2021.

Entre otras secundarias como: *Bosque inundable de la llanura aluvial de los ríos de origen amazónico*; *Bosque inundado de la llanura aluvial de la Amazonía*; *Bosque inundado de palmas de la llanura aluvial de la Amazonía*; *Herbazal inundado lacustre-ripario de la llanura aluvial de la Amazonía*, (...).

### 6.1.2 Perú

La región de Loreto limítrofe entre los ríos Napo y Tigre, se caracteriza por la escasa presencia de poblaciones y de presiones antrópicas, lo cual ha permitido que se convierta en zonas de refugio para varias especies de animales; así como de la

<sup>52</sup> a) tierra firme o no inundable, localizada en la parte alta sobre colinas; b) bosque estacionalmente inundado por aguas blancas o várzea; c) bosque permanentemente inundado por aguas negras o igapó; y; d) un cuarto tipo de bosque pantanoso conocido como moretal, dominado por la palma "morete" (*Mauritia flexuosa*) (Ministerio del Ambiente del Ecuador, 2013).

<sup>53</sup> [Sistema.pdf \(sni.gob.ec\)](#)

existencia de grupos indígenas en situación de aislamiento. En la actualidad, está en proceso la realización del Estudio de Reconocimiento de estas poblaciones que está coordinado por el Ministerio de Cultura que tiene como objetivo la formalización de un área territorial destinada a la protección efectiva de este territorio.

Hacia el sur se encuentra la Reserva Nacional Pucacuro que fue creada en el año 2005 y tiene un área de 637.900 hectáreas y está destinada a la protección de la diversidad de ecosistemas, sobre todo, los bosques húmedos que conforman la cuenca del río Pucacuro.

En la región de Loreto, Perú, se extienden las mismas condiciones ecosistémicas que se describieron con anterioridad en lo que respecta a la categoría de Bosque siempreverde de tierras bajas que está más alejadas de la cordillera. El Ministerio de Ambiente de Perú (2018/2019<sup>54</sup>) establece las siguientes categorías ecosistémicas para esta zona:

**Tabla 2: Clasificación de ecosistemas para la región de estudio en Perú.**

<i>Clasificación Ecosistema</i>	<i>Fuente: Kahn y Mejía, 1990, et.al<sup>55</sup></i>
Pantano de Palmeras	Región Natural – Selva Tropical Bioclima Húmedo Bosque (En Llanura Aluvial Inundable)
Bosque Aluvial inundable de Agua Blanca	Región Natural – Selva Tropical Bioclima Húmedo Bosque (En Llanura Aluvial Inundable)
	<b>Fuente:</b> Zárate et al., 2013, BIODAMAZ, 2004, Ruokolainen et al., 1994, Freitas, 1996
Bosque de Terraza no Inundable	Región Natural – Selva Tropical Bioclima Húmedo Bosque (En Llanura Aluvial No Inundable)
Bosque de colina baja	Región Natural – Selva Tropical Bioclima Húmedo Bosque (En Colina Baja)

**Fuente:** Equipo consultor, diciembre 2021.

## 6.2 Aproximación y caracterización geográfica del área de estudio.

Los límites geográficos transfronterizos del área definida de estudio son:

- Al norte, el río Napo;
- Al sur, los ríos Curaray, Pindoyaku y Tigre;
- Al este, los límites occidentales del “Parque Nacional Yasuní” y “Zona Intangible Tagaeri Taromenane”; y,
- Al oeste, Al oeste, el área de influencia de la “Reserva Nacional Pucacuro” y la propuesta de “Reserva Indígena Napo-Tigre”.

<sup>54</sup> [Resolución Ministerial N° 125-2015 MINAM.](#)

[Mapa Nacional de Ecosistemas del Perú | SIAR Lima | Sistema de Información Ambiental \(regionlima.gob.pe\)](#)

<sup>55</sup> Galán de Mera, 2001, OSINFOR, 2013, Kvist y Nebel, 2000, Alverson et al., 2001, Murrieta y Levistre, 2011, CDC-UNALM, 1993, Zárate et al., 2013, Pitman et al., 2015, Kahn, 1989, BIODAMAZ, 2004, Puhakka y Kalliola, 1993.

Hidrografía: En Ecuador: Ríos Napo (afluente del Amazonas), Yasuní, Cononaco, Curaray, Conambo, Pindoyaku y Tigre y en Perú: Ríos Napo, Curaray, Arabela, Pucacuro<sup>56</sup> y Río Tigre (afluente del Marañón).

Extensión territorial: Aproximadamente 1'600.000 Has, de las cuales más del 90% están vinculadas a las actividades de caza, pesca, agricultura. A esto se debe incluir que esos espacios son también compartidos con los pueblos indígenas en aislamiento voluntario que ocupan los territorios en razón de sus necesidades y en resguardo de sus vidas.

Altitud y relieve: En Ecuador entre 50 a 400 msnm. Y en Perú entre 150 hasta 800 msnm.

Las temperaturas son cálidas con un promedio mayor a 20 grados Celsius, y altas precipitaciones y humedad a lo largo de casi todo el año, con excepción de los meses de sequías entre julio y septiembre y diciembre a febrero.

Zona de riesgo: Áreas Inundables y de sequías dependiendo la época, ambos fenómenos en aumento por el cambio climático.

### 6.3 Contexto antropológico de la Región

Los primeros registros (escritos o etnográficos) de los pueblos y nacionalidades amazónicas (de la Región) se remontan a los S.XVI-XVII con el ingreso de ejércitos, y luego misioneros o científicos europeos. A finales del S.XIX, se inicia en el área de estudio el boom del caucho con la desaparición de numerosos pueblos indígenas, entre ellos los Tetetes<sup>57</sup>; y reducción radical de los últimos grupos de la familia lingüística Secoya, Zaparo y Wao terero.

Por ejemplo, según el informe “Pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial en las Américas” (OEA/CIDH) citando a la “Comisión Nacional del Medio Ambiente de Perú, entre 1950 y 1957 desaparecieron 11 pueblos indígenas de la Amazonía, y de los remanentes, 18 están en peligro grave de desaparecer, ya que cada uno de ellos cuenta con menos de 225 personas<sup>58</sup>” (2013: 208)

El desarrollo de las comunidades indígenas y mestizas focalizadas en el estudio mantienen una estrecha relación de aprovechamiento y manejo del bosque, fauna y tierras que los rodean; sin embargo, dependen cada vez más de las regalías de la extracción de recursos naturales u otras actividades como el comercio y el turismo. Su dieta combina diversos recursos de los principales ecosistemas<sup>59</sup> presentes en su territorio, a través del manejo de chacras de yuca, verde y camote (etc.). Además, recolectan frutos del bosque (chonta, uva, etc.), pescan en esteros y ríos y cazan con fines de autoconsumo.

---

<sup>56</sup> *Quebrada Pañayacu y los ríos Alemán, Baratillo y Tangarana.*

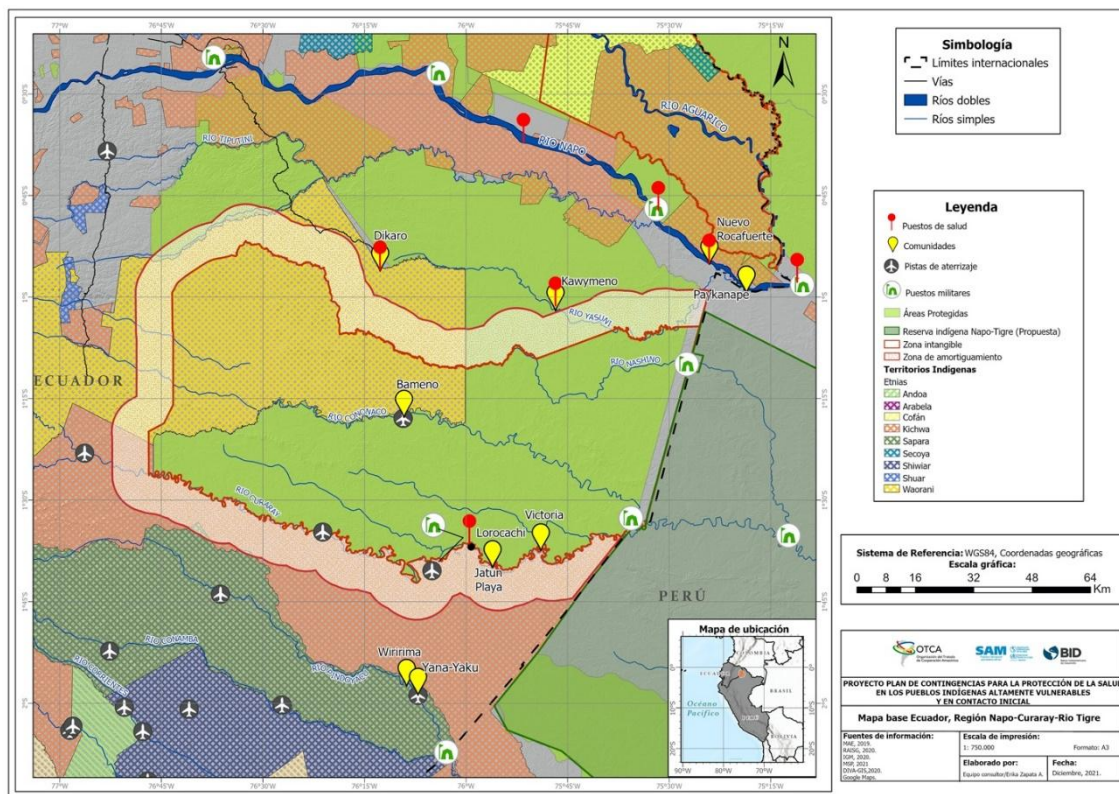
<sup>57</sup> Subgrupo Siona-Secoya (frontera Ecuador-Colombia).

<sup>58</sup> Informe Defensorial No. 101, Defensoría del Pueblo de la República de Perú. Registro N° 2006- 1282. Lima, enero 2006, pág. 51. El Informe señala que la Comisión Nacional del Ambiente ha informado que los pueblos que desaparecieron fueron los Resígaro, Andoque, Panobo, Shetebo, Angotero, Omagua, Andoa, Aguano, Cholón, Munichí y Taushiro, y señala como causas a “las enfermedades y el atropello colonizador y depredador, espontáneo o promocionado oficialmente, que los ha privado de sus tierras tradicionales y de sus recursos naturales, como ha sucedido en la cuenca del Huallaga con la construcción de las carreteras”

<sup>59</sup> Bosques inundables, pequeñas colinas, pantanos, planicies de tierra firme, ríos, lagunas y esteros (etc..).

### 6.3.1 Ecuador

#### Mapa 02: Región de estudio en Ecuador.



**Fuente:** Equipo consultor y geógrafa Erika Zapata, 2022.

#### 6.3.1.1 Nacionalidad Waorani

El idioma de la nacionalidad Waorani es el *Wao terero*, el mismo que no tiene ninguna relación con las familias lingüísticas estudiadas en la Amazonía, por lo que se considera que es una lengua aislada. Antes del contacto realizado por el Instituto Lingüístico de Verano (ILV), hace setenta años, fue un pueblo asentado en zonas interfluviales, con una organización social tradicional basada en grupos familiares y territoriales conocidos como *Nanicabos*. Esto respondía a un modelo socioeconómico (principalmente) de cazadores recolectores (Gea-Izquierdo E y Patiño N (Ed), 2021: 269), mantienen cultivos o chakras itinerantes, principalmente de yuca, verde y/o plátano. Además del desarrollo de proyectos de turismo, artesanía, regalías y servicios petroleros (entre otros).

La Nacionalidad Waorani del Ecuador (NAWE) fue reconocida<sup>60</sup> por el Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (CODENPE). En noviembre de 2016, el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) emitió la “Resolución de unificación y rectificación de adjudicaciones” a favor de la NAWE, con una superficie de 802.220,1982 hectáreas, en las provincias de Napo, Pastaza y Orellana.

<sup>60</sup> Acuerdo Ministerial No. 407 de 08 de febrero de 2007.

Es importante mencionar que no existen certezas sobre la dimensión total de la población, así como de sus comunidades, por su alta movilidad, se levantó información de al menos 80<sup>61</sup>. Según, el último dato del INEC (2010) existen un aproximado de 3.000 personas aunque información más actual considera que son más de 5.000 personas; además, no se cuenta con información actualizada de sobre los distintos grupos etarios, particularmente sus ancianos o “*pikenani*” y otros grupos atención prioritaria y en vulnerabilidad.

Cabe mencionar que a pesar de que el censo incluye población rural, existe un importante conglomerado Waorani viviendo en la ciudad de Shell (provincia de Pastaza), y de manera dispersa en la ciudad de Puyo, así como en la ciudad de Francisco de Orellana.

Respecto al concepto de “*personas indígenas de reciente contacto*”, la misma fue abordada en la Sentencia No. 112-14-JH/21 de la Corte Constitucional (CC) del Ecuador (2021), donde se establece esta categoría para las personas indígenas de la Nacionalidad Waorani del Ecuador.

Frente a lo dictaminado por la CC, tenemos como un gran antecedente, las Directrices PIACI (ACNUDH, 2012) que menciona que : “Dado que no existe un consenso a nivel internacional sobre cuestiones tales como cuáles son los criterios para dar por terminada una situación de aislamiento y cuando comienza la de contacto inicial o cuando se da por terminada la situación de contacto inicial, **es necesario dar mayor peso a criterios adicionales relacionados con la situación de alta vulnerabilidad (enfermedades, reducción territorial etc.)** en que se encuentran los indígenas en mención.”

#### 6.3.1.2 Nacionalidad Kichwa Amazónica.

La Nacionalidad Kichwa del Napo- Curaray, se encuentra en: La provincia de Orellana, cuencas del río Napo y margen izquierdo del río Tiputini, en zonas rurales (y territorios colectivos) o urbanas, como el centro poblado de Nuevo Rocafuerte; y, en la provincia de Pastaza, en la cuenca media y baja del Curaray que limitan con el PNY y la ZITT.

La Nacionalidad Kicwa del Napo-Curaray también se asienta en el territorio peruano (Gea-Izquierdo E y Patiño N (Ed), 2021: 95) y forman parte de una misma matriz socio lingüística Quecha, y “*el kichwa, en sus variantes amazónicas*”<sup>62</sup> (Trujillo, 2018: 23). Aunque con sus especificidades y características culturales locales.

Los Kichwa de esta zona son el resultado de la fusión de numerosos pueblos que habitaban esos lugares anteriormente: Omaguas, Zápara, Huitotos, Quijos, entre otros. Hay constancia de la presencia de indígenas Kichwas en el río Napo desde la segunda mitad del siglo XIX estando ligados a las haciendas existentes en dicho río. Igualmente,

---

<sup>61</sup> Según el Congreso Extraordinario de la NAWE realizado en la comunidad de Miwagono, el 01 y 02 de diciembre de 2021 donde se registraron 87 comunidades, 12 asociaciones, 2 organizaciones, y 3 organizaciones provinciales (ONWO, ONWAN y OWAP)

<sup>62</sup> “La difusión del kichwa en la Cuenca amazónica atribuyeron algunos a la influencia de los Incas. Al parecer la difusión de esta lengua data de fechas anteriores al punto que algunos reconocen la existencia de una variante amazónica. Los misioneros [Jesuitas, franciscanos y dominicos] fueron los que la difundieron más tarde como lengua general de la Provincia de Maynas” (Trujillo, 2018: 23).

en el río Curaray los Kichwas llegan a la zona ligados a las haciendas de explotación del caucho o el avance de los destacamentos militares.

#### 6.3.1.3 Pueblo Kichwa del Napo (Naporuna)

Las cerca de 36 comunidades Kichwa (o Napo Runa) ubicadas a lo largo del río Napo (provincias de Orellana y Sucumbíos), se ubican en ambos márgenes del río, desde el Coca hasta Nuevo Rocafuerte. Se encuentran organizadas como “comunidades”, y son parte de la FIKAE (Federación Indígena Kichwa de la Amazonía Ecuatoriana). De ellas, 10 se encuentran ubicadas dentro del Parque Nacional Yasuní<sup>63</sup>, y son reconocidas como ancestrales, finalmente mantienen un Plan de Manejo Comunitario dentro del área protegida.

Aún conservan cultivos tradicionales de variedades de yuca y plátano para el consumo, y nuevos productos como el maíz, arroz, frejol, cítricos, cacao y especies forestales; también destinados al comercio local. Algunas comunidades o comuneros también son beneficiarios o prestan servicios en la creciente industria hidrocarburífera (empresa pública Petroecuador, Bloques no. 12, 14, 15, 31 y 43).

Dentro de la Región de estudio se encuentra ubicada la parroquia urbana de Nuevo Rocafuerte, en los límites con el Perú que cuenta con 930 personas según el último censo (INEC, 2010), y más del 70% se autoidentifica como Kichwa, seguido de mestizos. El área urbana alberga a 542 personas según el ASIS “HOSPITAL FRANKLIN TELLO” (2021)

#### 6.3.1.4 Pueblo Ancestral Kichwa del Curaray.

El Pueblo Ancestral Kichwa de Kawsak Sacha (río Curaray), es parte de la Nacionalidad Kichwa Amazónica<sup>64</sup>, que obtuvo la titulación de su territorio en el año 2011, por parte del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) y está conformado por siete comunidades<sup>65</sup>, con una población aproximada de 100 familias (alrededor de 700 personas)<sup>66</sup>, siendo Lorocachi la comunidad más grande con cerca de 40 familias y 180 habitantes. El territorio global tiene una superficie de 199. 286,15 hectáreas, con ecosistemas en alto nivel de conservación y capacidad de resiliencia (Plan de Manejo del Territorio de Pueblo Ancestral Kawsak Sacha, 2011).

El territorio se encuentra ubicado en las cuencas baja del río Curaray y río Pindoyaku, provincia de Pastaza, y en los límites internacionales con el Perú. Como parte de la protección de su territorio, en mayo de 2011 se firmó un Convenio con Socio Bosque<sup>67</sup> que sigue vigente, para la conservación de cerca de 135.000 has, a través de un Plan de Manejo de Gestión Territorial Zonificado con la entrega de incentivos económicos, desarrollo de proyectos o acciones para protección de sus bosques nativos e ingresos económicos alternativos.

---

<sup>63</sup> Comunidades Kichwas de Añangu, Indillama, Nueva Providencia, Pompeya, San Roque, San Isla, Llanchama, Mandaripanga, Boca Tiputini y Pto Miranda.

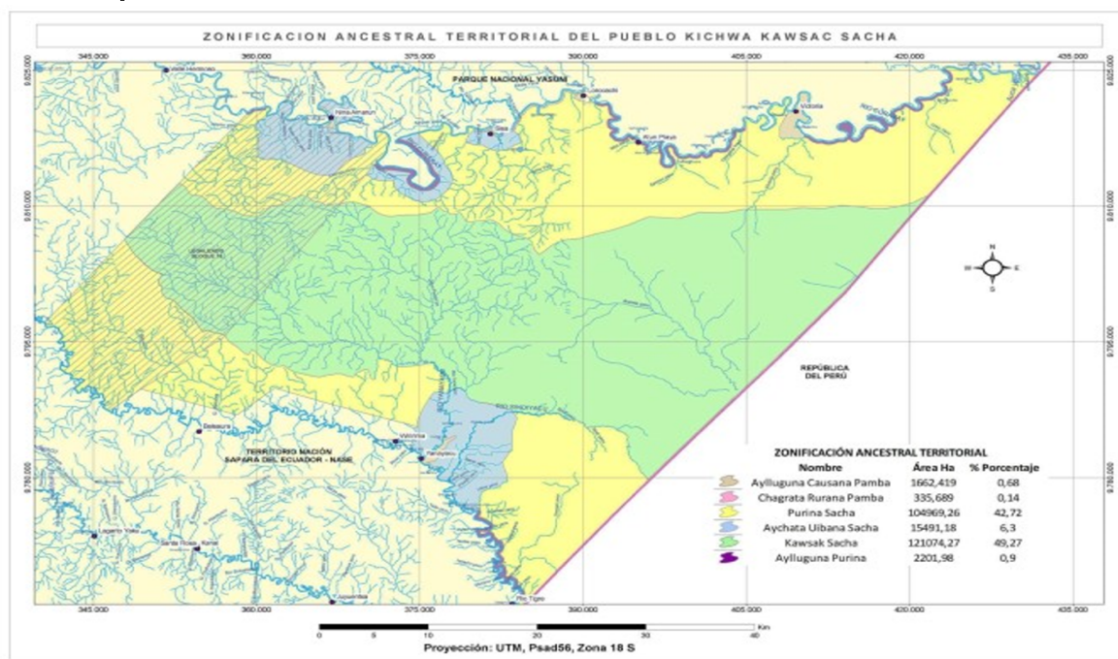
<sup>64</sup> Reconocido con fecha 28 de noviembre de 2008 por el CODENPE. Sobre el Curaray colinda con la Colonia kichwa Pavacachi y el Pueblo Kichwa del Curaray, mientras que en el Conambo y Pindoyaku con la Nación Sapara.

<sup>65</sup> Nina Amarun, Macao, Sisa, Lorocachi, Jatun Playa, Victoria y Yana Yaku.

<sup>66</sup> Fuente: Pueblo Ancestral Kichwa Kawsak Sacha y Fundación Sacha Warmi, 2021: sin página.

<sup>67</sup> Del Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica

**Mapa 03: Zonificación Ancestral Territorial del Pueblo Kawsak Sacha.**



**Fuente:** Plan de Manejo del Territorio de Pueblo Ancestral Kawsak Sacha (2011: 65).

Su dieta está basada en cultivos y producción de la chacra, para el autoconsumo, con especies como la yuca, plátano, verde mandil, camote, ají, zapallo, papaya, etc. Las mismas que se complementan con la cacería y la pesca (esta última para su comercialización).

#### 6.3.1.5 Nacionalidad Sapara.

El territorio de la Nación Sapara (NASE) se encuentra ubicado al Sureste de la Provincia de Pastaza, con 322.029,4949 hectáreas<sup>68</sup>, integrado por 23 comunidades; y 50.000 hectáreas aproximadamente en disputas internas con la Nacionalidad Kichwa. Según el Plan de Vida la población total asciende a 1268 pobladores en todo el territorio, de los cuales 600 personas se autoidentifican como Sapara, los restantes son indígenas mestizos Kichwa, Achuar y Shiviari (2021: 27)

Actualmente, existen diversos conflictos y tensiones territoriales entre comunidades por la presión para el ingreso de actividades hidrocarburíferas; al igual que acuerdos de conservación con Socio Bosque<sup>69</sup>.

La lengua Sapara, ha sido reconocida como Patrimonio Oral Inmaterial de la Humanidad por la UNESCO en 2008 (Plan de Vida Sapara, 2021: 24)

“Los Sapara, (...) que habitaban la cuenca amazónica, desde el Marañón en el Perú, hasta las estribaciones del alto Napo, por la provincia de Pastaza; debido a la intromisión de varios agentes externos, entre los más relevantes la Religión,

<sup>68</sup> 251,503 has entregadas en el gobierno de Rodrigo Borja en 1992 y las restantes en el año 2009 con el proceso de legalización de territorios indígenas en lo que se conocía como la Franja de Seguridad.

<sup>69</sup> [Ecuador: Pueblo Sapara gana acción de protección contra Agricultura | Servindi - Servicios de Comunicación Intercultural](#)

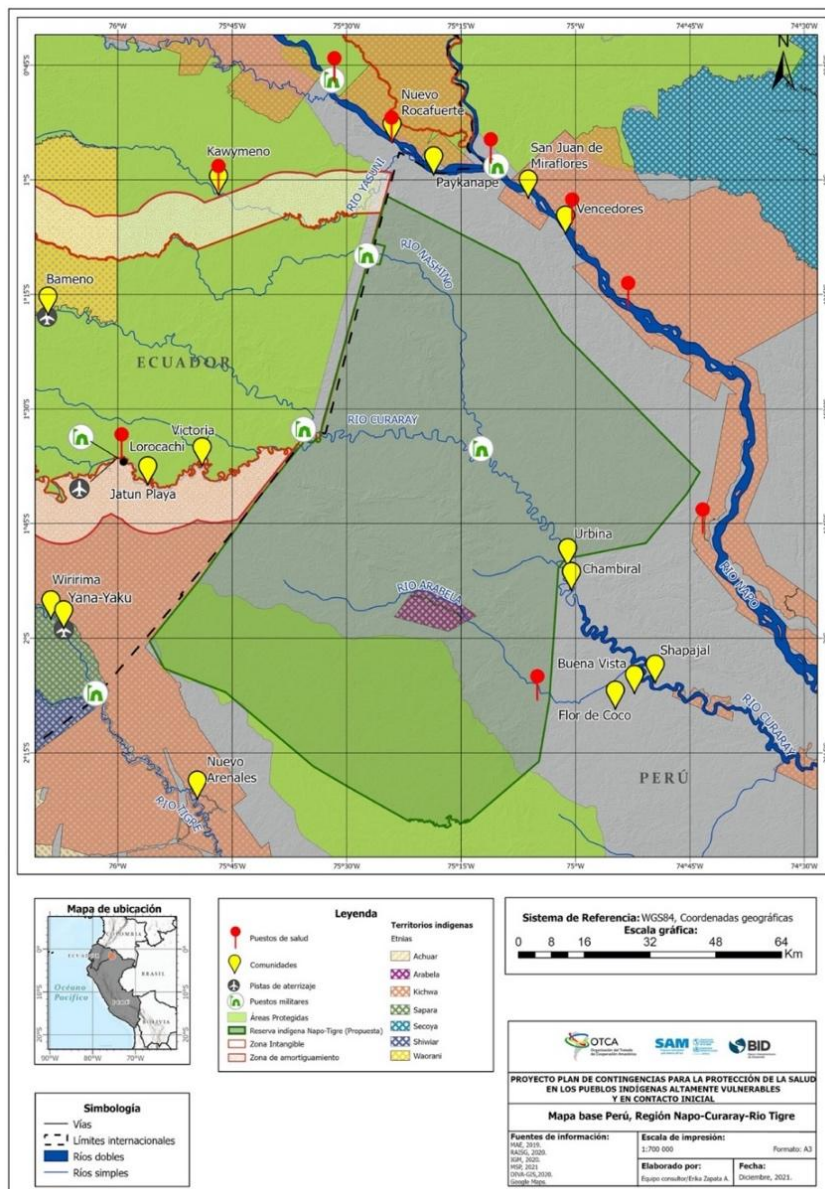


(...) así como el ingreso de los caucheros, sumado a una serie de enfermedades (...) [que] fueron diezmando la población (...) [y] que posteriormente iniciaron un proceso de “organización” en pequeños grupos familiares que iniciaron la formación de comunidades. El conflicto bélico entre Ecuador y Perú provocó la división familiar de los Sapara, -por situarse en ambos lados de la frontera-, al conformarse la Franja de Seguridad Nacional “. (Plan de Vida Sapara, 2021: 23)

Realizan actividades tradicionales de cacería, pesca y el manejo de chacras con productos como la yuca, plátano, maíz, caña, piña, camote, naranjilla, ají, entre otros.

### 6.3.2 Perú

**Mapa 04: Región de estudio en Perú**



**Fuente:** Equipo consultor y geógrafa Erika Zapata, 2022.

El departamento de Loreto concentra el mayor porcentaje de comunidades nativas amazónicas correspondiente a cerca de 30 pueblos indígenas u originarios. Dentro del estudio se desprenden tres grandes pueblos: Kichwa, Achuar y Arabela<sup>70</sup>. Sin embargo, en el área de estudio también existen pequeñas comunidades Secoya, que al igual que otras poblaciones mantienen vínculos familiares entre los dos países.

#### 6.3.2.1 Pueblo Quechua o Kichwa<sup>71</sup>

Los Kichwa del Napo y Curaray son descendientes de los Quijos, ubicados tradicionalmente en el actual territorio del Ecuador. Este grupo fue trasladado hacia el Perú por los patrones caucheros, donde se mezclaron con poblaciones que habían perdido su identidad étnica originaria (Aparicio y Bodmer, 2009: 112), por ejemplo, Omaguas, Zápara o Huitotos.

En la Región de Loreto, los grupos Kichwa naporuna se encuentran asentados en las cuencas del río Napo, Curaray y Tigre (Departamentos de Loreto y San Martín) y, de acuerdo con los Censos Nacionales 2017, la población de dichas localidades asciende a 82,141 personas aproximadamente. Al igual que en otros pueblos Kichwa, conservan la lógica de subsistencia a partir de la agricultura de roza y quema. En sus huertos, los productos que suelen sembrar son yuca, plátano, maní, maíz, camote, caña de azúcar, entre otros. (Kichwa, Base de Datos de Pueblos Indígenas – BDPI del Perú<sup>72</sup>). Finalmente, su territorio tradicional se ha ubicado entre ambos países.

A partir del conflicto armado entre Ecuador-Perú en 1941 se produjo la ruptura de importantes relaciones interétnicas entre las dos naciones, en el área (...) especialmente relaciones de intercambio, comerciales y familiares. En los últimos años, las actividades hidrocarburíferas y madereras han impactado las estructuras tradicionales y socio económicas de las comunidades kichwas (Aparicio y Bodmer, 2009: 117).

Para la Región NCRT (Perú) existen cerca de 35 comunidades Kichwas que se encuentran organizadas en la Federación de Comunas Nativas del Curaray (FECONCU), Organización Kichwaruna Wangurina del Alto Napo (ORKIWAN) y Federación de Comunidades Nativas del Alto Tigre (FECONAT).

#### 6.3.2.2 Pueblo Arabela (Zápara)

Según el Ministerio de Cultura, el Pueblo Arabela es de los pocos que pertenece lingüísticamente a la familia Zápara que ha logrado mantenerse a pesar del tiempo en el Perú y se considera que está conformado por alrededor de 527 personas. (Arabela BDPI<sup>73</sup>).

---

<sup>70</sup> Para más información remitirse a la base de datos elaborada y actualizada por el Viceministerio de Interculturalidad <https://bdpi.cultura.gob.pe/>. Acceso en: 29-12-2021. (Fuente oficial en cuanto a información sociodemográfica, estadística y geográfica de los pueblos indígenas u originarios).

<sup>71</sup> Ambos términos son usados por las comunidades y autoridades gubernamentales de Perú.

<sup>72</sup> [Kichwa | BDPI \(cultura.gob.pe\)](#)

<sup>73</sup> [Arabela | BDPI \(cultura.gob.pe\)](#)

Los Arabela se han asentado tradicionalmente en el río que lleva su nombre y se agranda al norte con los ríos Napo, Tigre; y, al sur con los ríos Amazonas y Marañón. Al parecer su núcleo original se ubica en la actual ciudad de Iquitos, punto de partida de su movimiento por el río Tigre hasta las cuencas principales, consolidando el núcleo del subgrupo Arabela (Aparicio y Bodmer, 2009: 317).

Los descendientes de los últimos guerreros y líderes Arabela anteriores al contacto viven en las comunidades que son parte del estudio: Buena Vista y Flor de Coco (con reconocimiento como comunidad nativa en 1978 y titulación de su territorio en 1980) y se encuentran organizadas dentro de la Federación de Comunidades Nativas del Alto Curaray y Arabela (FECONACA). También se pueden encontrar grupos de hablantes Zaparo en Shapajal y Urbina (mayormente Kichwa).

La cronología de contacto de este grupo se remonta a 1945 en la cuenca del río Arabela. El primer misionero en ponerse en contacto para iniciar un proceso de evangelización y bautismal, fue el agustino Samuel Barrio. Hasta 1959 vivieron bajo el dominio de un patrón del Napo. A inicios de los años 60 se produce la incursión del ILV, quienes fundan una misión, y para los años 70's, tiene la primera escuela en la comunidad de Buena Vista (Viejo) (Aparicio y Bodmer, 2009: 319).

Mantienen aun las actividades tradicionales de cacería, pesca, manejo de cultivos, entre otros, aunque dependen cada vez más de las regalías o beneficios de la empresa petrolera Perenco.

#### 6.3.2.3 Pueblo Secoya

Los Secoya se autoidentifican con los términos de *pai* o *bai*, que significan gente, pero prefieren que se los llame *iado pai*, expresión que hace referencia a la “gente de este monte”, su lengua es *Paaikoka Tukano oriental*. Este grupo en conjunto con los Maijuna son parte de la familia lingüística Tucano. A su vez se debe apuntar que se asientan principalmente en la parte norte de la región de Loreto y se estima que son alrededor de 787 personas, según datos del Ministerio de Cultura. La yuca es un cultivo importante para este pueblo porque de ella obtienen el casabe, la fariña, el masato y el almidón, productos esenciales para su dieta (...). Además de la agricultura han tenido como actividades económicas importantes la caza, la pesca y la recolección (Secoya BDPI<sup>74</sup>)

Son habitantes ancestrales del espacio limítrofe entre Perú, Ecuador y Colombia. En el Perú, los Secoya, viven en siete comunidades distribuidas a lo largo de las quebradas y afluentes del alto Putumayo, así como en la quebrada Santa María en el alto Napo. En Ecuador también habitan en las riberas de los Eno, Napo, Aguarico y Cuyabeno. (Aparicio y Bodmer, 2009: 311).

Desde el año 2000 hasta la actualidad, el Estado de Perú ha reconocido a favor del pueblo secoya la Reserva Comunal Aido Pai, con una extensión de 247.887 hectáreas<sup>75</sup>. Mientras que, en Ecuador, el Ministerio de Ambiente ha determinado un área de aproximadamente 5.000 hectáreas para su uso y manejo, dentro de la Reserva Faunística y Zona Intangible del Cuyabeno.

---

<sup>74</sup> Consultado de: [Secoya | BDPI \(cultura.gob.pe\)](http://cultura.gob.pe)

<sup>75</sup> La comunidad de Vencedor-Huajoya está reconocida como comunidad del pueblo secoya, cuya lengua pertenece a la familia lingüística Tucano.

En el área de estudio, se encuentra una comunidad Secoya (o *Siekopai*, término utilizado en Ecuador) de Paykenape, en los límites fronterizos entre los dos países, a orillas del río Napo en Perú, donde viven 9 familias, que se han asentado allí recientemente y se encuentra en disputa territorial, por superposición con el territorio comunitario Kichwa de Dos Fronteras, contiguo.

Las familias Secoya, al igual que ciertas comunidades Kichwas en la frontera con Ecuador, tienen acceso a los servicios médicos del Hospital Fiscomisional Franklin Tello, de Nuevo Rocafuerte.

#### 6.4 Descripción y territorialidad de los pueblos indígenas en situación de aislamiento y de contacto inicial.

Ambos países reconocen la existencia y los derechos de pueblos indígenas en aislamiento; sin embargo, el Ecuador no cuenta con una legislación específica, a pesar de lo enunciado en el último párrafo del artículo 57 de la Constitución.

Mientras que Perú cuenta con la Ley No. 28736 para la protección de los Pueblos Indígenas u Originarios en Situación de Aislamiento y Contacto Inicial, y su Reglamento a la ley en mención, que fue modificado por última vez en julio de 2016<sup>76</sup>. Finalmente, en Decreto Ejecutivo No. 1374 establece el Régimen Sancionador por Incumplimiento de las Disposiciones de la Ley No. 28736.

##### 6.4.1 Ecuador

En la Amazonía ecuatoriana se han identificado al menos tres grupos de "PIAV" habitando en la Zona Intangible Tagaeri-Taromenane y hacia su zona de amortiguamiento. Dos de estos grupos de origen Waorani son los Tagaeri y los Dugakairi. Finalmente, el tercer grupo ha sido identificado como los Taromenane, quienes también comparten el mismo tronco lingüístico Wao-terero; sin embargo, guardan diferencias en su cultura material (Proaño, J., Vela, E., & Villaverde, X., 2018).

Según el Informe Local de Ecuador del Grupo Social FEPP (2019), recogido en Informe Regional Pueblos Indígenas en Aislamiento: territorios y desarrollo en la Amazonía y Gran Chaco (Vaz (ed), 2019), los Taromenane son:

“pueblos de foresta tropical con un amplio grado de movilidad a través del territorio por razones de cacería y la recolección de plantas y frutos estacionales; realizan una agricultura itinerante bajo la modalidad de roza, tumba, pudre y siembra. Habitan en zonas colinadas y evitan los grandes ríos. Conviven en grupos residenciales ampliados, cuyas familias habitan al interior de malocas construidas con estructura de madera y techo de hojas de palma que se extiende hasta el piso en forma de “V” invertida. (...) Para las actividades de cacería utilizan dos tipos de armas lanzas y bodoqueras (cerbatanas) elaboradas con palma de chonta (*bactris gasipea*) o pambil (*Iriartea deltoidea*); sin embargo, para la guerra, solamente utilizan lanzas decoradas con plumas de aves y pelo de pecarí o de oso hormiguero. Por lo general, los ataques están relacionados con la defensa del territorio y evitar que otra gente extraiga recursos naturales como madera, hidrocarburos y cacería de animales” (FEPP, 2019:80).

---

<sup>76</sup> Decreto Ejecutivo No. 008-2016-MC

**Fotografía 1.** Casa o bohío Taromenane.



**Fuente:** Secretaría de Derechos Humanos (SDH) y Grupo Social FEPP, 2018.

**Fotografía 2.** Cultivo o chacra Taromenane (se puede observar productos como Yuca y plátano).



**Fuente:** SDH, GSFEP y Mateo Ponce, 2020.

Con fines del estudio, y después del análisis posteriores al ataque de 2013, determinó que los desplazamientos históricamente ocurridos por los PIAV hacia los límites con el Perú específicamente serían el grupo Dugakaeiri, que, de acuerdo con los informes estatales presentados ante la CIDH, Corte IDH y Asamblea Nacional del Ecuador entre

el 2013-2018<sup>77</sup>, está conformado por pocas familias y se encuentra totalmente inserto en la ZITT.

