

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

(BID-OTCA Cooperação Técnica ATN/OC-1834 RG-T3767)

PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA PROTECCIÓN DE SALUD EN PUEBLOS INDÍGENAS ALTAMENTE VULNERABLES Y EN CONTACTO INICIA REGIÓN NAPO – CURARAY – RÍO TIGRE (ECUADOR PERÚ)

INFORME DE CONSULTORÍA OTCA

1 DE DICIEMBRE DE 2022

Autores:
Enrique Vela K.
Mateo Ponce C.

Contenido

1.	<i>INTRODUCCIÓN</i>	4
1.1.	<i>Qué es un plan de contingencia</i>	4
1.2.	<i>Objetivos:</i>	4
1.3.	<i>Participación indígena:</i>	5
1.4.	<i>Justificación</i>	5
1.5.	<i>Principios</i>	6
1.6.	<i>Cuestiones transfronterizas</i>	9
1.7.	<i>Metodología</i>	12
2.	<i>CONTEXTO, ANTECEDENTES Y PREPARACIÓN</i>	13
2.1.	<i>Caracterización del Territorio</i>	13
2.2.	<i>Caracterización de los aspectos culturales</i>	15
2.2.1.	<i>Ecuador</i>	15
2.2.1.1.	<i>Woorani</i>	15
2.2.1.2.	<i>Kichwa</i>	16
2.2.1.3.	<i>Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario de Ecuador</i>	17
2.2.2.	<i>Perú</i>	18
2.2.2.1.	<i>Kichwa</i>	18
2.2.2.2.	<i>Pueblo Arabela</i>	19
2.2.2.3.	<i>Pueblo Secoya</i>	20
2.2.2.4.	<i>Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario de Perú</i>	20
2.3.	<i>Caracterización de los flujos migratorios</i>	21
2.4.	<i>Caracterización de la infraestructura de salud</i>	22
2.5.	<i>Caracterización de la situación y epidemiología</i>	23
2.5.1.	<i>Ecuador</i>	23
2.5.2.	<i>Perú</i>	34
2.6.	<i>Caracterización de las necesidades de suministros médicos:</i>	41
2.6.1.	<i>Suministros médicos</i>	41
2.6.2.	<i>Talento Humano</i>	42
2.7.	<i>Caracterización de las necesidades logísticas y de apoyo:</i>	42
2.7.1.	<i>Ambientes del lugar de atención para la implementación del Plan de Contingencia</i> .	42
2.7.2.	<i>Seguimiento y vigilancia de la base comunitaria</i>	43

2.8.	<i>Del uso del avión en situaciones de contacto con pueblos aislados:</i>	43
2.9.	<i>Definición y formación del equipo:</i>	44
2.9.1.	<i>ECUADOR</i>	44
2.9.2.	<i>PERÚ</i>	45
2.10.	<i>Acuerdos para garantizar la seguridad alimentaria tradicional:</i>	46
3.	FLUJOS DE COMUNICACIÓN Y DECISIÓN	47
3.1.	<i>Sala de situación</i>	47
3.2.	<i>Tabla de comunicación</i>	48
3.3.	<i>Prevención</i>	48
3.4.	<i>Participación del Equipo de Referencia Local:</i>	50
4.	OPERACIONALIZACIÓN DEL EVENTO	50
4.1.	<i>Evaluación de la salud</i>	50
4.2.	<i>Atención y/o contingencia</i>	50
4.3.	<i>Vigilancia comunitaria</i>	51
4.4.	<i>Responsables</i>	51
4.5.	<i>Cuarentena</i>	51
4.6.	<i>Eliminaciones y resolución en el campo</i>	52
4.7.	<i>Códigos de seguridad y conducta</i>	52
4.8.	<i>Inmunización en situaciones de contacto</i>	53
5.	ANEXOS	53
5.1.	<i>Ecuador:</i>	53
5.2.	<i>Perú</i>	54
6.	BIBLIOGRAFIA	54

1. INTRODUCCIÓN

1.1. *Qué es un plan de contingencia*

Los Planes de Contingencia son documentos y que se trabajan para prevenir eventos adversos o mitigar sus impactos, como los frecuentes brotes epidemiológicos en la población indígena, en Contacto Inicial y frente a casos de contacto con Pueblos Indígenas en Aislamiento (en adelante PIACI).

El Plan de Contingencia está orientando a facilitar respuestas rápidas por parte de los actores, a través de la definición de los actores responsables. En el caso de las poblaciones indígenas, es necesario tomar en cuenta factores como el perfil epidemiológico, la atención de salud diferenciada inherente a la acción en un contexto intercultural (prácticas, medicinales tradicional y sistemas de salud propios), y la influencia de los aspectos socioculturales y territoriales en el flujo de referencia para la atención de niveles de mediana y alta complejidad.

Un punto fundamental para destacar es que **este instrumento debe ser permanentemente revisado y actualizado con la participación de las instituciones competentes, organizaciones indígenas y de la sociedad civil y agentes involucrados.**

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

1.2. *Objetivos:*

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

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

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

Finalmente, en el caso de contacto con población indígena en situación de aislamiento, se pretenderá reducir o mitigar los riesgos cómo, por ejemplo, proceder a la inmunización inducida mediante vacunación necesaria y posible y, de ser el caso, atender las emergencias derivadas de este escenario.

1.3. Participación indígena:

Al igual que en la construcción de cualquier ley o política pública que involucre a los pueblos indígenas, la participación de los representantes de las comunidades indígenas y sus organizaciones y asociaciones es fundamental en la elaboración e implementación de los Planes de Contingencia.

Garantizar esta participación permite que las concepciones y prácticas indígenas sobre salud, enfermedad y tratamientos, así como sus propias formas de afrontar a las epidemias y situaciones críticas de salud sean respetadas y formen parte de los Planes de Contingencia, en este caso de la Región Napo-Curaray-Río Tigre (Ecuador-Perú).

En la región las historias de los contactos de los diversos pueblos indígenas con la sociedad nacional (envolvente) nos muestran cómo la mayoría de estos pueblos sobrevivieron a epidemias, por ejemplo, ante la epidemia de poliomielitis en el caso de la Nacionalidad Waorani del Ecuador en los años 60's, y otras calamidades de salud y, por lo tanto, desarrollaron sus propias estrategias para asegurar su experiencia en tales situaciones.

Sin embargo, existieron también pueblos como los Tetetes (Sucumbíos, Ecuador) que desaparecieron hacia finales de la década de 1970, parientes de los Siona y Secoya, o anteriormente los Omaguas a finales del Siglo XIX.

Por otra parte, la implementación de medidas que no dialogan con las prácticas y concepciones indígenas sobre la enfermedad y la cura tienden a no ser prácticas o apropiadas o, contrarias a las culturas específicas, y el derecho constitucional que cada uno de estos pueblos tiene a su autodeterminación, diferencia cultural y social en relación con la sociedad circundante y otras sociedades indígenas.

El Plan de contingencia parte del principio de “no contacto” y “libre determinación” de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario, por lo que se trabajará con poblaciones indígenas y en contacto inicial y, mestizas colindantes.

1.4. Justificación

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; y reducción radical de los últimos grupos de la familia lingüística Siona Secoya, Zaparo (Arabela) y Wao terero.

Incluso, después de la consolidación de los procesos de contacto, los pueblos indígenas se encuentran entre las poblaciones más afectadas por los brotes epidémicos, por ejemplo, el caso de la poliomielitis o la Hepatitis B, entre los Waorani, lo que tiene una relación directa con las múltiples vulnerabilidades socio epidemiológicas a las que están sujetos en el presente.

Cabe señalar que los pueblos y nacionalidades indígenas no han sido considerados específicamente en los planes de prevención y contingencia frente a situaciones epidemiológicas y/o contacto con PIA.

El presente Plan de Contingencia es de gran importancia porque adopta aspectos particulares considerando la situación de alta vulnerabilidad a la que están sometidos las poblaciones indígenas que habitan en la zona fronteriza y recoge los aspectos del respeto y del derecho a la salud que establecen 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)

Sobre todo, en lo referente a la población PIA de frontera, es necesario que sean visibilizados por los siguientes factores:

- ✓ Condiciones socioeconómicas que los ponen en riesgo y determinan la incapacidad de mantener el aislamiento
- ✓ Condiciones, como el hacinamiento, que impiden que se cumpla con el distanciamiento físico y el aislamiento
- ✓ Poco acceso a servicios básicos
- ✓ Barreras de lenguaje y acceso a información
- ✓ Barreras de acceso a servicio de salud
- ✓ Condiciones culturales propias y específicas que hacen que los planes desarrollados hasta el momento no puedan ser aplicados
- ✓ Pueblos y nacionalidades en zonas de difícil acceso geográfico
- ✓ La necesidad de proteger, a través de cordones sanitarios a los pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial PIACI.
- ✓ Presencia de extraños y actividades legales e ilegales en los territorios de PIACI.
- ✓ Imposibilidad de libre acceso y movilidad por el territorio tradicional.

