



**CONSULTORÍA ORGANIZACIÓN DEL  
TRABAJO DE COOPERACIÓN  
AMAZÓNICA-SP/OTCA.**

**Plan de Contingencia de Salud para Pueblos Altamente Vulnerables y en Contacto Inicial en La  
Región de la Triple Frontera Perú, Brasil y Colombia con recomendaciones en un contexto  
intercultural.**

**Consultores: Lucas I. Albertoni y Lyli Y. Chindoy L.**

**Septiembre de 2022**

## Contenido

<b>Presentación</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	4
Principios y directrices. ....	5
Participación indígena.....	6
Contexto de los Pueblos Indígenas en la Triple Frontera Brasil, Perú y Colombia.....	6
Pueblos Indígenas Colindantes y o Circundantes a los PIACI en la Triple Frontera. ....	6
Pueblos Indígenas Aislados o en Contacto Inicial en Triple Frontera. ....	10
Consecuencia del contacto. ....	11
Contexto territorial. ....	11
Territorio.....	11
Cultura. ....	15
Movilización y flujo de intercambio y/o migraciones. ....	16
Red e infraestructura de salud local, regional y nacional. ....	17
Suministros médicos. ....	18
Necesidades logísticas y de apoyo.....	18
Enfermedades prevalentes en la Población de la Triple Frontera.....	19
¿Qué es un Plan de Contingencia de Salud para Pueblos Indígenas Altamente Vulnerable y en Contacto Inicial? .....	21
Objetivo .....	21
Roles y competencias. ....	21
¿Quién es quién en el sector salud de la Región de la Triple Frontera?.....	21
Definición, equipos de referencia y articulación de los actores:.....	22
Flujos de comunicación y decisiones. ....	23
Tabla de comunicación y Organización de toma de decisiones. ....	24
Sala de situaciones o Puesto de Mando Unificado (PMU) de la Triple Frontera.....	24
Estrategias interculturales.....	25
Contacto. ....	30
Inmunización en situación de contacto.....	31

## Presentación

En el contexto de la Protección de los Pueblos en Aislamiento y en Contacto Inicial de la Región Amazónica, la Organización del Tratado de la Cooperación Amazónica (OTCA) desarrolló dos proyectos: el primero, Marco Estratégico para la Elaboración de una Agenda Regional de Protección a los Pueblos Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial (PIACI), y el segundo Proyecto Pueblos Indígenas en Regiones de Fronteras de la OTCA; los cuales tuvieron como resultado la propuesta de Lineamientos Regionales Amazónicos de Protección de PIACI, la formulación de la Estrategia Regional de Atención de la Salud, la Guía para la Vigilancia en Salud en Pueblos Indígenas de la Región Amazónica, y los Lineamientos para el Intercambio de Conocimientos Tradicionales en Pueblos de Frontera para el Manejo de la Biodiversidad, sentando así las bases para promover una estructura de Cooperación Regional Fronteriza de los Países Amazónicos en temas de Salud y Pueblos Indígenas, con énfasis en PIACI, que permitirá hacer frente a las amenazas y epidemias en la Región, incluyendo las futuras pandemias, enfermedades tropicales emergentes y endémicas que a amenazan a Salud Pública de los PIACI y de las Poblaciones Indígenas Colindantes, desde una actitud de respeto hacia los conceptos y prácticas de las medicinas propias y tradicionales, dando paso, a la formulación de Planes de Contingencia en Salud para estas poblaciones en específico con un enfoque intercultural los cuales se diseñaron y elaboraron en el marco del desarrollo proyecto Plan de Contingencia en Salud para Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables y en Contacto Inicial.

A continuación, este documento presenta el Plan de Contingencia de Salud para Pueblos Altamente Vulnerables y en Contacto Inicial en La Región de la Triple Frontera Perú, Brasil y Colombia con recomendaciones en un contexto intercultural.

## Introducción

A continuación, este documento presenta el Plan de Contingencia de Salud para Pueblos Altamente Vulnerables y en Contacto Inicial en La Región de la Triple Frontera Perú, Brasil y Colombia con recomendaciones en un contexto intercultural.

Un Plan de Contingencia de salud es una carta de navegación diseñada para prevenir eventos adversos en salud o mitigar sus impactos. Este se usa como una guía, la cual orienta respuestas rápidas, consigna las acciones y define los actores y líderes. Su elaboración e implementación es una herramienta importante para la orientación de una intervención de salud adecuada y oportuna.