Según relatos recogidos con anterioridad, especialmente por misioneros capuchinos y franciscanos<sup>78</sup>, los Dugakaeiri, su territorio llegaría hasta cerca de la frontera con el Perú, pero en la actualidad la presencia de madereros y cazadores presuntamente peruanos (entre los ríos Nashiño, Cononaco, sector Quebrada Lobo, Curaray y Pindoyaku) en los límites internacionales entre Ecuador y Perú hace imposible que sigan sosteniendo esta movilidad. Pensamos que este grupo se habría internado hacia el corazón de la ZITT, cercano a poblados Waorani del Cononaco o Kichwa del Curaray.

A su vez, la información etnológica todavía se encuentra en fase de análisis por parte de la Secretaría de Derechos Humanos, quien es la entidad competente en la protección de los territorios de los pueblos en aislamiento voluntario.

Como resultado del último ataque a este pueblo en aislamiento(2013), fueron raptadas dos niñas Taromenane, las cuales viven en comunidades Waorani distanciadas una de otra y fueron ingresadas al Programa Sistema Nacional de Protección a Víctimas, Testigos y otros Participantes del Proceso Penal (SPAVT) de la Fiscalía General del Estado (s/f); en el caso de la mayor (Conta) trasladada a la comunidad de Bameno bajo cuidado de la familia ampliada Baihua Miipo (dentro de la ZITT), mientras que la menor (Daboka) está bajo cuidados de la familia ampliada Omeway Oguinea, en la comunidad waorani de Dicaro.

#### 6.4.2 Perú

Es el segundo país latinoamericano (después de Brasil) con mayor número de PIA, según el Informe Regional de Pueblos Indígenas Aislados: territorios y desarrollo en la Amazonía y Gran Chaco (Vaz(ed),2019); el mismo que menciona en total veinte y seis grupos reconocidos por la instancia a cargo de la protección de estos grupos que es el Ministerio de Cultura a través de la Dirección de Pueblos en Situación de Aislamiento y Contacto Inicial.

Hasta la fecha se han delimitado cinco Áreas Naturales Protegidas y otras cinco Reservas Territoriales Indígenas para la protección de estos grupos, donde organizaciones indígenas y sociales cumplen un activo papel en su protección.

En el área de estudio interseca con la solicitud de Reserva Indígena Napo, Tigre y afluentes<sup>79</sup>, la misma que se sustenta en estudios y testimonios de organizaciones como ORPIO y AIDESEIP sobre la existencia de Pueblos Indígenas Aislados (PIA); de los cuales mencionan que, al menos uno pudiera tener filiación con la Nacionalidad Waorani del Ecuador y otros remanentes de los grupos y familias Arabela/Zaparo del Perú<sup>80</sup>:

*“De acuerdo con la información antropológica, histórica y testimonial obtenida (...) actualmente, el curso alto de los ríos Curaray, Napo, Arabela, Nashiño,*

<sup>77</sup> En cumplimiento de los informes semestrales solicitados dentro de la Declaratoria de Interés Nacional (DIN) para los Bloques 31 y 43 (octubre 2013).

<sup>78</sup> Cabodevilla, 2008: 108-119 y, Juan M Coquinche M. en Aguirre (2006: 283-284)

<sup>79</sup> Que abarcaría las provincias de Loreto y Maynas (Departamento de Loreto).

<sup>80</sup> Huertas, 2012: 59 y 70.

*Pucacuro, Tigre y sus afluentes está habitado por pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario emparentados con los pueblos Arabela, Iquito, Taushira, Zápara y Waorani. Existe también la posibilidad de que algunos de ellos sean descendientes de los Abijira, considerados hasta hace poco un pueblo extinto. Los pueblos Arabela, Iquito, Taushira y Zápara están clasificados al interior de la familia lingüística Zápara, mientras que el idioma Waorani sería una lengua independiente. Por su parte, el idioma Abijira aún no ha sido clasificado en términos lingüísticos” (Huertas, 2012:1 y 90).*

Las investigaciones de las mencionadas Oenegés sistematizaron presuntos indicios (materiales e inmateriales<sup>81</sup>) de PIA entre los años 1950 y 2004, a través de informes técnicos realizados, entre otros, por el Instituto de Investigación de la Amazonia Peruana (IIAP) y AIDSESEP del año 2005<sup>82</sup>; una de las comunidades de este informe, que es parte del área de estudio es la comunidad nativa Arabela/Záparo de Buena Vista donde se recogen testimonios de personas o grupos aisladas en el “río Arabela y la Quebrada Cashaná” (2005: 11-12).

El 15 de septiembre del 2015 con el Informe N° 155-2015- DACIDGPI-VMI/MC, se volvió a otorgar la calificación técnica favorable a la solicitud de creación de la Reserva Indígena Napo, Tigre y afluentes;

**Fotografía 3.** Maloca y cultivo de PIA en la Reserva Indígena solicitada Napo – Tigre



**Fuente:** ORPIO, 2019<sup>83</sup>.

En tanto a los mecanismos de protección judicial, el Cuarto Juzgado Constitucional de Lima en enero de 2019, emitió una sentencia favorable a la demanda presentada el año 2016 contra el Ministerio de Cultura, en defensa de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial que incluye a la región de Loreto y la propuesta de Reserva Napo-Tigre. Finalmente, existen intereses públicos y privados sobre los recursos hidrocarburíferos en el área.

<sup>81</sup> Testimonios de terceros sobre los PIA.

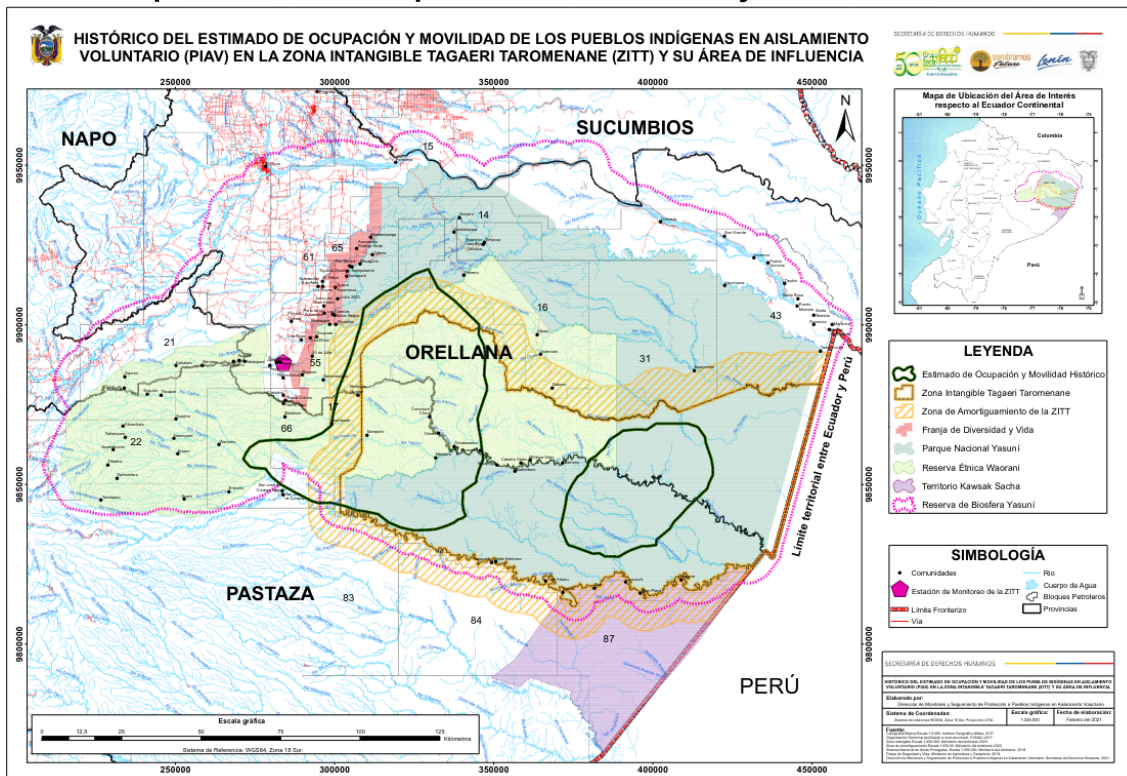
<sup>82</sup> Delimitación Territorial a Favor de los pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario ubicados en las cuencas altas de los ríos Curaray, Napo, Arabela, Nashiño, Pucacuro, Tigre y Afluentes, julio 2005.

<sup>83</sup> [Loreto: Fotos inéditas demuestran la existencia de pueblos aislados en la Reserva Indígena solicitada Napo Tigre – ORPIO](#)

### 6.5 Áreas naturales protegidas relacionadas a los PIACI

Los grupos en situación de aislamiento voluntario en Ecuador, si bien no tienen un territorio titulado, el Estado decretó la “Zona Intangible Tagaeri Taromenane” que es el área de protección legal reconocida específicamente creada para la protección de estas poblaciones y para mantener su derecho al aislamiento.

**Mapa 05: Área de ocupación PIAV en la ZITT y área de influencia.**



**Fuente:** SDH y GSFEP (2021).

En Perú, se encuentra ejecutando el Estudio Previo de Reconocimiento de los pueblos indígenas en situación de aislamiento, según la solicitud de creación de la Reserva y de acuerdo con los Términos de Referencia aprobados por la Comisión Multisectorial que lidera el Ministerio de Cultura conforme con lo establecido por la Ley para la Protección de Pueblos Indígenas u Originarios en situación de Aislamiento y en situación de Contacto Inicial; y su Reglamento.

En caso de la calificación favorable de dicho Estudio previo por la Comisión Multisectorial, se dispondrá su reconocimiento mediante Decreto Supremo refrendado por el Ministerio de Cultura y, se deberá continuar con el Estudio adicional de caracterización, finalmente de contar con la información técnica favorable por la mencionada Comisión, se dispondrá la categoría de reserva indígena, se dispondrá la misma mediante Decreto Supremo.



## 6.6 Amenazas a los PIACI en la región de estudio.

Según el Informe Regional Pueblos Indígenas en Aislamiento: territorios y desarrollo en la Amazonía y Gran Chaco (Vaz, Antenor (ed), 2019), existen diferentes amenazas territoriales y vulnerabilidades que afectan a los PIA en la región.

### 6.6.1 Ecuador

Las principales amenazas para los grupos en situación de aislamiento, sus territorios y que incluyen las acciones llevadas a cabo por el Estado son:

**Tabla 3: Amenazas a los PIA y observaciones**

Amenaza PIA con participación del Estado ((Vaz, Antenor (ed), 2019: 58-59).	Observación
La contaminación al ambiente por actividades de exploración y explotación petrolera (y, auditiva por la sísmica).	<p>Actualmente, dentro del Parque Nacional Yasuní, área de influencia de la ZITT se encuentran los siguientes campos hidrocarburíferos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bloque No. 14 y 17, operado por PetroOriental S.A;</li> <li>- Bloques 31 y 43, operado por Petroecuador S.A:</li> <li>- Bloque No. 16 operado por Repsol S.A.</li> </ul> <p>Al sur del PNY y la zona de amortiguamiento de la ZITT existen Bloques petroleros como son los Nos. 83, 84 y 87 que han sido ofertados en sucesivas rondas de licitaciones, todavía no adjudicados a ninguna empresa; también se ha planteado la comercialización de este crudo a través del oleoducto peruano. Finalmente, el Bloque No. 55 (manejado por Petroecuador S.A.) colinda con áreas de influencia histórica de PIA.</p>
Colonización y ampliación de la frontera agrícola (políticas de desarrollo);	La falta de regulaciones y políticas integrales en la franja colindante con los límites occidentales del Parque Nacional Yasuní y el territorio global Waorani, conocida como "La Franja de Diversidad y Vida del Cantón Fco de Orellana";
Infraestructura vial y de servicios a petroleras y comunidades;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La vía petrolera a los campos Ishpingo A y B (Bloque No. 43), colindante con la zona de amortiguamiento de la Zona Intangible Tagaeri-Taromenane.</li> <li>- La apertura de la vía Taracoa-Pompeya (del GAD Provincial de Orellana) en los límites nor occidentales del PNY;</li> </ul>
Territorio de uso compartido que provoca una convivencia con tensiones y conflictos (Inter tribales) entre familias y comunidades Waorani y los PIA.	Los Waorani han realizado los ataques recientes del 2003 y 2013 a los PIA, en venganza de las matanzas a Huaorani (1993, 2013 y 2016, entre otras, como el ataque a un Waorani que se defendió en 1984, y anteriores a la época del contacto).

**Fuente:** Informe Local de Ecuador (ILE, 2019) en Antenor Vaz (ed).

**Elaboración:** Autores, diciembre 2021.

Mientras tanto, según mencionado por el informe local, existen otras amenazas fruto de la ausencia del Estado, como son:

- Falta de una política pública aprobada [y con recursos económicos];
- Tala ilegal de especies forestales y presencia de madereros; y,
- Turismo [no regulado] y presencia de gente externa, enfermedades, cacería y pesca furtiva, colonización y contaminación ilícita ((Vaz, Antenor (ed), 2019: 59-60).

La problemática de tala y cacería ilegal es especialmente peligrosa para la vida y autodeterminación de los PIA, ya que la tala se realiza en los límites orientales y dentro de la ZITT (hacia el Perú), sobre todo de especies como el cedro, caoba y chuncho según los informes de Oenegés y el propio Estado ecuatoriano.

**Fotografía 4:** Campamento ilegal y madera balseada, río Lobo (Ecuador, límites internacionales con el Perú).



**Autor:** Mateo Ponce y GSFEPF-FAL, 2020.

Las amenazas y presiones han puesto a los PIA en situación de alta vulnerabilidad y amenaza, generando reacciones ‘violentas’; por ejemplo, las matanzas de PIA a misioneros, mestizos, madereros y/o Waorani: 1987, 1993, 2001, 2005, 2006, 2008, 2009, 2013 y 2016; entre otras anteriores.

A esto se debe sumar, otras amenazas y presiones levantadas por esta consultoría como son la falta de:

- Un marco normativo específico de protección para los PIA y recursos económicos;
- Conocimiento y protección efectiva del territorio;
- Falta de Institucionalidad fortalecida y funcionarios capacitados en la temática; y,
- Seguimiento y compromiso por parte de la sociedad civil para exigir el cumplimiento de los derechos de los PIA.

#### 6.6.2 Perú

Según los tres Informes Locales de Perú (en Vaz, Antenor (ed), 2019), las principales amenazas para PIA, con participación del Estado son:

- Infraestructura, Prospección petrolera-actividades hidrocarburíferas; y,
- Colonización, tala ilegal de especies forestales, turismo y presencia de gente extraña y enfermedades/ sanitarias/inmunológicas, minería y narcotráfico (2019:65).

Las mayores amenazas por ausencia del Estado son las mismas que Ecuador, con excepción de la minería. (Ibídem, 2019: 65).

Según el Informe Local de Perú elaborado por la Organización Regional de Pueblos Indígenas del Oriente (ORPIO), en el Informe Regional citado:

*A pesar de la existencia del Régimen Especial Transectorial de protección de los PIA y su obligación de “implementar los mecanismos y medidas necesarias en las áreas propuestas para la categorización de las reservas indígenas, garantizando la protección de los pueblos en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial”, después de la presentación de las solicitudes de creación de las 5 Propuestas de Reservas Indígenas, después de la promulgación de la Ley No. 28736 y su Reglamento, e inclusive después de la calificación técnica favorable de las Reservas Indígenas solicitadas y durante el*

*mismo proceso de elaboración de los Estudios Previos de Reconocimiento de creación de Reservas Indígenas, el Estado Peruano, a través de la Dirección Ejecutiva Forestal y de Fauna Silvestre de la Autoridad Regional Ambiental del Gobierno Regional de Loreto, el Servicio Nacional Forestal (SERFOR) y el Ministerio de Energía y Minas (MINEM), otorgó por lo menos 41 nuevas concesiones forestales ilegales y 4 lotes de hidrocarburos (lotes 135, 137, 95 y 138) dentro de las áreas de las Reservas Indígenas solicitadas, sin que el Régimen Especial Transectorial de protección de los PIA hiciera algo por evitarlo” (Vaz, Atenor (ed), 2019: 67).*

Dentro de la Reserva Nacional Pucacuro se encuentran los siguientes campos hidrocarburíferos: Lotes N° 39-A y 39-B y 67, operado por *PERENCO Perú* y *Petroleum Limited Sucursal del Perú*. Y, se encuentra en exploración y negociación el Lote No. 121, opera la empresa estadounidense *Burlington Resources*.

A lo mencionado hay que sumar los proyectos viales, como el proyecto Bellavista-El Estrecho o Binacional vial Vargas Guerra-Pantoja.

Finalmente, según el informe técnico de Delimitación de AIDSESEP:

*“La penetración de madereros, trabajadores de empresas petroleras, mineras, entre otros, constituye un gran riesgo para la población en aislamiento y su hábitat; de un lado, porque estos agentes ingresan a las zonas de alto riesgo de contacto -zonas interfluviales, amenazando la vida de la población en aislamiento a través del contagio de enfermedades y, de otra, porque vienen generando impactos negativos sobre los recursos naturales hasta ahora compartidos (...)” (Huertas, 2012, 2005: 90).*

### 6.7 Conexiones socioculturales transfronterizas de grupos étnicos

Como se ha manifestado, los grupos indígenas mantenían una estrecha unidad socio cultural y territorial, con una particular historia de la región dentro del Ecuador y Perú, en medio de su aislamiento, y con la presencia de núcleos muy reducidos de colonos y sin acceso a la institucionalidad, hasta mediados del siglo XIX o principios del XX; con el devenir de los conflictos armados entre Ecuador y Perú, la frontera y sus franjas de seguridad terminaron por dividir comunidades y familias, como en el caso de los Kichwas o Secoyas en el área de estudio focalizada.

La fiebre del caucho fue sustituida por la colonización y actividades petroleras, que mantienen presiones en territorio ecuatoriano de la mano de ilícitos ambientales como tala selectiva y cacería de fauna en áreas protegidas. Lo mismo ocurriría en el Perú, sumado a la problemática de la minería ilegal (por dragado artesanal del río con uso de mercurio). Diversas Oenegés siguen denunciado o comunicando sobre estos hechos, tal es el caso de la Fundación Alejandro Labaka, el Grupo Social FEPP, y Land is Life; y las organizaciones indígenas Waorani y Kichwa de Kawsak Sacha.

Estos y otros temas comerciales y territoriales fueron tratados en dos reuniones fronterizas entre comunidades Kichwas del Curaray de Ecuador y Perú. La primera se realizó en febrero 2018, en Urbina (Perú) y la segunda en julio 2018, en Lorocachi (Ecuador). Al llamado acudieron líderes indígenas Kichwas y autoridades locales; se firmaron acuerdos escritos a mano. Entre las comunidades focalizadas del estudio se encuentran: Lorocachi, Victoria, Jatun Playa, Yana-Yaku, Flor de Coco, Chapajal, Urbina y Buenavista.

Según diversas investigaciones, las concesiones para aprovechamiento forestal de árboles como el cedro, entre otros, se inicia en Perú a partir de 1950, en los ríos Curaray y Arabela. Y, de manera más intensiva a partir de los años 90; como también en territorio ecuatoriano, en los mismos ríos y sus afluentes Nashiño, Cononaco y Lobo. Igualmente existen campamentos ilegales transfronterizos en el área de estudio, que comercian con pobladores (sobre el río Curaray) y cercanas en el Napo. El destino de la madera es Santa Clotilde y Iquitos. Actualmente, en Ecuador está en veda las especies de caoba *Swietenia macrophylla* y cedro *Cedrela odorat*, por lo cual está prohibida la tala y la comercialización de estos productos maderables.

Finalmente, este estudio ha recogido las principales hipótesis sostenidas por diversos autores, entre ellos, Miguel Ángel Cabodevilla (2008), AIDSEP (2005), Huertas (2012), entre otros, respecto a que las tierras y territorios de los grupos PIA rebasan los límites internacionales entre Ecuador y Perú, en la zona de estudio.

## 6.8 Coordenadas por comunidad y tiempo de traslados hasta la cabecera municipal o departamental.

### 6.8.1 Ecuador:

Entre 8 y 12 horas de la cabecera municipal o provincial en el caso de las comunidades Waorani de Kawymeno y Bameno; mientras que en el caso de las comunidades Kichwa de Victoria, Lorocachi, Yana-yaku y Jatun Playa, al igual que Wiririma en territorio Sapara están a 3 a 5 días de la cabecera municipal o parroquial.

**Tabla 4: Comunidades en Ecuador y ubicación (latitud y longitud decimales).**

#	Comunidad	Etnia, Pueblo o Nacionalidad	wkt_geom_decimales
1	Nuevo Rocafuerte (Centro Poblado)	Mestizo e indígenas Kichwa.	Point (-75.40080 -0.91965)
2	Kawymeno	Waorani	Point (-75.77993 -1.03389)
3	Bameno	Waorani	Point (-76.15268 -1.29618)
4	Lorocachi	Kichwa	Point (-75.93473 -1.66637)
5	Jatun Playa	Kichwa	Point (-75.77993 -1.03389)
6	Victoria	Kichwa	Point (-75.81591 -1.62489)
7	Yana-yaku	Kichwa	Point (-76.12534 -1.973649)
8	Dicaro	Waorani	Point (-76.21146 -0.93664)
9	Wiririma	Sapara	Point (-76.14634 -1.95867)

**Fuente:** Equipo consultor, diciembre 2021.

Perú: En el caso de Perú, las comunidades se encuentran entre 12 y 24 horas de la cabecera municipal, y de la cabecera departamental entre cinco a siete días.

Por ejemplo, Iquitos se encuentra a 300 kilómetros fluviales de las comunidades del área de estudio, mientras que, en Ecuador, las comunidades de la provincia de Orellana se ubican a un promedio de 150 kilómetros por vía fluvial y terrestre, de la ciudad del Coca, mientras en el caso de las comunidades de Pastaza, Puyo se encuentra a más de 300 kilómetros por vía fluvial y terrestre.

### 6.8.2 Perú:

**Tabla 5: Comunidad en Perú y ubicación (latitud y longitud decimales).**

#	Comunidad	Etnia, Pueblo o Nacionalidad	wkt_geom_decimales
1	San Juan de Miraflores	Kichwa.	Point (-75.10323 -1.04096)

2	Vencedores	Kichwa	Point (-75.02178 -1.11933)
3	Urbina	Kichwa	Point (-75.01688 -1.84508)
4	Chambiral	Kichwa	Point (-75.00873 -1.89684)
5	Shapajal	Kichwa	Point (-74.82581 -2.09886)
6	Flor de Coco	Arabela	Point (-74.9130 -2.15561)
7	Buena Vista	Arabela	Point (-74.87112 -2.12146)
8	Nuevo Arenales	Kichwa	Point (-75.2641 -2.35206)
9	Paykanampe	Secoya	Point (-75.309818 -0.990013)

**Fuente:** Equipo consultor, diciembre 2021.

## 6.9 Áreas protegidas en la Región Napo Curay Río Tigre

### 6.9.1 Ecuador

**Tabla 6: Áreas protegidas relacionadas a la Región en Ecuador**

Nombre	Descripción
	con 818. 501, 42 hectáreas y una zona de amortiguamiento de 10 kilómetros (con 399.605,070 has).

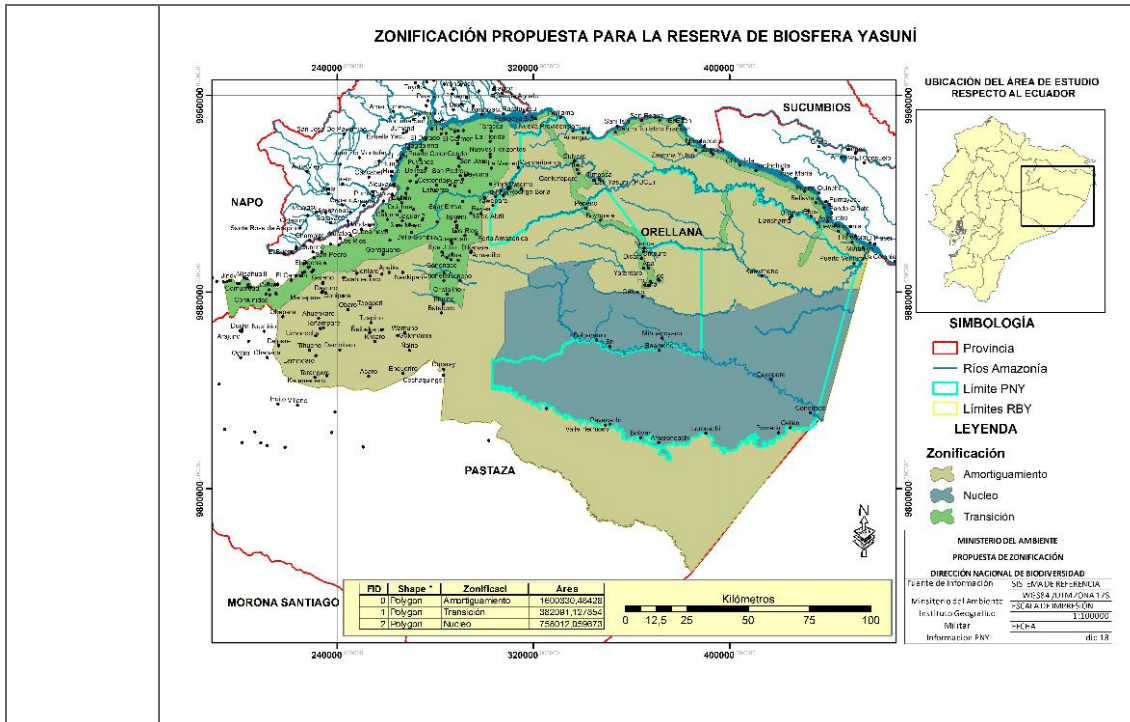
<sup>84</sup> Unesco, consultado en agosto 2021: <https://es.unesco.org/biosphere/lac/yasuni>

<sup>85</sup> Declarado como tal el 26 julio de 1979 en Acuerdo Ministerial No. 0322, R.O. No. 69, 20 nov 1979

<sup>86</sup> R.O. 936 de 18 de mayo de 1992

<sup>87</sup> Creada para la protección de los PIAV en 1999, fue delimitada recién en el año 2007; y sus límites fueron reformados mediante Decreto Ejecutivo No. 751 de junio de 2019

<sup>88</sup> <https://es.unesco.org/biosphere/lac/yasuni>



Fuente: Equipo consultor, diciembre 2021.

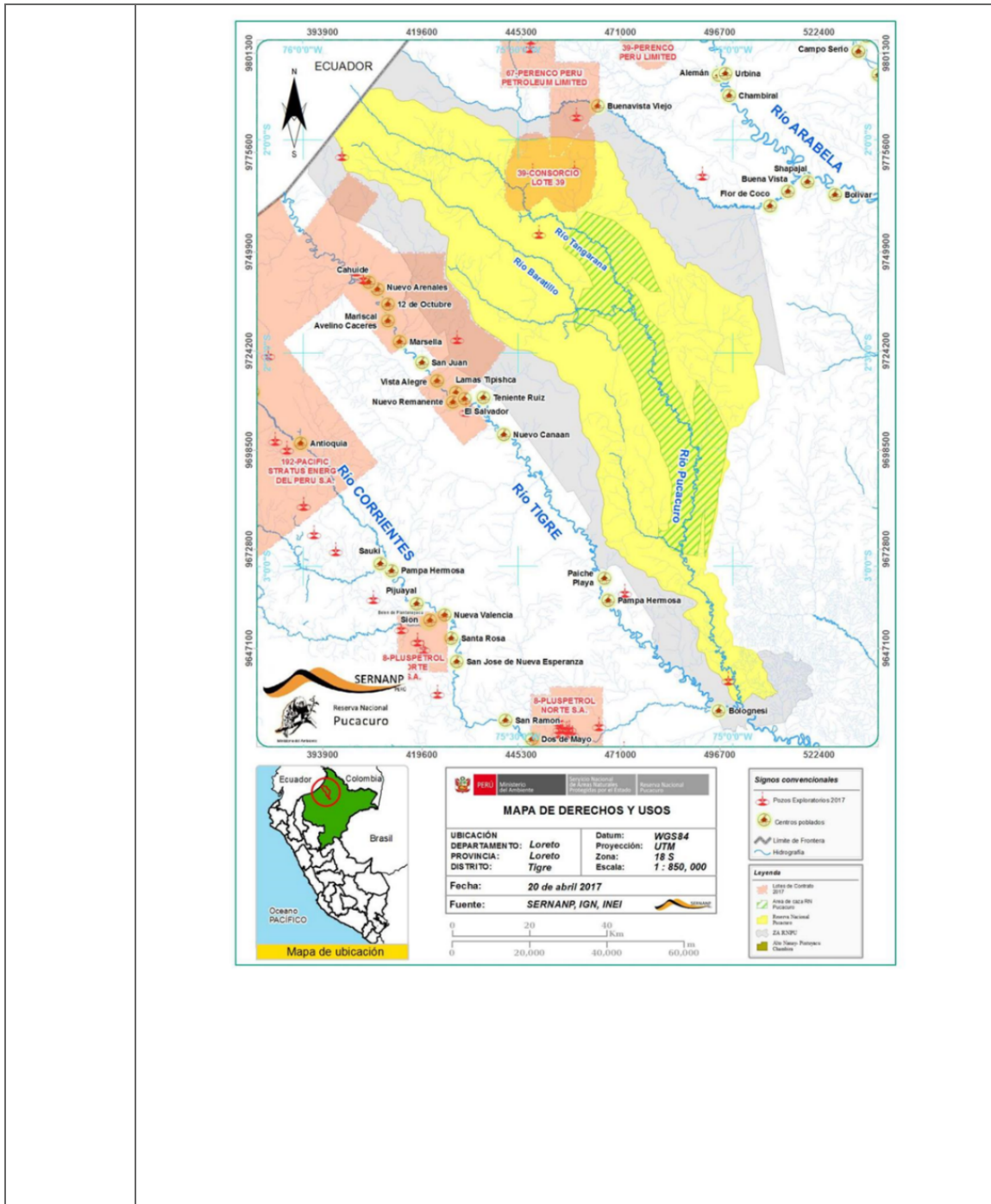
### 6.9.2 Perú

**Tabla 7: Áreas protegidas relacionadas a la Región en Perú**

Nombre	Descripción

<sup>89</sup> Catalogada como Reserva Nacional el 24 de octubre del 2010, mediante Decreto Supremo N°016-2010-MINAM.

<sup>90</sup> Servicio Nacional de Áreas Protegidas por el Estado: Reserva Natural de Pucacuro: <https://www.sernanp.gob.pe/pucacuro>



**Fuente:** Equipo consultor, diciembre 2021.

## 6.10 Comunidades en el área de estudio, accesibilidad, relación con usos territoriales y ubicación geográfica

### 6.10.1 Ecuador

Encontramos nueve comunidades, de las cuales de las cuales solamente 4 cuentan con establecimientos de salud, siendo el más grande el hospital que se encuentra en Nuevo

<sup>91</sup> <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/505864/436196909916279643520200203-11250-1q0ix4v.pdf>

Rocafuerte, mientras que Kawymeno, Dicaro y Lorocachi tienen habilitados un puesto de salud, respectivamente.

A su vez, tal y como se manifestó anteriormente, las distancias son bastante amplias, por lo que contar con una pista de aterrizaje o helipuerto puede ser fundamental sobre todo para la atención inmediata de emergencias médicas, sin que se pueda dejar de lado los altos costos para realizar este tipo de operaciones.

**Tabla 8: Comunidades, población, existencia de establecimientos de salud, accesibilidad, áreas protegidas.**

#	Comunidad	Pob (personas/fa milias aprox.)	Establecimien to s de Salud	Pista de aterrizaje	Reservas, territorios indígenas y otros
1	Nuevo Rocafuerte (Centro Poblado)	542 personas <sup>92</sup> (área urbana)	Si (Hospital)	Si	Provincia Orellana, cantón Aguarico, Cabecera parroquial urbana de Nuevo Rocafuerte; Río Napo; Bloque Hidrocarburífero No. 43 (operado por Petroecuador).
2	Kawymeno	189 personas 20 familias <sup>93</sup>	Si (Puesto de Salud)	No (solo Helipuerto)	Provincia Orellana, cantón Aguarico, Cabecera parroquial rural Cononaco; Río Yasuní; Parque Nacional Yasuní (PNY) Bloque Hidrocarburífero No. 43 (operador por Petroecuador)
3	Bameno	143 personas 45 familias <sup>94</sup>	No (Se atiende desde el Centro de Salud de Tiwino Waorani)	Si	Limite Provincia Orellana y Pastaza; Cantones Aguarico y Arajuno; y parroquias rurales de Cononaco y Curaray respectivamente. Río Cononaco; Territorio global de la Nacionalidad Waorani, Parque Nacional Yasuní (PNY) y Zona Intangible Tagaeri-Taromenane (ZITT).
4	Lorocachi	180	Si (Puesto de Salud)	Si	Provincia de Pastaza, Cantón Pastaza,

<sup>92</sup> "ASIS H.F.TELLO, 2021"

<sup>93</sup> Centro de Salud Kawymeno.

<sup>94</sup> Plan de Vida de la Comunidad Bameno, FEPP-FAL-UE, 2021, borrador no publicado.



		personas <sup>95</sup> 40 familias			Parroquia Rural de Tigre. Río Curaray; Territorio global de Kawsak Sacha; Zona de amortiguamiento PNY/ZITT.
5	Jatun Playa	25 Personas 5 familias <sup>96</sup>	No (se atiende desde el Puesto de Salud de Lorocachi)	No	Provincia de Pastaza, Cantón Pastaza, Parroquia Rural de Tigre. Río Curaray; Territorio global de Kawsak Sacha; Zona de amortiguamiento PNY/ZITT
6	Victoria	29 personas 6 familias <sup>97</sup>	No (se atiende desde el Puesto de Salud de Lorocachi)	No	Provincia de Pastaza, Cantón Pastaza, Parroquia Rural de Tigre. Río Curaray; Territorio global de Kawsak Sacha; Zona de amortiguamiento PNY/ZITT
7	Yana-yaku	45 personas 8 familias <sup>98</sup>	No	Si	Provincia de Pastaza, Cantón Pastaza, Parroquia Rural de Tigre. Río Pindoyaku; Territorio global de Kawsak Sacha;
8	Dicaro	289 habitantes 74 familias <sup>99</sup>	Si (desde el Puesto de Salud en la comunidad)	No	Provincia Orellana, Cantón Aguarico, Parroquia rural de Cononaco. Territorio global Waorani;
9	Wiririma	122 personas 27 familias <sup>100</sup>	No	Si	Provincia de Pastaza, Cantón Pastaza, Parroquia Rural de Tigre. Río Pindoyaku; Territorio de la Nacionalidad Sapara del Ecuador (NASE); Bloque Hidrocarbúrrifero No. 79 (en licitación).

**Fuente:** Equipo consultor, diciembre 2021.

<sup>95</sup> Programa Integral Kawsak Sacha..., no publicado, 2021).

<sup>96</sup> Plan de Manejo de Kawsak Sacha, 2011. La población no se ha incrementado.

<sup>97</sup> Ibídem. La población no se ha incrementado, parte es flotante.

<sup>98</sup> Plan de Manejo de Kawsak Sacha, 2011. La población no se ha incrementado.

<sup>99</sup> Plan de Vida de la Comunidad Dicaro, FEPP-FAL-UE, 2021, borrador no publicado.

<sup>100</sup> Plan de Vida Nación Sapara del Ecuador, 2021 (Consejo de Gobierno de la NASE 2018 – 2022).

### 6.10.2 Perú

De las nueve comunidades, solamente una cuenta con un puesto de salud de primer nivel (Buena vista). Mientras que tres acuden al hospital ubicado en Nuevo Rocafuerte. Y, las restantes a los Puestos de Salud de Santa Clotilde o Buena Vista. Cabe mencionar que ninguna cuenta con pista de aterrizaje.

**Tabla 9: Comunidades, población, existencia de establecimientos de salud, accesibilidad, áreas protegidas.**

#	Comunidad	Pob (personas aprox. <sup>101</sup> )	Establecimiento de Salud	Pista de aterri- zaje	Reservas, territorios indígenas y otros <sup>102</sup>
1	San Juan de Miraflores	105	No cuenta con centro de salud se atienden en el Centro de Salud Cabo Pantoja.	No	Río Napo.
2	Vencedores	125	No cuenta con centro de salud se atienden en el Centro de Salud Cabo Pantoja.	No	Río Napo; Comunidad Nativa kichwa con reconocimiento, pero sin titulación (R.D.082-2018-GRL-DRA-L)
3	Urbina	116	No (se atiende en el centro de salud en Santa Clotilde)	No	Río Curaray; Comunidad Nativa Kichwa con reconocimiento, pero sin titulación (R.D. 021-2010-GRL-DRA-L); y Área de influencia Lote 67 y 121 operado por Perenco
4	Chambiral	17	No (se atiende en el centro de salud en Santa Clotilde o Buena Vista)	No	Río Curaray; Comunidad Nativa Kichwa con reconocimiento, pero sin titulación de tierras R.D. 162-2007-GRL-DRA-L; Área de influencia de la Reserva Nacional Pucacuro; Área de influencia Lote 121 operado por Perenco

<sup>101</sup> Peru, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2020: [dpto16.xlsx \(live.com\)](#) y [Centros de Salud 2020](#).