Según la OTCA, *“La especial vulnerabilidad en que se encuentran por contagios de enfermedades consideradas comunes, sin haber desarrollado una respuesta inmunológica adecuada y afectando al grupo entero, no solamente a individuos. Esta situación significa una amenaza inmediata a la supervivencia del grupo y exige una vigilancia epidemiológica y medidas de seguridad alimentaria post-contacto. El cuidado de la salud está directamente relacionado con el cuidado del acceso al territorio”*¹.

1.5. Principios

Autodeterminación: Respeto a la autonomía de los pueblos indígenas, que, en el caso específico de los pueblos/grupos aislados, también implica sus decisiones con respecto a sus relaciones y vidas, especialmente con respecto a su "aislamiento" y "no contacto".

Protección: La alta vulnerabilidad socio epidemiológica a lo que están sometidos estos pueblos es el resultado de un conjunto de factores, individuales y colectivos, que hacen que los grupos indígenas aislados y en contacto inicial sean más susceptibles a enfermarse o morir debido,

¹ otca.org/wp-content/uploads/2021/02/Marco-Estrategico-para-la-Proteccion-de-los-PIACI.pdf

principalmente, a enfermedades infecciosas comunes como la gripe, la diarrea y las enfermedades inmunoprevenibles.

- ✓ Otros factores que contribuyen a su mayor vulnerabilidad están relacionados con su fuerte relación con el entorno en el que viven y la posibilidad de contactos de los PIA con terceros, aunque sea fugaces, con profesionales de la salud, indigenistas, presencia de forasteros y actividades legales e ilegales en sus territorios y poblaciones alrededor de sus áreas, especialmente con grupos indígenas contactados con quien comparten sus territorios.

Derecho al Territorio: Se reconoce el derecho de las comunidades indígenas a tener acceso y control sobre sus tierras ancestrales. Este principio se basa en la idea de que las comunidades indígenas tienen un vínculo histórico, cultural y espiritual con sus tierras, y que su acceso y control sobre estas tierras es esencial para su subsistencia y desarrollo. El derecho al territorio indígena también se basa en el derecho de las comunidades indígenas a la auto-determinación, y en la idea de que el acceso a la tierra es un derecho humano fundamental. Este principio se enmarca en el derecho internacional de los derechos humanos y en las normas internacionales de derechos indígenas, y se refleja en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, en la cual se establece el derecho de los pueblos indígenas a tener acceso a sus tierras, territorios y recursos naturales.

Derecho al no contacto: se refiere al derecho de los PIA a mantener su autonomía y a no ser contactadas o afectadas por fuerzas externas sin su consentimiento. Esto puede incluir el derecho a no ser contactado por empresas extractivas o de desarrollo, a no ser contactado por organizaciones no gubernamentales, y a no ser contactado por el gobierno.

Precaución: Dada la evidencia directa o indirecta de la presencia de pueblos indígenas aislados, se debe evitar el contacto y garantizar la definición y protección de sus territorios por parte del Estado. Forma parte del principio de precaución difundir y sensibilizar, a nivel regional, nacional, local e internacional, sobre su presencia y el riesgo de extinción física y cultural del grupo que puede conllevar el contacto involuntario y la necesidad del desarrollo de protocolos o planes de contingencia ante estas situaciones, especialmente de salud.

Prevención: Intervenciones o incursiones para prevenir la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y prevalencia en poblaciones aledañas a grupos en situación de aislamiento y contacto inicial. Evitar intervenciones y conductas que afecten u obstaculicen las prácticas socioculturales tradicionales, incluidas la salud, la alimentación, la vivienda y los rituales; y las conductas de salud potencialmente dañinas, como la medicación excesiva y los procedimientos clínicos innecesarios en las comunidades indígenas y de contacto inicial.

Desarrollo de socializaciones, sensibilización y simulacros de protocolos y planes de contingencia ante brotes epidemiológicos o emergencias de salud en comunidades indígenas, y frente a encuentros o hechos de violencia con grupos aislados.

Complementariedad e intersectorialidad en las iniciativas de atención de la salud, entre el Ministerio de Salud Pública y entre las instituciones y organizaciones que tienen la tarea de promover la asistencia a la población indígena y, la protección tanto de los PIA como de los grupos en contacto inicial, en este caso Waorani (Ecuador) y Arabela (Perú).

Derecho a la Consulta previa, libre e informada: Como se establece en las Directrices de Naciones Unidas *“el derecho de consulta con el fin de obtener el consentimiento previo, libre e informado en el caso de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario debe interpretarse, teniendo en cuenta su decisión de mantenerse en aislamiento y la necesidad de mayor protección dada su situación de vulnerabilidad. En el caso de los pueblos en contacto inicial se aplicarán los mecanismos de consulta de conformidad al Convenio No. 169 de la Organización Internacional de Trabajo, el artículo 10 de la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas”* (ONU, 2007) las Directrices del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Pueblos en Aislamiento y Contacto Inicial (mencionadas anteriormente) y las leyes y reglamentos de Ecuador y Perú.

Derecho a la Salud: Se refiere a que todas las personas tienen derecho a un nivel adecuado de atención médica y a un ambiente saludable. Este principio se basa en el derecho a la vida y a la integridad física de las personas, y en la necesidad de proteger a la población de enfermedades y riesgos para la salud. Este derecho enfocado a los PIACI se garantiza realizando aquellas medidas que consideren la situación tanto de aislamiento como de especial vulnerabilidad en que se encuentran, prevenir aquellas enfermedades que amenacen su vida. Considerando, además aquella normativa internacional que valida los sistemas tradicionales de salud indígenas y la utilización de medicinas tradicionales.

Se aplica en la formulación de políticas y en la implementación de programas de salud pública. Esto puede incluir medidas para prevenir enfermedades, promover estilos de vida saludables, mejorar el acceso a servicios de atención médica, y garantizar la equidad en la atención médica. El derecho a la salud pública está garantizado mediante leyes y políticas que establecen un sistema de seguridad social y de salud pública, donde el estado garantiza que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud adecuados, independientemente de su capacidad para pagar.

Alteridad El principio señala que todas las personas son diferentes y que debemos reconocer y respetar estas diferencias. Este principio se basa en el respeto a la dignidad humana y en la necesidad de aceptar y valorar las diferencias culturales, étnicas, religiosas, de género, de orientación sexual, etc. El principio de alteridad se aplica en la interacción entre individuos y grupos, y en la formulación de políticas públicas y en la toma de decisiones. Esto puede incluir medidas para promover la inclusión y la diversidad, combatir la discriminación, y garantizar el derecho a la igualdad ante la ley. En muchos países, el principio de alteridad se refleja en leyes y políticas que garantizan el derecho a la igualdad y a la no discriminación, así como en la promoción de la diversidad y la inclusión en la sociedad.