Para el caso de un Plan de Contingencia en Salud dirigido a Población Indígena, es necesario considerar el perfil epidemiológico sociocultural, los determinantes sociales de la salud, la atención de salud con Enfoque Diferencial Étnico y el Enfoque Intercultural inherente al desempeño en un contexto intercultural, y la influencia de los aspectos socioculturales en el flujo de referencia para la atención de salud de calidad.

En cuanto, a los Pueblos Indígenas Aislados en que entran en contacto inicial o permanente con comunidades Indígenas o no Indígena colindantes a sus territorios ancestrales, pueden desencadenar procesos epidemiológicos con alta morbilidad y mortalidad, que en el pasado han llevado al exterminio Pueblos Indígenas en Brasil, Perú y Colombia. Por ellos se hace necesario coordinar e implementar acciones eficientes y eficaces de salud desde los prestadores de servicios de salud y los actores involucrados en el cuidado de los PIACI desde el inicio del contacto y la protección de salud y prevención de la enfermedad en los grupos o comunidades que entran en contacto en las Regiones en las cuales se sabe habitan PIACI como la Triple Frontera Brasil, Perú y Colombia en la Amazonia.

Por lo tanto, la elaboración de Planes de Contingencia de Salud en un contexto intercultural para situaciones de contacto inicial o reciente es una herramienta que orienta las intervenciones pertinentes en salud desde una articulación intersectorial, reconociendo las prácticas, los usos y costumbres, y la autodeterminación de los Pueblos y Comunidades Indígenas.

En el presente documento se consignan las acciones intersectoriales en salud para la implementación en cadena de estrategias técnicas y operativas interculturales que permitan prevenir y mitigar los impactos negativos sobre la salud de los Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables y en Contacto inicial en caso de brotes epidémicos y/o situaciones de contacto. Además, tiene la función de definir estrategias de actuación y recursos necesarios según posibles escenarios epidemiológicos y sociales ante una emergencia sanitaria en la Triple Frontera de Brasil, Perú y Colombia.

## Principios y directrices.

**Autonomía y Autodeterminación:** se debe reconocer y respetar la autonomía de los pueblos indígenas, sus propias instituciones, autoridades, formas de vida socioculturales, económicas y políticas dentro de su ámbito territorial y en el relacionamiento con otros sectores de la sociedad nacional. Esto permite, que las comunidades indígenas vivan de acuerdo con sus propias formas culturales y en armonía con el territorio, gobierno y leyes propias. Para el caso específico de los pueblos/grupos en aislamiento o en contacto inicial implica sus decisiones sobre sus formas de vida y relación con otros colectivos, incluidas sus estrategias de aislamiento.

**Protección integral:** Conjunto de intervenciones y mecanismos culturalmente pertinentes y diferenciales que garanticen el derecho a la vida y la salud, considerando la alta vulnerabilidad territorial y epidemiológica de los pueblos indígenas, que resulta de un conjunto de factores individuales y colectivos, los hace más susceptible a enfermedades prevenibles, esta vulnerabilidad es mayor en pueblos/grupos indígenas en aislamiento y en contacto inicial.

**Precaución y no contacto:** dada la evidencia de la presencia de pueblos indígenas aislamiento, se debe maximizar los mecanismos de no contacto y garantizar la intangibilidad territorial por parte de los Estados, protegiendo los territorios de ser intervenidos directa o indirectamente.

**Prevención:** conjunto de estrategias e intervenciones culturalmente pertinentes dirigidas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y prevalencia en las poblaciones aledañas a los territorios indígenas impidiéndose así las conductas de salud potencialmente dañinas.

**Corresponsabilidad e intersectorialidad:** es el trabajo coordinado entre las entidades públicas llamadas a la implementación del presente plan, de acuerdo con sus competencias. La corresponsabilidad implica un trabajo coordinado con las comunidades y organizaciones indígenas, y en especial aquellas colindantes a los PIACI para conocer y definir las funciones de cada parte, permitiendo hacer efectivos los componentes de este plan sin detrimento de la legislación nacional.

**Participación:** Las autoridades indígenas tradicionales directamente colindantes deben ser involucrados de manera armónica y respetuosa con las entidades del Estado en la toma de decisiones sobre las medidas de prevención y protección de los derechos y la salud de los PIACI en articulación con la sociedad civil y demás actores para el desarrollo del plan.