<sup>102</sup> Referencias consultadas en: Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios (BDPI) del Ministerio de Cultura del Perú. Consultado en septiembre 2021.

5	Shapajal	106	No, se atiende en Buena Vista.	No	Río Arabela; Comunidad nativa Kichwa con reconocimiento, pero no titulación (R.D. 209-2002-CTAR-DRA-L); Área de influencia de la Reserva Nacional Pucacuro; Área de influencia Lote 121 operado por Perenco.
6	Flor de Coco	82	No, se atiende en Buena Vista.	No	Río Arabela; Comunidad nativa Arabela con reconocimiento R.D.008-2009-GRL-DRA-L y R.D. 004-1991-GRL-SRAS) y titulación territorial (R.D.416-2018-GRL-DRA-L) (; Área de influencia de la Reserva Nacional Pucacuro.
7	Buena Vista	445	Un Puesto de Salud nivel I.	No	Río Arabela; Comunidad nativa con reconocimiento y titulación Reconocimiento R.D. 281-78-ORDL-DRAG y titulación: R.M.0082-80-AA-DGRA-AR como Buena Vista (viejo); dentro del lote No. 39; Área de influencia del lote hidrocarburífero 67 (manejados por Perenco); Área de influencia de la Reserva Pucacuro;
8	Nuevo Arenales	150	No	No	Dentro de la Reserva Nacional Pucacuro
9	Paykanampe	60 (9 familias)	No cuenta con centro de salud, acuden al Hospital Franklin Tello en Rocafuerte (Ecuador)	No	Río Napo (a 10 minutos de la frontera con Ecuador).

**Fuente:** Equipo consultor, diciembre 2021.

## 6.11 Información demográfica del contexto territorial donde se ubican las comunidades objetivo en la Región

A continuación, se presenta la información demográfica de los grupos étnicos de Ecuador y Perú que cohabitan de la Región Napo – Curaray – Río Tigre (NCRT). Para este efecto primero se ha revisado la información de base del último censo de población en Ecuador (2010) y de los Censos Nacionales de Población y Vivienda y de Poblaciones nativas (2017), en Perú. Aunque la información disponible no es actualizada, da una idea aproximada de la composición poblacional en los últimos años. Sin embargo, más adelante se detalla la información demográfica de algunas de las comunidades focalizadas en el territorio ecuatoriano de la cual se pudo obtener datos demográficos al presente año<sup>103</sup>. Los datos provienen del levantamiento de datos demográficos que se aplican en los establecimientos de salud a través de las denominadas “fichas familiares” que es un instrumento aplicado en los establecimientos de salud para el seguimiento de los usuarios, estimaciones estadísticas y en ocasiones para identificar las necesidades de dispensarización de la atención de salud.

En el caso de Perú, de acuerdo con el III Censo de Comunidades Indígenas Nativas realizado en 2017, el Departamento con mayor concentración de comunidades nativas en todo Perú es el de Loreto con (43,2%), seguido de Ucayali (14,2%) y Amazonas (13,4%), existiendo la presencia de 28 pueblos originarios en todo el Departamento de Loreto, que ascienden a un total de 105.900 habitantes (UNICEF). Existe no obstante alguna información dispersa e incompleta obtenida a nivel de los Distritos Torres Causana, Napo y parte del Distrito Tigre. Un ejemplo, es el ASIS sobre la situación de los pueblos indígenas amazónicos que habitan en el ámbito de las cuatro cuencas y el Río Chámbira, que incluye información específica sobre la cuenca del Río Tigre, realizado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades en diciembre del 2020.

### 6.11.1 Ecuador

**Tabla 10: Datos poblacionales por sexo (mujeres/hombres) en la Provincia de Orellana**

Parroquias	Kichwa Amz		Waorani		Sápara		P. Mestizo		Total
	H	M	H	M	H	M	H	M	
Alejandro Labaka	567	553	53	41	0	0	12	3	1229
Conocaco	13	18	246	231	0	0	2	0	510
Inés Arango	7	14	58	55	0	0	1120	992	2246
Nuevo Rocafuerte	303	288	2	0	0	0	167	170	930
<b>Subtotal</b>	<b>890</b>	<b>873</b>	<b>359</b>	<b>327</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1301</b>	<b>1165</b>	<b>4915</b>

**Fuente:** INEC Redatam V Censo de Población, 2010

<sup>103</sup> Esta información se registra a su vez en los Informes de Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) 2020-2021 que los establecimientos de salud del primer nivel (centros de salud o puestos de salud) lo realizan, o actualizan, cada año. Esta tarea se basa en un instructivo y en el trabajo que desarrollan los equipos de medicatura rural y que atienden en el territorio.

En la década pasada la población registrada ascendía a 4915 personas, pertenecientes a las cuatro parroquias de la provincia de Orellana. Como se puede apreciar, los hombres eran 2.550 (51,8%) y las mujeres 2.365 (48,12%). La población más numerosa son los mestizos, seguido por la población indígena Kichwa y al final la población Waorani. Esta última suma 686 personas y se encuentra dispersas comunidades pequeñas, excepto Dicaro y Tiwino Waorani que tienen la mayor concentración de población indígena.

Respecto a los grupos de edad, en el conjunto de las parroquias se puede afirmar que la mayoría tienen poca edad y se concentra en los grupos que van de los 9 años a los 34 años. Cabe mencionar que la población de adultos mayores es reducida, lo cual deja ver un cambio generacional importante y plantea muchas interrogantes respecto al mantenimiento o impacto de las tradiciones culturales.

**Tabla 11: Datos poblacionales por sexo (hombres/mujeres) en la Provincia de Pastaza**

Parroquias	Kichwa Amz		Waorani		Sápara		P. Mestizo		Total
	H	M	H	M	H	M	H	M	
Río Tigre	13 7	13 3	0	0	6 9	5 2	10	8	409
Curaray	84 2	75 4	50 4	44 4	2	0	29	28	2603
Subtotal	97 9	88 7	50 4	44 4	7 1	5 2	39	36	3012

Fuente: INEC Redatam V Censo de Población, 2010

La población de las parroquias ubicadas en la provincia de Pastaza fue de 3.012 personas según los datos del último censo, de los cuales 1593 fueron hombres (52,8%) y 1419 (47,2%) 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 años y 29 años (77,7%) y se repite el mismo fenómeno de la poca presencia de adultos mayores y sus complejidades conexas.

#### 6.11.2 Perú

De acuerdo con el III Censo de Comunidades Nativas realizado por el INEI en 2017<sup>104</sup>, la población censada por pertenencia a un pueblo indígena y lengua originaria que se habla con mayor frecuencia es la siguiente:

**Tabla 12: Datos poblaciones en el Departamento de Loreto, Provincia de Maynas**

#	Comunidad	Provincia y distrito.	Etnia, Pueblo/Nacionalidad	Idioma o Lengua Originaria	Población Censada	Viviendas Particulares
1	San Juan de Miraflores	Provincia de Maynas, Distrito Torres Causana	Kichwa y mestizos.	Quechua	105 (datos actualizados)	22

<sup>104</sup> Fuente: III Censo de Comunidades Nativas, INEI, 2017: 89

2	<b>Vencedores</b>	Provincia de Maynas, Distrito Torres Causana	Kichwa y mestizos	Quechua	125	39
3	<b>Urbina</b>	Provincia de Maynas, Distrito Napo	Kichwa	Quechua	116	27
4	<b>Fundo Chambiral</b>	Provincia de Maynas, Distrito Napo	Kichwa	Quechua	17	4
5	<b>Shapajal</b>	Provincia de Maynas, Distrito Napo	Kichwa y mestizos.	Quechua	106	24
6	<b>Flor de Coco</b>	Provincia de Maynas, Distrito Napo	Arabela	Arabela/ Zaparo	82	28
7	<b>Buena Vista</b>	Provincia de Maynas, Distrito Napo	Arabela y mestizos	Arabela/ Zaparo	445	86
8	<b>Nuevos Arenales</b>	Provincia Maynas. Distrito Tigre	Kichwa	Quechua	150	
9	<b>Paykanape</b>	Provincia de Maynas, Distrito Torres Causana	Secoya	Secoya	60 (datos actualizados)	9
10	<b>Puerto Elvira</b>	Provincia de Maynas, Distrito Torres Causana	Kichwa	Quechua	163	72
11	<b>Urpi Isla</b>	Provincia de Maynas, Distrito Torres Causana	Kichwa	Quechua	99	25
12	<b>Ingano Llacta</b>	Provincia de Maynas, Distrito Torres Causana	Kichwa	Quechua	100	25

**Fuente:** III Censo de Comunidades Nativas, INEI, 2017: 89

**Elaboración:** Autores, diciembre 2021.

De acuerdo con la Dirección Regional de Salud de Loreto (DIRESA), al 2018<sup>105</sup> la población de los distritos en los que se encuentra el territorio objeto del estudio representaba el 2,85% del total de las personas de este departamento con alrededor de 31162 personas, de un total de 1,092.098.

**Tabla 13: Total de población por Distritos**

Depto.	Provincia	Distrito	Total	%
Loreto	Maynas	Torres Causana	5467	0,50
Loreto	Loreto	Napo	16707	1,53
Loreto	Loreto	Tigre	8988	0,82

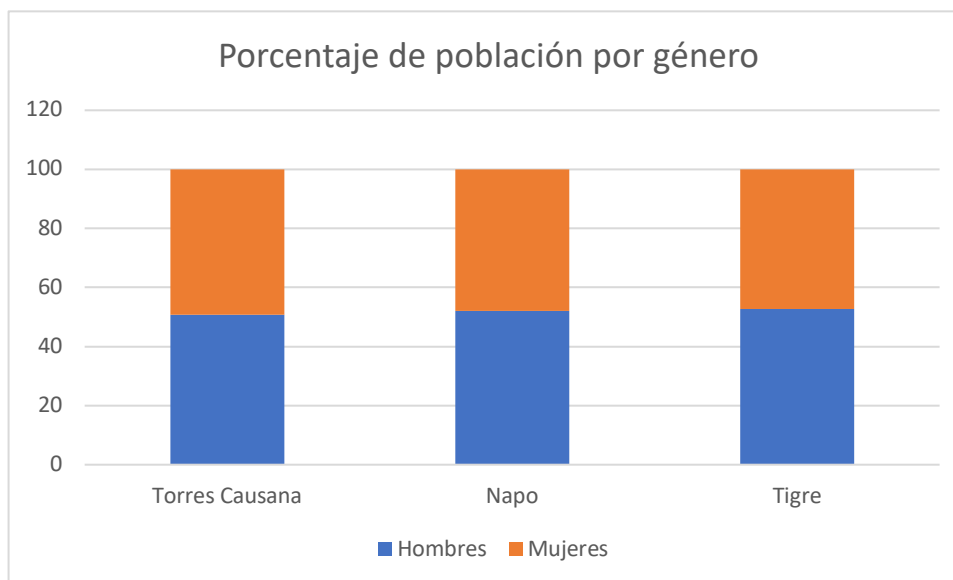
**Fuente:** ASIS Departamento de Loreto. DIRESA, 2018.

De estos datos poblacionales, es importante mencionar que en los tres distritos la población masculina supera el 50%, mientras que la población femenina más

<sup>105</sup> Fuente: ASIS Departamento de Loreto. DIRESA, 2018.

representativa se encuentra en Torres Causana, alcanzando el 49% mientras que en Napo y Tigre representan el 47%.

**Gráfico 1: Porcentaje de población por género**<sup>106</sup>



**Fuente:** INEI, Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017

**Tabla 14: Datos poblacionales por comunidad de estudio y sexo**<sup>107</sup>

#	Comunidad	Población Masculina (aprox)	% de Población Masculina	Población Femenina (aprox)	% de Población Femenina	Total
1	San Juan de Miraflores	41	48,24%	44	51,76%	85
2	Vencedores	67	53,60%	58	46,40%	125
3	Urbina	59	50,86%	57	49,14%	116
4	Fundo Chambiral-Río Napo	11	64,71%	6	35,29%	17
5	Shapajal	59	55,66%	47	43,34%	106
6	Flor de Coco	40	40,78%	42	51,22%	82
7	Buena Vista	238	53,48%	207	46,52%	445
8	Dos Fronteras	25	45,45%	30	54,55%	55
9	Paykanape	13	39,39%	20	60,61%	33
10	Puerto Elvira	72	44,17%	91	55,83%	163
11	Urpi Isia	58	58,59%	41	41,41%	99
12	Ingano Llacta	49	49%	51	51%	100

**Fuente:** Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios. Viceministerio de Interculturalidad, República del Perú

### 6.12 Población por ciclo vital (o por grupos etarios)<sup>108</sup>

Al igual que en el caso ecuatoriano, los datos provenientes de los distritos en los que se encuentra la región de NCRT, muestran que la mayoría de la población se concentra en

<sup>106</sup> INEI, Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017

<sup>107</sup> Fuente: Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios. Viceministerio de Interculturalidad, República del Perú

<sup>108</sup> Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017, INEI

los estratos más jóvenes por ciclo vital, particularmente entre 0 a 29 años, llegando a superar en todos los casos el 60%. Así mismo, se encuentra de igual manera poca población de adultos mayores, de 60 años en adelante, que no sobrepasa más allá del 7,09% como en el caso del distrito Napo.

Loreto es una región con baja densidad poblacional pero poblada mayoritariamente joven. De acuerdo con MINSAL, la tasa bruta de natalidad se ha ido reduciendo en los últimos años existiendo, sin embargo, una alta tasa de fecundidad, 50% superior a la media nacional. Esto se puede corroborar, con las cifras del departamento de Loreto, donde la Tasa Global de Fecundidad (TGF) es de 4,26 hijos por mujer, siendo el promedio de Perú de 3.1. La proyección de TGF en Loreto para el quinquenio 2020-2025 muestra una reducción a 2,35 hijos de acuerdo con el ASIS de DIRESA.

**Tabla 15: Población por ciclo de vida, Departamento de Loreto, Distritos: Torres Causana, Napo y Tigre**

Población según ciclo de vida	Distrito Torres Causana			Distrito: Napo			Distrito Tigre		
	Casos	%	Acumulado %	Casos	%	Acumulado %	Casos	%	Acumulado %
Primera infancia (0 - 5 años)	792	18,72%	18,72%	2 343	15,62%	15,62%	1 183	18,35%	18,35%
Niñez (6 - 11 años)	794	18,77%	37,49%	3 309	22,06%	37,67%	1 284	19,91%	38,26%
Adolescencia (12 - 17 años)	629	14,87%	52,36%	2 510	16,73%	54,40%	934	14,49%	52,75%
Jóvenes (18 - 29 años)	688	16,26%	68,63%	1 952	13,01%	67,41%	890	13,80%	66,55%
Adultos/as jóvenes (30 - 44 años)	705	16,67%	85,30%	2 302	15,34%	82,76%	1 106	17,15%	83,70%
Adultos/as (45 - 59 años)	416	9,83%	95,13%	1 524	10,16%	92,91%	671	10,41%	94,11%
Adultos/as mayores (60 y más años)	206	4,87%	100,00%	1 063	7,09%	100,00%	380	5,89%	100,00%
<b>Total</b>	<b>4 230</b>			<b>15 003</b>			<b>6 448</b>		

Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017, INEI

**Tabla 16: Distribución de la población por ciclo vital en las comunidades objeto de estudio (NCRT)<sup>109</sup>**

Nombre del centro poblado	Información poblacional (CPV 2017)										
	De 0 a 4 años (aprox.)		De 5 a 14 años (aprox.)		De 15 a 29 años (aprox.)		De 30 a 64 años (aprox.)		De 65 años a más (aprox.)		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Buena Vista	64	14.38	142	31.91	108	24.27	121	27.19	10	2.25	
Flor De Coco	13	15.85	23	28.05	21	25.61	23	28.05	2	2.44	
Shapajal	18	16.98	38	35.85	18	16.98	29	27.36	3	2.83	
Urbina	26	22.41	31	26.72	20	17.24	36	31.03	3	2.59	
San Juan De Miraflores	6	9.41	22	25.88	21	24.71	31	36.47	3	3.53	
Urpi Isla	14	14.14	42	42.42	12	12.12	30	30.30	1	1.01	

<sup>109</sup> Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017, INEI



Dos Fronteras	14	25.45	12	21.82	14	25.45	14	25.45	1	1.82
Ingano Llacta	17	17.00	27	27.00	24	24.00	31	31.00	1	1.00
Puerto Elvira	32	19.63	68	41.72	18	11.04	44	26.99	1	0.61
Paykanampu	5	15.15	9	27.27	9	27.27	6	18.18	4	12.12
Chambiral	1	5.88	7	41.18	2	11.76	7	41.18	0	0.00
Vencedores	25	20.00	36	28.80	24	19.20	35	28.00	5	4.00

**Fuente:** Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017, INEI

En las comunidades que son objeto de estudio, se observa que la mayoría de la población se concentra en los grupos etarios más jóvenes (de 0 a 29 años).

Mientras que el caso de los adultos mayores, no supera el 7.09% como es lo que sucede en el Distrito Napo, y casi a dos puntos menos de distancia en Torres Causana.

### 6.13 Indicadores de pobreza en el territorio que involucra a la Región

La situación de los pueblos indígenas en la zona de estudio muestra que las ciudades, provincias, departamentos y comunidades, respectivamente con mayor cantidad de población como son Orellana, Arajuno por el lado ecuatoriano, mientras que Maynas y Loreto por Perú, tienen tasas de pobreza por necesidades básicas insatisfechas que bordean el 100%.

**Tabla 17: Indicadores de pobreza por necesidades básicas insatisfechas en Ecuador y Perú**

País	Región, Provincia, Departamento, Etc.	Población	Pobreza Por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)
Ecuador	Provincia de Orellana (Fuente: INEC, 2010, PDOT GADPO 2019-2023).	136.396 habitantes con una proyección a 161.338 hab., para el 2020. <b>Auto identificación:</b> 59,4% mestiza; 30,4% indígena; 6,6% blancos y 3,5% afroecuatorianos.	85% pobreza y 38% de pobreza extrema.
	Provincia de Pastaza (Fuente: INEC, 2010/ PDOT GADPP 2019-2025)	83.933 habitantes con una proyección a 114.203 hab., para el 2020. <b>Auto identificación:</b> Mestizos 55, 35%, 39, 85% Indígena; 2, 92% blancos.	69, 7% pobreza
	Cantón de Aguarico (Fuente: Plan de Desarrollo Turístico GADMA, 2019)	6.063 habitantes	93,24% pobreza
	Parroquia Rural Cononaco. (Fuente: INEC 2010, PDOT GADPRC 2020-2023)	519 habitantes	100% pobreza
	Parroquia Urbana Nuevo Rocafuerte (Fuente: Plan de Desarrollo Turístico GADMA, 2019).	1597 habitantes	85% (INEC, 2010)
	Cantón de Arajuno (Fuente: INEC, 2010/ PDOT GADPP 2019-2025)	6.491 habitantes	95, 7% pobreza
	Cantón de Pastaza (Fuente: INEC, 2010/ PDOT GADPP 2019-2025)	84. 377 habitantes (proyección 2020)	67% pobreza
	Parroquia Rural Río Tigre (Fuente: INEC, 2010/ PDOT GADPP 2019-2025)	656 habitantes	100% pobreza
Parroquia Curaray (Fuente: INEC, 2010/ PDOT GADPP 2019-2025)	2.685 habitantes	99% pobreza	

PERÚ <sup>110</sup>	Región de Loreto	1'092.198 habitantes. <sup>111</sup> Auto identificación: 21.9% se ha autoidentificado como población indígena u originaria	33,1% pobreza y 6,9% pobreza extrema. <sup>112</sup>
	Provincia de Maynas	492.992 habitantes	Entre el 60 y 100% de pobreza (Fuente: INEI, 2013)
	Provincia de Loreto	62.175 habitantes	Entre el 60 y 100% de pobreza (Fuente: INEI, 2013)

**Fuente:** Equipo consultor, diciembre 2021.

#### 6.14 Mapa de actores de la Región (Ecuador y Perú)

Los actores institucionales y sociales que realizan una actividad directa e indirecta de salud presentes en la Región.

Además, existe una amplia gama de actores que se están vinculados de manera directa e indirecta al área de estudio focalizado y al territorio donde las comunidades, etnias, pueblos y nacionalidades indígenas realizan sus actividades de subsistencia cotidiana. Este relacionamiento implica que algunos actores actúan frente a una competencia establecida jurídicamente, otros frente a un interés en una temática específica (ambiente, investigaciones o proyectos, extracción de recursos naturales, otros).<sup>113</sup>

**Tabla 18: Mapeo de actores internacionales o regionales.**

Organizaciones Internacionales o regionales <sup>114</sup>
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)
Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA)
Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA)
Organización Mundial de la Salud (OMS)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
Unión Europea (UE)

**Fuente:** Equipo consultor, diciembre 2021.

**Tabla 19: Mapeo de actores por país.**

Actores	Ecuador	Perú
<b>Instituciones Estatales</b>	Gobierno Central: Asamblea Nacional del Ecuador, <b>Secretaría de Derechos</b>	Gobierno Central: <b>Ministerio de Ambiente (MINAM), Ministerio de Defensa (MINDEF) Ministerio de Salud (MINS) y Ministerio de</b>

<sup>110</sup> INEI, 2013. Consultado en:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1261/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1261/Libro.pdf)

<sup>111</sup> Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017, INEI

<sup>112</sup> Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), 2020 y,

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1261/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1261/Libro.pdf)

<sup>113</sup> El orden de esta categorización no representa jerarquía alguna, su denominación se la ha establecido desde el ámbito internacional, nacional hasta el local.

<sup>114</sup> Presentes en territorio mediante proyectos de cooperación y fortalecimiento de organizaciones de base

	<p><b>Humanos (SDH)/Dirección de Monitoreo y Seguimiento de Protección a PIAV, Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica (MAATE), Ministerio de Defensa Nacional (MIDENA), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana (MREMH), Consejo Nacional para la Igualdad de Pueblos y Nacionalidad (CNIPN) Fuerzas Armadas del Ecuador (Destacamentos de Nashiño, Cononaco y Tigre)</b></p> <p>Gobiernos Autónomos Descentralizados<sup>115</sup></p> <p>GAD Provincial de Orellana, GAD Municipal de Aguarico y GAD's Parroquiales Urbano de Nuevo Rocafuerte y Rural de Cononaco; GAD Provincial de Pastaza, GAD Municipal de Pastaza y GAD Parroquial Rural de Pastaza y Rural de Rio Tigre.</p>	<p><b>Cultura (MINCU)/Dirección de Protección de Pueblos Indígenas en Situación de Aislamiento y Contacto Inicial; y Ministerio de Relaciones Exteriores (RREE).</b></p> <p>Gobiernos, Municipios y Distritos<sup>116</sup><b>Gobierno Regional o Departamento de Loreto</b>, Municipios Provinciales de Loreto y Maynas y Distritales de Napo y Tigre y Torres Causana. <b>Ministerio de Salud</b> a través de la <b>Dirección de Salud Regional DIRESA.</b></p>
<p><b>Organizaciones de la sociedad civil.</b></p>	<p>Organizaciones Indígenas<sup>117</sup> Actores: Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE), Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana (CONFENAIE), Nacionalidad Waorani del Ecuador (NAWE), Asociación de Mujeres Warorani del Ecuador (AMWAE), Pueblo Ancestral Kichwa de Kawsak Sacha, Nacionalidad Sapara del Ecuador, y Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA).</p> <p>Organizaciones no Gubernamentales<sup>118</sup>: Fundación Alejandro Labaka (FAL) y Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio (FEPP) – con apoyo de la Unión Europea, Acción Ecológica, World</p>	<p>Organizaciones Indígenas: Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA), Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú (CONAP), Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP), Organización Regional de los Pueblos Indígenas del Oriente (ORPIO), Organización Kichwaruna Wangurina del Alto Napo (ORKIWAN), Federación de Comunidades Nativas del Alto Curaray y Arabela (FECONACA) y Federación de Comunidades Nativas del Curaray (FECONCU).</p> <p>Organizaciones no Gubernamentales: World Wild Foundation (WWF), Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP), Instituto del Bien Común (IBC), Instituto de Defensa Legal del Ambiente y el Desarrollo Sostenible (IDLADS), Instituto Internacional de Derecho y Sociedad (IIDS), Rainforest Foundation US, Asociación Peruana para la Conservación de la</p>

<sup>115</sup> Con autonomía (política, administrativa y financiera) en el territorio, que operan a nivel provincial, cantonal o Municipal y parroquial.

<sup>116</sup> Aquellas instituciones públicas descentralizadas en el territorio que operan a nivel Regional (o Departamental) y a nivel de Municipios provinciales y distritales; tienen autonomía política, administrativa y financiera.

<sup>117</sup> Comprende la representación política de pueblos y nacionalidades indígenas que buscan reivindicar sus derechos a la autodeterminación y al territorio a través de la organización e interacción con el Estado

<sup>118</sup> Son entidades o fundaciones, sin fines de lucro vinculadas a la temática de defensa de los pueblos indígenas.

	Conservation Society (WCS), Red Internacional de organizaciones de Salud “Ríos”, Humanistisch Instituut voor Ontwikkelingssamenwerking “Hivos”, Fundación Pachamama, Amazon Frontlines, Fundación Sacha Warmi, y Land is Life y GTI PIACI	Naturaleza (APECO), Fundación Pachamama y Instituto de Investigación de la Amazonia Peruana (IIAP). Land is Life y GTI PIACI
<b>Actores vinculados a actividades extractivas</b>	Empresas petroleras nacionales (Petroecuador) e internacionales (Petro Oriental y Repsol S.A.); Empresas turísticas (Eje: Shiripuno Lodge); y, Actores inmersos en ilícitos ambientales (tala, cacería y pesca)	Empresas petroleras (Privada: Perenco Peru Petroleum Limited Sucursal del Perú); Empresas turísticas; Actores inmersos en actividades ilegales (Tala, minería y cacería de animales);
<b>Instituciones Académicas y Centros de Investigación</b>	Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Estación Científica Yasuní (PUCE/ECY), Universidad San Francisco de Quito – Estación Científica Tiputini (USFQ), Universidad IKIAM y Universidad Estatal Amazónica.	Universidades de San Marcos y Católica del Perú.
<b>Actores vinculados a la iglesia</b>	Vicariato Apostólico del Aguarico (católico), REPAM y misioneros evangélicos;	Iglesias católica (REPAM) y evangélicas.

**Fuente:** Equipo consultor, diciembre 2021.

## 7. EL CONTEXTO DE LA MEDICINA TRADICIONAL E INDICADORES DE SALUD EN LA REGIÓN NAPO CURARAY RÍO TIGRE

### 7. 1 El contexto de los sistemas de la medicina tradicional en la Región

La Cuenca Amazónica reúne la mayor parte de diversidad étnica del Continente y esto de alguna manera se corresponde también con la inconmensurable diversidad biológica de la selva húmeda tropical. En el espacio definido analíticamente para la Región NCRT, como se ha mencionado anteriormente, están los pueblos Arabelas, Kichwas amazónicos, Waorani, Sapara, y Secoyas. En el territorio del Perú están los pueblos Arabela, Kichwa, y Secoyas, y en Ecuador los pueblos Waorani, Kichwa, Sapara y Secoya. Es importante mencionar que tanto los Quechuas o Kichwas comparten una misma matriz lingüística y cultural, y que los Arabela y Sapara también ya que están emparentados lingüísticamente.

Las culturas amazónicas en general tienen una misma base de relación con la naturaleza con matices según la cultura, la adaptación a distintos ambientes, sistemas ecológicos y ocupaciones históricas. Un aspecto importante de esa relación con el ambiente es la que procede de los conocimientos asociados a los usos medicinales y de la salud que son practicados por las comunidades indígenas.

Todos los grupos étnicos para su continuidad hacen uso del bosque y sus recursos, entre muchos de los usos están los medicinales. Este aspecto parte de la cultura, de la

domesticación de la selva y de una interacción compleja en la relación cultura – naturaleza – salud

Cada grupo étnico construye la relación con la naturaleza y el uso de las flora, fauna y minerales que se usan con fines medicinales entran en una concepción particular del mundo que tiene sus especificidades en cada cultura.

En esta parte del informe se hablará de manera muy resumida de las características de la medicina ancestral como sistema y también de las respuestas frente al COVID-19 desde esos conocimientos.

Lo primero a mencionar es que la medicina ancestral está contenida en una visión del mundo y dentro de esto en las mitologías que explican, entre otras cosas, el origen de las enfermedades o males, como de las plantas, animales y otros elementos de la naturaleza. A partir de esto se transmite conocimientos y pautas que siguen en el contexto de la medicina ancestral para evitar o hacer frente a las enfermedades o a los males que inciden en la salud de las poblaciones.

El uso de las plantas y de los demás recursos terapéuticos se basan en esquemas clasificatorios y en orientaciones prácticas que son transmitidas de generación en generación. Los pueblos indígenas de la Amazonía han desarrollado diversos e importantes conocimientos adaptados a la vida en el medio selvático. Dentro de estos hay un vasto conocimiento de las plantas que son usadas con fines medicinales, entre muchos otros, y que ha sido registrado en un amplio estudio etnobotánico en Ecuador<sup>119</sup>

La medicina ancestral funciona como un sistema de conocimiento que tiene sus propios conceptos, actores y recursos. Una de las características de esta medicina en la Amazonía es que está fuertemente integrada a la naturaleza, porque como se ha mencionado es la base de esa relación, y dentro de esta a la concepción animistas de la misma en la cual las plantas, como todos los seres vivos poseen vida y espíritus propios y son una suerte de espejo o de mundo paralelo similar a lo que sucede en la existencia humana. Las cualidades curativas, por ejemplo, de las plantas van de la mano con esa concepción. Las plantas enteógenas son un eje de esta medicina y no solo va dirigido su uso a los aspectos que tienen que ver con la manifestación de los problemas o enfermedades en el cuerpo, sino con otros aspectos involucrados que están más allá de la corporalidad. Por otra parte, en esta medicina hay una diversidad de practicantes con conocimientos específicos del saber médico ancestral que actúan de manera diferenciada según la enfermedad o necesidades de salud.

Por otra parte, la práctica de la medicina ancestral también está vinculada a la estructura u orden social como se ve reflejado claramente en el rol de los shamanes en la sociedad Secoya o Siekopai quienes tienen un papel significativo en la organización y en el direccionamiento de la vida social de sus comunidades. Esto, sin duda, marca una característica importante de este sistema de conocimiento.

De lo observado en Ecuador en las comunidades de los pueblos Kichwa, Secoya y Sapara que no han sido evangelizados, especialmente, por miembros de las iglesias evangélica o protestante esos conocimientos y uso de la medicina ancestral se mantiene

---

<sup>119</sup> PUCE\_QCA\_AAU (2008) Enciclopedia de las Plantas Útiles del Ecuador, Quito, Ecuador.

con distinto grado de conservación. Al contrario, como sucede en las comunidades Waroani estos conocimientos y prácticas se han visto afectadas.

También se han introducido cambios por el contacto con otros grupos étnicos y en especial con los Kichwa y Shuar que inciden en su actual manera de entender el mundo. Se observa cambios generacionales en la transmisión de estos conocimientos, en la población escolarizada y cuando hay exposición a las tecnologías de comunicación y de redes sociales. En estos casos, se aprecia un debilitamiento de la medicina ancestral.

Según Didier Lacaze respecto a los Kichwa del Curaray: *“Otro gran problema es la pérdida gradual de los usos y costumbres de salud tradicional, altamente ligada a su cosmovisión y a la biodiversidad del bosque amazónico. No hay guías espirituales (shamanes), hay pocos curadores hierbateros; las familias pierden conocimientos del cultivo o recolección, preparación y dosificación de las medicinas naturales y de la visión integral que conllevan, incluyendo una alta costumbre de medicina preventiva. Esto genera dependencia de la medicina externa, sea privada o pública, automedicación y presión por recursos en dinero”* (Pueblo Ancestral Kawsak Sacha ... Sacha Warmi, 2021: s/p).

En el contexto de la pandemia; sin embargo, se observó una activación generalizada de los conocimientos de la medicina ancestral, en especial en lo relacionado al uso de las plantas medicinales y dentro de estas en las que se habían ocupado desde mucho tiempo atrás para problemas respiratorios y para algunos de los síntomas del COVID-19. Desde la perspectiva de las comunidades y sus organizaciones, es lo que les ha ayudado a paliar los efectos de la pandemia y atribuyen a esta medicina la reducida mortalidad<sup>120</sup>, pero también dimensionaron el valor e importancia de la revitalización de estos conocimientos para hacer frente a las limitaciones presentadas en la intervención de los servicios de salud y a la misma medicina occidental. Según Andrea Bravo:

*“Resulta entonces comprensible que algunos Wao, muchos de ellos con memorias de las primeras epidemias del contacto [la Polio], hayan decidido suspender el contacto y aislarse en la selva (...) Los ancianos que permanecen en las comunidades motivan a los jóvenes a concentrarse en las prácticas corporales de fortalecimiento, prácticas directamente ligadas con el bosque y el fortalecimiento de la identidad Waorani”* (2020:30).

Es importante mencionar que, en principio, por el aislamiento ¿geográfico? De las comunidades focalizadas para la Región NCRT, la medicina ancestral tiene un papel fundamental en la salud y esto a su vez, necesita de una aproximación intercultural para potenciar y articular en términos de equidad y de colaboración respetuosa y constructiva la medicina occidental practicada desde la red de los servicios de salud tanto en Perú como en Ecuador y la medicina ancestral practicada por las comunidades y los distintos conocedores de este saber médico en cada uno de los grupos étnicos. Debido al aislamiento geográfico y al poco contacto con la sociedad mayoritaria tanto en Ecuador como en Perú, en las comunidades focalizadas para el análisis, se puede prever lugares con características especiales para la conservación de la medicina ancestral, ya que en otras comunidades más próximas a los centros urbanos esta medicina se va debilitando.

---

<sup>120</sup> Ministerio de Salud de Perú – OPS/OMS – GIZ – OTCA Webinar Experiencias internacionales en pueblos indígenas amazónicos en zonas de frontera, en el contexto de la pandemia por el COVID-19. 24 08 2021.

## 7.2 Indicadores de salud en Ecuador y Perú

### 7.2.1 Ecuador

A continuación, se presentan los indicadores relevantes relacionados a la población y a la situación de salud en la provincia de Orellana y de las tres parroquias donde se encuentran las comunidades identificadas de la Región (RNCRT). Las parroquias de las cuales se presenta los datos más adelante son: 1.- Alejandro Labaka, 2.- Cononaco, 3.- Inés Arango, 4.- Nuevo Rocafuerte.<sup>121</sup>

La data expuesta se basa en su mayor parte en los documentos de Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) realizado por los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) -período enero a junio 2021- de los respectivos establecimientos de salud que operan en esta parte de la Amazonía ecuatoriana. También se aporta con datos obtenidos de los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOTs) de los Gobiernos Autónomos Descentralizados del Nivel Parroquial.

#### 7.2.1.1 Provincia de Orellana:

En la Parroquia Alejandro Labaka y Parroquia Cononaco (Centro de Salud de Dicaro) está el área de influencia del Centro de Salud (C.S) de Díkaro que abarca las dos parroquias de Alejandro Labaka y Cononaco, pertenecientes al Cantón Aguarico. Dentro de esta jurisdicción se encuentran 10 comunidades indígenas que se dividen geográficamente en dos: las del norte están en la parroquia Alejandro Labaka y las del sur en la parroquia Cononaco, de la siguiente manera:

- Norte: (Guiyero, Timpoka, Nenkiguiro, Ganketa y Peneno); y,
- Sur: (Dicaro, Yarentaro, Gabaro, Iro y Ginta).

Este establecimiento de salud es del Primer Nivel de Atención y cuenta con 2 equipos de atención integral de salud (EAIS) compuesto por 3 médicos, 2 odontólogos, y 3 enfermeras/o, los cuales se rotan para la realización de las brigadas médicas a las comunidades más alejadas. Es importante mencionar que Dicaro se encuentra en las proximidades de un área de explotación petrolera (Bloque No.16, manejado por Repsol S.A) y, por acuerdos con la comunidad hay apoyo de las empresas en casos de emergencia y también de colaboración con el establecimiento de salud. Dicaro es una de las comunidades más grandes de la población Waorani, y es uno de los lugares de acceso al Parque Nacional Yasuní y la ZITT, al igual que otras comunidades como Guiyero y Timpoka.

**Tabla 20: Población de las comunidades del área de influencia del C.S Dicaro**

Comunidad	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	Total	Porcentaje
Dicaro	144	46	132	49	276	48
Yarentaro	39	13	32	12	71	12
Ginta	7	2	3	1	10	2
Gabaro	18	6	16	6	34	6
Peneno	17	5	6	2	23	4

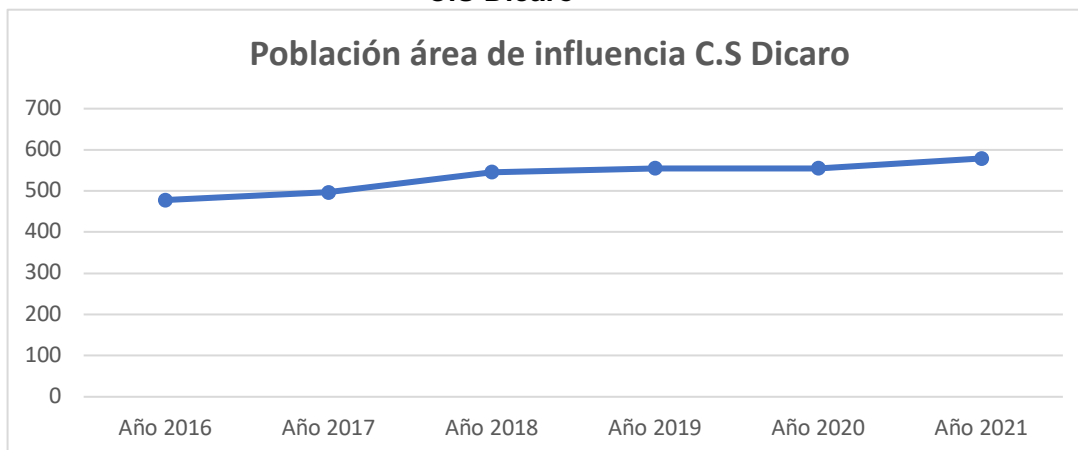
<sup>121</sup> Es importante mencionar que el Centro de Salud (CS) de Dicaro da cobertura a comunidades que están tanto en la Parroquia Alejandro Labaka como en la Parroquia Cononaco por lo cual la información da cuenta de estas dos.