1.6. *Riesgo y amenazas hacia los PIACI*

Entre los principales riesgos y amenazas se destacan los siguientes:

- **Colonización.** El desconocimiento y la visión que aún se mantiene de la Amazonía, como tierra poco habitada, promueven que siga habiendo invasiones de tierras, frecuentemente manipuladas por traficantes o colonos profesionales, ampliando la frontera agrícola e ingresando en zonas de riesgo con presencia de PIAV y en las áreas protegidas.
- **Incremento poblacional.** El crecimiento demográfico junto con el empobrecimiento de los suelos y la disminución de recursos, genera nuevas presiones sobre el territorio y nuevos desplazamientos en busca de tierras. Las poblaciones indígenas y campesinas se desplazan cada vez más al interior del territorio PIA.
- **Planes de desarrollo de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD).** El desconocimiento de la complejidad de la zona, de la fragilidad de las relaciones entre los distintos actores y de las diversas concepciones y visiones culturales hace que algunas obras promovidas por los GAD, como la apertura de vías, generen presiones ambientales y contribuyan a la generación de conflictos.
- **Distorsiones originadas por actividades de desarrollo.** Las intervenciones originadas por ONG, Iglesias, empresas de turismo y el propio Estado, cuando se ejecutan sin un adecuado análisis de sensibilidad cultural y participación de los actores locales, se convierten en elementos de distorsión y conflictos.
- **Investigaciones independientes.** La diversidad biogenética y el interés que despierta la zona atrae a investigadores nacionales y extranjeros, relacionados con universidades, industrias farmacéuticas y empresas de petróleo y turismo, que frecuentemente actúan de manera independiente de los canales apropiados del Estado e invaden zonas peligrosas y sensibles, además de no devolver el producto de sus estudios para el beneficio del país.
- **Deterioro social.** Debido a la presencia de una población mestiza, se ha generado entre las nacionalidades indígenas, especialmente los jóvenes, un acelerado proceso de cambio cultural, introduciendo problemas sociales como el alcoholismo, drogadicción, prostitución, etc. que, en ocasiones, desembocan en violencia.
- **Tráfico de armas y municiones.** Se reporta información de venta ilegal de armas y municiones provenientes de Perú y de Sucumbíos.
- **Deterioro de los recursos naturales.** A pesar de los controles establecidos, se sigue extrayendo madera en la zona y cacería ilegal para la venta. Adicionalmente, las actividades agropecuarias inadecuadas continúan reduciendo el bosque, promoviendo la erosión de los suelos y afectando gravemente la biodiversidad local. Se siguen contaminando los cursos de agua por el uso de agroquímicos, derrames petroleros y desechos urbanos.
- **Actividades hidrocarburíferas.** La presión ejercida por la presencia de actividades petroleras (ruidos, emanaciones de gases, presencia de extraños, apertura de vías, pozos y plataformas, circulación vehicular, derrames) agudiza la conflictividad y la competencia por recursos. Además, las actividades hidrocarburíferas ejercen presión sobre algunas zonas donde se ha verificado la presencia de PIAV.

- **Incumplimiento de las leyes.** El desconocimiento e irrespeto de las leyes y disposiciones, que se emiten desde las distintas instancias del Estado, ha generado una cultura de marginalidad legal.

1.7. Cuestiones transfronterizas

La zona transfronteriza Napo Curaray Río Tigre 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.

El marco internacional de derechos humanos de los pueblos indígenas ha ido cambiando en los últimos años empezando con 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 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. Sobre este punto, las Directrices del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Pueblos en Aislamiento y Contacto Inicial, en el párrafo 68 señalan lo siguiente:

“En el caso de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario, el derecho de consulta con el fin de obtener su consentimiento previo, libre e informado debe interpretarse teniendo en cuenta su decisión de mantenerse en aislamiento y la necesidad de mayor protección de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario dada su situación de vulnerabilidad, lo que se puede ver reflejado en su decisión de no usar este tipo de mecanismos de participación y consulta. Por su parte los pueblos indígenas en contacto inicial utilizan estos mecanismos como parte de su derecho de autodeterminación y como forma de legitimar procesos de interacción con relación a la garantía fundamental

de los derechos humanos. Para garantizar el acceso a la información de los pueblos indígenas en contacto inicial es necesario que todos los equipos que hacen trabajos con grupos aislados y con los recién contactados tengan formación lingüística, esperando minimizar impactos negativos en situaciones de contacto involuntario, o bien mantener una comunicación plena con los recién contactados” (OACNUDH, 2012, p. 20).

Y en lo correspondiente a los pueblos indígenas en contacto inicial, indica que:

“En el caso de los pueblos indígenas en contacto inicial, la participación hace referencia a que se les considere como sujetos activos en todas las acciones que puedan llevarse en las relaciones con la sociedad envolvente. En tanto que sujetos activos y titulares de derechos, y en tanto que pueblos con el derecho a decidir por sí mismos su presente y su futuro, deben tener la capacidad de decidir las acciones que se llevarán a cabo y la forma en que debe hacerse su participación. Si no, existe el riesgo de implementar medidas o realizar actividades que no sean respetuosas con sus derechos” (OACNUDH, 2012, p. 20).

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

Adicionalmente, los Estados Miembros de la OPS aprobaron en 2017 por unanimidad la Política sobre etnicidad y salud en la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª 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 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 denominado “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. 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”, así como los “Principios y Directrices para la Atención a la Salud de Pueblos Indígenas Aislados y Contacto Inicial”. 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).”

1.8. Metodología

El Plan de contingencia se realizó en función de la documentación obtenida a partir de fuentes secundaria, principalmente de los portales gubernamentales y que son de dominio público. También se utilizó la información de las organizaciones de la sociedad y organizaciones indígenas e indigenistas que realizan actividades de apoyo en la zona. 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.

Se realizaron entrevistas y reuniones con actores claves a fin de complementar, actualizar y contrastar la información, lo cual permitió estructurar el Plan de Contingencia con un enfoque multidisciplinario y multi-actoral. Finalmente, fue relevante el intercambio de información que se mantuvo con el equipo de consultores que actualmente están desarrollando los planes de contingencia de las otras zonas fronterizas.

2. CONTEXTO, ANTECEDENTES Y PREPARACIÓN

2.1. Caracterización del Territorio

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 Yasuní” (declarada como tal por la Unesco en 1989). Incluyendo a la ZITT y el territorio de la Nacionalidad Waorani, comunidades Kichwas y mestizas campesinas que se sitúan a ambas orillas del río Napo y Curaray y la Nación Sápara.

Hacia el Perú, el Departamento de Loreto, provincias de Maynas y Loreto, Distritos Napo, Torres Causana y Tigre. En específico la “Reserva Nacional Pucacuro”; y en las tierras y territorios indígenas de los pueblos indígenas Kichwa, Secoya y Arabelas y de comunidades mestizas.

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

En Perú, según Decreto Supremo No. 010-2022-MC (publicado en el Diario oficial de 01 de septiembre de 2022) el Ministerio de Cultura conforme a la ley reconoció a:

“los pueblos indígenas Aewa, Taushiro, Tagaeri, Taromenane y Zaparo en situación de aislamiento, correspondiente al ámbito de la **solicitud** para la creación de la Reserva Indígena Napo, Tigre y Afluentes”.

Cabe esperar el Estudio adicional de caracterización; finalmente, con la información técnica favorable por la Comisión Multisectorial, se dispondrá la categoría de reserva indígena mediante Decreto Supremo.

2.2. *Caracterización de los aspectos culturales*

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 ; 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” (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 presentes en su territorio, a través del manejo de chacras de yuca, plátano y camote (etc.). Además, recolectan frutos del bosque (chonta, uva, etc.), pescan en esteros y ríos y cazan con fines de autoconsumo.

2.2.1. Ecuador

2.2.1.1. 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 chacras 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 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.

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. 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.”

2.2.1.2. Kichwa

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 Kichwa 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” (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, Zapara, 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, 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.

2.2.1.3. *Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario de 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).*

Con fines del estudio, y después de 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 IDH² y Asamblea Nacional del Ecuador entre el 2013-2018, está conformado por pocas familias y se encuentra totalmente inserto en la ZITT.

Según relatos recogidos con anterioridad, especialmente por misioneros capuchinos y franciscanos, 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.

2.2.2. Perú

2.2.2.1. Kichwa

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, Zapara 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

² Cabe señalar que actualmente se está desarrollando el primer juicio en la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre el tema de pueblos indígenas en aislamiento. Lo resuelto por la Corte IDH tendrá un precedente a nivel regional.

Pueblos Indígenas – BDPI del Perú). 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).

2.2.2.2. Pueblo Arabela

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

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 aún 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.

2.2.2.3. *Pueblo Secoya*

Los Secoya se auto identifican 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 P̄aikoka 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 farinã, 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)

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. 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.

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 Fisco-misional Franklin Tello, de Nuevo Rocafuerte.

2.2.2.4. *Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario de Perú*

Es el segundo país latinoamericano (después de Brasil) con mayor número de registros de PIA, según el Informe Regional de Pueblos Indígenas Aislados: territorios y desarrollo en la Amazonía y Gran Chaco (Vaz, 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, 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:

“De acuerdo con la información antropológica, histórica y testimonial obtenida (...) actualmente, el curso alto de los ríos Curaray, Napo, Arabela, Nashiño, Pucacuro, Tigre y sus afluentes está habitado por pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario emparentados con los pueblos Arabela, Iquito, Taushira, Zapara 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 Zapara están clasificados al interior de la familia lingüística Zaparo, 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) 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 AIDSEIP del año 2005 ; una de las comunidades de este informe, que es parte del área de estudio es la comunidad nativa Arabela/Zaparo 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.

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 hidrocarbúricos en el área.