**Capacidad resolutive:** es el conjunto de acciones que permiten resolver las necesidades de atención integral de salud *in-situ* de los pueblos en aislamiento en situación de contacto y contacto inicial y de las poblaciones indígenas.

### **Participación indígena.**

Partiendo de los principios de autonomía y autodeterminación y del derecho a la consulta previa de los pueblos indígenas, cualquier política pública que los involucre debe ser construida con su participación. Por tanto, es fundamental para la elaboración e implementación de este plan debe incluir la participación de los pueblos y comunidades indígenas. Asegurar esta participación permite que las concepciones y prácticas indígenas sobre la salud integral, enfermedad y cura, así como sus propias formas de enfrentar epidemias y situaciones críticas de salud sean reconocidas, fortalecidas, respetadas y formen parte de los planes de contingencia.

Las historias de contactos de los diversos pueblos indígenas con la sociedad nacional nos muestran como la mayoría de estos pueblos sobrevivieron a epidemias y otras calamidades de salud, demostrando que estas poblaciones han desarrollado estrategias para garantizar su supervivencia. Por otra parte, es importante referir que las medidas que no dialogan con las prácticas y concepciones indígenas sobre la salud, la enfermedad y la cura tienden a ser rechazadas por estas poblaciones, o incluso, violan la ética propia de cada cultura, violando el derecho constitucional de estos pueblos a su diferencia cultural en relación con la sociedad circundante y otros grupos indígenas.

### **Contexto de los Pueblos Indígenas en la Triple Frontera Brasil, Perú y Colombia.**

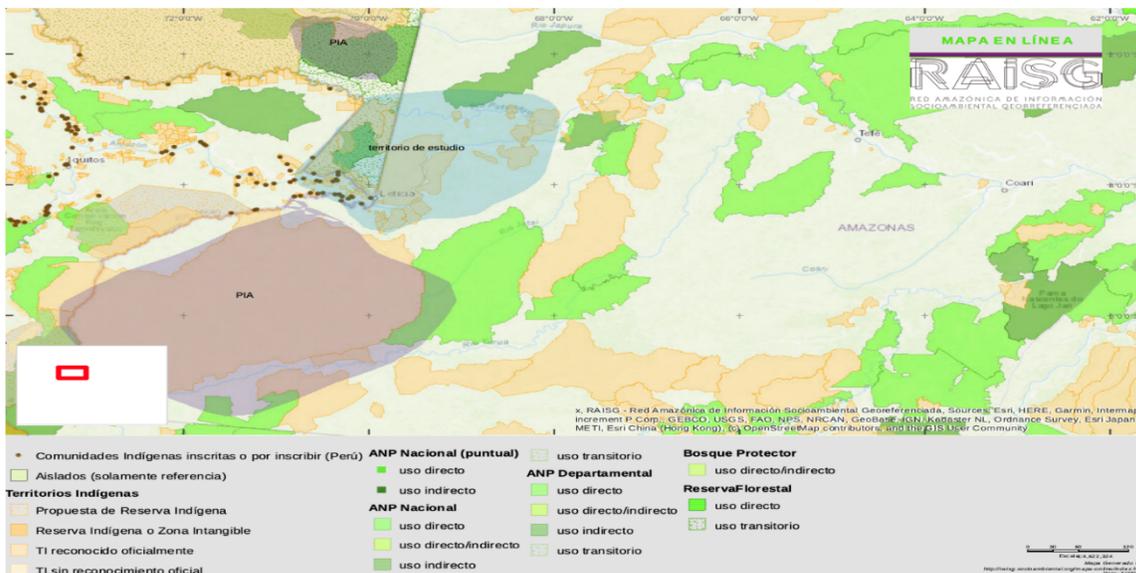
La región está conformada por una población heterogénea, formada por diferentes etnias indígenas, mestizos de origen local, migrantes andinos y de otros territorios amazónicos. Esta población se concentra principalmente en los centros urbanos de la región, especialmente las ciudades de Caballocha e Islandia en Perú; Puerto Nariño y Leticia, en Colombia; y Atalaia do Norte, Benjamin Constant y Tabatinga, en Brasil.