Ganketa	11	4	20	7	31	5
Timpoka	20	6	21	8	41	7
Nenkiguiro	22	7	13	5	35	6
Guiyero	33	11	23	9	56	9
Iro	1	0	1	0	2	1
Total	312	54	267	46	579	100

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-CS Dicaro, 2021

En estas parroquias se ha dado un crecimiento rápido de la población como resultado de la movilidad interna que caracteriza a la cultura Waorani, pasando de los casi 500 alrededor de 600 personas en cinco años.

**Gráfico 2: Crecimiento demográfico de la población del área de influencia del C.S Dicaro**



**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-CS Dicaro, 2021

Se observa un total de 579 habitantes, de los cuales 312 pertenecen al sexo masculino que representan el 54 % de la población, mientras del 46 % representa el sexo femenino, con un total de 267 habitantes. El grupo etario predominante es de 5 a 9 años, con un 16 % seguido del grupo de 0 a 4 años con un 15 % lo que indica que la población es mayoritariamente joven, la población de *pikenes* (adultos mayores) cuenta con un total de 20 miembros.

**Tabla 21: Grupos etarios de la población del área de influencia de Dicaro**

EDAD	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
0-4	45	8	40	7	85	15
5-9	39	7	54	9	93	16
10-14	34	6	35	6	69	13
15-19	38	7	26	4	64	11
20-24	30	5	25	4	55	9
25-29	24	4	27	5	51	9



30-34	26	4	11	2	37	6
35-39	31	5	14	2	45	8
40-44	8	1	12	2	20	3
45-49	10	2	8	1	18	3
50-54	5	1	2	0	7	1
55-59	3	1	4	1	7	1
60-64	6	1	3	1	9	2
65-69	2	0	3	1	5	1
70-74	5	1	1	0	6	1
75-79	4	1	1	0	5	1
80+	2	0	1	0	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>312</b>	<b>54</b>	<b>267</b>	<b>46</b>	<b>579</b>	<b>100</b>

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-CS Dicaro, 2021

La pirámide poblacional es de tipo progresiva con una población predominantemente joven y con perspectivas de crecimiento.

El índice de feminidad en el área de influencia es de 85 % mujeres por cada 100 hombres y la tasa de crecimiento poblacional es del 4,3 % para el presente periodo en comparación con el 2020.

**Tabla 22: Población según autoidentificación étnica en el área de influencia del C.S Dicaro**

Comunidad	Hombres	Mujeres	Total	Woorani	Mestizo	Kichwa
Dicaro	144	132	276	271	1	4
Yarentaro	39	32	71	71	0	0
Ginta	7	3	10	10	0	0
Gabaro	18	16	34	34	0	0
Peneno	17	6	23	19	0	4
Ganketa	11	20	31	29	0	2
Timpoka	20	21	41	36	0	5
Nenkiguiro	22	13	35	35	0	0
Guiyero	33	23	56	50	0	6

Iro	1	1	2	2	0	0
Total	312	267	579	557	1	21

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-CS Dicaro, 2021

Este establecimiento de salud es en su gran mayoría atiende a personas de la nacionalidad Waorani (96,2%). Hay muy poca presencia de indígenas de la nacionalidad Kichwa y tan solo 1 personas que se autoidentifica como mestiza. Este dato es importante puesto que la población Waorani es de contacto reciente y por lo tanto los retos de la atención de salud son más complejos frente a su convivencia con la cultura occidental. Por otra parte, la mayor parte de las comunidades son rurales, se encuentran dispersas en el territorio y muchas de ellas son de difícil acceso como se mencionó en el capítulo anterior.

**Tabla 23: Primeras causas de morbilidad en el área de influencia del C.S Dicaro**

Morbilidades	Hombre	Mujer	Total general
J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	114	166	281
M255 DOLOR EN ARTICULACIÓN	58	49	107
M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO	41	60	101
R51X CEFALEA	31	48	79
B829 PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	20	29	49
JO39 AMIGDALITIS AGUDA, NO EPECIFICADA	23	18	41
M796 DOLOR EN MIEMBRO	11	27	38
A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	13	18	31
M624 CONTRACTURA MUSCULAR	11	12	23
J029 FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	9	14	23
R53X MALESTAR Y FATIGA	11	12	23
K529 COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS	12	7	19
R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN LA PARTE SUPERIOR	4	13	17
A099 GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO	4	12	16
E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	4	10	14
T784 ALERGIA NO ESPECIFICADA	7	7	14
R104 OTROS SOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	4	9	13
K291 OTRAS GASTRITIS AGUDAS	2	10	12
L239 DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO, DE CAUSA NO ESPECIFICADA	2	6	8
R509 FIEBRE, NO ESPECIFICADA	4	4	8
TOTAL	385	531	917

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-CS Dicaro, 2021

De la información proporcionada por el C.S de Dicaro se puede observar que las primeras causas de morbilidad están relacionadas a problemas respiratorios, seguidos por dolores articulares, de lumbago no especificado, cefaleas (dolor de cabeza), parasitosis entre otras que se pueden apreciar en la tabla. Si se agrupan las enfermedades por categorías más amplias se verá que las principales causas de enfermedad están relacionadas con los problemas respiratorios y los gastro intestinales las cuales son problemas de salud prevenibles, en especial, los gastrointestinales que en parte tienen origen del consumo de agua insegura y de condiciones sanitarias deficientes. Por otra parte, el dato muestra que hay más consultas por morbilidad en los hombres lo cual indica, en principio, más morbilidades en este grupo de la población o son quienes más usan la medicina occidental.

Cabe mencionar, que el sistema de salud de Ecuador tiene la obligatoriedad de registrar las denominadas enfermedades de notificación obligatoria que constan en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE-Alerta), y en lo que va del año (2022) esta es la información que el C.S Dicaro proporciona respecto a esos problemas de salud:

**Tabla 24: Enfermedades de notificación obligatoria**

Comunidad Dicaro	
Eventos individuales	Casos
Morderdura de serpientes-leve	1
Morderdura de serpientes-moderada	1
Leishmaniasis cutánea	2
Leishmaniasis no especificada	1
COVID-19	3
Total	8

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-CS Dicaro, 2021

Se aprecia que existen pocos casos de notificación obligatoria y que, de estos, dos se corresponden con Leishmaniasis y 2 con accidentes ofídicos. Se incluyen 3 casos de Covid-19. En el informe del ASIS 2021 no hay datos anteriores de casos de Covid-19.

**Tabla 25: Grupos prioritarios de atención**

Grupo Prioritario	No. Casos	Observaciones
Adultos mayores	22	
Gestante (con o sin riesgo)	5	Algunas se encuentran en postparto
Niños menores de 2 años	39	
Niños menores de 5 años (desnutrición o sobrepeso/obesidad)	27	
Personas con discapacidad (física, auditiva, visual o intelectual)	11	
Personas víctimas de violencia	0	

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-CS Dicaro, 2021

En la tabla de arriba se registra la identificación de personas que requieren de una atención prioritaria, que en total son 104 personas (17,9%) de la población (579), destacándose la perteneciente a niños menores de 5 años, los niños con malnutrición, la población adulta mayor, personas con discapacidad y gestantes.

Además, se debe contemplar que 2020 se detectaron dos (2) casos diabetes mellitus que se corresponde con enfermedades crónicas no transmisibles durante consulta subsecuente, es decir, son casos que se venían tratando. En este período no se detectaron personas con discapacidad grave o con necesidad de cuidados paliativos, ni

con síndromes genéticos. Sin embargo, en el histórico del C.S de Dicaro se registran 11 personas con discapacidad, las mismas que son atendidas por el equipo de salud de manera regular.

Se detectaron 8 embarazos del alto riesgo, 2 personas con intento autolítico y 1 menor de 2 años con desnutrición aguda.

En la revisión de las principales causas de enfermedad se destacan los problemas odontológicos, y en lo que va del 2021 se generaron 256 atenciones con los siguientes datos:

**Tabla 26: Principales causas de morbilidad odontológica**

CIE-10	MORBILIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
K021	CARIES DE LA DENTINA	60	67	127
K020	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	18	7	25
K022	CARIES DEL CEMENTO	3	25	28
K023	CARIES DENTARIA DETENIDA	3	28	31
K040	PULPITIS	18	8	26
K041	NECROSIS DE LA PULPA	1	1	2
K047	ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	2	1	3
K046	ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	1	1	2
K050	GINGIVITIS AGUDA	1	1	2
K036	DEPOSITOS (ACRECIONES)	3	5	8
K033	REABSORCION PATOLOGICA DE LOS DIENTES	1	1	2
	<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>145</b>	<b>256</b>

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-CS Dicaro, 2021

Este es un problema de salud bastante recurrente y afecta de manera especial a la población Waorani. Se puede advertir que hay más consultas en las mujeres. Aunque no hay estudios específicos respecto a la salud oral, muy probablemente se deba a cambios en el acceso a los alimentos tradicionales, en la misma cultura alimentaria y por el abandono de prácticas tradicionales relacionados al cuidado dental y oral.

Los tres tipos de caries que más son atendidas son: de la dentina con un 48% de los pacientes, detenida con un 12%, mientras que la del cemento bordea el 11%.

**Tabla 27: Embarazadas según el riesgo**

Mes de atención	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo muy alto	Total
Enero	0	0	0	0	0
Febrero	0	7	0	0	7
Marzo	0	10	3	0	13
Abril	0	6	7	0	13
Mayo	0	1	9	0	10
Junio	0	5	4	0	9
Julio	0	5	3	0	8
Agosto	0	0	0	0	0
Septiembre	0	0	0	0	0

Octubre	0	0	0	0	0
Noviembre	0	0	0	0	0
Diciembre	0	0	0	0	0

Fuente: MSP-CZ2-D22D03-CS Dicaro, 2021

En el periodo comprendido en los primeros siete meses de 2021 se realizaron un total de 67 atenciones a embarazadas de las cuales 38 son gestantes con riesgo bajo y 29 con riesgo alto. Esta información comprende los meses de enero a julio.

**Tabla 28: Menores de 5 años y estado nutricional**

Meses	Total de niños menores a 5 años	Menores de 5 años																				
		Imc/edad					Peso/edad				Tall/edad				Anemia					N° de pacientes		
		Normal	Obesidad	Sobrepeso	Emaciado	Severamente	Normal	Bajo peso	Bajo peso severo	Peso elevado	Normal	Bajatala	Bajatala severa	Alta talla para edad	Anemia leve	Anemia moderada	Anemia severa	Sin Anemia	Niños con de terminación	Sin Examen	Multivitaminas y	Vitaminas
Ene	11	13	0	1	1	0	11	2	2	0	7	7	1	0	0	0	0	4	4	0	1	7
Feb	16	13	2	3	0	0	17	1	0	0	11	5	2	0	0	0	0	0	0	0	3	6
Mar	27	34	0	2	0	0	32	3	1	0	22	8	6	0	0	0	0	0	0	0	3	8
Abr	35	33	4	2	0	1	31	4	1	4	26	9	5	0	1	1	0	2	4	0	5	14
May	46	17	1	1	2	2	13	2	2	0	13	7	2	0	2	1	0	6	0	0	0	0
Jun	20	14	1	1	0	0	10	1	0	0	9	4	3	0	0	0	0	1	0	0	0	5
Jul	19	12	0	1	0	0	9	2	0	0	11	3	2	0	0	0	0	2	0	0	0	7
Tot	174	136	8	11	3	3	123	15	6	4	99	43	21	0	3	2	0	15	8	0	12	47

Fuente: MSP-CZ2-D22D03-CS Dicaro, 2021

Del total de 174 atenciones en menores de 5 años, un 10% se identificaron con Desnutrición Aguda, un 19% se identificaron como desnutrición global, el 41% se identificaron con desnutrición crónica y el 16% con anemia. Esta información deja ver un problema serio de salud en las comunidades de cobertura del C.S Dicaro.

**Tabla 29: Gestantes y madres en período de lactancia**

Meses	Gestantes y madres en período de lactancia						
	Total de niños menores de 5 años	Total de embarazadas	Ganancia de peso			Total de madres en período de lactancia	N° de pacientes
			Peso adecuado	Sobre peso/obesidad	Peso inadecuado		
Enero	11	0	0	1	0	4	0
Febrero	16	1	2	0	0	6	1
Marzo	27	2	1	2	0	4	1
Abril	35	2	0	3	0	2	2
Mayo	46	3	2	5	0	4	3
Junio	20	2	0	4	0	3	2
Julio	19	2	2	1	0	3	1
Agosto	0	1	0	0	0	0	0

Septiembre	0	0	0	0	0	0	0
Octubre	0	0	0	0	0	0	0
Noviembre	0	0	0	0	0	0	0
Diciembre	0	0	0	0	0	0	0
Total	174	13	7	16	0	26	10
Porcentaje	100.0%		22.9%	44.4%	0%		32.7%
Parámetros	% desn. Aguda						

Fuente: MSP-CZ2-D22D03-CS Dicaro, 2021

De un total de 13 embarazadas y 26 madres en periodo de lactancia se observa que el 22.9% tienen un adecuado peso; el 44.4% padecen de sobrepeso y no se presenta ningún caso de peso inadecuado.

En esta parte también se incluye los datos la tasa de fecundidad calculada para el área de influencia del C.S la cual es de 45,1%.

Respecto al embarazo de adolescentes en el referido centro de salud se hicieron 2 captaciones de embarazos de adolescentes en lo que va del presente año (enero a septiembre).

En relación a la inmunización para menores de edad en el C.S de Dicaro se proporciona en el ASIS la siguiente información para el año 2021: “De acuerdo al esquema de vacunación de las diferentes comunidades del centro de salud Dicaro, se ha logrado dar cumplimiento al carnet de vacunación de menores de un año cumpliendo con las directrices de inmunización, en menores de 1 año a 23 meses de edad se cumple parcialmente con la inmunización debido a que tenemos usuarios que se encuentran en otras comunidades de otras provincias y no se encuentran en su domicilio, en niños de 5 años y 11 meses obtenemos el 46.2% se cumple parcialmente con el esquema de vacunación, en los grupo de edades de 6, 9 años y 11 meses de edad, 15 años no se cumple con la inmunización, en mujeres de edad fértil se cumple con el 6% de la población, en mujeres de edad gestacional se logra cumplir con el objetivo del 100%”

En el caso del área de influencia del C.S de Dicaro se conoce que hubo un fallecimiento asociado al Covid-19. En la primera fase de la vacunación se inmunizaron 42 personas relacionadas a los servicios de salud y docentes contratados por la petrolera que opera en ese territorio. De este número de personas 14 fueron de la población considerada vulnerable. En la segunda fase de vacunación, que coincidió con el cambio de gobierno, se inmunizó de la siguiente manera:

**Tabla 30: vacunación en la población del área de influencia del C.S Dicaro**

N°		FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
1	ADULTO MAYOR	8	12	20
2	PACIENTE CON DISCAPACIDAD	4	2	6
3	EDAD DE 16-49	131	162	293
4	EDAD DE 50-64	16	16	32

5	PACIENTE CON ENFERMEDAD CATASTROFICA	0	1	1
6	<b>TOTAL</b>	<b>159</b>	<b>193</b>	<b>352</b>

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-CS Dicaro, 2021

Respecto a la vacunación para el Covid-19 el C.S de Dicaro presenta una cobertura de 94,8% quedando pendiente un 5,2% de la población la mayoría de ellos hombres (15).

#### 7.2.1.1.1 En la Parroquia Inés Arango (C.S Tiwino Waorani)

En su área de influencia cubre a 14 comunidades Waorani, y entre ellas están Bameno y Boanamo, que dada la accesibilidad se atienden desde este establecimiento de salud. Estas comunidades están directamente identificadas en el ámbito de este estudio. Este centro de salud se ubica a 120 kilómetros de la cabecera provincial, y está localizado en la parroquia Inés Arango en el Cantón Francisco de Orellana. Además, atiende a las siguientes comunidades:

**Tabla 31: Comunidades y acceso en el área de influencia del C.S Tiwino Waorani**

N°	COMUNIDAD	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA	ACCESO
1	TIWINO	Orellana	Orellana	Inés Arango	Terrestre (10 min)
2	BATABORO	Orellana	Orellana	Inés Arango	Terrestre (20 min)
3	OMAKAWENO	Pastaza	Arajuno	Curaray	Fluvial (9 horas)
4	BOANAMO	Pastaza	Arajuno	Curaray	Fluvial (10 horas)
5	BAMENO	Pastaza	Arajuno	Curaray	Fluvial (12 horas)
6	CONONACO CHICO	Pastaza	Arajuno	Curaray	Fluvial (7 horas)
7	OMERE	Pastaza	Arajuno	Curaray	Fluvial (5 horas)
8	GUEMENEWENO	Orellana	Orellana	Inés Arango	Fluvial (2 1/2 horas)
9	NONENO	Orellana	Orellana	Inés Arango	Fluvial (1 1/2horas)
10	NENQUIPARE	Orellana	Orellana	Inés Arango	Fluvial (1 1/2horas)
11	APAIKA	Orellana	Orellana	Inés Arango	Fluvial (3 horas)
12	QUEHUERIUNO	Napo	Tena	Tena	Fluvial (4 horas)
13	MENETENO	Napo	Tena	Tena	Fluvial (5 1/2 horas)
14	GONTIWANO	Napo	Tena	Chontapunta	Fluvial (6 horas)

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D02-CS Tiwino Waorani, 2021

La mayor parte de estas comunidades son de difícil acceso y en la gran mayoría se llega por vía fluvial. Por razones de acceso logístico se divide, geográficamente, a las comunidades que están en ambos sentidos de la ribera del Shiripuno. Las comunidades ubicadas río arriba son Meñeteno, Keweriuno, Nenquipare, Apaika y las que se encuentran río abajo son Bameno, Boanamo, Omakaweno, Guemeneweno, Omere, y Cononaco Chico.

**Tabla 32: Comunidades, población total y número de familias**

Comunidad	Hombres	Mujeres	Población	Numero de familias
Bameno	67	63	130	28
Boanamo	9	7	16	4
Omere	9	4	13	3
Omakaweno	7	6	13	2
Cononaco chico	10	8	18	5
Guemeneweno	6	5	11	3
Noneno	14	12	26	5
Meñeteno	19	18	37	8
Keweriuno	44	38	82	16
Apaika	13	13	26	5
Nenguipare	20	18	38	8
Tiwino waorani	151	137	288	65
Bataboro	75	66	141	31
Gontiwuano	33	23	56	11
Total	477	418	895	194

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D02-CS Tiwino Waorani, 2021

La población a la que atiende el C.S de Tiwino Waorani es de 895 personas en un vasto territorio y con bastante dispersión. La mayor cantidad de población se concentra en Tiwino Waorani (32,1%), luego está Bataboro (15,7%) y Bameno (15,5%). Las demás comunidades son mucho más pequeñas demográficamente hablando.

La comunidad de Tiwino Waorani, que además es donde se ubica el establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención tiene una conexión importante con la EMZITT, puesto que es el lugar de acceso, control y de monitoreo contiguo al territorio de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario en la ZITT. Como se ha indicado, desde esta unidad se atiende a dos de las comunidades focalizadas en la RNCRT que son Bameno<sup>122</sup> y Boanamo.<sup>123</sup>

Como se puede apreciar, en estas comunidades hay más hombres (52,3%) que mujeres, y hay un promedio relativamente bajo de miembros por cada familia (4,6). Esto es bastante llamativo considerando que las familias tradicionales Waorani suelen ser grandes.

En la tabla expuesta se encuentra distribuida la población del área de influencia del centro de salud Tiwino Waorani acorde a diferentes edades, según las fichas familiares en las cuales se muestra que el mayor porcentaje de personas es del sexo masculino y femenino son del grupo etario (5 – 9 años) que corresponde al 14.6% y respectivamente; a diferencia del grupo etario (10 a 14 años) con el 14.4% del total de la población.

En la pirámide poblacional de las comunidades del área de influencia del centro de salud Tiwino Waorani hay una mayor distribución de quienes se encuentran en corta edad, así pues, se observa una gran cantidad de personas de edades comprendidas entre los 0 – 14 años, lo que indica que es una población bastante joven y que la mayor parte de morbilidades atendidas en el centro de salud proviene de las enfermedades prevalentes en este grupo etario.

El índice de feminidad es del 86% y la tasa de crecimiento en el área de influencia de Tiwino Waorani es del 9,6%. Al igual que en Dicaro, en esta parte del territorio se observa una gran movilidad de personas entre las comunidades lo cual se atribuye a su ancestral forma de vida. Esta movilidad temporal sucede en el conjunto de las

<sup>122</sup> En esta comunidad vive una de las dos niñas (ahora adolescente) raptada y proveniente al clan Taromenane

<sup>123</sup> Lugar en el que se registró el último ataque, teniendo una persona fallecida.



comunidades de esta nacionalidad. En términos de salud, esta fuerte movilidad conlleva también problemas sanitarios y contagios con enfermedades que son más recurrentes en otros lugares incluidas las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

**Tabla 33: Principales causas de morbilidad por sexo (enero – julio 2021)**

Enfermedad	Hombres	Mujeres	Total
Rinofaringitis aguda - resfriado común	177	163	340
Parasitosis intestinal sin otra especificación	115	67	182
Lumbago no especificado	58	56	114
Dolor de garganta	32	41	73
Gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	21	15	36
Otros	360	363	723
<b>TOTAL</b>	<b>763</b>	<b>705</b>	<b>1468</b>

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D02-CS Tiwino Waorani, 2021

En la tabla se muestra el número total de atenciones generadas en lo que va del presente año, lo cual corresponden a 1468 consultas médicas entre primeras y subsecuentes, de las cuales, las enfermedades más prevalentes en el periodo indicado son las infecciones respiratorias (23,1%), las infecciones del tracto gastrointestinal (14,8%), lumbago no especificado (7,7%), dolor de garganta (4,9%) y otras patologías que corresponden al 49,2% entre las que se incluyen diabetes, hipertensión arterial, hiperlipidemias, mialgias, cefaleas entre otras. En el ASIS de este establecimiento, no se desagrega otras enfermedades que pueden tener un alto impacto en la salud de la población. No obstante, y sin conocer la cantidad, se menciona enfermedades Crónico No Transmisibles (CNT) que anteriormente no se presentaba en estas comunidades o quizá no se diagnosticaba, pero evidentemente la existencia de este tipo de enfermedades va de la mano con cambios a muchos niveles, entre ellos el de la alimentación y diferentes hábitos de vida.

En adelante otros datos complementarios de las morbilidades presentes en el medio:

**Tabla 34: Morbilidad de enfermedades infecciosas (enero – julio 2021)**

Enfermedades transmisibles	Masculino		Femenino		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
Infecciones respiratorias agudas	177	51.45%	163	61.74%	340	55.92%
Infección Gastrointestinales	136	39.53%	82	31.06%	218	35.85%

Infecciones dermatológicas	31	9.02%	19	7.19%	50	8.23%
Total (n=608)	344	56.57%	264	43.42%	608	100%

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D02-CS Tiwino Waorani, 2021

Las enfermedades más prevalentes son las infecciones respiratorias agudas y se acentúan de manera estacional. A la par, están las morbilidades gastrointestinales.

**Tabla 35: Enfermedades Crónico-Degenerativas (enero – julio 2021)**

Enfermedad Crónica-Degenerativa	Número	%
Hipertensión arterial	3	37,5
Diabetes mellitus	1	12,5
Epilepsia no especificada	1	12,5
Psoriasis, no especificada	1	12,5
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	2	25
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D02-CS Tiwino Waorani, 2021

El 1 % de la población se ve afectada por las dos enfermedades de impacto que crecen cada vez más en las estadísticas nacionales. La hipertensión arterial presenta 3 personas lo que representa un 0.38 % del total de las consultas, y la diabetes tipo 2 con 1 persona que representan el 0,13 % del total de la población dispensarizadas.

**Tabla 36: Morbilidad general en menores de 1 año (enero – julio 2021)**

Enfermedad	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Rinofaringitis aguda-resfriado común-faringoamigdalitis aguda	17	13	30
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3	1	4
Dermatitis, no especificada	0	1	1
Otras patologías	2	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>38</b>

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D02-CS Tiwino Waorani, 2021

La mayor parte de las morbilidades tratadas son las de rinofaringitis aguda (48,1%), parasitosis no especificada (21,5%), pero la mayoría de las patologías son prevenibles.

De manera similar a la población de los menores de edad, en este segmento de la población se presentan las mismas morbilidades, es decir, las respiratorias, las parasitarias y gastrointestinales.

En relación atención a embarazadas informa que realiza la atención promedio de una embarazada al mes, lo que supone aproximadamente 12 embarazadas al año. Hasta el momento de presentación del ASIS del C.S Tiwino Waorani no se registraron muertes maternas.

#### Embarazo adolescente.

En el periodo se registraron 6 embarazos en la población adolescente, que corresponden al 12,5% del total de embarazos, se indica en el documento del ASIS C.S Tiwino Waorani que las pacientes cuentan con el apoyo familiar, y en muchos casos el del padre del niño. La mayoría viven con sus padres y se realizan los controles en el Centro de Salud.

#### Personas con discapacidad

En el ASIS de este establecimiento de salud, se menciona que la discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna disfuncionalidades físicas, mentales, intelectuales o sensoriales que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente con su entorno. Por esta razón, se menciona que la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. En el área de influencia del establecimiento de salud se ha identificado a 15 personas con algún tipo de discapacidad y se distribuye de la siguiente forma: 9 con discapacidad física (trastornos visuales, auditivos y motores) y 6 con discapacidad intelectual. A estas personas se hace un seguimiento domiciliario cuando ingresa la brigada médica.

De las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica el C.S Tiwino Waorani presenta los siguientes datos comparativos en los que se incluye información del 2020 asociado a la pandemia:

Los casos confirmados de Covid-19 por semana epidemiológica que fueron 66 en el 2020 frente a los 3 casos que se han diagnosticado en lo que va del 2021.

**Tabla 37: Casos confirmados de Covid-19 (enero – junio 2021)**

COMUNIDAD	CASOS CONFIRMADOS	CASOS SOSPECHOSOS	CERCO EPIDEMIOLÓGICO ACTIVO	ALTA EPIDEMIOLÓGICA	HOSPITALIZADOS	FALLECIDOS	TOTAL
Tiwino Wao	3	0	11	14	0	0	14
Bataboro	0	0	0	0	0	0	0
Nenquipare	0	0	0	0	0	0	0
Apaika	0	0	0	0	0	0	0

Kewerituno	0	0	0	0	0	0	0
Bameno	0	0	0	0	0	0	0
Meñeteno	0	0	0	0	0	0	0
Boanamo	0	0	0	0	0	0	0
Guameneweno	0	0	0	0	0	0	0
Cononaco Chico	0	0	0	0	0	0	0
Omakaweno	0	0	0	0	0	0	0
Ñoneno	0	0	0	0	0	0	0
Omere	0	0	0	0	0	0	0
Gontiwano	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: MSP-CZ2-D22D02-CS Tiwino Waorani, 2021

Se presentaron 3 contagios de Covid-19, todos en la comunidad de Tiwino Waorani con un total de 3 casos y 11 personas dentro del cerco epidemiológico.

En este período, se registra en el informe del ASIS que entre los meses de febrero, abril y junio en el que se hizo la atención a personas mayores de 15 años, se capturaron respectivamente 4 casos hasta el mes de junio, los cuales presentaban la sintomatología asociada al Covid-19.

Respecto a enfermedades de notificación obligatoria y de alto impacto epidemiológico en el área de influencia de este establecimiento de salud y en lo que va del año no se ha identificado casos de Tb, así como tampoco de malaria.

Respecto a la inmunización para el Covid-19 se informa que en Tiwino Waorani y Bataboro se aplicó el 100% de la primera dosis de vacuna. No se informa de las otras comunidades, sin embargo, desde el mes de junio se inició una campaña de vacunación en las comunidades aledañas a la ZITT y se incluyó a Bameno y Boanamo. En un primer momento se vacunaron a 126 personas de la nacionalidad Waorani que optaron voluntariamente por la vacuna. En una nota de prensa se indica que el Ministerio de Salud en coordinación con la Secretaría de Derechos Humanos “dispuso dos puestos de vacunación en la zona y se interviene en las comunidades de Ñoneno, Guemeneweno, Omakaweno, Boanamo, Bameno, Cononaco Chico y Omere”<sup>124</sup> que están en el área de influencia de la ZITT.

Al mes de noviembre del 2021, la cobertura de vacunación desde el C.S Tiwino Waorani fue la siguiente:

**Tabla 38: Inmunización COVID-19 C.S Tiwino Waorani**

COMUNIDAD	Total de habitantes de 6 años en adelante	Vacunados de 6 a 11 años	Vacunados de 12 a 18 años	Vacunados de 19 años y más	Total de vacunados 1ras y 2das dosis	Porcentaje vacunado de acuerdo a la población
Tiwino Waorani	235	51	34	122	207	88
Bataboro	108	15	25	57	97	89.8

<sup>124</sup> Fuente, Disponible en: <https://www.elcomercio.com/tendencias/sociedad/inicio-vacunacion-covid19-poblacion-waorani.html> Acceso en diciembre 2021.

Bameno	98	14	13	56	83	84.6
Boanamo	6	0	0	6	6	100
Omacaweno	12	0	0	9	9	75
Cononaco Ch.	8	0	0	5	5	62.5
Omere	16	1	2	8	11	68.7
Guemeneweno	12	0	0	12	12	100
Noneno	17	0	0	11	1	64.7
Nenquipare	40	4	0	15	19	47.5
Quehuerluno	89	20	12	25	57	64
Apaika	15	0	0	7	7	46.6

**Fuente:** Centro de Salud de Tiwino Waorani

**Elaborado por:** Punto Focal de la Nacionalidad Waorani Distrito 22D02 Orellana Loreto Salud.

En el informe técnico (MSP-DD22D02-2021-091) se menciona que las estrategias usadas para la vacunación con esta población de contacto reciente fueron las siguientes:

Apoyo con instituciones que tienen presencia en el territorio y que cuentan con medios para las facilidades logísticas, especialmente para acceder a las comunidades de difícil acceso. Las organizaciones en cuestión son: Ríos, Grupo Social FEPP (financiamiento de la Unión Europea), HIVOS, Secretaría de Derechos Humanos.

Socialización con los líderes de la Organización Waorani de la NAWE, así como con los líderes de cada comunidad informándoles, previamente, de la vacunación en el territorio así como de los beneficios que tiene la inmunización. Esta socialización se hizo con materiales audiovisuales de promoción elaborados por las diferentes instituciones. Este material de comunicación se hizo en waoterero y español. En base a este material se hizo la capacitación a promotores de salud de esta nacionalidad para que a su vez intermedien y traduzcan culturalmente esta información y para que puedan responder a las preguntas y dudas de las comunidades.

Se aplicaron los protocolos establecidos para el efecto y se coordinó interinstitucionalmente para el desarrollo de esta actividad de prevención en puntos de vacunación en las comunidades y en movilización del personal de salud a las áreas dispersas.

Se identificaron al menos tres nudos críticos en este proceso: déficit de transporte terrestre y fluvial de la misma institución (MSP), déficit de personal de salud para cubrir el conjunto de comunidades Waorani y una alta movilidad de la población por lo que, se manifiesta, que pese a que se informó con tiempo varios miembros de las comunidades no estuvieron presentes en las fechas de vacunación.

Desde el establecimiento de salud de Tiwino Waorani, en el informe mencionado, se confirma la vacunación completa a 681 personas que representa a un 71,9% del total.

En las comunidades incluidas en la Región NCRT que son Bameno y Boanamo, respectivamente se inmunizó al 84,6% y a Boanamo al 100%, esto comprende la inmunización de 89 personas entre las dos comunidades. Consideran que el proceso de vacunación, si bien presentó resistencia al inicio, posteriormente hubo una apertura y buena aceptación. Las personas que no han sido inmunizadas son aquellas que se han desplazado de sus comunidades hacia otros lugares o que se han desplazado a lugares más alejados de la selva.

Según el informe, desde el inicio de la pandemia se ha emprendido procesos de comunicación con personas de las distintas comunidades de la nacionalidad Waorani que son atendidas por los establecimientos de salud de este Distrito e indican que han llegado con esa información a la mayor parte de las personas y que hay conciencia de que el problema de salud no ha concluido, pero que aún queda un segmento de la población que no accede a la vacuna. Se menciona que están desarrollando actividades para alcanzar el 100% de inmunización.

**Tabla 39: Patologías odontológicas C.S Tiwino Waorani (enero – junio 2021)**

CIE-10 ENFERMEDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
K020-CARIES LIMITADA AL ESMALTE	23	5	28	8.9
K021-CARIES DE LA DENTINA	51	71	122	38.7
K022-CARIES DEL CEMENTO	1	0	1	0.3
K036-DEPOSITOS (ACRECIONES) DENTALES	19	17	36	11.4
K045-PERIODONTITIS APICAL CRONICA	0	1	1	0.3
K047-ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	0	4	4	1.3
K028-OTRAS CARIES DENTALES	12	6	18	5.7
K029-CARIES DENTAL NO ESPECIFICADA	3	0	3	1
K038-OTRAS ENFERMEDADES ESPECÍFICAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	1	0	1	0.3
RESTO DE ENFERMEDADES	55	46	101	32.1
TOTAL	165	150	315	100

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D02-CS Tiwino Waorani, 2021

El motivo de consulta más frecuente por patologías odontológicas se relacionó a la caries de la dentina con un 38%, seguido por el resto de las enfermedades con un 32,1% y los depósitos (acreciones) dentales con un 11,4%. Estas son las principales patologías registradas durante el periodo Enero – Junio del 2021. Es importante destacar que los problemas odontológicos son recurrentes en las comunidades Waorani, así como la pérdida a temprana edad de la dentadura.

#### 7.2.1.1.2 Parroquia Nuevo Rocafuerte (P.S Kawimeno)

La comunidad Waorani de Kawymeno, se encuentra dentro del Bloque No. 43 (y área de influencia del No.31) manejado por PetroEcuador, y se encuentra ubicada al sur de la cabecera cantonal de Aguarico y está atravesada por el río Tiputini que sirve como límite natural con la parroquia Tiputini, Santa María de Wiririma y Capitán Augusto Rivadeneira y al Sur por la línea limítrofe entre Perú y Ecuador; al este por el río Salado que sirve de límite natural con la parroquia Nuevo Rocafuerte y al oeste con la comunidad de Dicaro y Bameno. La comunidad es pequeña y tiene aproximadamente 3.8 Km<sup>2</sup> de superficie.

Limita al norte por las parroquias Tiputini, Nuevo Rocafuerte y Santa María de Wiririma; al sur por las comunidades de Bameno y Dicaro; al este con Perú y al oeste por el Cantón Orellana y la parroquia Capitán Augusto Rivadeneira.

La línea limítrofe inicia en la unión del río Yasuní con el río Salado siguiendo aguas arriba hasta la unión con el lindero de Llanchama siguiendo este lindero hasta el río Garza Cocha y la quebrada Sahino, siguiendo agua arriba nuevamente con el lindero de Llanchama, el mismo que se une con el río Tiputini; siguiendo agua arriba hasta la confluencia del Tiputini con la línea divisoria del Parque Nacional Yasuní y el territorio Waorani; siguiendo esta línea que cruza el río Yasuní a la altura de Samona Playa y al río Nashiño hasta topar la quebrada Lobo que une con la línea de frontera internacional del Ecuador y el Perú; siguiendo la línea de frontera hasta la altura de la laguna de Jatuncocha en el río Yasuní por esta aguas abajo hasta la confluencia con el Salado<sup>125</sup>.

La parroquia Cononaco comprende las siguientes comunidades Waorani: Kawymeno, Dicaro, Yarentaro, Bameno, Peneno, Gabaro, Omere y Boanamo.

El establecimiento de Kawymeno es un Puesto de Salud (PS) del Primer Nivel de Atención y cuenta con el siguiente personal sanitario: 2 médicos de medicina general, 1 Médico de medicina integral, 1 Odontólogo, 1 Enfermera, 1 Técnico de Atención Primaria de Salud (TAPS) de la misma nacionalidad indígena Waorani. La infraestructura consta de 1 consultorio compartido de medicina general, 1 área de enfermería, 1 sala de espera, 1 área de residencia médica (compartida), 1 área para gestión de desechos. En esta comunidad se cuenta con un “infocentro” con conexión de internet.