2.3. Caracterización de los flujos migratorios

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 denunciando 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.

Además, se ha recogido las principales hipótesis sostenidas por diversos autores, entre ellos, Miguel Ángel Cabodevilla (2008), AIDSESP (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.

Es importante señalar la necesidad de establecer y fortalecer diferentes mesas de trabajo en las áreas de salud y protección de PIACI a través de los Ministerios de Relaciones Exteriores de Perú y Ecuador para abordar lo correspondiente a los flujos migratorios.

2.4. Caracterización de la infraestructura de salud

Tabla 1: Centros de Salud ubicados en Ecuador y profesionales de la salud entre enero a diciembre 2021

Centro de Salud	Población	# de comunidades	Equipo	Tasa
Dícaro	579	10	3 médicos; 2 odontólogas/os; y, 3 enfermeras/os	1 médico por cada 193 personas; 1 odontólogo por cada 290 personas; y 1 enfermera por cada 193 personas

Tiwino Wao	895	14	2 médicos rurales; 2 médicos generales; 2 odontólogas/os rurales; 1 enfermera/a rural; 2 enfermeras/os de planta; 1 asistente de estadística; 1 Coordinador/a RIOS; 8 promotoras/es de salud	1 médico por cada 223 personas; 1 odontólogo por cada 447 personas; 1 enfermera/o por cada 298 personas; y, 1 promotor de salud por cada 9 personas
Lorocachi	429	8	1 médico; 1 odontóloga/o; 2 enfermeras; 1 técnico de atención primaria de salud; y, 8 parteras capacitadas	1 médico por cada 429 personas, 1 odontóloga/a por cada 429 personas; 1 enfermera/o por cada 215 personas; 1 técnico de salud por cada 429 personas; y, 1 partera por cada 54 personas
Kawimeno	189	1	3 médicos de medicina general; 1 odontóloga/o, 1 enfermera/o; y, 1 técnico de salud	1 médico por cada 189 personas; 1 odontóloga/o por cada 189 personas; y, 1 médico por cada 189 personas.
Hospital Franklin Tello	1563 243	1 centro urbano, 8 comunidades y las 4 comunidades del lado de Perú San Juan de Miraflores, Vencedores y Paykanape	8 médicos; 2 obstetras/os; 3 odontólogas/os; 7 enfermaras/os; 1 técnico de salud; 1 psicólogo	1 médico por cada 195 personas; 1 obstetra por cada 782 personas; 1 odontóloga/o por cada 521 personas; 1 enfermera/o por cada 223; 1 técnico de salud y 1 psicóloga/o por cada 1563 personas

Fuente: ASIS 2021, Centros de Salud
Elaboración: Equipo consultor, 2022.

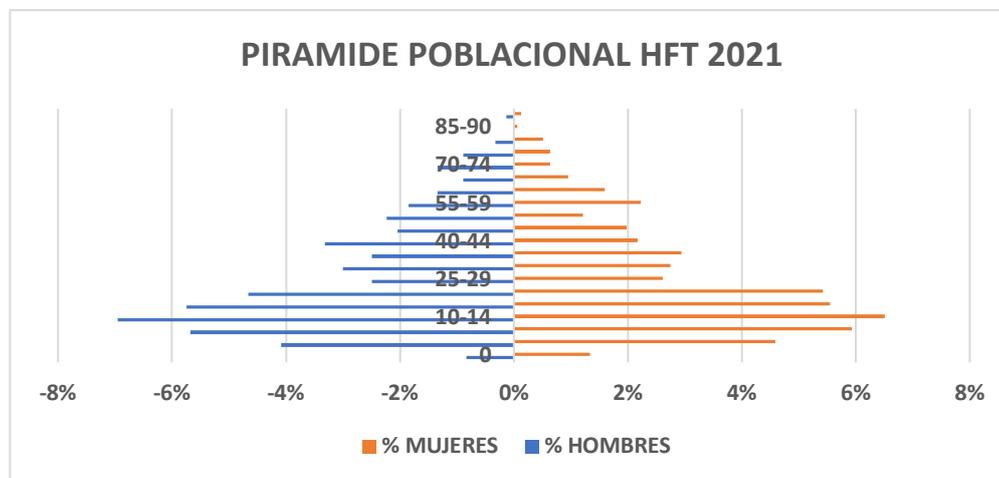
2.5. Caracterización de la situación y epidemiología

2.5.1. Ecuador

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.

Según la información en el HFT se da cobertura a una población estimada de 1566 personas de diferentes sitios. De esta población 1158 son predominantemente indígenas del pueblo Kichwa amazónico (1114 personas) y 408 del pueblo mestizo.

Gráfico 1: 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 petrolera³ 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 Gobierno Autónomo Descentralizado (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

³ Las empresas que están desarrollando actividades en la zona fronteriza son: Petro Ecuador de Ecuador y Perenco, Petroleum Limited y Burlington Resources de Perú.

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.

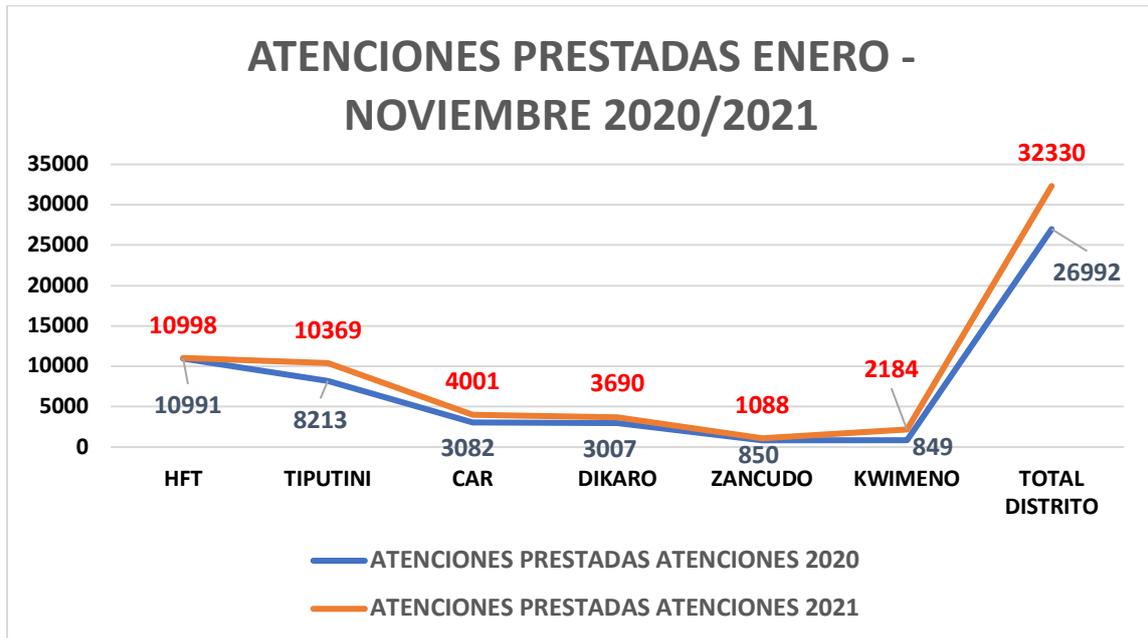
En el ASIS de este establecimiento de salud se destaca como un problema importante los problemas de salud mental. Entre el mes de enero a noviembre se reportó 5 casos de agresión las cuales están asociadas al consumo del alcohol y a la violencia sexual. En total registran 7 casos de violencia de genero.