La población de Kawimeno está compuesta por 189 personas, de ellas 105 (55,8%) son hombres y 84 (44,2%) mujeres. Según los datos del P.S Kawimeno el año pasado (2020) había 181 personas y se incrementó en 9 personas más en este año. En la comunidad de Kawimeno la población según el grupo etario es la siguiente:

**Tabla 40: Población de Kawymeno por grupos etarios**

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Total	Porcentaje
Menores de 1 años	5	5	10	4,8
De 1 a 4 años 11 meses	6	15	21	11,1
De 5 a 9 años 11 meses	15	19	34	18,1
De 10 a 19 años 11 meses	20	22	42	22,3
De 20 a 64 años 11 meses	38	43	81	43,1

<sup>125</sup> Fuente: MSP Coordinación Zonal 2, Distrito 22D03 – Puesto de Salud de Kawimeno, ASIS 2021.

65 años en adelante	0	1	1	0,6
Total	84	105	189	100

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-PS Kawymeno, 2021

En los datos de la población por grupos de edad, se aprecia que la mayor parte de esta se ubica entre menos 1 año y 19 años (56,3%), lo cual, de lo que se ha visto es una tendencia en el conjunto de las comunidades relacionadas al área de estudio de la RNCRT. En el documento del ASIS del PS Kawymeno, se indica que en el análisis de la población se debe tener en cuenta que la comunidad de Kawymeno, es una población donde existe mucha movilidad de personas, por lo que los datos demográficos pueden variar en poco tiempo.

El 96,2% de la población ubicada en la zona de influencia corresponde a indígenas Waorani y el restante corresponde a la población Kichwa, mestizos y shuar que son profesores de la escuela (3,72%).

**Tabla 41: Principales causas de morbilidad PS Kawymeno**

Morbilidades	Mujer	Hombre	Total	Porcentaje
J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	19	43	62	18
M791 MIALGIA	27	16	43	13
U071 ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA 2019-NCOV	12	23	35	10
A099 GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO	10	16	26	8
B829 PARASITOSIS INTESTINAL, SION OTRA ESPECIFICACION	6	16	22	6
R51X CEFALEA	11	9	20	6
M624 CONTRACTURA MUSCULAR	11	6	17	5
R520 DOLOR AGUDO	6	6	12	3
J039 AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	6	5	11	3
N390 INFECCION DE LA VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	10	1	11	3
A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	5	5	10	3
B852 PEDICULOSIS, SIN OTRA ESPECIFICACION	8	2	10	3
J030 AMIGDALITIS ESTREPTOCOICA	5	4	9	3
M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO	5	4	9	3

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-PS Kawymeno, 2021

En el documento del ASIS proporcionado por el establecimiento de salud de Kawymeno se informa que hasta el mes de julio se realizaron 593 atenciones por morbilidad, siendo la más concurrentes las enfermedades respiratorias como rinofaringitis aguda el 10,4% y el Covid-19, seguido de las patologías osteomusculares como las mialgias, así mismo las enfermedades gastrointestinales y parasitosis, debido a problemas sanitarios en la población y al acceso a agua segura.



En relación con las morbilidades de notificación obligatoria<sup>126</sup> entre los meses de enero a mayo del 2021 se notificó 1 caso de mordedura de serpiente. En el 2020 se hace referencia a las 3 notificaciones de Leishmaniasis, 1 mordedura de serpiente y casos de dengue.

Dentro de la descripción de las causas de morbilidad relacionado a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en el documento del ASIS de Kawymeno se manifiesta que hay ausencia de diabetes e hipertensión, pero que se mantiene la vigilancia porque se observan cambios en los hábitos alimentarios de los pobladores de la comunidad. En el listado de chequeo únicamente aparece 1 captación por epilepsia. En esta comunidad el acceso a los alimentos tradicionales todavía está al alcance por el estado de conservación de los recursos naturales.

**Tabla 42: Población identificada por grupos prioritarios**

Población	Hombres	Mujeres	Total
Adultos mayores	1	0	1
Mujeres embarazadas	0	3	3
Niños menores de 2 años	9	7	16
Niños menores de 2 años con malnutrición	0	0	0
Niños con esquema de vacunación incompleto	0	0	0
Personas con discapacidad (física, auditiva, visual, intelectual, de lenguaje, psicosocial)	1	1	2
Personas con problema de salud mental	0	0	0
Personas privadas de libertad	0	0	0
Enfermedades crónicas no transmisibles	1	0	1
Personas con Tuberculosis	0	0	0
Personas con VIH	0	0	0
Personas víctimas de violencia	0	0	0
Total	12	11	23

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-PS Kawymeno, 2021

En los establecimientos de salud se hace una búsqueda activa de las personas que se identifican como parte de los grupos prioritarios y es parte de la política de salud. El objetivo es captarles y hacer un seguimiento dispesarizado para el seguimiento directo del estado de salud individual o del contexto familiar. En el caso del P.S Kawymeno hasta junio de este año, se tenía a 23 personas bajo ese criterio de intervención, de los

<sup>126</sup> Que son Tétanos, Varicela, Hepatitis B, Parotiditis infecciosa, Neumonía, Fiebre Tifoidea, y Paratifoidea, Infecciones debido a Salmonella, Shigelosis, Hepatitis A, Intoxicaciones Alimentarias, Dengue sin Complicaciones, Toxoplasma, Leishmaniasis, Mordedura de Serpiente, Tuberculosis, entre otras.

cuales 12 son hombres y 11 mujeres y la mayor parte (70%) corresponde a niños menores de 2 años.

Por otra parte, hay también la captación de grupos vulnerables los cuales requieren, de igual manera, una intervención personalizada y sistemática. En Kawymeno estaban hasta el mes de junio identificadas 3 mujeres embarazadas en situación de riesgo obstétrico, 1 persona con discapacidad, y 1 mujer con enfermedad crónica no transmisible, en total 6 personas.

Uno de los grupos a los que se da una atención de seguimiento específico y sistemático es al de las mujeres embarazadas y en Kawymeno se atendió la salud a las 3 mujeres embarazadas con 8 atenciones por morbilidad de: rinofaringitis aguda (resfriado común), faringitis, dermatitis atópica, mialgia, fiebre no especificada, contusión en el muslo, herida (en los dedos), y por caída (accidental). Esta información consta en el ASIS del PS de Kawymeno 2021.

Hasta la fecha de reporte de datos del ASIS PS Kawymeno, se dio un total de 17 controles de embarazo en el periodo de enero hasta julio, lo que podemos notar es que los controles han variado mensualmente y la causa es que durante el mes de mayo las pacientes salieron a la ciudad de Coca, también, mencionan en el informe, que la administración de micronutrientes va acorde con la cifra de controles, por lo que concluimos que se está administrando mensualmente las Hemotonic en todas las pacientes. Así mismo se realizaron en lo que va del año 2021, 4 captaciones de embarazadas. No se cuenta con datos de años anteriores para realizar comparativa.

En el P.S se hicieron pruebas relacionadas a las ITS de las cuales se presenta los siguientes datos y análisis.

**Tabla 43: Pruebas rápidas de VIH y Sífilis en el P.S Kawymeno**

MES	EMBARAZADAS		DEMANDA ESPONTANEA	
	PRUEBA DE VIH	PRUEBA DE SIFILIS	PRUEBAS DE VIH	PRUEBAS DE SIFILIS
ENERO	1	1	0	0
FEBRERO	1	0	0	0
MARZO	0	1	0	0
ABRIL	3	5	0	0
MAYO	0	1	0	0
JUNIO	2	3	7	3
JULIO	0	0	1	1
TOTAL	7	11	8	4

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-PS Kawymeno, 2021

Durante el periodo de enero a julio del 2021 se realizaron un total de 7 pruebas de 4ta Generación y 11 pruebas de sífilis como tamizaje de control a las embarazada. En el mes de junio hubo un aumento de la demanda espontanea de esta misma prueba tamizándose a 8 personas para VIH y a 4 para sífilis.

En la comunidad Kawymeno dentro del rango entre 10-19 años tenemos un total de 43 adolescentes, en los cuales se ha venido realizando tamizaje una vez al año para ver el progreso de su desarrollo y a quienes tratamos de brindar la confianza suficiente para poder asesorarlos en su vida sexual, tomando en cuenta que esta inicia desde muy

temprana edad. Durante los meses de abril y julio es donde más controles indican haber realizado.

A la par, en el mismo documento se informa de las atenciones a menores de 5 años y controles de niño sano (preventivos), de lo cual hasta el mes de junio se dieron 171 atenciones (primeras y subsecuentes) a niños y 113 controles preventivos. Uno de los detalles que proporcionan en este documento es que las atenciones de niños suelen fluctuar y se incrementan en los meses de junio y julio por la temporada donde hay mayor lluvia. También, observan que hay un mayor compromiso de las madres con los niños respecto a temas preventivos, y por esta razón hay un incremento de las atenciones de ese tipo.

El personal de salud ve esto como una ventaja ya que hay una concurrencia de control mensual con los niños menores de 2 años en los que se suministra vitaminas y suplementos nutricionales que ayudan a su desarrollo y crecimiento. Sin embargo, advierten también un vacío para el seguimiento y comprensión de cómo evoluciona esta intervención ya que no hay datos anteriores. Hay que mencionar que cada año cambian los equipos porque en su mayor parte es personal de salud que hace la medicatura rural.

En la atención a adolescentes, que es otro grupo de importancia en la gestión de la salud, se informa que en Kawymeno hay 43 adolescentes que están comprendidos entre los 10 a 19 años y que se hace un tamizaje y control 1 vez al año. Entre los meses de abril y julio reportan la siguiente información:

No hay casos de mortalidad, tampoco mortalidad materna e infantil. No se ha planteado métodos anticonceptivos respetando los criterios interculturales y de las autoridades organizativas de la nacionalidad Waorani. Esto lo hacen debido a la necesidad de crecimiento de la población ya que los dirigentes consideran que es una nacionalidad pequeña. No obstante, respetan la decisión individual de las mujeres por lo cual se ha colocado 3 implantes subdérmicos (anticonceptivos) lo cual corresponde a 3 de 53 mujeres de la comunidad en edad reproductiva.

También han trabajado en los esquemas de vacunación tanto para mujeres como para niños, e indican que progresivamente se alcanza una mejor cobertura comparada con el año 2020 esto porque se está superando el impacto de la pandemia en esta comunidad. Ese impacto se debe a la focalización de las acciones del personal de salud y administrativo a todo nivel, para contener la pandemia.

De manera similar a las otras comunidades, una de las causas más comunes de atención por morbilidad son las relacionadas a los problemas odontológicos con el siguiente detalle:

**Tabla 44: Morbilidad odontológica P.S Kawymeno (enero – julio 2021)**

Morbilidad	Mujer	Hombre	Total	%
K036 DEPOSITOS (ACRECIONES) DIENTES	23	12	35	44,3
<b>K040 PULPITIS</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>18,8</b>
K021 CARIES DE LA DENTINA	9	2	11	13,8
K041 NECROSIS DE LA PULPA	5	2	7	8,9
K028 OTRAS CARIES DENTALES	2	1	3	3,8
K025 CARIES CON EXPOSICION PULPAR	2	0	2	2,6
K020 CARIES LIMITADA AL ESMALTE	1	0	1	1,3
K022 CARIES DEL CEMENTO	1	0	1	1,3
S025 FRACTURA DE LOS DIENTES	1	0	1	1,3
K046 ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	1	0	1	1,3
K083 RAIZ DENTAL RETENIDA	1	0	1	1,3
K044 PERIODONTITIS APICAL AGUDA ORIGINADA EN LA PULPA	0	1	1	1,3

TOTAL	57	22		100
-------	----	----	--	-----

**Fuente:** MSP-CZ2-D22D03-PS Kawymeno, 2021

Al respecto, en el informe del ASIS se menciona que hasta la fecha de elaboración del informe se presentó 79 atenciones por morbilidad y la más presente es la de depósito (acreciones) en dientes (44,3%), seguida de pulpitis (18,8%), caries en la dentina (13,3%), necrosis de la pulpa (8,9%) y lo ven como uno de los factores de riesgo para la salud porque pese a que hay estos problemas de forma recurrente el puesto de salud no está equipado para realizar los debidos tratamientos, pero también por la limitación en las acciones preventivas por parte de la comunidad.

En este establecimiento de salud hasta la fecha de reporte (julio 2021) no se registraron casos de mortalidad general, tampoco de mortalidad materna e infantil. La mayor parte de patologías se resuelven en ese nivel de atención y han referido dos casos al segundo nivel de atención (Hospital Franklin Tello en Nuevo Rocafuerte).

#### 7.1.1.2.3 Información de salud complementaria de relevancia para las comunidades Waorani

Adicionalmente, en los reportes de referencia a establecimientos de mayor nivel de resolución (segundo y tercer nivel de hospitalización) en las comunidades relacionados a la Región se reportan los siguientes casos (enero – noviembre). En Tiwino Waorani Trauma de la cadera (accidente), epilepsia crisis convulsiva, enfermedad pulmonar sobre infectado, evento cerebro vascular, úlcera por presión grado, intento autolítico con consumo de pesticida, fractura del antebrazo, amenaza de aborto, psoriasis, y estrabismo.

En Bameno eclampsia en el embarazo, óbito fetal, cesárea de emergencia; Neumonía postcovid-19, más cirrosis hepática y diabetes mellitus, apendicitis; covid-19, cirrosis hepática, hepatitis b crónica, infección de tejidos blancos, masa cervical (en un mismo paciente). En Boanamo, 1 caso de Osteosarcoma

Finalmente, y con relación a la inmunización realizada en las comunidades de la nacionalidad Waorani realizadas en la provincia de Orellana, se proporciona la siguiente información al 2021:

**Tabla 45: Reporte de pruebas rápidas de antígenos, anticuerpos y PCR realizadas por los establecimientos de salud focalizados para la Región NCRT (2021)**

Coordinación	Establecimiento de salud	Tipo de prueba	Total pruebas realizadas 2021
Coordinación Zonal 2	Kawymeno	Pruebas rápidas anticuerpos	30
		Pruebas rápidas antígenos	28
		Hisopado para PCR	22
Intervención en los establecimientos de salud focalizados para la Región en la	Dicaro	Pruebas rápidas anticuerpos	50
		Pruebas rápidas antígenos	16

provincia de Orellana		Hisopado para PCR	16
	Tiwino Waorani	Pruebas rápidas anticuerpos	0
		Pruebas rápidas antígenos	10
		Hisopado para PCR	7
	<b>Total</b>		<b>179</b>

**Fuente:** MSP – CZ2 Dirección Zonal de Vigilancia Epidemiológica – Informes Distritales, 2021

En los establecimientos de salud focalizados para la Región se practicaron 179 pruebas de las cuales 45 son PCR. En el área, incluidos otros establecimientos de salud de la parroquia Cononaco, el informe estima que de las pruebas PCR-RT realizadas en el periodo 2021 hubo una positividad del 23.4% e informan que los equipos de atención integral de salud están realizando una investigación de casos mediante cercos epidemiológicos de los contactos y de búsqueda activa de nuevos casos en la población con influenza.

En función de las medidas de control de la pandemia al inicio del mes de mayo 2020 se realizó acciones intersectoriales entre MSP, Repsol S.A, Universidad Católica del Ecuador, Grupo Social FEPP, Universidad San Francisco de Quito, Jefatura Política de la Gob. Orellana, para mantener las acciones de control y vigilancia en las comunidades de nacionalidad Waorani.

Actualmente el personal de salud se mantiene capacitado ante la alerta de casos nuevos y su comunidad mediante la vigilancia comunitaria.

**Tabla 46:** Inmunización contra el COVID-19 reportado por los Equipos de Salud de los Establecimientos focalizados para la Región NCRT (2021)

	Establecimiento de salud	Tipo de Vacuna	Total de dosis administradas primeras y segundas 2021	
			Primera	Segunda
Coordinación Zonal 2	Kawymeno	Pfizer	42	36
		Sinovac	40	28
		Astrazeneca	0	0
		Cansino	0	0
	Dicaro	Pfizer	186	186
		Sinovac	166	166
		Astrazeneca	1	0
		Cansino	0	0
	Tiwino Waorani	Pfizer	652	
		Sinovac	0	0
		Astrazeneca	0	0
		Cansino	0	0
	Total* sin contar pfizer Tiwino Waorani		435	416

**Fuente:** MSP – CZ2 Dirección Zonal de Vigilancia Epidemiológica  
– Informes Distritales, 2021

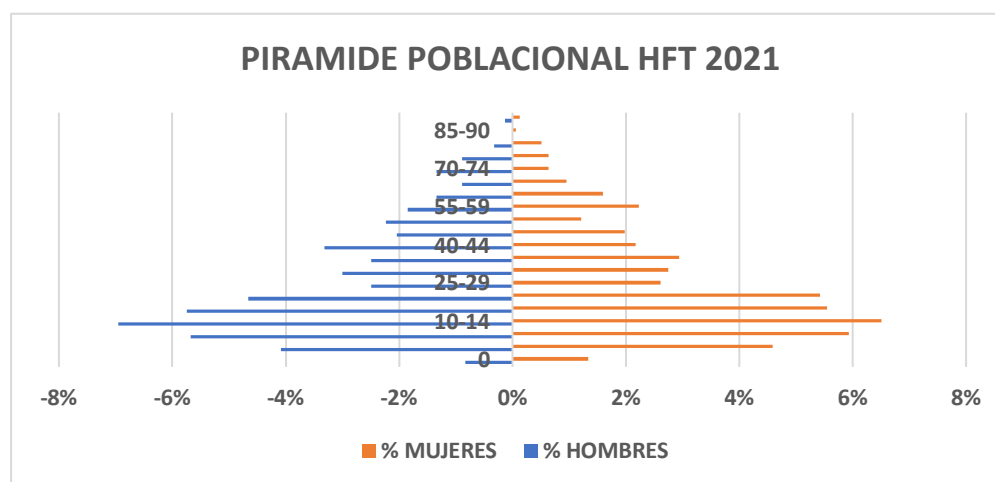
\*En el dato del informe no desagrega si esa cifra incluye la segunda dosis, solo proporciona el número en general.

En los datos de las coberturas de inmunización que se hacen a las comunidades de la nacionalidad Waorani desde los establecimientos de salud, se puede apreciar que en las primeras dosis se inmunizó a 436 personas y en la segunda dosis a 416 personas. Si se asume que el dato presentado en Tiwino Waorani de 652 dosis (siendo la parroquia más grande de las que se da cobertura en este territorio) sería el de la primera dosis, pero este dato tendría que ser corroborado.

#### 7.2.1.1.4. Parroquia Nuevo Rocafuerte (Unidad Anidada y Hospital Franklin Tello)

En la parroquia de Nuevo Rocafuerte se encuentra el Hospital Fiscomisional Franklin Tello (HFT) y la Unidad Anidada (UAHFT) del primer nivel de atención los cuales funcionan conjuntamente. De este último establecimiento de salud se toman los datos del ASIS que se presentan a continuación. Según esa información en el HFT se da cobertura a una población estimada de 1563 personas de diferentes sitios. De esta población 1158 son predominantemente indígenas del pueblo Kichwa amazónico (1114 personas) y 408 del pueblo mestizo.

**Gráfico 3: Distribución de la población atendida en el HFT por grupos etarios, 2021.**



**Fuente:** Coordinación Zonal 2 – Salud, Atención Primaria CA Hospital Franklin Tello, 2021.

La información demográfica presentada en el ASIS se realizó a partir de las fichas familiares para el periodo enero – noviembre del 2021. Como se puede apreciar la base de la población es mayoritariamente joven. Esta distribución según la edad es similar a las demás poblaciones del área de estudio, y de igual manera la proporción de la población según el sexo que es un poco mayor para los hombres 50.4%.

Dada la ubicación de este establecimiento de salud en el área fronteriza, esta atiende también a personas de comunidades cercanas en el territorio del Perú como es el caso de la comunidad Secoya de Paikanape. Desde el territorio ecuatoriano da atención a

varias comunidades que no están focalizadas por el estudio; sin embargo, al ser el Hospital una unidad de mayor complejidad recibe las transferencias de los establecimientos de salud del primer nivel de atención del área, entre ellas del P.S Kawimeno que, como se ha mencionado, es una de las comunidades focalizadas en el estudio. Nuevo Rocafuerte se caracteriza por su gran extensión y por la difícil accesibilidad ya que la misma se hace por vía fluvial lo cual representa altos costos logísticos y operativos.

En el establecimiento de salud UAHFT y en el marco del ASIS (2021) identifican varios factores de riesgo: corredores migratorios, asentamientos informales, presión sobre los recursos naturales, tala legal e ilegal del bosque, erosión de suelos, presiones por la concentración urbana, contaminación por la actividad petrolera (5 bloques de explotación en el territorio de la parroquia, de los cuales dos están en operación y tres en exploración), también se hace referencia a que reciben el impacto de los derrames petroleros a grandes distancias. Contaminación local generada por los desechos, especialmente en el entorno del área urbana y contaminación del suelo y de los ríos. Problemas sanitarios por la carencia de infraestructura. Inadecuada gestión del GAD de la disposición final de los desechos del HFT. Mala calidad del agua por contaminación y por presencia de cloro residual detectado en los análisis realizados en el 2021. En el referido ASIS de la unidad anidada se describe que un factor de riesgo observado en el territorio es el “modo, condiciones y el estilo de vida de la población” sin que se describa esas condiciones y estilos de vida que consideran son parte de los factores de riesgo de la salud (violencia, violencia doméstica, alcoholismo, problemas de salud mental, entre otros).

Por otra parte, identifican los riesgos a la salud de las comunidades de esta parte de la Amazonía ecuatoriana por la presencia de vectores que transmiten enfermedades como el dengue y el paludismo. Al respecto, según la información obtenida, el año pasado no se pudo realizar el control vectorial por la priorización de atención a la pandemia lo cual consideran que es de preocupación por tratarse de un área de alta incidencia del paludismo.

Otro de los riesgos está relacionado al problema alimentario, ya que hay alto consumo de carbohidratos y una poca variedad de alimentos lo cual, se menciona, una marcada tendencia al sobrepeso y la obesidad lo cual deriva en enfermedades crónico-degenerativas que antes no se observaba en estas poblaciones.

En el ASIS de este establecimiento de salud se destaca como un problema importante los problemas de salud mental. Entre el mes de enero a noviembre se reportó 5 casos de agresión las cuales están asociadas al consumo del alcohol y a la violencia sexual. En total registran 7 casos de violencia de género.

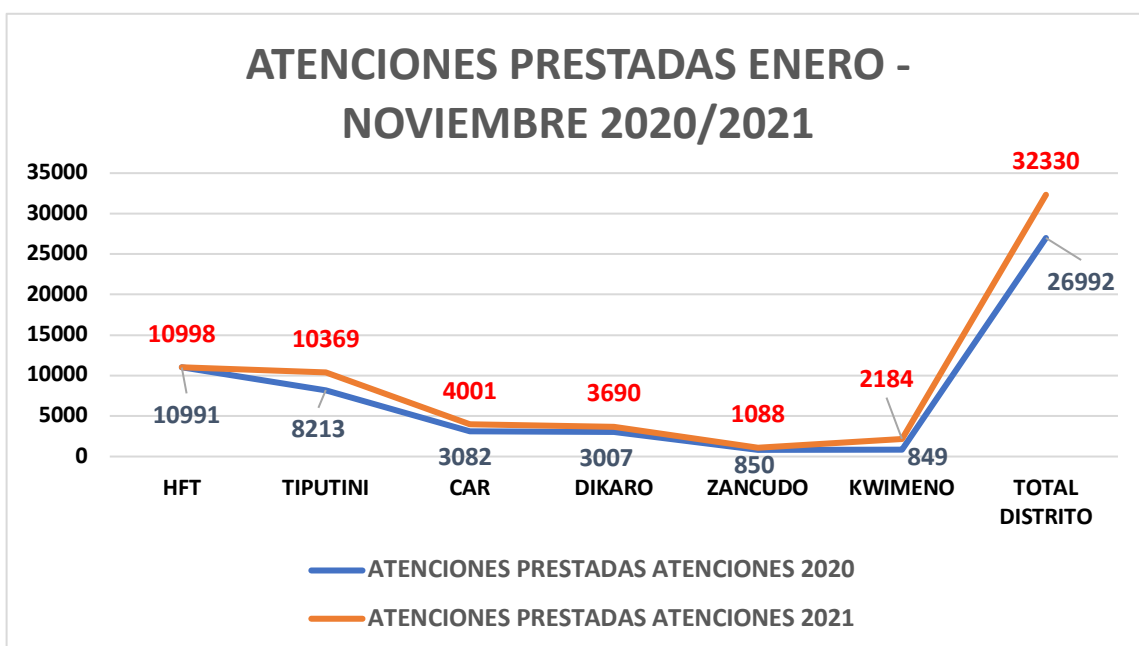
En ese mismo contexto, se habla de los intentos autolíticos que, según el documento referido, van en aumento: “La incidencia de intentos autolíticos/suicidio para el año de 2021 es de 2 casos, con relación al año 2020, obteniéndose 6 intentos y 1 caso consumado, mismos que están relacionados disfuncionalidades de familia, consumo problemático de alcohol, carencia y falta de apoyo del grupo primario, violencia de género, conflictos de pareja.

Dentro de las morbilidades relacionadas a la salud mental están también los episodios depresivos leves, moderados y los que desembocan en los intentos de suicidio y suicidio

consumado, la esquizofrenia paranoide, trastornos de ansiedad, entre otros que suman 41 casos atendidos en el 2021. También identifican el alto consumo de alcohol, especialmente en Nuevo Rocafuerte y en el caso de la comunidad de Secoya de Paikanape (Perú) no se identifican casos de alcoholismo”.

A continuación, se informa sobre el número de atenciones que se ha dado desde este Distrito de Salud:

**Gráfico 4: Atenciones realizadas en los establecimientos de salud del Distrito Aguarico**



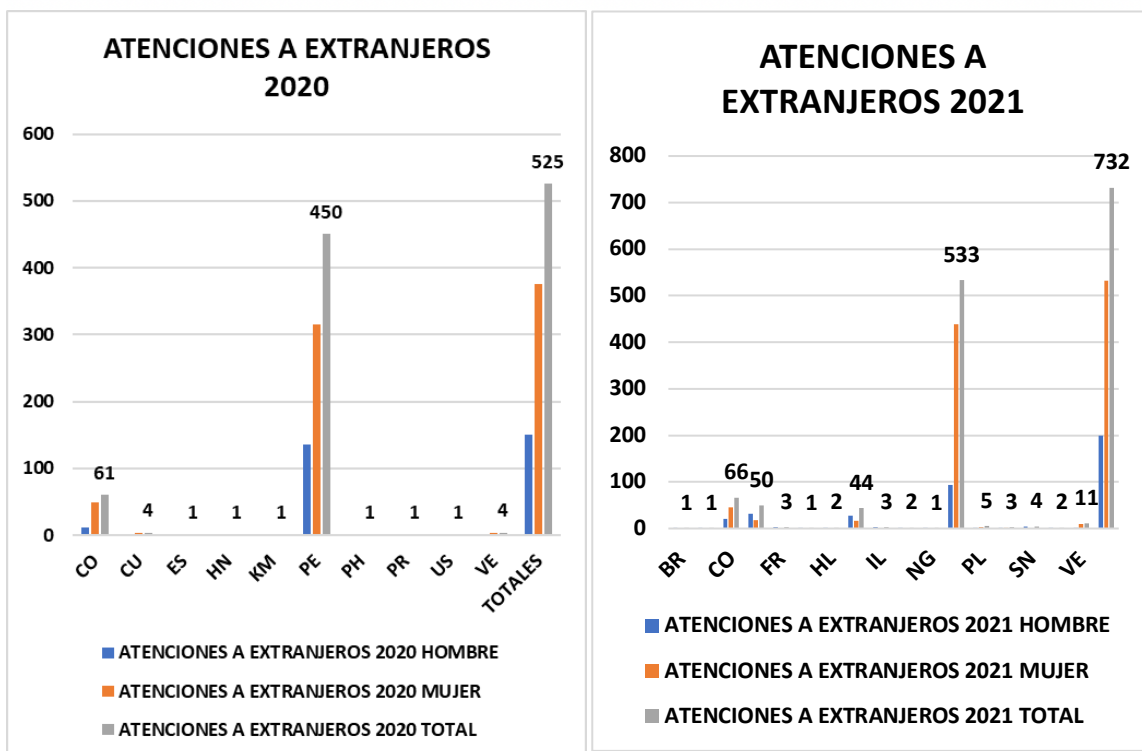
**Fuente:** Coordinación Zonal 2 – Salud, Atención Primaria CA Hospital Franklin Tello, 2021.

El gráfico muestra las atenciones dadas por los establecimientos de salud pertenecientes al Distrito entre las que se cuenta dos de los establecimientos (Dicaro y Kawymeno) que dan atención a las comunidades en el territorio focalizado. En términos generales se observa un incremento en el número de consultas prestadas en comparación con el año 2020 y es especialmente notable en el PS de Kawymeno, lo que en principio supone una mayor carga de morbilidades y un mayor esfuerzo de atención.

Dentro de las atenciones también se incluyen datos de las dadas a la población extranjera:

**Gráficos 5 y 16: Atención a extranjeros 2020/2021**





**Fuente:** Coordinación Zonal 2 – Salud, Atención Primaria CA Hospital Franklin Tello, 2021.

La información proporcionada en el ASIS refleja una de las características de las áreas fronterizas y es el flujo de personas de distintos países. Es importante mencionar que por mandato de la Constitución Ecuador los establecimientos de salud deben atender a las personas sin distinción de su origen por el derecho de acceso universal a la salud. En el año 2021 que implica a este estudio, se atendió a 732 extranjeros y se observa un incremento respecto al año anterior. La población atendida del Perú es de 533 personas, luego están de Colombia, Cuba y Haití. Llama la atención que la mayor parte de la población extranjera atendida sea de mujeres. En el ASIS además se informa de la presencia de personas provenientes del Continente Africano lo cual llama mucho la atención. Se hace mención, también, a la problemática del alto flujo migratorio en el contexto de la pandemia por el riesgo sanitario de transmisión de otras variantes del COVID-19, así como por la dificultad que implica para el control y contención epidemiológica ya que este flujo migratorio, muchas veces irregular, se da por rutas de acceso en las cuales no hay control y por la misma amplitud y permeabilidad de la frontera.

Dentro de las atenciones dadas la población de Perú, es importante mencionar que están las dadas a personas de la comunidad de Paikanape que, como se ha manifestado anteriormente, está focalizada en el área de interés del estudio y los del HFT indican que se realizó atención a 44 personas el año 2021.

A continuación, se proporciona la información del perfil epidemiológico registrado en el HFT en el año 2021:

**Tabla 47: Morbilidad general HFT enero - noviembre 2021**

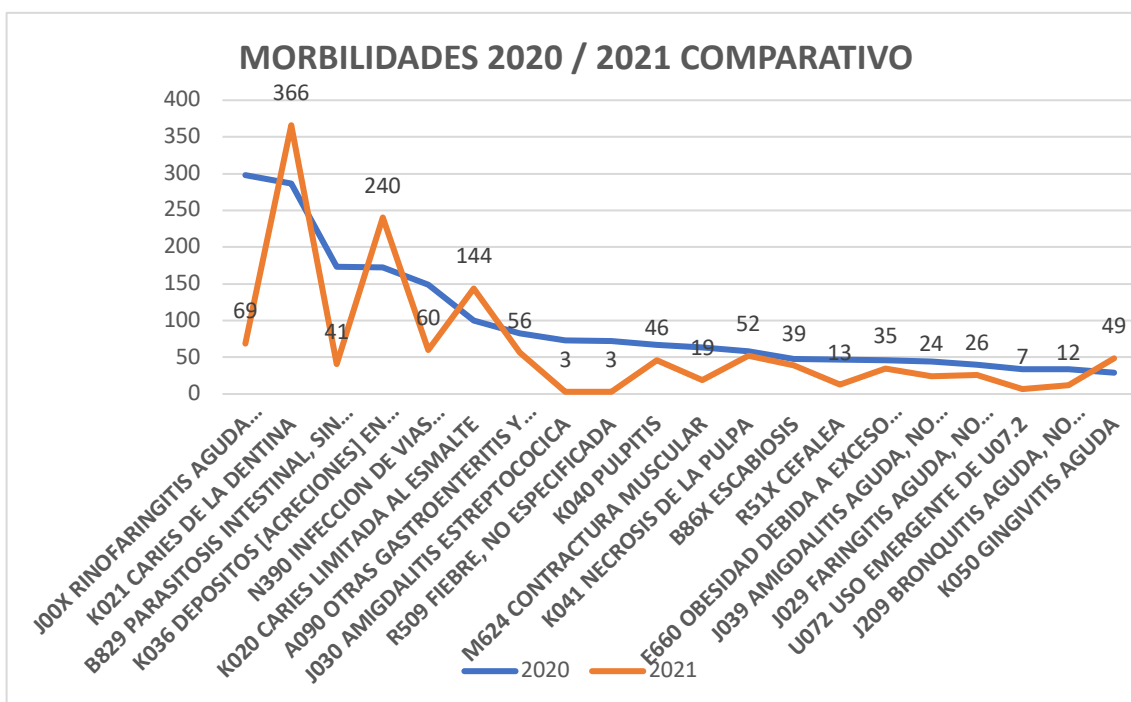
<b>MORBILIDAD GENERAL HFT ENERO -NOVIEMBRE 2021</b>				
<b>NR O</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>MASCULIN O</b>	<b>FEMENIN O</b>	<b>TOTAL</b>
1	K021 CARIES DE LA DENTINA	176	190	366
2	K036 DEPOSITOS [ACRECCIONES] EN LOS DIENTES	118	122	240
3	K020 CARIES LIMITADA AL ESMALTE	64	80	144
4	E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	31	51	82
5	J00X RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	28	41	69
6	N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	2	58	60
7	A090 OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO	26	30	56
8	K041 NECROSIS DE LA PULPA	36	16	52
9	K050 GINGIVITIS AGUDA	27	22	49
10	K040 PULPITIS	23	23	46
11	B829 PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	18	23	41
12	B86X ESCABIOSIS	24	15	39
13	U071 ENF IRA COV-19	18	18	36
14	K083 RAIZ DENTAL RETENIDA	16	20	36
15	B373 CANDIDIASIS DE LA VULVA Y DE LA VAGINA		29	29
16	D509 ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	16	12	28
17	O234 INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO		28	28
18	J029 FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	9	17	26
19	I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	15	10	25
20	O234 INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO		20	20
<b>PRIMERAS 20 CAUSAS DE MORBILIDAD</b>		<b>647</b>	<b>825</b>	<b>1472</b>

**Fuente:** Coordinación Zonal 2 – Salud, Atención Primaria CA Hospital Franklin Tello, 2021.

Las primeras causas de atención en el HFT son las relacionadas a los problemas de salud de tipo odontológico y que son atendidas en este establecimiento del segundo nivel de atención. Esta problemática de salud oral, como se vio, se da en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención que atienden a las comunidades de interés del estudio. De ese conjunto de enfermedades, en el ASIS, se menciona que llama la atención del SARS-CoV-2 COVID 19 como una de las 20 primeras causas de morbilidad general, lo cual significa que se ha extendido fuertemente en la población y es parte del panorama epidemiológico local.

También, en el documento, se resalta el incremento de problemas de sobrepeso “obesidad” que en su conjunto sumando las obesidades inespecíficas y atribuible a exceso de calorías lo cual lleva, en muchos casos, a la presencia de enfermedades crónico degenerativas. Es importante mencionar que las morbilidades que se tratan en el segundo nivel de atención son las que no pueden ser resueltas en el primer nivel y que tienen más complicaciones por lo que varía el perfil epidemiológico de las morbilidades atendidas, respecto a los datos anteriormente presentados de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

**Gráfico 5: Modificaciones más importante de la morbilidad 2020/2021**



**Fuente:** Coordinación Zonal 2 – Salud, Atención Primaria CA Hospital Franklin Tello, 2021.

Respecto al gráfico y en análisis comparativo en el documento del ASIS se menciona lo siguiente: “existen varios cambios llamativos en la morbilidad general, lo primero es una disminución de un 28.7 % (-993 atenciones por morbilidades menos que en el año 2020), el fuerte predominio de la morbilidad odontológica alcanzando 5 de las 10 primeras causas y 7 de las 10 primeras causas en el 2021, ocupando además las 1ras 3 causas en este mismo año. Otro aspecto de sumo interés es la aparición del Covid 19 entre las 1ras 20 causas de morbilidad general y el desplazamiento de la parasitosis intestinal al lugar 12. También es de sumo interés la alta incidencia de la infección urinaria”.

**Tabla 48: Morbilidad crónico-degenerativa (ECNT) HFT enero -noviembre 2021**

NR O	INCIDENCIA ECNT HFT 2021 ENERO - NOVIEMBRE			
	CIE 10 (DIAGNOSTICOS)	Hombre	Mujer	Total general
1	OBESIDAD	31	51	82

2	LIPIDEMIAS	7	5	12
3	HIPERTENSION	6	2	8
4	DIABETES MELLITUS	1	2	3
5	ASMA	0	2	2
6	CARDIOPATIA	1	1	2
7	HIPERPLASIA PROSTATICA	2	0	2
8	HIPOTIROIDISMO	0	1	1
<b>TOTAL GENERAL</b>		48	64	112

**Fuente:** Coordinación Zonal 2 – Salud, Atención Primaria CA Hospital Franklin Tello, 2021.

Esta información indica que este tipo de enfermedades va ganando terreno en el perfil epidemiológico y en gran medida se debe a los cambios alimentarios, y estilos de vida, como se mencionaba antes. Estas enfermedades que se expresan más a nivel urbano, no dejan de tener su impacto en pequeñas poblaciones y aún en comunidades rurales. Es importante mencionar que en el dato, no se puede apreciar, por ejemplo, si fueron atendidos casos de la comunidad de Kawimeno, porque no tiene ese nivel de desagregación.

Otra de la información relevante para entender la situación de salud de Nuevo Rocafuerte y su área de influencia son los datos de morbilidades atendidas por emergencia, como se verá a continuación:

**Tabla 49: Morbilidad emergencias. HFT enero -noviembre 2021**

<b>MORBILIDAD DE EMERGENCIA HFT 2021 ENERO -NOVIEMBRE</b>				
<b>NR</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total general</b>
0				
1	O800  - PARTO UNICO ESPONTANEO PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE		13	13
2	A09X  - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	4	4	8
3	N390  - INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO		7	7
4	L500  - URTICARIA ALERGICA	3	3	6
5	S610  - HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	4	1	5
6	T141  - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	4	1	5
7	O470  - FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION		4	4

8	R101  - DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	1	3	4
9	S934  - ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO	2	2	4
10	T630  - VENENO DE SERPIENTE	1	3	4
11	K359  - APENDICITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	1	3	4
12	A059  - INTOXICACION ALIMENTARIA BACTERIANA NO ESPECIFICADA	2	1	3
13	G431  - MIGRAÑA CON AURA [MIGRAÑA CLASICA]		3	3
14	M545  - LUMBAGO NO ESPECIFICADO	1	2	3
15	R456  - VIOLENCIA FISICA	1	2	3
16	S430  - LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO	3		3
17	S819  - HERIDA DE LA PIERNA PARTE NO ESPECIFICADA	3		3
18	S913  - HERIDA DE OTRAS PARTES DEL PIE	3		3
19	E86X  - DEPLECION DEL VOLUMEN		2	2
20	F410  - TRASTORNO DE PANICO [ANSIEDAD PAROXISTICA EPISODICA]	1	1	2
	OTROS CIE 10 (112 CIE 10)	66	61	127
	<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>113</b>	<b>214</b>

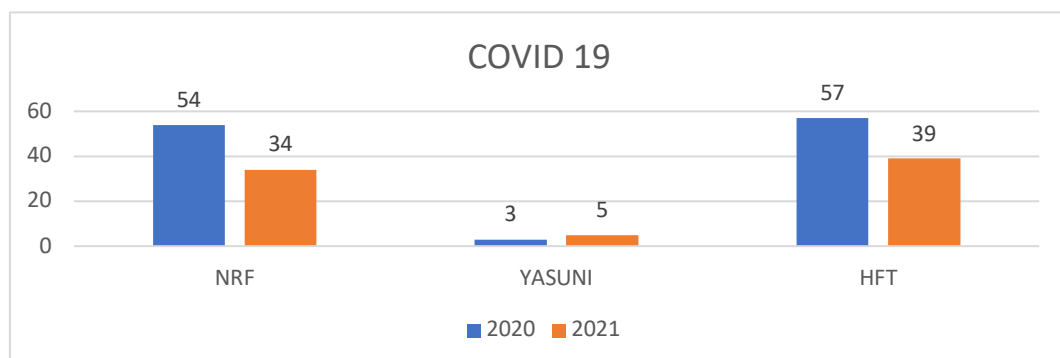
**Fuente:** Coordinación Zonal 2 – Salud, Atención Primaria CA Hospital Franklin Tello, 2021.

Muchos de los casos atendidos en el área de emergencia del HFT son referidos desde los establecimientos de salud del primer nivel de atención o son ingresados directamente por la misma condición de emergencia. En estos datos se aprecia que las emergencias obstétricas es una de las primeras causas de atención, pero también están algunas causas que se relacionan con lo que suele suceder en las comunidades más alejadas de la parte urbana, como son las heridas, fracturas, cortes, contusiones graves, lumbagos, accidentes ofídicos, violencia física, y otro tipo de lesiones y heridas graves.

Respecto a las enfermedades transmisibles por vectores, como el paludismo que se manifiesta es un problema de salud importante, se menciona que hubo entre el 2020 y 2021: 35 casos, de los cuales 25 se localizaron en la parroquia Nuevo Rocafuerte.

En cuanto al dengue se manifiesta en el ASIS de la UAHFT que en el 2021 no se ha presentado brotes de dengue.

**Gráfico 6: Morbilidad por Covid 19. Distribución por parroquias HFT 2019-2021**



**Fuente:** Coordinación Zonal 2 – Salud, Atención Primaria CA Hospital Franklin Tello, 2021.

Como se vio en los datos anteriores de la morbilidad general atendidas desde de HFT, se menciona que esta morbilidad ocupa ahora uno de los primeros puestos en el perfil epidemiológico y en el año 2021 fueron tres las personas que fallecieron por esta enfermedad. En el ASIS se hace mención a que como una medida de prevención, desde el Distrito Aguarico se ha realizado un estudio de seroprevalencia de anticuerpos IgG antiSARS-CoV-2 en las parroquias de Nuevo Rocafuerte y Yasuní con los siguientes resultados: “se tomaron 279 muestras aleatorizadas por familias de cada una de nuestras comunidades Nuevo Rocafuerte, Bello Horizonte, Alta Florencia, Santa Rosa, Santa Teresita, Martinica, Fronteras de Ecuador, Zancudo y Paikenape en los meses previos a la vacunación general. El resultado arrojó una positividad del 68,5% que pueden considerarse que pasaron la enfermedad, en general de manera benigna. Con estos datos se hizo la campaña durante la vacunación para asegurar la total cobertura de la población. Como dato interesante la utilización del chuchuhuazo (*Maytenus laevis*) como remedio preventivo -lo cual fue generalizado-.

**Tabla 50: Covid-19 letalidad /mortalidad por Covid-19 HFT 2020-2021**

	2020			2021			ACUMULADO		
	NRO DE CASOS	CASOS GRAVES	FALLECIDOS	NRO DE CASOS	CASOS GRAVES	FALLECIDOS	NRO DE CASOS	CASOS GRAVES	FALLECIDOS
<b>NUEVO ROCAFUERTE</b>	54	7	1	34	7	2	88	14	3
<b>YASUNI</b>	3	0	0	5	2	1	8	2	1
<b>HFT</b>	<b>57</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>39</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>96</b>	<b>16</b>	<b>4</b>

**Fuente:** Coordinación Zonal 2 – Salud, Atención Primaria CA Hospital Franklin Tello, 2021.

En la tabla superior se detalla los datos de letalidad y de mortalidad en dos años en las parroquias Nuevo Rocafuerte y Yasuní. Se aprecia, comparativamente, que en el 2021 los casos disminuyeron, y se incrementaron los fallecimientos que en total fueron 4, y 16 casos graves recuperados.

**Tabla 51: Morbidades de interés epidemiológico enero – noviembre 2021**

AÑO	LESIHMANIASIS	MORDEDURA DE SERPIENTE	TUBERCULOSIS
2017	1	4	0
2018	3	0	2

2019	0	1	0
2020	0	1	1
2021	0	4	0

**Fuente:** Coordinación Zonal 2 – Salud, Atención Primaria CA Hospital Franklin Tello, 2021.

En esta información se incluyen morbilidades de interés epidemiológico diagnosticadas, y se destacan los casos de accidentes ofídicos. Se reporta casos de tuberculosis diagnosticados en pacientes de Perú.

Finalmente, para esta parte del informe, se hace referencia a la tasa de mortalidad proporcionada en el ASIS y tomando como referencia el año pasado entre enero –y noviembre, la cual fue de 6.3 x 1000 habitantes, donde “las muertes por enfermedades crónicas se produjeron en adultos mayores de 70 años y las muertes por causas no naturales ocuparon el 20% del total de fallecimientos. La mortalidad por Covid-19 represento el 30% ocupando el primer lugar en este aspecto. Relevante una muerte pediátrica por accidente”.

#### 7.2.1.2 En la Provincia de Pastaza

El siguiente segmento del territorio focalizado para la Región Napo – Curay – Río Tigre es la Parroquia Río Tigre, perteneciente al Cantón Pastaza y limita al sur con el territorio de Perú. Esta área geográfica está en una de las 3 cuencas hidrográficas de la provincia de Pastaza. La confluencia de los Ríos Conambo y Pindoyacu que nacen en la Provincia de Pastaza forman el río Tigre en la frontera Ecuador-Perú, que es uno de los afluentes del río Marañón. La Cuenca del Río Tigre tiene una superficie de 881.209,83 hectáreas y se forma en el interior de la Provincia de Pastaza. Es una cuenca no muy intervenida por la acción antrópica, salvo en los lugares donde se encuentran las comunidades que por lo regular se asientan en las riberas de los ríos<sup>127</sup>.

##### 7.2.1.2.1 Parroquia Río Tigre (P.S Lorocachi)

Desde esta parroquia se da cobertura a las comunidades cercanas a la frontera y se hace desde el Puesto de Salud (PS) de Lorocachi, y ocasionalmente desde una pequeña “Posta” ubicada en la comunidad de Yanayacu donde anualmente hay un promedio de 234 atenciones. Esta posta cuenta con un promotor de salud de la misma comunidad.

El PS Lorocachi está compuesto por 2 médicos, 2 enfermeras, 1 Odontólogo y 1 Técnico de Atención Primaria de Salud (TAPS); es decir, hay 2 Equipos de Atención Integral de Salud. Esta unidad de salud pertenece al Distrito 16D01 Pastaza – Mera – Santa Clara.

Desde este establecimiento de salud se atiende en brigadas a las comunidades de Pavacachi, Valle Hermoso, Nina Amarun, Macao, Sisa, Lorocachi, Jatun Playa, Victoria. Estas últimas, según la información del ASIS, son de muy difícil acceso, teniendo como área de influencia al Parque Nacional Yasuní y la Zona de Amortiguamiento de la ZITT territorio de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario.

<sup>127</sup> Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Pastaza, Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial al año 2025. Actualización 2019-23.

Según la información obtenida del P.S Lorocachi la población de esta parroquia es de 722 personas y esa es la población que se atiende desde el Puesto de Salud. Esta población se distribuye de la siguiente manera en rangos de edad y en sexo:

**Tabla 52: Población de la Parroquia Río Tigre (PS) Lorocachi**

Genero	0-4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 64 años	65 años y más	TOTAL
Hombres	32	40	40	40	180	20	352
Mujeres	65	39	37	35	179	17	370
Subtotal	97	79	77	75	371	37	722

**Fuente:** MSP-CZ3-D16DO1 PS Lorocachi, 2021

El número de hombres es mayor (51%) que el de mujeres (49%) y se asemeja a la situación demográfica de los demás lugares incluidos en el análisis. De estos, la población es bastante joven y se observa un cambio generacional. En esta población el porcentaje de adultos mayores es el 5.1% y de menores de 5 años es el 13,4%. En estos grupos de población se hace un seguimiento a 112 niños menores 5 años de edad, a 11 embarazadas y a 37 adultos mayores.

Respecto a las comunidades a las que da atención a través de brigadas, en el ASIS incluye los datos demográficos y de accesibilidad:

**Tabla 53: Comunidades de cobertura del P.S Lorocachi**

Comunidad	Número de familias	Población	Distancia aproximada (acceso fluvial) desde el Puesto de Salud de Lorocachi
Colonia Pavacachi y Valle Hermoso	13	60	6 horas
Nina Amarun	8	46	4 horas
Macao	14	55	2 horas
Sisa	7	38	40 minutos
Lorocachi	40	180	No aplica
Jatun Playa	5	25	50 minutos
Victoria	6	25	3 horas

**Fuente:** Plan de Manejo de Kawsak Sacha, 2011 y MSP-CZ3-D16DO1 PS Lorocachi 2021

Adicionalmente proporciona la siguiente información demográfica: tasa de feminidad 95,6% y la tasa de masculinidad es de 104,5%. La expectativa de vida al nacer es de 65 años. La tasa de natalidad es de 2,7% y la tasa de mortalidad femenina es de 1,3%. La tasa de mortalidad infantil es de 125 por 1000 nacidos vivos (dato del Distrito). Tasa de desnutrición aguda es del 2,06%. Tasa de desnutrición global es del 2,06%. Tasa de desnutrición crónica es del 7,2%

Sin embargo, en un conteo realizado hace no mucho tiempo se detecta una disminución de la población puesto que se verificó la existencia de 416 personas. Se menciona, que



hubo una fuerte migración de familias hacia varias partes urbanas de la provincia de Pastaza. En el ASIS se hace referencia a que la tasa de natalidad es superior a la tasa de mortalidad y que se cuenta con una población joven. Desde la perspectiva de la pertenencia étnica todas las comunidades de este sector son de la nacionalidad indígena Kichwa amazónica.

Otra característica que se destaca de esta parte es que no hay actividad extractiva y tampoco actividades que provoquen gran contaminación ambiental, sin embargo no existe agua potable ni manejo de desechos. En Lorocachi se encuentra ubicado un Batallón militar (reducido). Y, el bosque del cual dependen las comunidades se mantiene en buenas condiciones con excepción de áreas de frontera o río arriba cercanos a San José de Curaray.

En el P.S de Lorocachi en lo que va del año se han dado 236 consultas, la mayoría de ellas de tipo preventivo (78%) y el porcentaje restante de morbilidad (22%), “lo cual va acorde al modelo de gestión basado en la prevención de las enfermedades realizando controles médicos generales, salud escolar y atención a mujeres embarazadas además dando prioridad a los pacientes vulnerables y prioritarios de la comunidad”.

En relación con la cobertura de mujeres embarazadas se reporta la siguiente información:

**Tabla 54: Población de embarazadas y seguimiento**

POBLACION TOTAL DE EMBARAZADAS	EMBARAZADAS	PRIMERAS	SUBSECUENTES	COBERTURA	CONCENTRACION
15	8	3	20	50%	5%

**Fuente:** MSP-CZ3-D16DO1 PS Lorocachi, 2021

En el área de influencia de este establecimiento de salud se tiene identificado a 2 personas con discapacidad a los cuales se les hace seguimiento dispensarizado.

**Tabla 55: Principales causas de morbilidad atendidas PS Lorocachi (enero a julio 2021)**

Morbilidad	Atenciones	Porcentajes
Faringitis estreptocócicas	54	28
Parasitosis	34	18
Rinofaringitis	30	16
Enfermedad diarreica aguda	28	15
Cefalea	14	8
Infección de vías urinarias	10	5
Abscesos cutáneos	7	4
Lumbago	8	4
Gastritis	5	3
Escabiosis	2	1

**Fuente:** MSP-CZ3-D16DO1 PS Lorocachi, 2021

En el documento del ASIS PS Lorocachi se hace un análisis de las morbilidades atendidas y se menciona como la primera causa a la faringitis estreptocócica aproximadamente en un 28 %, mientras que la morbilidad con menos impacto es la escabiosis con dos casos (1%) y se menciona que: “La tasa de incidencia de parasitosis es la principal causa de los problemas gastrointestinales debido al medio ambiente y al

consumo de agua insegura, mala preparación de los alimentos, la falta de normas de higiene y mal lavado de las manos además que la comunidad no cuenta con sistema de letrinas.

Existe gran cantidad de enfermedades dérmicas esto debido a las condiciones de vida que se presentan en las comunidades en las cuales, debido a la pobreza, a la escasa costumbre de medidas de aseo existe la poca higiene de los entornos y el nulo tratamiento del agua condiciona a enfermedades dérmica [...]

Las infecciones respiratorias altas se encuentran en las principales atenciones durante el año temporal invernal, la principal causa de las infecciones altas son los virus encontrados en el medio ambiente, además los cambios bruscos de la temperatura, por el periodo de influenza, el estado de hacinamiento en el que muchas familias viven afecta especialmente a los niños.

El informe del ASIS Lorocachi menciona, también, que las infecciones de vías urinarias se presentan en un 5 % de la población ya que la falta de condiciones higiénicas es una de las principales causas, a esto se suma el hecho de no contar con servicio de agua potable y en el informe consideran que es uno de los determinantes de la salud.

En el mismo documento se explica la razón de los dolores de espalda “(...) los lumbagos y patologías relacionadas en la población están dada por malas posturas o por realización de fuerza excesiva por el trabajo que realizan en la agricultura (chacras) en posiciones poco ergonómicas por largo tiempo produce alteraciones a nivel lumbar, además al ser una población de bajos recursos económicos duermen en tablas, camas improvisadas o colchones en mal estado”.

Respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles se tiene identificado en el P.S Lorocachi a 3 pacientes con hipertensión arterial. No se registra otro tipo de enfermedades CNT.

“En el periodo de la información presentada se han detectado 04 casos de malaria no complicada por *Plasmodium Vivax*, 01 caso de *Leshmaniasis* y 03 casos de mordedura de serpiente leve”.

Durante este período no se tiene reporte de casos sospechosos de Covid-19 en la comunidad. Es importante mencionar que mantienen activa la vigilancia comunitaria de manera conjunta con los líderes de la comunidad y el personal de salud del establecimiento, para dar una respuesta oportuna ante brotes o epidemias que se puedan presentar.

En el ASIS de este establecimiento de salud se hace una revisión de las enfermedades o problemas de salud con alto impacto:

Enfermedades del comportamiento:

- Suicidios: no se tiene registros en las plataformas de RDACCA.
- Intentos autolíticos: no se tiene registros en las plataformas de RDACCA.
- Alcoholismo: no se tiene registros en las plataformas de RDACCA.
- Drogas: no se tiene registros en las plataformas de RDACCA.
- Trastornos depresivos: no se tiene registros en las plataformas de RDACCA.

Discapacidades:

- Tipo de discapacidades: se tiene conocimiento en las áreas cercanas a los PIAV, existen dos personas adultas mayores con discapacidad física y visual.

Salud materna y neonatal:

- Complicaciones durante el embarazo. - Ganancia inadecuada de peso entre consultas, riesgo de crecimiento intrauterino retardado, riesgo de trastorno hipertensivo en el embarazo, abortos.
- Complicaciones durante el parto.- presentaciones podálicas
- Complicaciones posparto.
- - Infección puerperal, sangramientos.

A continuación, se revisa las morbilidades en la población con los grupos de edad prioritarios (menores de 5 años y adultos mayores de 65 años y más).

**Tabla 56: Morbilidad menores de 5 años PS Lorocachi (enero a julio 2021)**

MORBILIDAD	ATENCION	PORCENTAJE
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	12	25%
Amigdalitis estreptocócica	11	23%
Parasitosis intestinal, sin otra especificación	10	21%
Gastroenteritis no infecciosas, no especificadas	5	10%
Dermatitis no específica	3	6%
Mordedura o picadura de insectos	1	2%
Otras	6	13%

**Fuente:** MSP-CZ3-D16DO1 PS Lorocachi, 2021

En los niños menores de 5 años las enfermedades más recurrentes son las que constan en el cuadro; sin embargo, es importante destacar las que tienen que ver con la parasitosis que contribuye a los problemas nutricionales y es el reflejo de la situación carencial de esas comunidades sobre todo en relación con el acceso al agua segura que, además, es un problema generalizado en todas las comunidades del área de interés de la Región. No obstante, este problema se manifiesta más en unas comunidades que en otras ya que depende del tipo de contaminación de las aguas, de la degradación ambiental, el manejo de residuos de la población y de las prácticas que se realizan en los ríos.

**Tabla 57: Morbilidad mayores de 60 años PS Lorocachi (enero a julio 2021)**

MORBILIDAD	ATENCION	PORCENTAJE
Rinofaringitis aguda (refriado común)	2	8%
Amigdalitis estreptocócica	1	4%
Parasitosis intestinal, sin otra especificación	1	4%
Gastroenteritis no infecciosas, no específicas	1	4%
Gastritis	4	17%
Dolor articular	12	50%

Otras	3	13%
-------	---	-----

**Fuente:** MSP-CZ3-D16DO1 PS Lorocachi, 2021

Los problemas de salud de los adultos mayores son similares a los anteriores y son parte del conjunto de patologías que afectan al conjunto de la población, salvo los propios que se presentan a esas edades como el dolor articular que es el 50% de los casos. No hay presencia de enfermedades no transmisibles en las que se incluyen las crónicas degenerativas.

Un dato importante de destacar es que de la información proporcionada en el ASIS del P.S Lorocachi no se han presentado enfermedades de notificación obligatoria y de vigilancia epidemiológica.

Entre los datos de morbilidad en grupos de edad más jóvenes se identifica otras morbilidades como mordedura o picadura de insectos, pediculosis, gastroenteritis infecciosas, parasitosis intestinal, entre otras no especificadas. En pacientes de 15 a 19 años se identifica alergias infecciones de vías urinarias en porcentajes mínimos del 2 a 1 por ciento. En grupos de las edades comprendidas entre los 20 a 64 años, a más de las enfermedades más recurrentes se encuentra las cefaleas debido a tensión y lumbago.

En el área de intervención de este establecimiento se presenta datos del estado nutricional lo cual es un indicador básico de salud:

- De 60 niños menores de 5 años 01 (2%) tiene problemas de talla severa, 03 (5%) tienen talla baja, 55 (92%) tienen talla normal y 01 (2%) talla alta.
- De 60 niños menores de 5 años, 01 (2%) tiene bajo peso severo, 03 (5%) bajo peso, 55 (92%) normal y 1 (2%) peso alto.
- En mujeres embarazadas de 08 casos, hay 1 mujer con bajo peso, 7 con peso normal. No hay sobrepeso ni obesidad.

La tasa de desnutrición aguda es del 2%, la tasa de desnutrición global es del 2%, la tasa de desnutrición crónica es del 7,2%.

El dato de las mujeres embarazadas deja ver que el 98 % tienen un peso preconcepcional normal; sin embargo, se manifiesta en el documento, que: "hay un consumo excesivo de carbohidratos (yuca, verde) propios de la zona donde habitan, lo que conlleva la necesidad médica de un mayor cuidado durante el periodo de gestación para evitar complicaciones futuras (diabetes gestacional, obesidad infantil, productos macrosómicos, complicaciones en el parto) que puedan afectar la salud de la madre como la del recién nacido. Tan solo un 2% de las mismas presenta bajo peso esto se debe a la falta de alimentación, a la falta de interés en los controles a pesar de las visitas domiciliarias realizadas".

**Tabla 58: Principales morbilidades odontológicas en el PS Lorocachi**

Morbilidad	Atenciones	Porcentaje
Caries en dentina	94	73,9
Periodontitis crónica	10	7,7
Raíz retenida	6	4,9
Periodontitis aguda	5	4,2
Pulpitis	5	4,2
Otras afecciones de los dientes	3	2,1

Gingivitis aguda	2	1,4
Otras enfermedades de la pulpa	1	0,7
Caries en cemento	1	0,7
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

**Fuente:** MSP-CZ3-D16DO1 PS Lorocachi, 2021

El problema de la salud oral es recurrente en el conjunto de las comunidades, tal como se puede apreciar en la tabla de arriba y esto deriva en otras enfermedades.

En relación a las coberturas de vacunación en niños menores de 1 año, se indica en el ASIS que no se alcanzó las coberturas de vacunación por la falta de biológicos, así como por la disponibilidad de combustible. Estos problemas se vienen arrastrando como un efecto secundario de la pandemia e impactan en la atención de salud de las comunidades.

**Tabla 59: Vacunación en niños de 12 a 23 meses**

BIOLOGICO	POBLACIÓN INEC	POBLACIÓN CAPTADA	%
Fiebre Amarilla	11	6	37.5%
Varicela	11	8	50.0%
SRP1	11	4	25.0%
SRP2	11	7	43.80%
BOPV 4	11	8	50.00%
DPT 4	11	6	37.50%

**Fuente:** MSP-CZ3-D16DO1 PS Lorocachi, 2021

De acuerdo dato de las coberturas de vacunación en menores de 12 a 23 meses en el Puesto de Salud Lorocachi, durante el periodo enero – julio 2021 y según la población asignada se obtuvo coberturas que no sobrepasan la meta establecida ya que se alcanzó el 37% de cobertura en los biológicos de Fiebre Amarilla, Varicela, 50%, SRP1 25%, SRP2 43,8%, BOPV 4 5% Y DPT 37,5%. Se menciona en el ASIS que los porcentajes resultan bajos debido a la falta de seguimiento que se evidencia en el tarjetero<sup>128</sup> a causa de difícil acceso a las comunidades aledañas a Lorocachi.

En el P.S de Lorocachi no se registra información de casos de Covid-19 y tampoco de cobertura de vacunación. Se informa de los problemas suscitados por el covid respecto a los cumplimientos de metas, y al aumento comparativo de la atención en los meses de junio y julio por el retorno a clases luego de que las restricciones para contener la pandemia disminuyeran.

### 7.2.2 PERÚ

Los indicadores socio económicos muestran en general que el Departamento de Loreto es una región con grandes brechas en términos de desarrollo económico y social. Los niveles de acceso al agua, saneamiento y energía eléctrica son significativamente menores a los promedios nacionales. Las tasas de pobreza y pobreza extrema son

<sup>128</sup> El tarjetero es un sistema físico de registro usado en la sala situacional de los establecimientos de salud para realizar el seguimiento y monitoreo de las coberturas, en este caso, de vacunación.

mayores con relación a la media nacional. La accesibilidad al territorio es sumamente difícil, pues no existen vías de comunicación hacia comunidades remotas, quedando como alternativa el transporte fluvial que es significativamente costoso dadas las extensas distancias.

En cuanto a las comunidades que son objeto de esta investigación, el 100% carece de acceso a servicios de agua potable y alcantarillado, observándose una situación prácticamente similar en cuanto acceso a servicio de electricidad.

**Tabla 60: Brechas de acceso a los servicios básicos**

Información de brechas de acceso a los servicios básicos						
Nombre del centro poblado						
Buena Vista	85	100.00	85	100.00	3	3.53
Flor De Coco	18	100.00	18	100.00	2	11.11
Shapajal	22	100.00	22	100.00	22	100.00
Urbina	27	100.00	27	100.00	27	100.00
San Juan De Miraflores	18	100.00	18	100.00	18	100.00
Urpí Isla	21	100.00	21	100.00	19	90.48
Dos Fronteras	12	100.00	12	100.00	11	91.67
Ingano Llacta	21	100.00	21	100.00	21	100.00
Puerto Elvira	33	100.00	33	100.00	20	60.61
Paykanampu	9	100.00	9	100.00	9	100.00
Chambiral	4	100.00	4	100.00	4	100.00
Vencedores	27	100.00	27	100.00	27	100.00

**Fuente:** Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017, INEI

Con respecto a los indicadores sociodemográficos específicos de las comunidades focalizadas en la región NCRT, no se encontraron indicadores disponibles con respecto a fecundidad, mortalidad, esperanza de vida, mortalidad infantil. No obstante, existen datos a nivel departamental de Loreto, que pueden ser de utilidad o de referencia para los propósitos de entender el contexto territorial más amplio en el cual se encuentran inmersas las comunidades de interés.

**Tabla 61: Indicadores sociodemográficos en el Departamento de Loreto**

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS, DEPARTAMENTO DE LORETO, 2015-2020	
<b>Fecundidad</b>	
<b>Nacimientos anuales: B</b>	<b>21,701</b>
<b>Tasa bruta de natalidad:</b>	
<b>b (por mil)</b>	20.43
<b>Tasa global de fecundidad</b>	2.64

<b>tasa bruta de reproducción</b>	<b>1.29</b>
<b>Mortalidad</b>	
<b>Muertes anuales: D</b>	<b>5.381</b>
<b>Tasa bruta de mortalidad:</b>	
<b>d (por mil)</b>	<b>5.07</b>
<b>Esperanza de vida al nacer:</b>	
<b>Ambos sexos</b>	<b>72.75</b>
<b>Hombres</b>	<b>70.09</b>
<b>Mujeres</b>	<b>75.54</b>
<b>Tasa de mortalidad infantil:</b>	
<b>(por mil nacidos vivos)</b>	<b>21.8</b>
<b>Crecimiento Natural</b>	
<b>Crecimiento anual: B-D</b>	<b>16.320</b>
<b>Tasa de crecimiento natural:</b>	
<b>b-d (por cien)</b>	<b>15.36</b>
<b>Migración Interna e Internacional*/</b>	
<b>Migración neta anual: M</b>	<b>-7.118</b>
<b>Tasa de migración neta:</b>	
<b>m (por mil)</b>	<b>-6,7</b>
<b>Crecimiento Total</b>	
<b>Crecimiento anual: B-D+(-)M</b>	<b>9.202</b>
<b>Tasa de crecimiento total:</b>	<b>8.66</b>
<b>b-d+(-)m (por cien)</b>	

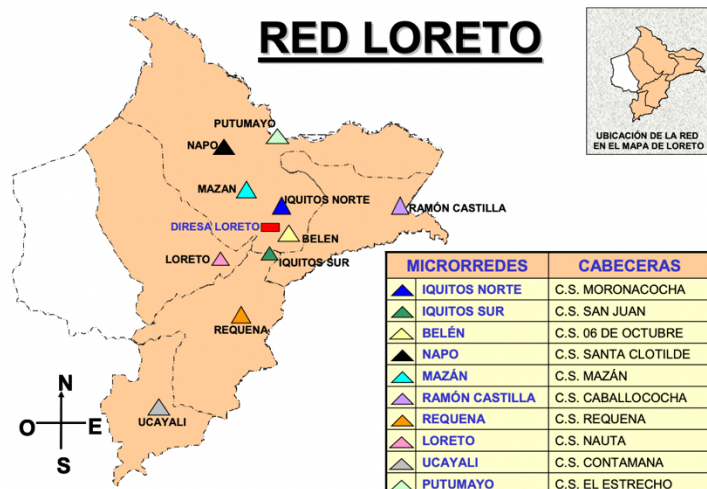
**Fuente:** Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017, INEI

No obstante, los datos presentados en la tabla de arriba agregan información de las áreas urbanas y rurales por lo que los indicadores no reflejan lo que sucede directamente en las comunidades focalizadas, ya que tienen otra dinámica. A continuación, veremos una caracterización de la Red de Loreto en la que están los establecimientos de salud que dan atención a las comunidades focalizadas en Perú.

#### 7.2.2.1 Caracterización de la Red Loreto y las Micro Redes de Iquitos norte, Napo, Loreto e indicadores de salud.

Las comunidades focalizadas para la región NCRT en Perú son atendidas desde la denominada Red de Loreto que, a su vez, está conformada por varias Micro redes entre ellas la de Iquitos Norte, la de Napo, y la de Loreto.

Administrativamente y en términos de referencia de casos a establecimientos de salud de mayor complejidad de resolución está centrado en la ciudad de Iquitos. En esta ciudad tiene la sede la Dirección Regional de Salud de Loreto (DIRESA Loreto).



Fuente: Dirección de Salud – DIRESA Loreto

Los establecimientos de salud de interés de este estudio por la focalización de las comunidades son los siguientes: en la Micro Red Napo (Distrito Napo) el Centro de Salud Santa Clotilde<sup>129</sup> y el Puesto de Salud Buena Vista. En la Micro Red Iquitos Norte (Distrito Torres Causana) el Centro de Salud Cabo Pantoja, y en la Micro Red de Loreto (Distrito Tigre) el Puesto de Salud 12 de octubre.

De estos establecimientos de salud el de Santa Clotilde río Napo es estratégico porque se ubica en un lugar donde permite la articulación con Iquitos donde hay establecimientos de salud de mayor resolución, pero también porque la infraestructura es la que más equipada está del conjunto de los establecimientos de salud focalizados para la región NCRT ya que, como se manifestó, cuenta con el Hospital de Santa Clotilde que tiene una cartera de servicio más amplia.

Santa Clotilde se ubica en la región de Loreto, provincia de Maynas, entre los distritos Napo y Torres Causana. Se divide en el alto y medio Napo. En el alto Napo hay aproximadamente 36 comunidades y en el bajo Napo hay 82 comunidades nativas y campesinas. Se contabilizan 118 comunidades.

Este establecimiento de salud se ubica a aproximadamente 6 horas en deslizador desde Iquitos. El centro de salud Santa Clotilde es la cabecera de la Micro Red Napo y tiene el rol de referencia para el eje del río Napo y hay una articulación directa con Iquitos. Este establecimiento es estratégico ya que resuelve al menos el 85% de los casos de consulta y emergencias. El porcentaje restante se deriva a la ciudad de Iquitos. Desde este establecimiento de salud se coordina con 13 establecimientos que conforman la micro red. Dada su capacidad resolutivas Santa Clotilde recibe una cantidad importante de las demandas de salud de esta parte de territorio peruano.

<sup>129</sup> En Santa Clotilde también existe un Hospital del segundo nivel de atención. Para los fines de este estudio se toma en cuenta los establecimientos de salud del primer nivel de atención que son los que dan cobertura a las comunidades focalizadas por el proyecto. No obstante, para tener una idea de las morbilidades que son referidas de los puestos de salud y las que atiende de la misma población de Santa Clotilde más adelante se proporciona información relacionada a las morbilidades que se atiende desde el mencionado Hospital.



Actualmente está catalogado como un establecimiento de salud II-1 (a); sin embargo, y dada la importancia estratégica que tiene está en proceso de ampliar la cartera a servicio de consulta externa, emergencia, hospitalización, centro obstétrico, farmacia, patología clínica (laboratorio clínico), centro quirúrgico, medicina de rehabilitación, diagnóstico por imágenes, centro de hemoterapia, nutrición y dietética, y central de esterilización. Actualmente cuenta con los seis primeros servicios ya que el centro de salud tiene limitaciones relacionadas con el acceso geográfico, disponibilidad de espacio, y de recursos (Montesinos, 2020: 34-37).

Como tal, la población de Santa Clotilde tiene 2.700 personas y para atender esta población y de las comunidades dispersas en el territorio cuenta con 15 profesionales de la salud capacitados para la atención primaria de la salud. Los establecimientos de salud más pequeños de esta micro red que, a su vez, atienden a las comunidades indígenas cuentan en algunos casos con los denominados técnicos en enfermería que son quienes hacen la prestación de servicios. Estos establecimientos pequeños no cuentan con el equipamiento básico para atender los casos de enfermedad. En el entorno de estos puestos de salud hay una concentración importante y recurrente de malaria y dengue. El abastecimiento de medicinas es limitado<sup>130</sup>

En esta misma fuente y respecto al covid-19 a mediados del año 2020, se menciona que en Santa Clotilde se tomaron 2029 pruebas (no especifica el tipo de pruebas), de las cuales dieron positivas 736 lo cual indica que la pandemia se había extendido rápidamente en esta parte del territorio peruano amenazando a las comunidades más alejadas. Se hace mención, también, a que la logística es excesivamente cara por las distancias por lo que dificulta la atención a las comunidades localizadas en las partes más alejadas del territorio.

Desde el Centro Aplicado de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP) se hace referencia a la situación del COVID-19 en este territorio a medianos de año 2020, en el cual se informa que el primer caso se identificó el 26 de abril. En esos días solo contaban con 25 pruebas rápidas. No se podía conocer el estado de situación real de la pandemia en Santa Clotilde. En mayo de ese mismo año se identificó 55 casos positivos. Esta es la información del avance de la pandemia:

“Por falta de médicos no podemos revisar el estado de toda la población, así que no puedo decir cómo está sufriendo la gente en sus casas. Sé que están luchando con sus propios remedios, eso sí, y el paracetamol. Esta fue la metodología de la doctora que estaba con nosotros, no automedicarlos, y nos está funcionando bien hasta el momento”, explica. Santa Clotilde cuenta con siete balones de oxígeno y seis concentradores de oxígeno, y [...] ha recibido 6.425 pruebas rápidas que se han repartido también entre los 13 establecimientos de la microred de la que dependen tanto el distrito del Napo como el de Torres Causana, con un total de unas 25.000 personas. Entre ellos hay comunidades Kichwas, Arabelas, Muruy, Maijunas y Secoyas.”<sup>131</sup>

---

<sup>130</sup> <https://elcomercio.pe/peru/loreto-santa-clotilde-busca-contener-que-el-covid-19-llegue-a-mas-100-comunidades-nativas-noticia/?ref=ecr>

<sup>131</sup> <https://www.caaap.org.pe/2020/06/08/microred-del-napo-escala-de-55-a-922-infectados-por-covid-19-en-una-semana/>

En el artículo denominado “mundos paralelos: reflexiones desde el Centro de Salud de Santa Clotilde” del 2018 del BC Medical Journal se menciona que la infraestructura de este establecimiento de salud no se corresponde con los servicios que brindan que son mayores a la limitación infraestructural e informan de la presencia de enfermedades recurrentes no muy comunes en otros medios como la leishmaniasis, la leptospirosis y la ascariasis (entre otras), como artritis, infecciones respiratorias, y traumas. Hay una alta incidencia de Tuberculosis, lo cual se corresponde con una situación de vida y sanitaria precaria. Hay dificultad para tratar las enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, hipertensión)

En cuanto a la comunicación, en ese artículo se menciona que el establecimiento de salud tiene conexión a internet satelital, pero es intermitente. ‘La transferencia de los pacientes a otros establecimientos de salud de mayor complejidad tiene desafíos. En el mismo Iquitos hay limitaciones y esto hace que muchos médicos se resistan a recibir las transferencias desde Santa Clotilde. Por otra parte, la situación económica de la población (en su mayoría en situación de pobreza y pobreza extrema) no tienen recursos para pagarse el viaje a Iquitos para recibir tratamientos’. Es decir, hay importantes barreras de acceso.

Se menciona el consumo problemático de alcohol y drogas. También se presentan casos de violencia doméstica y enfermedades mentales. Atribuye una de las causas principales o estructurales a la pobreza.

En las fuentes consultadas se destaca que los factores “estresantes” de los DSS son precisamente la pobreza, la falta de educación formal (aunque esto va en contra de los conocimientos tradicionales de las comunidades indígenas), el desempleo, y la desatención en las regiones marginales del país, como es el caso del área de la RNCRT.