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 2: Atenciones realizadas en los establecimientos de salud del Distrito Aguarico

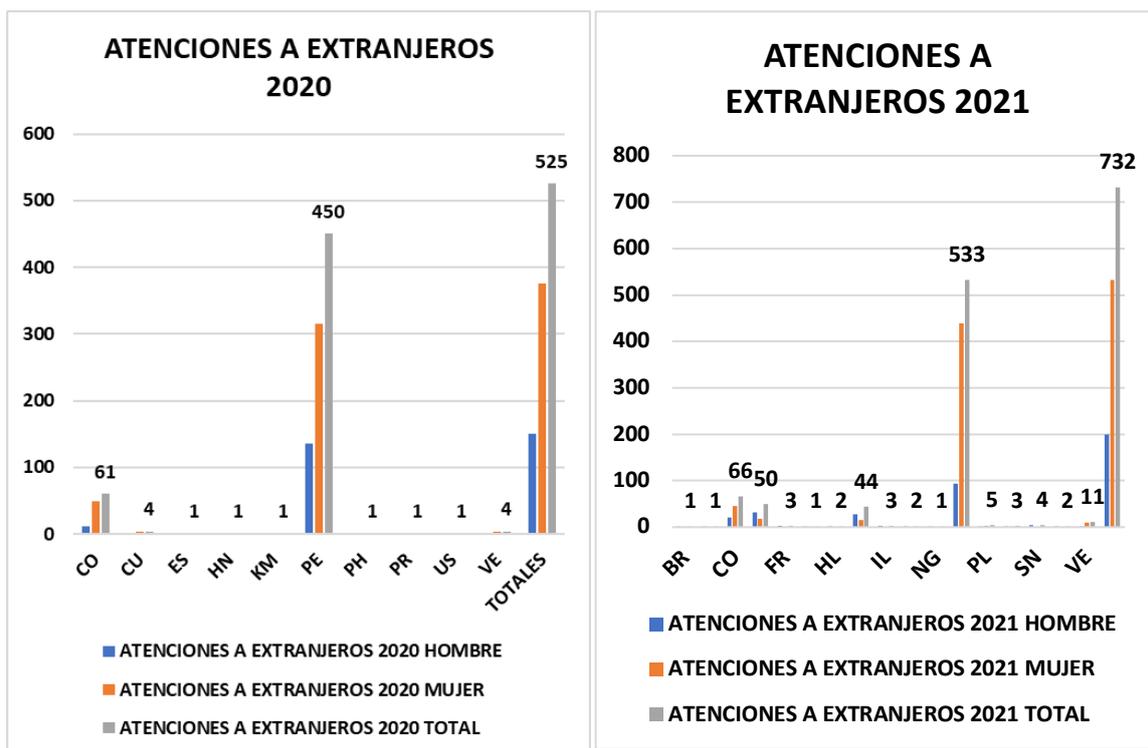


Fuente: Coordinación Zonal 2 – Salud, Atención Primaria CA Hospital Franklin Tello, 2021.

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 3 y 4: 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 2: Morbilidad general HFT enero - noviembre 2021

MORBILIDAD GENERAL HFT ENERO -NOVIEMBRE 2021
--

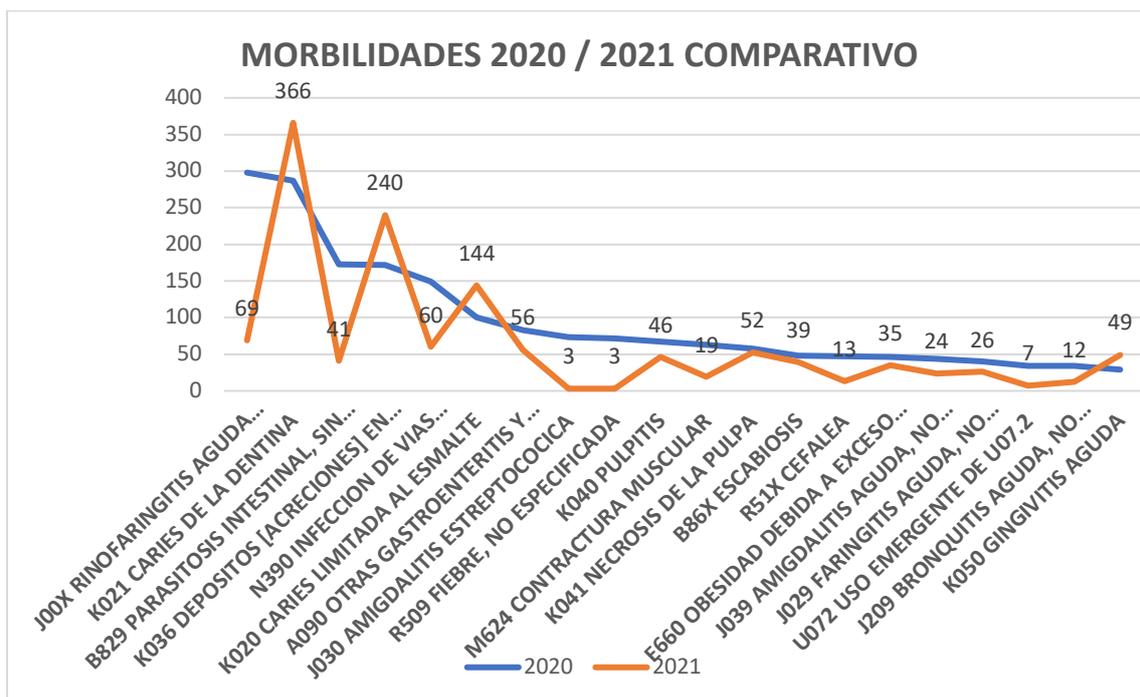
NRO	DIAGNOSTICO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
1	K021 CARIES DE LA DENTINA	176	190	366
2	K036 DEPOSITOS [ACRECIONES] EN LOS DIENTES	118	122	240
3	K020 CARIES LIMITADA AL ESMALTE	64	80	144
4	E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	31	51	82
5	J00X RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	28	41	69
6	N390 INFECCION DE VIAS 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
PRIMERAS 20 CAUSAS DE MORBILIDAD		647	825	1472

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 al 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 3: Morbilidad crónico-degenerativa (ECNT) HFT enero -noviembre 2021

NRO	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
TOTAL GENERAL		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 no se puede apreciar si los pacientes fueron atendidos según la comunidad de procedencia porque no tiene ese nivel de división.

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 4: Morbilidad emergencias. HFT enero -noviembre 2021

MORBILIDAD DE EMERGENCIA HFT 2021 ENERO -NOVIEMBRE				
NRO	DIAGNOSTICO	Hombre	Mujer	Total general

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

TOTAL	101	113	214
--------------	------------	------------	------------

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 5: 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
NUEVO ROCAFUERTE	54	7	1	34	7	2	88	14	3
YASUNI	3	0	0	5	2	1	8	2	1
HFT	57	7	1	39	9	3	96	16	4

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 6: Morbilidades 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.

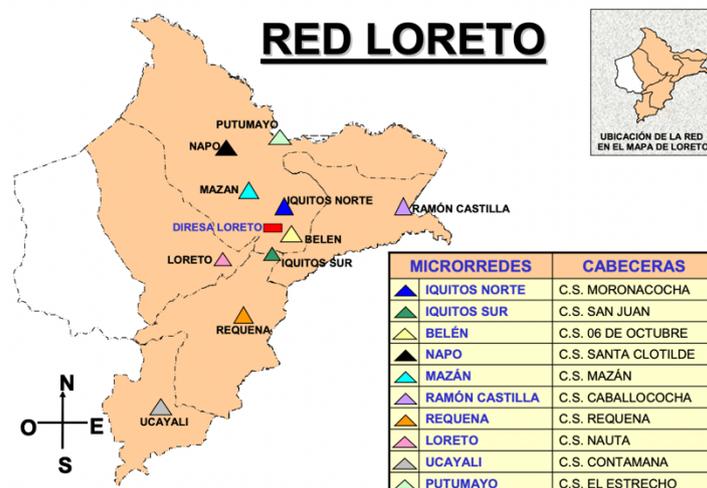
Finalmente, para esta parte del informe, se hace referencia a la tasa de mortalidad proporcionada en el ASIS y tomando como referencia el año pasado entre enero –y noviembre, la cual fue de 6.3 x 1000 habitantes, donde “las muertes por enfermedades crónicas se

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”.

2.5.2. Perú

Las comunidades focalizadas para la región NCRT en Perú son atendidas desde la denominada Red de Loreto que, a su vez, está conformada por las Micro redes 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 Clotilde⁴ 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

⁴ 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.

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.

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 cubre una población de 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 limitado⁵

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.

⁵<https://elcomercio.pe/peru/loreto-santa-clotilde-busca-contener-que-el-covid-19-llegue-a-mas-100-comunidades-nativas-noticia/?ref=ecr>

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.”⁶

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 Determinantes Sociales de Salud (DSS)⁷ son precisamente la pobreza, la falta de educación formal (aunque esto

⁶ <https://www.caaap.org.pe/2020/06/08/microred-del-napo-escala-de-55-a-922-infectados-por-covid-19-en-una-semana/>

⁷ La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana"
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales->

Kichwa, Provincia de Maynas Distrito Torres Causana	24	-	-	-	1	-	1	4	-	-	1
Kichwa, Provincia de Maynas Distrito Napó	65	-	7	-	-	-	-	4	-	-	-
Secoya, Provincia de Maynas Distrito Torres Causana	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: III Censo de Comunidades Nativas, INEI, 2017

Tabla 8 b: Principales causas de fallecimiento

Pueblo, Provincia y Distrito	Principales Causas de Fallecimientos (2017) Tabla 2										
	Total	Hepatitis A, B o C	Sífilis	VIH o Sida	Otras ETS	Suicidio	Mordeduras de Serpiente o Insectos	Fracturas o golpes	Otro	Ningún Fallecido	No Declarado

Arabela, Provincia de Maynas, Distrito Napó	2	-	-	-	1	-	-	-	1	-
Kichwa, Provincia de Maynas Distrito Torres Causana	24	-	-	-	-	-	-	1	7	12
Kichwa, Provincia de Maynas Distrito Napó	65	2	-	1	-	1	-	-	10	33
Secoya, Provincia de Maynas Distrito Torres Causana	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 2017¹²⁴, 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 9: 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 personas⁹.

A continuación, veremos la información de las principales morbilidades registradas por atención en los establecimientos de salud del área de estudio:

Tabla 10: 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

⁹ Fuente de internet: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informacion-publica/sala-de-poblacion-indigena-con-covid-19/>

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

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 la 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%).

2.6. Caracterización de las necesidades de suministros médicos:

2.6.1. Suministros médicos

- Levantamiento de la necesidad de medicamentos y dispositivos médicos (Calcular mascarillas, guantes, jeringuillas, agujas, medicamentos básicos, cadena de frío para las vacunas de ser necesario, etc.).
- Levantamiento de mobiliario necesario para brotes epidemiológicos o contacto con PIA (mesas, sillas, carpas, hamacas, otras de ser necesario)
- Levantamiento de material de oficina requerido (esferos, formularios impresos, carnets de ser necesario imprimir)
- Levantamiento de requerimiento de guardianes locales
- Requerimiento para manejo de desechos (fundas rojas, tachos de basura, otros)
- Material para campaña de sensibilización frente a brotes epidemiológicos o casos de contacto con PIA, o campañas de vacunación en lonas impresas.
- Requerimiento de recursos para logística (combustible, transporte aéreo, fluvial o terrestre, etc.)

2.6.2. *Talento Humano*

- Evaluar las necesidades de recursos humanos para ejecutar, vigilar, gestionar y coordinar las actividades del Plan de contingencia, frente a brotes epidemiológicos o de contacto con pueblos indígenas en aislamiento.
- Definir los perfiles profesionales (médicos y antropólogos) y comunitarios que implementarán el Plan de Contingencia.
- Precautelar las óptimas condiciones de salud entre el personal del equipo de vacunación, y los esquemas de inmunización obligatorios.
- Definir el personal responsable de la ejecución integral del plan de contingencia, incluyendo personal local, por ejemplo, frente a brotes epidemiológicos, y de la Dirección a cargo de los "PIAV" (SDH) en casos de contacto con PIA – por cada territorio.
- Determinar la disponibilidad de recursos humanos y necesidades existentes en cada nivel de atención para la ejecución del plan de contingencia.

2.7. *Caracterización de las necesidades logísticas y de apoyo:*

2.7.1. *Ambientes del lugar de atención para la implementación del Plan de Contingencia*

Se deberá contar con los siguientes espacios:

- Lugar de almacenamiento de medicamentos, refrigeración en caso de vacunas, y preparación de viales.
- Mesa de admisión (recepción de documentos habilitantes) y sala de espera (abierta y cubierta) y baños.
- Un Consultorio de vacunación, otro de observación y triage (para casos específicos o en los que haya duda de si existen contraindicaciones o no)
- Lugar destinado a la atención de urgencias/emergencias, que debe estar separado de los otros ambientes.
- Lugar para la disposición secundaria y manejo de los desechos generados.

Se debe tener previsto el transporte de eventos graves (vía fluvial, terrestre o aérea) e idealmente tener una ambulancia lista para el día de la vacunación que esté permanente en el lugar seleccionado. Se debe preparar un plan de contingencia por punto de vacunación que deberá ser conocido y socializado con todos los participantes incluyendo los líderes comunitarios.

2.7.2. Seguimiento y vigilancia de la base comunitaria

Es vital contar con un sistema de comunicación e información que permita realizar un seguimiento adecuado y que considere la desagregación étnica por pueblos y nacionalidades, además de plantear indicadores que permitan conocer la cobertura de vacunación en pueblos y nacionalidades. Además, es necesario contar con un equipo de salud comunitaria calificado en el caso de pueblos de Contacto Inicial o en situación de contacto con pueblos indígenas en situación de aislamiento.

2.8. Del uso del avión en situaciones de contacto con pueblos aislados:

En las poblaciones del Ecuador, cercanas al área de influencia, no se cuentan con pistas de aterrizaje para avionetas. Sin embargo, en casos de emergencia, se utilizan algunas áreas cercanas a Nuevo Rocafuerte para el aterrizaje de helicópteros.

En el caso de la Amazonia norte del Perú, región de estudio los aterrizajes aéreos se realizan sobre los principales ríos como el Napo y Curaray.

Tabla 10: Comunidades de Ecuador y Perú parte del estudio

	Comunidad	Nuevo Rocafuerte (Centro poblado)	Kawymeno	Bameno	Lorocachi	Jatun Playa	Victoria	Yana-Yaku	Dicaro	Wiririma
Ecuador	Nacionalidad o Pueblo	Kichwa y mestizo	Waorani	Waorani	Kichwa	Kichwa	Kichwa	Kichwa	Waorani	Sapara
	Población	542	189	143	180	25	29	45	289	122
	Establecimiento de Salud	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✗
	Pista de Aterrizaje	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✓
Perú	Comunidad	San Juan de Miraflores	Vencedores	Urbina	Fundo Chambiral	Shapajal	Flor de Coco	Buena Vista	Nuevos Arenales	Paykanape
	Nacionalidad o Pueblo	Kichwa	Kichwa	Kichwa	Kichwa	Kichwa	Arabela Zaparo	Arabela Zaparo	Kichwa	Secoya
	Población	105	125	116	17	106	82	445	150	60

	Establecimiento de Salud									
	Pista de Aterrizaje									

Elaboración: Equipo consultor, 2022.

2.9. Definición y formación del equipo:

Definición de posibles actores que pueden desencadenarse durante situaciones de brotes epidémicos o de contacto con PIA. Estos actores deben ser sensibilizados sobre las vulnerabilidades a las que están sometidos los pueblos de la región, sus aspectos epidemiológicos y culturales, así como las políticas de protección para PIACI. Es vital que estos actores estén capacitados para actuar de manera que se respete la autodeterminación de los pueblos indígenas y se eviten medidas invasivas, que choquen con aspectos culturales tradicionales o generen algún tipo de dependencia de la relación con los pueblos no indígenas. Dentro de la definición de los actores es importante definir previamente los equipos de salud, indígenas o comunitarios, a cargo de la protección de los PIAV, de organizaciones indígenas, otros, que participarán en estos supuestos eventos (contacto o brote epidémico).

Esta necesidad se debe al aumento de la velocidad de respuesta a las situaciones, a la formación previa de los actores con respecto a los aspectos específicos de estos pueblos y sus normas de cuidado. Es importante que haya una conciencia sobre todos estos aspectos con las posibles referencias de salud alrededor de los territorios indígenas o alrededor de los pueblos indígenas en aislamiento.

Sigue, como ejemplo, la definición de equipos involucrados hasta el momento, en el proceso de socialización del Plan de Contingencia (Región NCT Ecuador Perú)

2.9.1. ECUADOR

Equipo de Referencia de Nivel Central.

Dirección de Salud Intercultural del MSP.

Coordinación Zonal 2 del MSP

Coordinación Zonal 3 del MSP

- Jorge Bayas, Coord. Zonal 2 del Ministerio de Salud Pública (MSP, Ecuador), jorge.bayas@misp2.gob.ec, Celular +593 997757620
- Luci Andi Grefa, Analista de la Coord. Zonal 2 (MSP, Ecuador), Celular +593 995419035.

Equipo de Referencia de Nivel Local

Centro de Salud Dikaro

Centro de Salud Kawymeno

Centro de Salud Tiwino Wao.

- Licenciada Antonia Tenorio y personal comunitario de RIOS.

Centro de Salud de Lorocachi

Hospital Franklin Tello

- Guzmán Bernabéu, director del Hospital Franklin Tello (HFT) Ecuador.

Secretaría de Derechos Humanos (Dirección a cargo de la protección de los PIAV).