La débil educación sanitaria se ve como un problema grave para enfrentar las enfermedades y sus tratamientos ya que complica la intervención médica. El artículo refleja también una direccionalidad sanitaria de una vía al plantear que la educación debe ser del personal de salud a los usuarios del sistema, sin tomar en cuenta los factores culturales y la necesidad de un enfoque intercultural. La comunicación desde el lenguaje médico es un desafío importante en la relación intercultural implicada en la atención de salud.

El uso inadecuado de los medicamentos, por parte de la población, pone en riesgo su salud y el surgimiento de resistencia a las enfermedades del medio<sup>132</sup>

De acuerdo con los datos registrados en el III Censo de Comunidades Nativas realizado por INEI en 2017<sup>124</sup>, las principales causas reportadas de fallecimientos en los pueblos indígenas que habitan la región Napo, Curaray, Río Tigre, están relacionadas con enfermedades infecciosas como la malaria, cuya incidencia en la zona es alta, así como afecciones respiratorias agudas que derivan en cuadros de neumonía.

## **Tabla 62 a: Principales causas de fallecimiento**

<sup>132</sup> <https://bcmj.org/mds-be/parallel-worlds-reflections-centro-de-salud-santa-clotilde-peru>

Principales Causas de Fallecimientos (2017) Tabla 1											
Pueblo, Provincia y Distrito	Total	Tb	Neumonía	Diarrea y Vómitos	Desnutrición y Anemia	Parasitosis	Uta	Malaria /Paludismo	Dengue	Muerte al nacer	Complicaciones en el parto
Arabela, Provincia de Maynas, Distrito Napo	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Kichwa, Provincia de Maynas Distrito Torres Causana	24	-	-	-	1	-	1	4	-	-	1
Kichwa, Provincia de Maynas Distrito Napo	65	-	7	-	-	-	-	4	-	-	-
Secoya, Provincia de Maynas Distrito Torres Causana	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: III Censo de Comunidades Nativas, INEI, 2017

Tabla 62 b: Principales causas de fallecimiento

Principales Causas de Fallecimientos (2017) Tabla 2											
Pueblo, Provincia y Distrito	Total	Hepatitis A, B o C	Sifilis	VIH o Sida	Otras ETS	Suicidio	Mordeduras de Serpiente o Insectos	Fracturas o golpes	Otro	Ningún Fallecido	No Declarado
Arabela, Provincia de Maynas, Distrito Napo	2	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-
Kichwa, Provincia de Maynas Distrito Torres Causana	24	-	-	-	-	-	-	1	7	12	-

<b>Kichwa, Provincia de Maynas Distrito Napo</b>	65	2	-	1	-	1	-	-	10	33	11
<b>Secoya, Provincia de Maynas Distrito Torres Causana</b>	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-

**Fuente:** III Censo de Comunidades Nativas, INEI, 2017

De acuerdo con los datos registrados en el III Censo de Comunidades Nativas realizado por INEI en 2017<sup>124</sup>, las principales causas reportadas de fallecimientos en los pueblos indígenas que habitan la región Napo, Curaray, Río Tigre, están relacionadas con enfermedades infecciosas como la malaria, cuya incidencia en la zona es alta, así como afecciones respiratorias agudas que derivan en cuadros de neumonía.

**Tabla 63: Casos de COVID-19 en las comunidades focalizadas de la Región NCRT en Perú**

Comunidad	Departamento	Distrito	Número de casos
San Juan de Miraflores	Loreto	Torres Causana	33
Vencedores	Loreto	Torres Causana	6
ToUrbina	Loreto	Napo	Sin datos
Chambiral	Loreto	Napo	5
Flor del Coco	Loreto	Napo	Sin datos
Buena Vista	Loreto	Napo	57
Dos Fronteras	Loreto	Torres Causana	33
Puerto Elvira	Loreto	Torres Causana	1
Urpi Isla	Loreto	Torres Causana	6
Ingano Llacta	Loreto	Torres Causana	2

**Fuente:** MINSA Sala de Población Indígena con COVID. Reporte de COVID-19 en Población Indígena Amazónica y Andina. Acumulado del 2020 inicio 2021.

En todo el Departamento de Loreto, se menciona que hubo 7648 casos de COVID-19 en las distintas poblaciones indígenas de esa parte de la Amazonía peruana. El número de indígenas fallecidos en el Departamento de Loreto fue de 40 personas<sup>133</sup>.

<sup>133</sup> Fuente de internet: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informacion-publica/sala-de-poblacion-indigena-con-covid-19/>

A continuación, veremos la información de las principales morbilidades registradas por atención en los establecimientos de salud del área de estudio:

### 7.3 Centro de Salud Cabo Pantoja

**Tabla 64: Morbilidades atendidas en el P.S Cabo Pantoja**

Morbilidades		Atenciones
1	K021 Caries a la dentina	663
2	B829 Parasitosis Intestinal	306
3	A09X Infecciones intestinales OOSEP	264
4	J00X Rinofaringitis Aguda	228
5	K036 Depósito (acreciones) en los dientes	222
6	N390 Infección vías urinarias	219
7	K041 Necrosis de la pulpa	183
8	D509 Anemia deficiencia hierro sep	123
9	I10X Hipertensión esencial primaria	114
10	M255 Dolor en articulaciones	111
11	K050 Gingivitis aguda	105
12	K040 Pulpitis	87
13	N40X Hiperplasia de la próstata	45
14	B373 Candidiasis vaginal	24
15	E119 Diabetes mellitus	15
16	T630 Veneno de serpiente	3

**Fuente:** DIRESA 2021  
**Elaboración:** Equipo consultor

En el año pasado, este establecimiento de salud realizó 3012 atenciones. Esta información de las primeras morbilidades generales (medicina y odontología) realizadas en el año pasado en el Puesto de Salud de Cabo Pantoja, permite ver que la primera causa de consulta es la odontológica. En las morbilidades que se atienden de manera más regular en este establecimiento de salud están las relacionadas con el parasitosis lo cual deriva en problemas gastrointestinales incidida por el consumo de agua insegura y las condiciones higiénicas que afectan a la población, y luego están las infecciones respiratorias de las vías altas.

Uno de los problemas de salud que llama la atención es la anemia por deficiencia de hierro (123 casos) de los cuales la mayor parte afecta principalmente a los niños menores de 5 años (60%) y este problema se presenta más en las niñas (70,8%). La hipertensión afecta más a los hombres (57,9%).

### 7.4 Puesto de Salud Buena Vista

En el Puesto de Salud de Buena Vista se presentan los siguientes datos que dan cuenta del perfil epidemiológico de esta parte del territorio focalizado

**Tabla 65: Morbilidades atendidas en el PS. Buena Vista**

<b>MORBILIDADES</b>	<b>ATENCIÓNES</b>
<b>B829 PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION</b>	468
<b>R509 FIEBRE, NO ESPECIFICADA</b>	438
<b>J028 - J029 - J020 FARINGITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS</b>	381
<b>K021 CARIES DE LA DENTINA</b>	345
<b>N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO</b>	333
<b>J00X RINOFARINGITIS AGUDA, RINITIS AGUDA</b>	333
<b>R51X CEFALEA</b>	315
<b>J209 - J200 - J42X - J40X BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A MYCOPLASMA PNEUMONIAE</b>	300
<b>M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO</b>	273
<b>R456 PROBLEMAS RELACIONADOS CON VIOLENCIA</b>	270
<b>A09X INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A OTROS ORGANISMOS SIN ESPECIFICAR</b>	249
<b>J039 AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA</b>	237
<b>A64X9 SINDROME DE FLUJO VAGINAL</b>	192
<b>B519 MALARIA POR P. VIVAX SIN COMPLICACIONES</b>	189
<b>B369 MICOSIS SUPERFICIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION</b>	150
<b>L023 - L028 - L029 ABSCESO CUTANEO</b>	141
<b>K050 GINGIVITIS AGUDA</b>	135
<b>K040 PULPITIS</b>	117
<b>D649 ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO</b>	114
<b>K297 GASTRITIS, NO ESPECIFICADA</b>	108
<b>L239 DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO, DE CAUSA NO ESPECIFICADA</b>	78

Fuente: DIRESA 2021

Elaboración: Equipo consultor

En este puesto de salud se realizaron el año pasado 6846 atenciones, de las cuales se ha extraído las principales causas de morbilidad. Como se puede apreciar en la tabla, la primera causa ocupa la parasitosis intestinal no especificada y esto responde a las condiciones sanitarias y al acceso al agua segura que, como se vio en los datos sociales, las comunidades de esta parte del territorio peruano no tienen disponibilidad de esa infraestructura sanitaria. Las demás enfermedades son las que comúnmente se presentan en las comunidades como son las faringitis agudas, los problemas de morbilidad oral, infecciones de distintos tipos y problemas músculo esquelético, así como las afecciones a la piel. Es importante destacar de los datos que se presentaron 189 casos de malaria, y también se destaca el dato de los problemas de salud ocasionados por violencia. De ese número de casos 96 afectó a mujeres.

En cuanto a los casos de anemia el 57,7% afectó a mujeres, y el porcentaje restante a hombres. Este problema de salud, por su parte, afectó con fuerza (40,5%) a los niños

menores de 5 años y de 5 a 11 años representó el 26,6%. Los problemas parasitarios afectaron más a las mujeres (55,7%) que a los hombres.

También se detectó 9 casos de desnutrición proteicoenergética leve, y un amplio abanico de otras enfermedades dolores articulares (72), dorsalgias (18), escabiosis (27), fiebre sin identificar las causas (438), gingivitis (135), heridas (39). Hipertensión (21), otitis (48), paludismo (9), quemaduras (18), pulpitis (117), varicela (6), etc.

## 7.5 Puesto de Salud 12 de octubre

**Tabla 66: Morbilidades atendidas en el PS. 12 de Octubre**

<b>MORBILIDADES</b>	<b>ATENCIÓNES</b>
<b>PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION (B829)</b>	1080
<b>ANEMIA NUTRICIONAL, NO ESPECIFICADA (D539 - D509 - D519 - O990)</b>	576
<b>FIEBRE, NO ESPECIFICADA (R509)</b>	564
<b>BRONQUIOLITIS SIN ESPECIFICAR, BRONQUIOLITIS AGUDA (J219 - J209 - J40X)</b>	558
<b>RINOFARINGITIS AGUDA, RINITIS AGUDA (J00X)</b>	501
<b>INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO (N390)</b>	498
<b>INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A OTROS ORGANISMOS SIN ESPECIFICAR (A09X)</b>	444
<b>LUMBAGO CON CIATICA (M544 - M545)</b>	444
<b>FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA (J029 - J028 - J020)</b>	375
<b>PALUDISMO [MALARIA] NO ESPECIFICADO (B54X)</b>	300
<b>CEFALEA (R51X)</b>	255
<b>TOS (R05X)</b>	252
<b>AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA (J039 - J030)</b>	228
<b>CARIES DE LA DENTINA (K021)</b>	225
<b>DOLOR EN ARTICULACION (M255)</b>	222
<b>NECROSIS DE LA PULPA (K041)</b>	216
<b>GASTRITIS, NO ESPECIFICADA (K297)</b>	123
<b>HERIDAS (VARIAS PARTES DEL CUERPO S019)</b>	123
<b>GINGIVITIS AGUDA (K050)</b>	114
<b>DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA (L209)</b>	108
<b>ALERGIA NO ESPECIFICADA (T784)</b>	99

**Fuente:** DIRESA 2021

**Elaboración:** Equipo consultor

En este establecimiento de salud del primer nivel de atención, el año pasado se contabilizó 9303 atenciones. No se tiene el dato si fueron primeras atenciones o subsiguientes. De las atenciones realizadas se destaca las primeras morbilidades que

son la parasitosis, que al igual que en Buena Vista y en Cabo Pantoja (descartando las morbilidades odontológicas) ocupa el primer lugar de consulta y diagnóstico. En este establecimiento de salud llama la atención que se atendió 576 casos de anemia, y adicionalmente se reporta 12 casos de anemia que complica el embarazo (CIEO990). De estos casos de anemia, 399 (69,2%) se dio en mujeres. Por otra parte, la anemia afectó a 162 niños menores de cinco años. La mayor parte de la anemia se dio en el grupo etario de los 30 a 50 años con 111 casos.

Otro dato que llama la atención son las infecciones intestinales, donde la mayor parte de los casos se dio en niños menores de 5 años (189 casos). La mayor parte de los casos (54,7%) de las infecciones intestinales se dio en mujeres. La rinofaringitis aguda (resfriado común) afecta de manera especial a los niños menores de 5 años (192 casos) y en los niños de 5 a 11 años se atendió a 147 casos. De estos casos el 60,4% afectó a las mujeres. Si se toma en cuenta las diferentes morbilidades relacionadas al sistema respiratorio, se aprecia que estos problemas de salud ocupan un lugar importante en las morbilidades.

Los casos de paludismo son también uno de los problemas bastante asentados en el perfil epidemiológico local con 300 casos. Los casos de Malaria atendidos son para falciparum 21 casos y malaria por plasmodium vivax sin complicaciones son 66 casos. A más de esto se registra 3 casos de tuberculosis y 6 casos de VIH. Adicionalmente están presentes algunas otras enfermedades como las cefales sin especificación (255 casos), conjuntivitis (96 casos), dorsalgias (27 casos), mialgias (69), micosis (51 casos), obesidad (54 casos), y otras enfermedades odontológicas.

## 7.6 Hospital Santa Clotilde

**Tabla 67: Morbilidades atendidas en el Hospital Santa Clotilde**

MORBILIDAD	ATENCIONES
CARIES (VARIOS)	5994
RINOFARINGITIS AGUDA, RINITIS AGUDA (J00X)	1491
ANEMIA (VARIOS)	1080
CEFALEA (R51X)	474
BRONQUITIS (VARIAS)	453
AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA (J039)	288
DIABETES MIELLITUS (VARIOS)	282
DESNUTRICION (VARIOS)	261
DOLOR DE GARGANTA (R070)	228
DERMATITIS (VARIAS)	204
EPILEPSIA (VARIOS)	198
OTITIS (VARIAS)	168
CONJUNTIVITIS (VARIAS)	153
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR (R101)	153
CONTRACTURA MUSCULAR (M624)	150
CELULITIS (VARIAS)	129
DESHIDRATACION / DEPLECION DEL VOLUMEN (E86X)	105
ARTRITIS (VARIOS)	102
ASCARIASIS (VARIAS)	99



<b>CANDIDIASIS (VARIAS)</b>	<b>96</b>
<b>CONTUSIONES (VARIAS)</b>	<b>87</b>

**Fuente:** DIRESA 2021

**Elaboración:** Equipo consultor

En esta parte se incluye la información epidemiológica del Hospital de Santa Clotilde. Es importante mencionar que en la población del mismo nombre funcionan tanto el Centro de Salud Santa Clotilde como el Hospital. Al hospital llegan los casos que no pueden ser resueltos en el primer nivel de atención, y el perfil de las morbilidades atendidas varía de lo que hemos visto respecto a los puestos de salud. Las atenciones se amplían a morbilidades de características más complejas y que son referidas desde los establecimientos del primer nivel de atención. Los casos más complejos de resolver son referidos a la ciudad de Iquitos.

El año pasado, en el hospital en mención se dieron 37.413 atenciones, y de estas las que ocupan el primer lugar son las atenciones de tipo odontológicas, luego le siguen las atenciones por infecciones respiratorias de las vías superiores. Llama la atención la cantidad de atenciones por varios tipos de anemia lo cual se puede asociar con la deficiente alimentación u otros problemas de salud conectados con la producción de la anemia. También forma parte del problema la desnutrición. En el caso de la anemia por deficiencia de hierro afecta especialmente a los niños (660 casos de los 936 casos) y afecta a las mujeres en un 53,9%. Respecto a la desnutrición este problema de salud afecta a 115 (44%) niños menores de 5 años y también a un segmento de edad de 12 a 17 años (144 casos que representa 55,1%) de los casos. Esta característica es particularmente preocupante dado que impacta a los grupos de edad en desarrollo y en especial a los niños menores de cinco años que requieren de la mejor nutrición posible para su potencial desarrollo futuro. Este aspecto condiciona su estado de salud.

En el perfil de las morbilidades se destaca también los casos de diabetes mellitus (282 casos), de los cuales 186 son casos detectados en mujeres y en el grupo de edad mayor a los 30 años. Esta enfermedad, como es conocido, se debe a cambios en los hábitos alimentarios y en los estilos de vida, a más de otras condiciones genéticas.

Los problemas de la piel dermatitis son también frecuentes (204 casos), las celulitis (129 casos), conjuntivitis (153 casos), dolores abdominales en las partes superiores (153 casos), contracturas musculares (150 casos), deshidratación por varias causas (105 casos), dolores agudos (84 casos), enfermedades inflamatorias (45 casos), entre otros problemas de salud tratados en el hospital. Aunque los casos no son muchos, vale la pena mencionar las enfermedades de transmisión sexual no especificadas (39 casos), enfermedad por VIH (9 casos), sida (69 casos) de los cuales hay 9 casos en niños menores de 11 años, 21 casos en personas de 18 a 20 años, y 39 casos en personas de 30 a 59 años. Este problema crítico de salud afecta más a los hombres (86,4%).

Hay casos de enfermedades transmitidos por vectores paludismo (60 casos), paludismo por plasmodium (6 casos), sobre peso (57 casos), traumatismos varios (72 casos), carcinoma (18), TBC (27 casos), Tb Pulmonar (9 casos), quemaduras (21 casos), etc.

### 7.7. Análisis comparativo de la situación de salud en Perú y Ecuador

En la publicación de Acuña Delgado (2020) publicado en la Revista Nuevas Tendencias en el que se aborda la situación del sistema educativo y sanitario en la cuenca del Napo desde una visión transfronteriza, se indica que debido al aislamiento geográfico de sus pobladores los problemas de comunicación, de información y el desconocimiento de lo

que los rodean es un aspecto importante para tomar en cuenta en la situación de estas poblaciones.

En lo que tiene relación con la salud menciona que hay similitudes entre los dos países en los dos lados de la frontera “tanto en el sistema empleado, en el funcionamiento y en las patologías más comunes”. Las plantillas de profesionales de la salud son, en su mayor parte, son rurales y hay una alta rotación. Los establecimientos de salud cuentan con una escasa cartera de servicios (salvo Nuevo Rocafuerte y Santa Clotilde). Salen en brigadas médicas de manera sistemática o frecuente en algunos casos, y hay respuestas a emergencias, aunque con mucha dificultad logística. Hay una marcada limitación de recursos y problemas de financiamiento. En Perú debido a las enormes distancias es más difícil la realización de las brigadas o el acceso en casos de emergencia. No disponen de presupuesto para adquirir combustible que es una de las limitaciones fuertes debido a los altos costos operativos. En el Perú no hay actores externos a las comunidades que puedan dar apoyo en caso de necesidad logística frente a una emergencia. En el caso de Ecuador hay actores que apoyan en situaciones emergentes y también las mismas comunidades tienen embarcaciones.

En cuanto a las enfermedades más recurrentes en el medio según los testimonios de los médicos son similares en los dos lados de la frontera: enfermedades parasitarias, diarreas y del sistema respiratorio (enfermedades de la piel, musculares, articulares, accidentes). Estos problemas son más fuertes en Perú y, se menciona que hay una preocupante mortalidad infantil en el lado del Perú. No obstante, y en términos comparativas hay, en el Departamento de Loreto, una disminución global de la mortalidad infantil (62,6 defunciones por cada mil nacidos vivos) en 1996 a 27,0 en 2014 (INEI, 2017).

Tanto en las comunidades de Ecuador como Perú no hay acceso a agua potable y en muchas comunidades no tienen acceso ni al agua entubada y lo hacen tomando directamente de los ríos y de fuentes de agua por lo que hay una presencia de las enfermedades gastrointestinales fuerte. En el caso de Perú la malaria es abundante y este problema está bien localizado en determinadas zonas del río Napo. No hay mortalidad porque es del tipo vivax (la falcíparum es más agresiva). En Ecuador, se menciona, que prácticamente no hay casos.

En los dos países existen procedimientos de evacuación fluvial y aérea en casos de extrema gravedad. El costo de la logística es asumido, en los dos casos, por el Estado y en algunos casos por actores no gubernamentales o por las mismas organizaciones. Las deudas logísticas, indica el artículo, en ocasiones no es pagado por el Estado peruano y se genera desconfianza y perjuicios.

En el caso de Ecuador el testimonio de un médico recogido en el artículo da cuenta de los principales problemas de salud: gastroenteritis y parasitosis por consumo de agua sin tratamiento, lo cual impacta negativamente en la desnutrición infantil. También hay una alta carga de enfermedades de las vías respiratorias altas, lumbalgias, problemas musculares, infecciones de transmisión sexual (ITS), casos de VIH. Se menciona que hay convenios con las comunidades, donde ellos ponen el bote y el establecimiento de salud el combustible para salir en las brigadas y en casos de emergencia.

En el artículo hace referencia que las comunidades de Ecuador se han ido acercando progresivamente a los servicios de salud y que especialmente se debe al trabajo de las misiones religiosas, como es el caso de Nuevo Rocafuerte.

En el Perú, el CS de Cabo Pantoja (inaugurado en 1997) está deteriorado y hay pocos medicamentos. Las evacuaciones se hacen a Nuevo Rocafuerte o a la ciudad del Coca por convenios con Ecuador. Las evacuaciones se hacen también a Iquitos. Tienen cobertura de celular, pero no de internet. El abastecimiento de energía eléctrica es deficiente. A esa fecha no disponían de placas solares.

El Director del establecimiento de salud de Santa Clotilde entrevistado destaca que la mayor parte de los pacientes son niños menores de 5 años y que, en general, las principales enfermedades son: IRAS, EDAS, Malaria con casos frecuentes, enfermedades cutáneas (dermatomicosis, hongos, afecciones bacterianas de la piel, y con menos frecuencia casos tropicales como leishmaniasis, filariasis. También ITS como la Hepatitis B, alta incidencia de VIH. La mayor mortalidad se da en los neonatos. En la entrevista se menciona que practican una suerte de “medicina de guerra, porque solo se evacúa a niños y jóvenes muy graves, pero con opción de cura. Hacen campañas de prevención. Reconoce que el uso de la medicina tradicional es muy común y que hay la apertura para la práctica en el establecimiento de salud ya que ven, importante, por el efecto placebo y que hay una buena sintonía con la medicina tradicional”<sup>134</sup>

La perspectiva mencionada evidencia la falta de enfoque intercultural en la problemática de salud en el territorio al basar la relación en la importancia instrumental que otorga al efecto placebo.

Por otra parte, en la misma publicación resalta que hay de alguna manera desigualdades importantes en el acceso a los servicios de salud en el área transfronteriza.

Se hace mención que en Ecuador hay voces críticas por parte de las organizaciones indígenas porque se considera hay un debilitamiento de las acciones de salud (fumigación irregular, no dotan de botiquines en las comunidades, no hay promotores comunitarios de salud) y que no hay brigadas regularmente. Consideran que la figura de los promotores de salud debe recuperarse, al igual que la medicina tradicional que se ha debilitado en el lado de Ecuador.

En Perú AIDSESEP planteó (2017) algunos mecanismos para fortalecer la salud en la cuenca del río Napo en la que se propone la formación de jóvenes indígenas como enfermeros técnicos en salud intercultural con un enfoque de “interculturalidad crítica” que pase del discurso a la práctica, que más allá de las complejidades y las contradicciones se aplique en cosas concretas.

“Desde una óptica política la mayor visibilidad de la acción estatal en el lado ecuatoriano obedece esencialmente al interés económico que le reporta la región con la explotación petrolífera, y al factor geográfico, por la mayor proximidad a las áreas urbanas. Sin embargo, la falta de consideración de ambos Estados por el desarrollo de los pueblos

---

<sup>134</sup> <http://www.revistadeantropologia.es/Textos/N11/Sistema%20educativo%20y%20sanitario.pdf>

riverños del Napo, y sobre todo, la sensación de abandono y olvido que manifiestan los propios del lugar marcan otra apreciable línea de continuidad”<sup>135</sup>

#### 7.7.1. BREVES REFLEXIONES SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN LA REGIÓN NAPO TIGRE Y CURARAY

- La presencia de parasitosis es similar en ambos países, siendo así necesario que los países cumplan con los objetivos del desarrollo sostenible a través de mejorar la higiene, el acceso al agua potable y saneamiento básico. Por lo que además podrían poner en práctica en los establecimientos de salud, la recomendación de la OMS sobre la desparasitación a todos los miembros de la familia dos veces al año dado a las condiciones vida.
- Las metas de vacunación en niños y niñas menores de 5 años en ambos países no se cumplieron en su totalidad, ya que en el contexto del COVID-19, se priorizaron otros procesos como la vacunación contra la misma, lo que generó este atraso.
- La desnutrición infantil es un problema que ataca gravemente a los niños y niñas, que tendría conexión por una alimentación incompleta o inadecuada por falta de hierro y multivitaminas o el desconocimiento de una alimentación saludable que es parte de la prevención. A estos elementos, se agrega que la anemia es parte de este problema y en el caso de niños y niñas se ve reflejado en el retraso de su desarrollo.
- Las cifras de abortos en niñas y adolescentes son alarmantes considerando que la cifras de abuso sexual en estos grupos etáricos son elevadas.
- Si bien los casos de violencia porcentualmente son limitados, se debe considerar que en su mayorías las víctimas son mujeres.
- Las cifras de VIH así como de otras enfermedades de transmisión sexual deben ser valoradas constantemente, enfatizando la atención en grupos prioritarios como las mujeres embarazadas ya que al portar una de estas morbilidades podría afectar la gestación y a la persona que está por nacer.
- Considerando la zona geográfica, no se cuenta con altos índices de casos de enfermedades tropicales, sin embargo se debe mantener los esfuerzos con las medidas de prevención.
- En el contexto de la pandemia del COVID-19, tomando en cuenta las cifras de Perú, se esperaría contar con mayor índice de casos reportados, sin embargo las cifras encontradas son inferiores, que al ser comparados con el avance de la vacunación, genera varias interrogantes sobre el diagnóstico.
- A pesar de existir 8 centros de salud de primer nivel y dos hospitales en la región, las poblaciones indígenas no reciben la atención adecuada algo que lo manifestaron en varias reuniones, por lo que es necesario que los sistemas de salud se adecúen al contexto y necesidades de las personas.
- Los cordones sanitarios cuentan con varios vacíos lo que pone en riesgo la salud de los pueblos indígenas en aislamiento.

---

<sup>135</sup> <http://www.revistadeantropologia.es/Textos/N11/Sistema%20educativo%20y%20sanitario.pdf>

## 7.8. Situación de salud para los PIACI

Estudios antropológicos realizados por especialistas de la Universidad–Adam Mickievickz, de Poznan - Polonia, por encargo de AIDSESP<sup>136</sup>, reportan una serie de evidencias que demuestran la presencia de poblaciones en aislamiento, probablemente pertenecientes a las familias lingüísticas Waorani, Záparo y/o Abijira, entre los ríos Tigre, Napo y afluentes, en Loreto, cerca de la frontera con Ecuador. Esta información es también afín a la presencia de pueblos en aislamiento en la zona contigua, en territorio ecuatoriano.

Debido a su situación de aislamiento, los PIACI no han desarrollado la respuesta inmunológica necesaria para enfrentar patógenos externos. Es así como enfermedades que son consideradas “simples” o de bajo impacto epidemiológico o prevenibles por la sociedad mayoritaria, constituyen para estas poblaciones un alto factor de riesgo, requiriendo se evite cualquier situación que pueda implicar un contagio de este tipo de enfermedades.

Entre las enfermedades que han causado epidemias y altas tasas de mortalidad en eventos anteriores de contacto, se encuentran enfermedades infecciosas y virales como la gripe, la hepatitis, la malaria, la tuberculosis, el sarampión, la rubéola, la varicela, el polio y otras enfermedades diarreicas y gastrointestinales. Actualmente el mayor riesgo de salud para los PIACI, en Perú, al igual que en Ecuador, proviene de la proximidad de las actividades de la industria hidrocarburífera en los lotes 67, 39-A y 39-B operados por la compañía PERENCO en Perú; por las concesiones forestales otorgadas en la zona; propuestas de construcción de infraestructura vial (como por ejemplo el proyecto de carretera LO-104, tramo 12 de octubre – frontera con Colombia de la Red Vial Departamental)<sup>137</sup>, así como por la presencia de actividades ilegales de madereros, cazadores, pescadores y traficantes de tierras.

En respuesta a esta vulnerabilidad, el Ministerio de Salud (MINSa) cuenta, desde el 2007, con los siguientes documentos elaborados por el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) del Instituto Nacional de Salud (INS):

- Norma Técnica de Salud “Prevención, Contingencia y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente”
- Guía de “Relacionamiento para casos de Interacción con Indígenas en Aislamiento y Contacto Reciente”
- Guía de “Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad”<sup>138</sup>

---

<sup>136</sup> Rogalski, Philip (2004). Estudio Técnico de Delimitación Territorial a favor de los pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario que habitan la cuenca alta de los ríos Curaray, Napo, Arabela, Nashiño, Pucacuro, Tigre y afluentes, en las provincias de Maynas y Loreto, región Loreto. Elaborado por encargo de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana, AIDSESP, Lima.

<sup>137</sup> Fuente: Informe sobre la situación de los pueblos en aislamiento y contacto inicial en la Amazonía peruana. AIDSESP, 2018

<sup>138</sup> Fuente: Los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial de la Amazonía peruana: mecanismos para la protección de sus derechos. Ministerio de Cultura de la República del Perú, 2016.

## 8. PRIORIZACIÓN EN FUNCIÓN DEL ANÁLISIS EN LA REGIÓN NAPO – CURARAY – RÍO TIGRE (ECUADOR – PERÚ)

La construcción de este informe ha sido un trabajo en el que se han citado varias fuentes oficiales a las que se tuvo acceso, así como fuentes bibliográficas y entrevistas con la sociedad civil y las organizaciones de los pueblos indígenas.

El siguiente apartado pretende promover y fortalecer un espacio de retroalimentación que permitió el intercambio de ideas, posturas e insumos a través de la presentación de los comentarios, observaciones u otros de lo que fue la socialización del “Informe de análisis de salud con la caracterización socio cultural de la región analítica Napo – Curaray – Río Tigre”, dicha socialización se realizó de manera virtual (20, 21 y 27 de enero de 2022<sup>139</sup>) por las restricciones y precauciones en torno al COVID-19.

Durante la socialización participaron autoridades y técnicos gubernamentales de salud y protección de PIACI de Perú y Ecuador; al igual que representantes o dirigentes de organizaciones indígenas y sociales, entre ellas: la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONFENAE) Nación Sapara del Ecuador (NASE), la Nacionalidad Waorani del Ecuador (NAWE), del Pueblo Ancestral Kawsak Sacha (Ecuador), Organización Regional de Pueblos Indígenas del Oriente (ORPIO) del Perú y Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP).

El Coordinador del Proyecto Carlos Macedo, recomendó el empoderamiento del estudio, y de contribuir por la continuación y sostenimiento de estos espacios de sinergia de varios actores gubernamentales y de la sociedad civil que permitan el dialogo y las posibles soluciones de problemas, el intercambio, y el consenso sobre la ejecución de los planes de contingencia que abarquen la salud de los pueblos indígenas desde ópticas integrales y binacionales.

Las principales temáticas presentadas por las organizaciones indígenas y los actores gubernamentales fueron:

- ¿Qué hacer frente a la evidencia transfronteriza de PIA y las amenazas socio ambientales o de salud que se han registrado en el cordón fronterizo Ecuador-Perú, y que ponen en peligro a estos grupos en aislamiento? (Darío Villacis, NAWE)
- Respecto a los PIA hay mucho trabajo desde las organizaciones para su protección jurídico/territorial, sin embargo, las mismas son fragmentadas por el uso/categorización que se le da a la tierra en Perú. Finalmente, el petróleo es una constante presión (desde el año 2000) hacia el Estado para que no se establezca la Reserva Napo Tigre, y que no se reconozca a los grupos en aislamiento. Por otro lado, y con respecto al COVID19, la atención de la pandemia fue una iniciativa de organizaciones civiles, indígenas y protección propia de las comunidades y familias indígenas, al igual que en otros temas de

---

<sup>139</sup> Ver: [OTCA presenta informe de análisis de situación de salud de la Región Napo Curaray Río Tigre del área fronteriza de Ecuador y Perú - OTCA](#)

[Los resultados del informe de análisis de situación de salud de pueblos indígenas de la Región Napo – Curaray – Río Tigre son presentados en reunión - OTCA](#)

salud, por la falta de atención desde el Estado. Incluso con la pandemia se ha debilitado la atención a otras enfermedades como la malaria, hepatitis, etc. Finalmente, nos preguntamos, ¿Sí las recomendaciones del Estudio serán ejecutadas por los Estados<sup>140</sup>? (Beatriz Huertas, ORPIO).

- La necesidad de fortalecer la atención regular e integral frente a las enfermedades y emergencias de salud en territorio Sapara<sup>141</sup>, además la dirigencia recalco los varios pedidos que han realizado al MSP para la construcción y atención desde un puesto de salud, específicamente en la comunidad de Wiririma (que se encuentra cercano a la frontera, y que es parte de la zona de estudio). Al igual, denunciaron el aumento de presiones de ilícitos ambientales (tala, cacería y pesca) en los límites con el Perú, cercano al destacamento militar ecuatoriano de Tigre (Dirigencia de la NASE). Mientras que por parte de los representantes gubernamentales se realizaron las siguientes observaciones, comentarios, otros:
  1. Desde la Dirección MSPPIAV (Ecuador) se presentaron las siguientes acciones que se encuentran planificadas para la atención a las poblaciones indígenas: a) La inoculación o refuerzo de la vacuna para el COVID19 en las comunidades Waorani de la Zona Intangible Tagaeri Taromenane; b) El fortalecimiento de la coordinación o articulación del Estado, desde la Secretaría de Derechos Humanos para bajar las presiones a la ZITT (como sobrevuelos, -lícitos ambientales, otros) - en cumplimiento de la Sentencia No. 112-14-JH/21 de la Corte Constitucional del Ecuador de 21 de julio de 2021. (Danilo Quijo, director de Monitoreo y Seguimiento de Protección a PIAV).
  2. Desde el Ministerio de Salud Pública (Ecuador) se mencionó:
    - a. La importancia que el estudio considere las medidas cautelares dentro del proceso No. 17203-2020-01992, interpuesto por la Nacionalidad Waorani (y su última actualización de diciembre 2021) que ordena ciertas acciones al ente rector en salud y otras carteras de Estado y, la importancia de la implementación del Plan de Contingencia por el Estado (Jorge Bayas, funcionario del MSP)
    - b. La información existente demuestra el trabajo del primer nivel de salud, por ejemplo, fruto de la alta incidencia del COV19 se decidió (y se pudo) fortalecer la vacunación, que en el cantón Aguarico es de un 96%. Esto provocó que el rebrote no tenga un alza significativa comparando con la data del país, esto claramente es producto del trabajo desde la atención primordial en territorio y en el marco de las posibilidades. A esto se agregó que el problema son las decisiones políticas que no miran la vulnerabilidad de estas poblaciones en términos de pobreza como de difícil acceso. Por ende, es importante la implementación del Plan de Contingencia también (David Paz, director Distrital de Salud Aguarico del MSP).
  3. Desde la Dirección de Protección a PIACI (Perú) se comentó que, actualmente se viene llevando a cabo el estudio previo de reconocimiento de los PIA en la región Napo Tigre, a través de una consultoría externa, que será puesta a consideración de un organismo multisectorial, el mismo que tendrá que aprobarlo o solicitar cambios. Posteriormente, en caso de su validación se procederá con

<sup>140</sup> La necesidad de acciones concretas en salud desde el Estado también fue una solicitud de AIDSESP, de la Nación Sapara, Waorani y del Pueblo Kichwa de Kawsak Sacha.

<sup>141</sup> La necesidad de un puesto de salud también ha sido una solicitud formal de los pobladores y dirigentes de la comunidad waorani de Bameno (parte del estudio) y del GAD Parroquial Rural de Cononaco hacia el MSP.

la caracterización de la Reserva según los procedimientos jurídicos/administrativos. Finalmente, se sumaron al pedido de las autoridades ecuatorianas de la importancia del Plan de Contingencia, pues el área es alejada geográficamente y se evidencia los impactos en términos de ilícitos ambientales y de salud. (Mónica Torres, delegada del Ministerio de Cultural/Dirección de Protección a PIACI).

En síntesis, se compartieron visiones que buscan mejorar cualitativamente la salud de los pueblos indígenas. Por esta razón, por ejemplo, la importancia de la implementación de las recomendaciones del presente estudio y del correspondiente Plan de Contingencia que permitan, a su vez, al fortalecimiento de la protección de los PIACI, y el derecho a la salud y otras obligaciones fundamentales de los Estados, como son las acciones tendientes para reducir la discriminación racial y las barreras de acceso a los servicios de salud en la región con la necesidad de fortalecimiento del enfoque intercultural en salud.

Durante los talleres quedó claro el papel fundamental de los conocimientos, prácticas, entre otras manifestaciones de la salud intercultural de los pueblos indígenas en tiempos del COVID-19. Así como la necesidad de trabajar en mejores campañas de comunicación para promover las vacunas y prevención de enfermedades.

En conclusión, recalcar que la pandemia del COVID-19 ha abierto nuevamente el debate sobre la protección de los derechos fundamentales en América (CIDH/OEA, *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*, adoptada el 10 de abril de 2020<sup>142</sup>); igualmente, la priorización de una protección sanitaria con pertinencia cultural y diferenciada hacia los pueblos indígenas y afrodescendientes, en respeto a su autodeterminación (que incluye el respeto irrestricto al no contacto con pueblos o segmentos de pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario) y dirigida hacia los sectores más vulnerables, que a su vez representa supone desafíos aún mayores para los Estados Amazónicos que permitan atender y contener a las poblaciones afectadas por la pandemia.