2.9.2. PERÚ

Gerencia Regional de Salud de Loreto

- Doctor, Charter Zumaeta, Gerente Regional de Salud de Loreto,
- Rosa Valera, Coord. Estrategia salud pueblos indígenas, rosavalera_yuri@hotmail.com

Puesto de Salud de Cabo Pantoja

- Zully Sandoval Villavicencio, medica cirujana del Puesto de Salud Pantoja, zullysandoval2013@gmail.com
- Blanca Mogollón, técnica en enfermería del Puesto de Salud Pantoja.
- Katherine Ortiz, Obstetra del Puesto de Salud Pantoja.
- Gennifer Arce, Cirujano dentista del Puesto de Salud Pantoja.
- Tuli Risopa, personal de salud del Puesto de Salud Pantoja.

2.9.3. Organizaciones no gubernamentales de apoyo

Tabla 11: Mapeo de actores de la sociedad civil por país.

Actores	Ecuador	Perú
Organizaciones de la sociedad civil.	Organizaciones Indígenas ¹⁰ 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,	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

¹⁰ 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

	<p>Nacionalidad Sapara del Ecuador, y Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA).</p> <p>Organizaciones no Gubernamentales¹¹: Fundación Alejandro Labaka (FAL) y Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio (FEPP) – con apoyo de la Unión Europea, Acción Ecológica, World 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</p>	<p>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 Naturaleza (APECO), Fundación Pachamama y Instituto de Investigación de la Amazonia Peruana (IIAP). Land is Life y GTI PIACI</p>
Actores vinculados a actividades extractivas	<p>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)</p>	<p>Empresas petroleras (Privada: Perenco Peru Petroleum Limited Sucursal del Perú); Empresas turísticas; Actores inmersos en actividades ilegales (Tala, minería y cacería de animales);</p>
Instituciones Académicas y Centros de Investigación	<p>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.</p>	<p>Universidades de San Marcos y Católica del Perú.</p>
Actores vinculados a la iglesia	<p>Vicariato Apostólico del Aguarico (católico), REPAM y misioneros evangélicos;</p>	<p>Iglesias católica (REPAM) y evangélicas.</p>

Elaboración: Equipo consultor, 2022.

2.10. Acuerdos para garantizar la seguridad alimentaria tradicional:

Otro factor para considerar es la posibilidad de una rápida degradación *de la economía del grupo* durante un brote epidémico o situación de contacto, por lo que es fundamental el apoyo y la seguridad alimentaria, que debe basarse en productos naturales, como frutas, yuca nativa, harina de yuca, espolvoreos y tubérculos, como batatas y ñames (siempre teniendo en cuenta y respetando los tabúes alimentarios que el grupo respeta en situaciones de enfermedad). En el

¹¹ Son entidades o fundaciones, sin fines de lucro vinculadas a la temática de defensa de los pueblos indígenas.

caso de eventos de contacto, es necesario evitar en la medida de lo posible la oferta de productos multiprocesados, que pueden no ser bien aceptados o causar problemas en la salud del grupo y/o generar relaciones de dependencia. Es importante buscar el suministro de estos alimentos tradicionales con los pueblos que se encuentran alrededor del territorio del objetivo del plan, que se haga un acuerdo para el suministro previo al evento de contacto o brote epidémico.

3. FLUJOS DE COMUNICACIÓN Y DECISIÓN

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

3.1. Sala de situación

Ante la confirmación de un contacto con pueblos indígenas en aislamiento, en coordinación con la Dirección de Protección de Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario del Ministerio de Justicia, entidad rectora de la protección de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial (el Director Distrital de Salud activará la respuesta a través del (i) Comité de Gestión de Riesgos Distrital -del cual formará parte el Analista de Salud Intercultural- y (ii) el Equipo especial de pronta respuesta.

La Dirección Distrital de Salud comandará la conducción de las acciones de respuesta en lo que compete a Salud. La respuesta se dará en estrecha coordinación con el Comité Provincial de Gestión de Riesgos liderado por el Gobernador Provincial/Secretaría de Derechos/Ministerio de Cultura.

La dirección distrital de salud señalará los medios de canales de comunicación disponibles para la coordinación de acciones de respuesta de salud, precisando las frecuencias de indicaciones en caso de radio comunicación los números en caso de teléfono. El personal del establecimiento de salud cercano debe reunir la información relevante y necesaria sobre las circunstancias del contacto para que el equipo especial active el plan de intervención que permita responder a la emergencia frente al contacto. Durante el periodo crítico toda la información relevante

relacionado al contacto con los pueblos indígenas en aislamiento será diariamente comunicada al distrito de salud y a través de este a las instituciones pertinentes.

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

3.2. *Tabla de comunicación*

Flujograma de acciones institucionales



Elaboración: Equipo consultor, 2022.

3.3. *Prevención*

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

También se deben implementar estrategias de salud con pertinencia intercultural para prevenir el contacto con los Pueblos Indígenas en Aislamiento y estar preparados para enfrentarlo de la mejor manera en caso de que sucediera¹².

Se recomienda considerar los siguientes aspectos:

- Definir la población objetivo (Región Napo Curaray Tigre) e identificar provincias, cantones y parroquias de Pueblos y Nacionalidades priorizadas para la vacunación.
- Considerar que son zonas de difícil acceso geográfico, o de alta movilidad entre comunidades e incluso en comunidades y organizaciones cercanas a vías entre áreas rurales y urbanas.
- Identificación de actores externos, organizaciones indígenas y locales.
- Generar procesos de consentimiento informado culturalmente adaptado y construido participativamente con las comunidades en caso de procesos de atención de brotes epidemiológicos y vacunación.
- Socializar, capacitar y adaptar el Plan de Contingencia frente a brotes epidemiológicos en pueblos y nacionalidades indígenas, a líderes comunitarios, organizaciones indígenas, y GAD's Parroquiales (en la Región de Estudio) conjuntamente para una posterior planificación de actividades conjuntas.
- Considerar los requerimientos logísticos, de talento humano, médicos, y presupuestarios (se debe incluir la disposición de los desechos que se produzcan) por cada territorio.
- Definir la logística del transporte de la vacuna en relación con la vacuna seleccionada y proveer el equipamiento y dispositivos necesarios para garantizar su conservación
- Escoger el o los puntos de vacunación que cumplan con los requerimientos de bioseguridad y permitan tener los ambientes y respeto cultural necesarios, además de que sean de fácil acceso para la mayor parte de la población
- Garantizar el flujo adecuado de las personas en el proceso (admisión, sala de espera, vacunatorio, observación y alta)
- Considerar el manejo de posibles eventos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización (ESAVI's) graves u otras condiciones que requieran atención emergente: es indispensable contar con coche de paro, área de atención de emergencias y transporte (ambulancia terrestre, fluvial o aérea) en el eventual caso de ser necesario.
- Definir los procesos de verificación de datos, confidencialidad, y garantizar el posterior seguimiento de las personas vacunadas
- Organizar logística con apoyo interinstitucional GAD's, Fuerzas Armadas del Ecuador, Organizaciones Indígenas como CONFENIAE, ONG's, entre otros
- Realizar capacitaciones y simulacros de atención y vacunación en caso de brotes epidemiológicos, al menos una vez al año.

¹² Norma Técnica de Salud PIACI, MSP, 2017 (Ecuador).

3.4. Participación del Equipo de Referencia Local:

Se deben considerar a los equipos médicos ubicados en los Centros de Salud de las comunidades de Kawymeno, Dikaro y Tiwino, y Lorocachi, Hospital Franklin Tello y el Puesto de Salud Pantoja.

La Sala de Situación debe reunirse semanalmente, y puede ocurrir en un intervalo de tiempo más corto si es necesario.

Se debería considerar la participación de chamanes, parteras, curanderos y dirigentes de salud de las organizaciones indígenas como actores clave para la emisión de los criterios interculturales.

4. OPERACIONALIZACIÓN DEL EVENTO

4.1. Evaluación de la salud

Los equipos que trabajan en estos eventos, además de estar previamente definidos y capacitados, deben tener una situación de vacunación regularizada¹³, no presentar ningún signo o síntoma de enfermedad infecciosa activa y uniformemente controlada respecto a los protocolos clínicos para hacer frente al brote epidemiológico en cuestión; es importante que exista una evaluación clínica realizada por un médico antes del inicio de la escala de cada equipo.