## 9. RECOMENDACIONES E IDENTIFICACIÓN DE LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LOS PLANES DE CONTINGENCIA

La propuesta del Plan de Contingencia se plantea como un proceso que, por una parte, integre la información relevante de este estudio y las principales conclusiones y recomendaciones, y por otra parte que se desarrolle como un proceso participativo que contengan en lo mínimo:

Desde la concepción del Plan de Contingencia hasta su implementación, la participación de los pueblos y organizaciones indígenas, así como de los actores directa o indirectamente involucrados en su ejecución, es de suma importancia.

---

<sup>142</sup> <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>.



Una definición consensuada con los actores sociales identificados en la región NCRT las líneas de acción. Para esto se parte de las líneas propuestas o recomendadas en este informe.

La Planificación para aplicar el Plan de Contingencia tomando en cuenta una hoja de ruta y las condiciones binacionales Ecuador – Perú y posibles apalancamientos para la financiación del Plan de Contingencia.

Ejecución del Plan de Contingencia con la participación de los actores binacionales en el que se recomienda un rol de interlocución y apoyo técnico de la OTCA.

Evaluación periódica y sistemática de la aplicación del Plan de Contingencia.

Las líneas de intervención propuestas son cuatro y están planteadas para una intervención integral y coordinada con el enfoque en la realidad territorial y en los aspectos interculturales de la salud.

### 9.1 De intervención integral de salud (prevención, promoción, atención y respuestas a emergencias)

- Articulación en una macro red de atención con componentes transfronterizos.
- Articulación en micro redes o comités para atención en territorio con componentes transfronterizos.
- Mejoramiento de mecanismos de articulación en los diferentes niveles.
- Diagnóstico de comunicación y fortalecimiento de redes, Radio HF y/o internet satelital.
- Acciones de intervención de atención integral de salud en territorio y en áreas fronterizas, por ejemplo, a través de asegurar el acceso al agua, y otros servicios básicos, capacitación y la protección de terceros que generen situación de violencia y riesgo de contagio.
- Mejoramiento de los establecimientos de salud (y su cuerpo técnico), vigilancia y atención epidemiológica a las comunidades definidas en la región.
- Desarrollo de ASIS periódicos con enfoque transfronterizo, binacional o regional.
- Fortalecimiento de los “cordones de protección de salud” para la protección de y los pueblos aislados y los de contacto inicial.

### 9.2 De intervención en el contexto de la pandemia y de otras enfermedades con potencial epidémico o de impacto sanitario en las comunidades focalizadas

- Acciones de contención de la pandemia (campañas de prevención de salud, pruebas Covid-19, articulación interinstitucional y participación de los pueblos indígenas y organizaciones de la sociedad civil) en el área de focalización de la región NCRT y en los espacios territoriales identificados como cordones de protección de salud para los PIA y los de contacto inicial.
- Inmunización y cobertura (incluye socialización etnocomunicacional o con pertinencia intercultural y consentimiento informado).
- Vigilancia, atención y alerta epidemiológica covid-19.
- Vigilancia de enfermedades con potencial impacto epidemiológico (identificadas) que pueden afectar a la población.
- Articulación con las contrapartes de territorio (Ecuador – Perú) para responder a emergencias.

- Generación de alerta temprana (protocolo de actuación en territorio que implique al personal sanitario de Ecuador y Perú) en función de indicadores de alerta epidemiológica (incremento de casos, brotes, etc.).
- Respuestas para realizar en la concepción y ejecución en coordinación con distritos y coordinaciones de salud, con organizaciones indígenas, con ONGs que trabajan en el área (salud y derechos), Fuerzas Armadas, –grupos religiosos (católicos - evangélicos) y actores de la industria petroleras u otros que se relacionen en el territorio.
- Efectivizar los mecanismos de comunicación para atenciones médicas (comunicación internet satelital, Antenas satelitales, Radios HF)
- Generar las siguientes acciones:
  - o Propuesta red de comunicación Nuevo Rocafuerte – Santa Clotilde – Buena Vista
  - o Propuesta red de comunicación Lorocachi – Río Tigre
- Que permitirán favorecer el acceso a información, el pedido de asistencia médica o humanitaria urgente y el monitoreo de la pandemia y otras afecciones o riesgos a la salud e integridad de estas comunidades de difícil acceso.

### 9.3 Respuestas a emergencias ante contacto con PIA y brotes epidemiológicos en pueblos de contacto inicial (PICI) – Armonización de protocolos y normativas con aplicación transfronteriza

- Implementación y armonización de protocolos para los PIA y los de Contacto Inicial (Socialización y difusión).
- Acciones conjuntas Ministerio de Cultura Perú / Ministerio de Salud Perú DIRESA Loreto / Secretaría de Derechos Humanos – Dirección de Monitoreo y Seguimiento de Protección a los Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario, – Ministerio de Salud Pública - Dirección Nacional de Salud Intercultural y Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión.
- Intercambio de información sobre factores de riesgo en el territorio de los PIA.
- Realización de protocolos de actuación conjunta (Ecuador – Perú)

### 9.4 Articulación y coordinación con actores estatales y no estatales identificados en la Región NCRT

- Identificación de puntos focales para la aplicación del plan de contingencia tanto en los Ministerios de Salud – Zonas o Direcciones Regionales como con las instancias organizativas de salud de las organizaciones que representan a la población.
- Definición de mecanismos de intercambio de información y capacitación.
- Definición de mecanismos de intervención sanitaria en áreas fronterizas para acciones de promoción de la salud,
- Conexión con los sistemas de vigilancia epidemiológica
- Conexión con los establecimientos de salud más próximos al área fronteriza al norte: Hospital Básico Franklin Tello – P.S Kawymeno C.S Santa Clotilde y C.S Buena Vista.

## 9.5 Evaluación del Plan de Contingencia

- Establecer un formato para la evaluación luego de las acciones con espacio para que los actores puedan poner sus aportes o criterios con indicadores objetivo, medibles y de fácil comprensión cultural.
- Evaluación a realizarse luego de cada acción de intervención con la presencia de los actores involucrados

## 10. CONCLUSIONES

1. Ecuador y Perú cuentan con un marco legal e institucional que ha sido creado no solamente para atender casos del COVID-19, sino de manera amplia temas de salud con enfoques interculturales.
2. Ambos países han ratificado instrumentos y tratados internacionales que reconocen a la salud como un derecho que debe ser de acceso universal, sin ningún tipo de discriminación. A esto se debe sumar que han contraído obligaciones internacionales, las mismas que son reportadas ante los Comités de Derechos Humanos.
3. Se puede mencionar que existe un avance en la incorporación en las estadísticas levantadas por las Carteras de Estado competentes en materias de salud y pueblos indígenas, sin embargo, algunos datos son imprecisos y difícil acceso.
4. Las poblaciones indígenas de los dos países han enfrentado por más de un siglo (contado a partir de la fiebre del caucho) una serie de amenazas de toda índole, extractivas, territoriales, ambientales, culturales y de salud, que se han agravado mucho más sus condiciones socioeconómicas, sin que a la fecha existan cambios radicales contra la pobreza extrema, acceso a servicios básicos o analfabetismo.
5. Las comunidades indígenas asentadas en ambos lados de frontera cuentan con poblaciones que enfrentan grandes retos para acceder de manera universal a los servicios de salud, sobre todo en base de los estándares administrativos que habilitan la creación de puestos de salud, recursos humanos, brigadas itinerantes y medicamentos.
6. Sí bien es cierto, las enfermedades que aquejan a estas poblaciones son de fácil control y monitoreo, las grandes distancias entre los puestos de salud y las comunidades hacen cada vez más difícil su atención adecuada y oportuna. Claramente, esto se ha agravado con la pandemia del COVID-19.

## 11. RECOMENDACIONES

1. Los Estados deberían considerar que la salud intercultural debe ser asumida desde la inclusión de las personas indígenas y sus organizaciones en la construcción de planes y programas, sin dejar de lado su adaptación al lenguaje y cultura de estos grupos. Además, sería fundamental armonizar los procedimientos de salud institucional con los conocimientos y prácticas ancestrales que permitan el acceso universal a los tratamientos, personal, medicinas e insumos.
2. La política pública de salud debe aumentar sus esfuerzos para concienciar y socializar elementos enfocados en la prevención de enfermedades, así como la capacitación de personas pertenecientes a las comunidades indígenas como promotores de salud, sin dejar de lado el mejoramiento de los canales de comunicación.

3. Es necesario que se incluyan mayores datos y precisión en las estadísticas de atención de salud y que las mismas sean de acceso público. La transparencia que también aplica a presupuestos permite fortalecer nuestras democracias, así como un adecuado seguimiento y evaluación de los planes y proyectos de salud que deberían partir como mínimo de la atención prioritario o vulnerabilidad de los pueblos indígenas.
4. Se conmina a los Estados a trabajar arduamente en mejorar la vigilancia y atención de salud, a las comunidades indígenas de este estudio, para que las dificultades de ubicación no sean un elemento que no permita el acceso al derecho a la salud.
5. Los protocolos de atención de salud deben construir de manera amplia que incluya la participación de los pueblos indígenas, poniendo especial énfasis en mujeres, niños, niñas, adolescentes y adultos mayores.
6. Se exhorta a Ecuador y Perú en fortalecer y dar seguimiento a los acuerdos alcanzados en Gabinete Binacional Ecuador – Perú de 2019 y anteriores que tienen como objetivo dar atención integral a las personas que habitan en la frontera y la protección de los PIA, lo cual incluye una labor importante con los pueblos indígenas, así como la creación de un plan de contingencia que al menos debería contener lo mencionado en el capítulo 9.
7. Se anima a los Estados a seguir trabajando en los protocolos de atención médica de los pueblos indígenas en contacto inicial y en aislamiento con el fin de atender a su realidad compleja, misma que amerita coordinación interinstitucional y el respeto irrestricto al no contacto con pueblos o segmentos de pueblos indígenas en situación de aislamiento.
8. Se alienta a los Estados para que los proyectos y programas enfocados para el bienestar de los pueblos y nacionalidades indígenas cuenten con varios actores instituciones competentes, esto permitirá contar con acciones integrales, la participación de la sociedad civil y el presupuesto necesario que vaya acorde a las necesidades geográficas y humanas de la zona estudiada.
9. Se recomienda a la OTCA trazar una hoja de ruta en la que los Estados y otros actores relevantes nombren responsables institucionales que permitan sistematizar buenas prácticas, seguimiento de cambios y evaluación de las posibles soluciones a la situación en particular de la salud de los pueblos indígenas.
10. Convenios Salud Binacional (ver **recomendaciones Carlos Macedo**)

## 13. BIBLIOGRAFÍA

1. ACNUDH, 2013. *Los Pueblos Indígenas y El Sistema de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Folleto informativo N° 9/Rev.2*: Ginebra y Nueva York.
2. ACNUDH, 2012. *Directrices de Protección para los Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial de la Región Amazonía, el Gran Chaco y la Región Oriental del Paraguay*: Ginebra
3. Acuña, Ángel (2020), *Sistema educativo y sanitario en la cuenca del Napo: una visión transfronteriza*, Revista Nuevas Tendencias en Antropología, No 11, Granada, Universidad de Nueva Granada. Consultado en: <http://www.revistadeantropologia.es/Textos/N11/Sistema%20educativo%20y%20sanitario.pdf>
4. Aguirre, Milagros, 2006. *La Utopía de los Pumas*: Ediciones CICAME
5. Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP), 2005. Informe Técnico de *Delimitación Territorial a Favor de los Pueblos Indígenas en*

- Situación de Aislamiento Voluntario ubicados en la Cuenca Alta de los Ríos Curaray, Napo, Arabela, Nashiño, Pucacuro, Tigre y Afluentes.* Lima.
6. Aparicio, Pedro Mayor y Richard E. Bodmer, 2009. *Pueblos Indígenas de la Amazonía Peruana*. Centro de Estudios Teológicos de la Amazonia (CETA): Iquitos – Perú
  7. Bravo-Díaz, A. (2020). Notas Amazónicas frente a la pandemia, el caso Waorani en Ecuador. *Perifèria, revista de recerca i formació en antropologia*, 25(2), pp.22-33, <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.74>
  8. Cabodevilla, Miguel Ángel, 2008. *Zona Intangible: ¡Peligro de Muerte!* Quito: CICAME.
  9. CIDH y OEA, 2013. *Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial en las Américas: Recomendaciones para el pleno respeto a sus Derechos Humanos*. OEA/Ser. L/V/II Codc. 47/13 de 30 de diciembre de 2013 (y apoyo del grupo IWGIA).
  10. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Consultado en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
  11. Bonilla, Adrián (Editor), 1999. *Ecuador – Perú: Horizontes de la negociación y el conflicto*. FLACSO, Sede Ecuador y DESCO, Lima-Perú: Quito.
  12. Consultora DAIMI Perú, 2008. *Investigación Interdisciplinaria Antropológica entorno a Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial. Propuesta de la Reserva Territorial Napo-Tigre-Curaray*. Lima, Perú. Consultado en:  
  
[https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Investigacion\\_interdisciplinaria\\_antropologica\\_respecto\\_pueblos%20indigenas%20en%20aislamiento%20voluntario%20y%20contacto%20inicial.pdf](https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Investigacion_interdisciplinaria_antropologica_respecto_pueblos%20indigenas%20en%20aislamiento%20voluntario%20y%20contacto%20inicial.pdf)
  13. Delgado P, Deborah y Shirley Barrantes Baca, 2020. *Diagnóstico del Norte Amazónico Peruano*. Por encargo de Fundación Pachamama (no publicado).
  14. "Estudio de Impacto Ambiental y Plan de Manejo del Proyecto de Desarrollo y Producción del Campo Ishpingo Norte", 2019, E&E Consulting, Quito-Ecuador (no publicado).
  15. GAD Provincial de Orellana (2019-2023). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial*.
  16. GAD Provincial de Pastaza (2019-2025). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial*.
  17. GAD Municipal del Cantón Aguarico (2021). *Plan de Desarrollo Turístico del Cantón Aguarico– Ecuador*.
  18. GAD Parroquial Rural de Cononaco (2020-2023). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial*.
  19. Gea-Izquierdo E, Patiño N, (Editores), 2021. *Características socioculturales, demográficas y de salud pública de las nacionalidades indígenas del Ecuador*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
  20. Huertas Castillo, Beatriz. 2012. *Despojo Territorial, Conflicto Social y Exterminio en Pueblos Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial*. IGWIA/IPES/AECID.
  21. Ministerio del Ambiente del Ecuador, 2013. *Sistema de Clasificación de Ecosistemas del Ecuador Continental*. Subsecretaría de Patrimonio Natural. Quito.
  22. Ministerio del Ambiente, 2011. *Plan de Manejo del Parque Nacional Yasuní*. Quito, Ecuador.

23. Ministerio del Ambiente de Perú, 2018. *Definiciones Conceptuales de los ecosistemas del Perú*. Lima, Perú.
24. Ministerio de Cultura, 2020. Loreto. *Cartilla informativa sobre pueblos indígenas u originarios*. Perú. Consultado en: <https://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/loreto-cartilla-informativa-sobre-pueblos-ind%C3%ADgenas-u-originarios>
25. Ministerio de Cultura. *Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios (BDPI)*. Consultado en: <https://bdpi.cultura.gob.pe>
26. Ministerio de Salud Pública Ecuador (2014). *Instructivo para la elaboración del Análisis Situacional de Salud (ASIS). Metodología de Trabajo*. Consultado en: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_segui\\_miento/730/an%C3%81lisis\\_situacional\\_integral\\_de\\_salud\\_final\\_\(3\\_09\\_14\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_segui_miento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_(3_09_14).pdf)
27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 25 de agosto de 2017 (Registro Oficial Edición Especial No. 69). *Norma Técnica de Protección de salud para los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial del* Consultado en: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac\\_0114-2017%2008%20ago.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0114-2017%2008%20ago.pdf)
28. Ministerio de Salud del Perú. 2008. *Norma y guías técnicas en salud. Indígenas en aislamiento y contacto inicial*. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Consultado en: [Normas Guías Indigenas final.pdf \(ins.gob.pe\)](https://www.ins.gob.pe/Archivos/ArchivosIndigenasFinal.pdf)
29. Montesinos, Belén (2020) Análisis y propuesta de mejora de los procesos prestacionales y administrativos del Centro de Salud Santa Clotilde – CSSC, Micro Red Napo, Loreto. Tesis de Licenciatura en Administración en Salud. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Consultado en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8489/Analisis\\_CustodioMontesinos\\_Belen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8489/Analisis_CustodioMontesinos_Belen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
30. OEA, 2016. *Declaración Americana de los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Washington, DC.
31. CIDH y OEA. 2013. *Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial en las Américas: Recomendaciones para el pleno respeto a sus Derechos Humanos*. OEA/Ser. LV/II Codc. 47/13 de 30 de diciembre de 2013 (y apoyo del grupo IWGIA).
32. OIT, 1989. Convenio (No. 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, ratificada por Ecuador en 1998.
33. Organización Mundial de la Salud (2009). *Asamblea Mundial de la Salud: Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Resolución WHA62.14 Ginebra. Consultado en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA62-REC1/WHA62\\_REC1-sp-P2.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf)
34. OPS, 2008. *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*, Ediciones OPS, Washigton DC.
35. ONU, 2007. *Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*, donde Ecuador votó a favor durante la Asamblea General de 13 de septiembre de 2007.
36. Ortiz-T, Pablo, 2016. *Territorialidades, autonomía y conflictos: Los kichwa de Pastaza en la segunda mitad del ciclo XX...* Ediciones Abya Yala. Quito.
37. Proaño, J., Vela, E., & Villaverde, X., 2018. *Tras las huellas del silencio*. Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio, Secretaría de Derechos Humanos y Fundación Alejandro Labaka.
38. Pueblo Ancestral Kichwa Kawsak Sacha, 2011. *Plan de Manejo del Territorio y los Recursos Naturales del Pueblo Ancestral Kichwa Kawsak Sacha, Pastaza, Ecuador*. Instituto Quichua de Biotecnología Sacha Supai (IQBSS)

39. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2020: consultado en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1541/index.htm](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1541/index.htm)
40. Pueblo Ancestral Kichwa Kawsak Sacha y Fundación Sacha Warmi, 2021. *Programa Integral Kawsak Sacha: Protección de las formas de vivir de la cultura Kichwa y la biodiversidad de su territorio* (no publicado).
41. Plan de Vida de la Comunidad Bameno y Dikaro, FEPP-FAL-UE, 2021 (en proceso de construcción, no publicado).
42. Plan de Vida Nacionalidad Sapara del Ecuador, 2021. Consejo de Gobierno de la NASE 2018 – 2022.
43. Trujillo Jorge. 2018. *El otro en la historia: Los Waorani antes del contacto*. GSFEP, FAL y Unión Europea.
44. Vaz, Atenor (ed). 2019. *Pueblos Indígenas en Aislamiento: Territorios y desarrolló en la Amazonía y Gran Chaco - Informe Regional*. Abya Yala y Land is Life.
45. UNESCO. Reserva Biosfera Yasuni, consultado en: <https://es.unesco.org/biosphere/lac/yasuni>
46. Urrejola y Tauli, en CEPAL (2020). El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina. [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf)

### 13.1 BIBLIOGRAFÍA JURÍDICA

#### Ecuador

1. Acuerdo Ministerial No. 120 de 2 abril de 2008
2. Acuerdo Ministerial No. 5212 de 24 enero de 2014.
3. Acuerdo Ministerial No. 0869 de 03 de marzo de 2015
4. Acuerdo Ministerial No. 0082-2017 de 29 de mayo de 2017
5. Acuerdo Interministerial No. 002 de 26 de septiembre de 2018
6. Caso No. 28-19-IN el 19 de enero de 2022
7. Constitución del Ecuador, 2008.
8. Decreto Ejecutivo No. 552 de 2 de febrero 1999
9. Decreto Ejecutivo No. 503 de 18 de octubre de 2010
10. Decreto Ejecutivo No. 2187 de 16 de enero de 2007
11. Decreto Ejecutivo No. 751 de 11 de junio de 2019
12. Norma Técnica para la Protección de la Salud de los Pueblos Indígenas en Aislamiento y los de Contacto Inicial de 8 de agosto de 2017
13. Protocolo para la Prevención y Contingencia del CORONAVIRUS (COVID-19) en el Área de Influencia de la Zona Intangible Tagaeri Taromenane 2020

#### Perú

1. Constitución de Perú, 1993.
2. Decreto Supremo No 005-2020-MC del 30 de mayo del 2020.
3. Decreto Supremo 014-2020-MC de 30 de septiembre de 2020.
4. Directiva Administrativa para el Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud, 2017.
5. Ley de Comunidades Nativas y de Desarrollo Agrario de la Selva y Ceja de Selva, 1978
6. Ley General de Salud, 1997

7. Ley de Áreas Naturales Protegidas, 1997
8. Ley de aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales son patrimonio de la nación, 2000.
9. Ley General del Ambiente, 2005.
10. Ley para la Protección de los Pueblos Indígenas u Originarios en Situación de Aislamiento y en Situación de Contacto Inicial, 2006.
11. Ley Forestal y de Fauna Silvestre, 2015.
12. Guía Técnica Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en riesgo de alta mortalidad, 2007.
13. Norma Técnica de Salud de Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente, 2007.
14. Política Sectorial de Salud Intercultural, 2016.

### 13.2 BIBLIOGRAFÍA DOCUMENTOS INÉDITOS

1. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Salud Intercultural, 2017 Cosmovisión y Salud de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador
2. Ministerio de Salud Pública, 2021. Informe de Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) del Centro de Salud de Dicaro, (documento inédito sin publicar)
3. Ministerio de Salud Pública, 2021. Informe de Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) del Centro de Salud de Tiwino Waorani (documento inédito sin publicar)
4. Ministerio de Salud Pública, 2021. Informe de Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) del Puesto de Salud de Kawymeno (documento inédito sin publicar)
5. Ministerio de Salud Pública, 2021. Informe de Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) del Puesto de Salud de Lorocachi (documento inédito sin publicar)
6. Ministerio de Salud Pública, 2021, Informe de Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) del Centro Anidado "Hospital Franklin Tello (documento inédito sin publicar)

### 13.3 REFERENCIAS INTERNET

[https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf)

[https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)

<https://www.actualidadambiental.pe/piaci/normas-nacionales-e-internacionales>

<https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos/arabela>

<https://www.elcomercio.com/tendencias/sociedad/inicio-vacunacion-covid19-poblacion-waorani.html>

MARCO-NORMATIVO-PUEBLOS-INDÍGENAS-EN-SITUACION-DE-AISLAMIENTO-Y-CONTACTO-INICIAL-PIACI\_2020\_publicación.pdf (culturacusco.gob.pe)



## 14 ANEXOS

### Anexo 1. Características ecosistémicas de la región de estudio para Ecuador.

#### **Bosque siempreverde de tierras bajas del Napo-Curaray<sup>143</sup>**

Fisonomía: bosque

Bioclima: pluvial, Ombrotipo (Io): húmedo

Biogeografía: Región: Amazonía, Provincia: Amazonía Noroccidental, Sector: Napo-Curaray Fenología: siempreverde

Piso bioclimático: Tierras bajas (170-350msnm), Termotipo (It): infratropical, termotropical Geoforma: Relieve general: Oriente, Macrorrelieve: Llanura, Penillanura, Mesorelieve: Colinas, Terrazas, Llanura aluvial

Inundabilidad general: Régimen de Inundación: no inundable

Las colinas se caracterizan por ser muy disectadas y pueden varían en altitud desde los 150 hasta 400 msnm. Los bosques se caracterizan por tener suelos resultantes de los aluviones andinos volcánicos, por lo cual, contienen alta carga de nutrientes, a pesar de encontrar también suelos de arenas grises.

A nivel topográfico, se caracteriza por ser accidentada, por tal razón, se pueden apreciar varios tipos de suelos arcillosos, caoliníticos y ricos en aluminio:

“los sistemas de quebradas y barrancos se desarrollan en áreas no inundadas o de tierra firme. Este sistema se desarrolla sobre áreas no inundadas (tierra firme) con relieves que varían de colinas bajas, colinas fuertemente disectadas con pendientes pronunciadas, terrazas con superficie plana y pequeños valles entre estas formaciones de orígenes sedimentarios marinos, lacustrinos y fluviales. Los suelos son predominantemente franco-arcillosos y ácidos hasta areno-arcillosos. La diferencia de altitud con la llanura aluvial puede variar de 50 a 150 msnm y los sistemas de drenaje son directos. Normalmente se encuentra entre 250 y 400 msnm.” (Ministerio del Ambiente del Ecuador, 2013: 179)

En este sector, está ubicada la más alta diversidad de especies de árboles y los que tienen mayor tamaño de diámetro. Las familias más comunes son las siguientes: *Arecaceae*, *Fabaceae*, *Moraceae*, *Rubiaceae*, *Sapotaceae* y *Melastomataceae*, *Fabaceae*, *Lauraceae*, *Myrtaceae*, *Rubiaceae*, *Melastomataceae* y *Sapotaceae*, *Inga*, *Ocotea*, *Pouteria*, *Virola*, *Eugenia* y *Calyptanthus*. Esta zona también se caracteriza por tener una gran diversidad florística de gran diversidad que se acentúa según se acentúa la distancia con el piedemonte de los Andes. El dosel de los bosques puede llegar a tener hasta entre los 30 a los 35 metros de altura; sin embargo, algunos pueden alcanzar hasta los hasta 50 metros.

#### **Bosque siempreverde de tierras bajas del Tigre-Pastaza<sup>144</sup>**

---

<sup>143</sup> Palacios *et al.* 1999: Incluido en Bosque siempreverde de tierras bajas, sector tierras bajas, subregión norte y centro. Josse *et al.* CES408.523 Bosque siempreverde de la penillanura del oeste de la Amazonía (cit. En., Ministerio del Ambiente del Ecuador, 2013).

<sup>144</sup> *Ibidem.*

Fisonomía: bosque

Bioclima: pluvial, Ombrotipo (Io): húmedo

Biogeografía: Región: Amazonía, Provincia: Amazonía Noroccidental, Sector: Tigre-Pastaza Fenología: siempreverde

Piso bioclimático: Tierras bajas (166-350msnm), Termotipo (It): infratropical, termotropical

Geoforma: Relieve general: Oriente, Macrorelieve: Llanura, Penillanura, Mesorelieve: Colinas, Terrazas, Chevrones, Mesetas.

Inundabilidad general: Régimen de Inundación: no inundable

Estos bosques guardan relación con la que se encuentra en el departamento de Loreto en Perú, sobre todo, en lo que se refiere a las que está ubicada en las terrazas altas areno-arcillosas del alto Nanay e Iquitos. Los géneros más comunes y abundantes son *Eschweilera*, *Iryanthera* y *Protium*. Este ecosistema se caracteriza también por tener muchas especies endémicas de baja Amazonía.

En esta área se encuentran bosques siempreverdes altos que tiene un dosel cerrado de entre 25 a 35 metros, multiestratificado con árboles emergentes de 45 metros o más. Las características florísticas presentan variabilidad geológica y de los sedimentos que varía en sentido oeste-este. Esta diferencia se acentúa hacia el este ya que crece la distancia al piedemonte de los Andes.

Respecto a las condiciones hidrológicas, los suelos secos y drenados están sobre terrenos planos con colinas de entre 20 hasta 40 metros de alto. Estos bosques desarrollan sobre varias formas que incluyen terrazas, colinas y pendientes donde los arbustos suele ser más abierto. "Hacia el este del ecosistema los suelos son depósitos aluviales de arenas y arcillas. Conforme desciende su proceso orogénico hacia el este, parte de la alta Amazonía correspondiente al piedemonte periandino formado por relieves tabulares mesetas disectadas que a medida que van perdiendo altura se encuentran en forma de testigos de mesetas, formas estructurales de chevrones, plegamiento de colinas altas e irregulares en rocas sedimentarias (Canelos) y terrazas de origen aluvial ubicadas a los lados del río Pastaza. Inmediatamente hacia el noreste, se encuentra la Penillanura de la Cuenca del Pastaza y del Tigre, conformada por una serie de colinas bajas, suaves convexas a convexo-cóncavas y disectadas que abarcan grandes extensiones y a una altura de 220-300 msnm, se encuentran bajo sedimentos arcillosos meteorizados bajo el clima tropical húmedo y cubiertas de alteraciones rojas abigarradas ferralíticas." (Ministerio del Ambiente del Ecuador, 2013: 183).

En la cuenca baja del río Pastaza cerca al Perú incluyendo los ríos Tigre y Corrientes el paisaje es de colinas bajas y altas disectadas de suelos limo-arcillosos a areno-arcillosos, con buen drenaje cubiertos por hojarasca. Los bosques tienen cobertura semicerrada en las intersecciones y partes bajas, a semiabiertas en las laderas y cimas; sotobosque disperso de 1,5 metros de alto en las cimas, a denso en las intersecciones hasta 3 metros de alto con bromelias, helechos y palmeras; dosel superior discontinuo de 25–35 m y con árboles emergentes de 45 m.

## Anexo 2. Características ecosistémicas de la región de estudio para Perú.

### **Pantano de Palmeras**<sup>145</sup>

Factores de diagnóstico:

Región Natural: selva tropical.

Bioclima: húmedo.

Vegetación: bosque.

Fisiografía: llanura aluvial inundable.

Rango referencial altitudinal: generalmente de 100 a 750 m s. n. m. (aunque en los departamentos de San Martín y Huánuco se pueden presentar aguajales de altura).

Ecosistema forestal saturado de agua y, en algunos casos, inundable.

Palmerales densos de “aguaje” (*Mauritia flexuosa*) y otras palmeras asociadas (*Euterpe precatoria*, *Mauritiella aculeata*, otras).

Terrenos inundados de manera permanente o casi permanente por desborde de los ríos o agua de lluvia.

Hasta 25 metros de alto, con individuos emergentes que pueden alcanzar los 30 metros de alto.

El Pantano de Palmeras está saturado de agua y se ubica mayoritariamente en la zona aluvial amazónica hasta llegar a los 750 m s. n. m. Se caracteriza por estar inundado de manera permanente o casi permanente por lo cual, el terreno es plano debido a que los suelos tengan mal drenaje y/o se deba al desborde de los ríos y agua de lluvia. Nivel vegetal “está constituida por palmerales densos de “aguaje” (*Mauritia flexuosa*), y otras palmeras asociadas (*Euterpe precatoria*, *Mauritiella aculeata*, entre otras), de hasta 25 metros de alto, con individuos emergentes que pueden alcanzar los 30 metros de alto; especies acompañantes del aguaje son *Caraipa punctulata*, *Marila laxiflora*, *Ficus spp.*, *Cecropia sp.* Otros pantanos de palmera -aunque no tan vastos como los de *M. flexuosa*, son los formados por “shapaja” (*Attalea phalerata*), “huicungo” (*Astrocaryum murumuru*), “ungurahui” (*Oenocarpus bataua*), “yarina” (*Phytelephas macrocarpa*), “palmiche” o “ponilla” (*Geonoma spp.*) y “ñejilla” (*Bactris spp.*). Este tipo de ecosistema es considerado un humedal amazónico” (Ministerio de Ambiente de Perú, 2018: 25).

### **Bosque Aluvial inundable de Agua Blanca**<sup>146</sup>

Factores de diagnóstico:

Región Natural: Selva Tropical.

Bioclima: Húmedo.

Vegetación: Bosque.

Fisiografía: Llanura aluvial inundable.

---

<sup>145</sup> Kahn y Mejía, 1990, Galán de Mera, 2001, OSINFOR, 2013, Kvist y Nebel, 2000, Alverson et al., 2001, Murrieta y Levistre, 2011, CDC-UNALM, 1993, Zárate et al., 2013, Pitman et al., 2015, Kahn, 1989, BIODAMAZ, 2004, Puhakka y Kalliola, 1993 (Cit. En., Ministerio del Ambiente de Perú, 2018).

<sup>146</sup> *Ibidem*.

Rango referencial altitudinal: 100-300 m s. n. m.

Ecosistema forestal de paisaje aluvial en llanura amazónica sobre tierras planas (0-5 %).

Bosque con sotobosque ralo y presencia de 3 o 4 estratos.

Dosel alcanza 20 a 25 metros de alto, con individuos emergentes de hasta 30 metros.

Inundaciones periódicas por las crecientes normales de ríos de agua blanca (ríos ricos en sedimentos que nacen en los Andes).

Grupo heterogéneo de tipos de vegetación ribereña y de pantano boscoso, como el renacal, representado por los “renacos” (*Coussapoa trinervia* y *Ficus trigona*), además de pungales, ceticales, capironales y bolainales.

Este ecosistema amazónico está ubicado sobre tierras planas que tienen inundaciones periódicas debido a las crecientes de ríos de agua blanca por lo cual también arrastra una intensa sedimentación. Estos suelos suelen soportar varias inundaciones de forma casi permanente; el bosque con sotobosque es abierto contiene hasta 4 estratos de árboles que alcanzan los 25 metros de alto e individuos emergentes de hasta 30 metros de altura. “Este ecosistema abarca un grupo heterogéneo de tipos de vegetación ribereña y de pantano boscoso, estimulado por la dinámica fluvial; algunos característicos, como el renacal, representado por los “renacos” (*Coussapoa trinervia* y *Ficus trigona*), además de pungales, ceticales, capironales y bolainales (Ministerio de Ambiente de Perú: 27).

### **Bosque de Terraza no Inundable<sup>147</sup>**

Factores de diagnóstico:

Región Natural: Selva Tropical.

Bioclima: Húmedo.

Vegetación: Bosque.

Fisiografía: Llanura aluvial no inundable.

Rango referencial altitudinal: 0-300 m s. n. m.

Ecosistema forestal de tierra firme (no inundable por la creciente de los ríos amazónicos).

Árboles dominan la vegetación, pero las palmeras son comunes, como *Iriartea deltoidea* “huacrapona”, *Attalea* sp. “shapaja”, *Oenocarpus bataua* “ungurahui”, *Socratea* sp. “cashapona”, *Astrocaryum chambira* “chambira”.

Sotobosque es denso, bosque presenta 3 y 4 estratos.

Dosel alcanza 23 a 25 metros de alto, con individuos emergentes de 30 o más metros.

Topografía generalmente plana o con leves ondulaciones de hasta 10 metros de altura a medida que se aleja del río.

---

<sup>147</sup> Zárate et al., 2013, BIODAMAZ, 2004, Ruokolainen et al., 1994, Freitas, 1996 (Cit. En., Ministerio del Ambiente de Perú, 2018).

El ecosistema de tierra firme se caracteriza por no ser inundable cuando hay la creciente de los ríos amazónicos, tiene una topografía con varias lomas de hasta 20 metros de altura y está alejada de los ríos. Incluyen terrazas desgastadas y en proceso de erosión que están rodeadas por los bosques de colinas bajas. El bosque llega a tener hasta 4 estratos con un dosel que alcanzan los 25 metros de alto con algunas especies emergentes que pueden superar los 30 metros de altura; los árboles dominan la vegetación, pero las palmeras son comunes. El drenaje del terreno es de bueno a regular. Las especies registradas son "*Cedrela odorata* "cedro colorado", *C. fissilis* "cedro", *Calycophyllum spruceanum* "capirona", *Brosimum utile* "sacha-tulpay", *Pseudolmedia* spp. "chimicua", *Maquira* sp. "capinuri", *Cecropia ficifolia* "cetico", *Iryanthera* spp. "cumala colorada", *Virola* spp. "cumala blanca", *Hevea guianensis* "shiringa", *Guadua* spp. "paca" (Ministerio de Ambiente de Perú, 2018 :31).

### **Bosque de colina baja<sup>148</sup>**

Factores de diagnóstico:

Región Natural: selva tropical.

Bioclima: húmedo.

Vegetación: bosque.

Fisiografía: colina baja.

Rango referencial altitudinal: 150-800 m s. n. m.

Ecosistema forestal amazónico no inundable.

Sotobosque denso, el bosque presenta 3 o 4 estratos.

Dosel alcanza 25 a 30 metros de alto con individuos emergentes de 35 o más metros.

Terrenos disectados con pendientes moderadas (25-30 %), a empinadas (hasta 50 %).

Colina con alturas relativas de 20 a 80 metros.

Este Ecosistema amazónico se encuentra ubicado sobre terrenos no inundables, con colinas de entre 20 a 80 metros de altura y con pendientes moderadas (25-30 %), a empinadas (hasta 50 %), por lo cual pueden ser susceptibles a la erosión hídrica. El sotobosque es denso y el bosque puede contener hasta 4 estratos con un dosel que alcanzan los 30 metros de alto y algunos individuos que superan los 35 o más metros de altura.

Las especies botánicas más representativas son: "*Cedrelinga cateniformis* "tornillo", *Quararibea cordata* "sapote", *Aniba* spp. "laurel", *Protium* spp. "copal", *Apeiba membranacea* "peine de mono", *Zanthoxylum* spp. "hualaja", *Eschweilera* spp. "machimango", *Theobroma* sp. "cacahuillo", *Pithecellobium* sp. "pashaco", *Brosimum alicastrum* "mashonaste", *Cedrela* sp. "cedro", *Dipteryx* spp. "shihuahuaco", *Socratea exorrhiza* "cashapona", *Euterpe precatoria* "huasaí", *Iriartea deltoidea* "huacrapona", *Astrocaryum chambira* "chambira" (Ministerio de Ambiente de Perú, 2018: 35).

---

<sup>148</sup> Ibidem.