4.2. Atención y/o contingencia

- ✓ Ingreso del equipo al punto del brote epidemiológico o vacunación asignada en la comunidad (el mismo que deberá tener el esquema de inmunización actualizado o un proceso de cuarentena).
- ✓ Ejecución de la planificación realizada coordinadamente con líderes comunitarios de la(s) comunidad(es) y organizaciones indígenas y no gubernamentales.
- ✓ Instalación del punto de atención y/o vacunación acordada, y distribución del personal de acuerdo con sus funciones establecidas previo el ingreso a la comunidad.
- ✓ Vigilancia del respeto cultural, y adecuado uso de equipos de protección y cumplimiento de las medidas de bioseguridad.

¹³ Nota, se recomienda que el esquema de inmunización completo para toda persona que trabaje o ingrese a áreas de influencia de PIA sea al menos frente al COV19, Fiebre Amarilla, Hepatitis B, Sarampión, Tetanos y Difteria y Influenza.

- ✓ Monitoreo de las acciones de cada miembro del equipo, para verificar el adecuado cumplimiento de sus atribuciones en el proceso de vacunación.
- ✓ Verificar la adecuada conservación de la cadena de frío de las vacunas.
- ✓ Vigilancia y atención de los ESAVI emergentes.
- ✓ Retiro del equipo de vacunación, no antes de las 12 a 24 horas de la aplicación de la vacuna, y posterior vigilancia comunitario.

Se debe aprovechar el despliegue en territorio para la inmunización de niños y otras actividades esenciales, de ser posible

Se deben garantizar procesos de participación y auditoría por parte de organizaciones de la sociedad civil e indígenas.

4.3. Vigilancia comunitaria

- ✓ Vigilar y control de posibles eventos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización (ESAVI's) graves u otras condiciones de manera articulada con los líderes comunitarios.
- ✓ Coordinación con personal de salud de la nacionalidad Waorani o, otras indígenas Kichwa, Secoya, Arabela en la Región Napo – Curaray - Río Tigre
- ✓ Planificación de la brigada para la administración de dosis de refuerzo en caso de ser necesario de la vacuna (excepto si es vacuna de monodosis), con todos los actores involucrados en la administración de la primera dosis.

4.4. Responsables

Los Ministerios de Salud Pública de Ecuador y Perú, Secretaría de Derechos Humanos (Ecuador) y el Ministerio de Cultura (Perú).

IMPORTANTE Frente a cualquier brote epidemiológico o caso de contacto con pueblos indígenas aislados se recomienda, que el esquema de inmunización REGULAR para toda persona o funcionario o terceros que trabajen o ingresen a áreas de influencia de PIA sea al menos frente al COV19, Fiebre Amarilla, Hepatitis, Sarampión y influenza.

4.5. Cuarentena

Otro mecanismo fundamental son los períodos de cuarentena, que deben dimensionarse de acuerdo con el contexto epidemiológico actualizado, el brote epidémico o el proceso de contacto en cuestión. Los períodos de cuarentena deben realizarse antes de la entrada en contacto con estos pueblos indígenas, a fin de evitar la entrada de patógenos infecciosos externos. En el caso de situaciones que impliquen personas aisladas o de contacto reciente, deben observarse períodos de cuarentena más amplios, en vista de la mayor vulnerabilidad de

estos grupos a las enfermedades infecciosas. En una situación de emergencia, excepcionalmente se puede optar por no participar en la cuarentena, siempre que se demuestre inequívocamente que la adopción de la cuarentena puede causar un daño aún mayor a la salud y la vida de estos pueblos.

IMPORTANTE En el caso de que el individuo no acepte la realización de la cuarentena, es importante que se le realicen los exámenes necesarios para descartar posibles cuadros infecciosos.

4.6. *Eliminaciones y resolución en el campo*

Habida cuenta de la distancia y dificultad de acceso de los territorios en relación con la red de referencia para tratamientos más complejos, así como de las especificidades socioculturales y socio epidemiológicas (especialmente en el caso de pueblos aislados y contacto reciente), las expulsiones para tratamiento hospitalario deben evitarse siempre que sea posible, y realizarse solo en casos especiales y para un servicio previamente sensibilizado, siguiendo un flujo acordado de antemano. Por lo tanto, la elección de equipos, infraestructura, medicamentos e insumos debe basarse en la mayor resolución posible de lesiones en el campo (es decir, en el territorio), evitando eliminaciones innecesarias. Los dispositivos portátiles de ultrasonido y radiología, los hemoglobímetro, los oxímetros y las pruebas rápidas de malaria y enfermedades de transmisión sexual son ejemplos de incorporación tecnológica adecuada en estos contextos.

4.7. *Códigos de seguridad y conducta*

Es importante mencionar que los funcionarios de salud deberán evaluar las condiciones de seguridad en los procesos de contacto y/o situaciones epidemiológicas. Este proceso se lo realizará conjuntamente con personal de la Policía Nacional, del Ejército y de las instituciones a cargo de la protección de los Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario.

La finalidad es considerar la pertinencia del acompañamiento de personal armado con armamento no letal que permita evadir cualquier escenario de violencia.

Es imprescindible que los equipos de apoyo de seguridad hayan realizado las capacitaciones sobre protocolos de posibles contactos con Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario y los Planes de Contingencia.

Evitar en todo momento que los equipos de salud y apoyo de seguridad intercambien comida, vestimenta o cualquier objeto sin la tutela de los equipos médicos. Esto deberá ser definido con antelación y evitar llevar productos altamente procesados.

La higiene personal y del lugar deberá ser una prioridad en todo momento.

Los equipos de seguridad deberán evaluar la pertinencia de llevar uniformes o algún distintivo que pueda provocar reacciones violentas por parte de la población Indígena.

Se recomienda que los equipos posean sistemas de comunicación interna (radios de onda corta) y externa (teléfonos satelitales) para informar y reportar la evolución de la misión.

Se recomienda que todos los desechos sean recogidos y extraídos del lugar donde se están realizando las atenciones.

Las atenciones y relaciones que se mantengan con las poblaciones indígenas deberán ser en todo momento bajo un ambiente de absoluto respeto y responsabilidad.

4.8. *Inmunización en situaciones de contacto*

En situaciones de contacto con personas en situación de aislamiento, la vacunación es una de las acciones sanitarias más importantes a realizar, pero no debe ser la primera acción, debido a su potencial para generar molestias (medida invasiva). Al no ser una actividad de emergencia su realización deberá ser planificada, acordada previamente con los intérpretes e indígenas en contacto reciente y dependerá del contexto del contacto.

Es extremadamente importante apoyar la comunicación con la participación de intérpretes y personas experimentadas, con el fin de crear un diálogo para el establecimiento de una confianza mínima, además de la demostración a través de ejemplos visibles de lo que se debe hacer. Sólo después del consentimiento de los pueblos indígenas contactados, se debe iniciar la vacunación.

Los equipos de salud deben informarlos eventos adversos posteriores a la vacuna, así como otros signos y síntomas presentados en las siguientes 48 horas. No hay diferencias significativas en el calendario de vacunación para los aislados, pero es importante hacer tantas vacunas como sea posible en una sola oportunidad¹⁴; para evitar la pérdida de la oportunidad de vacunación en un grupo que puede dejar de tener contacto con la sociedad nacional y, por lo tanto, seguir siendo vulnerable a las enfermedades infecciosas que circulan en los alrededores.

5. ANEXOS

5.1. *Ecuador:*

Anexo 1: Normativa Técnica de Salud

¹⁴ Respecto a los planes de inmunización, se recomienda revisar la siguiente información de Ecuador: <https://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>; y la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) del Ministerio de Salud (MINS) en Perú: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/948769/rm-719-2018-minsa.pdf>.

Anexo 2: Planes de Contingencia

Anexo 3: Lineamiento Comunitarios COVID

Anexo 4: Protocolos COVID en la Zona Intangible Tagaeri Taromenane

Anexo 5: Protocolo para casos de encuentro con PIAV en la ZITT y su AI oficial

5.2. Perú

Anexo 6: Acuerdo M 0114 Norma técnica Protección de salud para los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial PERU

Anexo 7: Acuerdo M 0082_2017 Reglamento Atención Pacientes Barreras de Acceso

Anexo 8: RM797-2007 Guía técnica Relacionamiento para casos de interacción con indígenas

Anexo 9: Protocolo de actuación para la protección de pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial

Anexo 10: RM798 2007 Guía Técnica Atención de Salud a indígenas en contacto reciente

Anexo 11: RM799-2007 Norma técnica de salud Prevención y contingencia ante el contacto y mitigación de riesgos

6. BIBLIOGRAFIA

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
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_seguinto/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_\(3_09_14\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguinto/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
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 \(ins.gob.pe\)](#)
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
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. L/V/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
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
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