### **Pueblos Indígenas Colindantes y o Circundantes a los PIACI en la Triple Frontera.**

La población indígena del Trapecio Amazónico es considerada una población circundante a Pueblos Indígenas en Aislamiento (PIA) o sin contacto con el Estado porque se ubica entre dos zonas con presencia de pueblos aislados: al sur, ubicada en territorio brasileño en la Tierra Indígena Vale do Javari, y al norte, en el Parque Nacional Río Purú ubicado en territorio colombiano (Mapa xxx). Por consiguiente, la región del Trapecio Amazónico y el Alto Río Solimões es considerada como un área importante para la vigilancia epidemiológica, que tiene el objetivo de proteger la salud de los pueblos aislados que viven en estas áreas circundantes.

A continuación, tenemos las principales características relevantes de la Población Indígena Colindante y o Circundantes a los PIACI en la región.

*Ubicación de los territorios indígenas y área de la Tiple Frontera.*



Fuente: Elaboración propia a partir del mapa online disponible en RAISG - <https://www.amazoniasocioambiental.org/pt-br/>. Consultoría Informe de Análisis de Situación de Salud de Pueblos Indígenas con Base Territorial y Transfronterizo Perú-Colombia-Brasil. OTCA. 2021.

Población de los Pueblos Indígenas distribuidos entre los Municipios de Leticia y Puerto Nariño en la Frontera de Colombia:

*Pueblos Indígenas en la frontera Colombia.*

País	Departamento	Etnia	Municipio		Total, personas
			Leticia	Puerto Nariño	
Colombia	Amazonas	Tikuna	9.496	3.096	12.592
		Yagua	615	192	807
		Cocama	2.588	454	3.042
		Murui-Uitoto	1.799	0	1.799
		Miraña	208	0	208
		Yucuna	265	0	265
		Nonuya	55	0	55
		Ocaina	158	3	161
		Andoke	45	0	45
		Karijona	46	0	46
		Kawiyari	42	162	204
		Muinane	0	957	957

		Población total indígena municipios de Leticia y Puerto Nariño.	15.317	4.864	20.181
--	--	---	--------	-------	--------

*Distribución de los grupos étnicos indígenas por resguardo. Leticia y Puerto Nariño.*

N°1	Resguardo	Grupos Étnico Indígena
1	Km 6 y 11	Tikuna/Huitoto
2	ATICOYA del municipio de Puerto Nariño	Tikuna/Cocama/Yagua
3	Uitiboc	Uitoto/Ticuna/Bora/Cocama/Inga
4	Nazareth	Tikuna
5	San Antonio de los Lagos y San Sebastián	Tikuna
6	Arara	Tikuna
7	Santa Sofía	Tikuna/Yagua
8	Zaragoza	Tikuna
9	El Vergel	Tikuna
10	Macedonia	Tikuna
11	Mocagua	Tikuna
12	Isla de Ronda	Cocama
13	San José del Río	Cocama
14	San Juan de los Parentes	Tikuna
15	Puerto Triunfo	Tikuna/Cocama
16	La Playa	Tikuna/Cocama

Población indígena de la región del Alto Río Solimões de Brasil, con exclusión de los grupos Indígenas que habitan en la Tierra Indígena Vale do Javari, que son objeto de otro Plan de Contingencia de Salud.

**Pueblos indígenas en frontera- Brasil.**

País	Estado	Municipio	Terras indígenas	Etnia	Total, de personas
Brasil	Amazonas	Tabatinga	Evaré I, Evaré II, Sapotal y Tikuna do Umariçú.	Tikuna y Kokama	20.093
		Benjamin constant	Bom Intento, Guanabara, Lauro, Sodr�e, S�o Leopoldo, Sururu�a, Tikuna de Feijoal, Tikuna de Porto Espiritual y Tikuna de Santo Ant�nio.	Tikuna y Kokama	15.094

		São Paulo de Olivença	Evare I, Evare II, Nova Esperança do Rio Jandiatuba, Tikuna de Feijoal y Vai-úata-in.	Tikuna, Kokama y Kambeba	17.645
		Amaturá	Betânia, Maraita, São Francisco do Canimari E Vai-Úata-In.	Tikuna, Kokama, Kambeba E Witoto	4.734
		Santo Antônio do Itá	Betânia, Lago do Correio, Matintin y Porto Limoeiro	Tikuna, Kokama y Kaixana	9.005
		Tonantins	Barro Alto, Prosperidade, Santa Cruz de Nova Aliança, São Domingos do Jacapari y Estação, São Sebastião y Uati-Paraná	Tikuna, Kokama E Kaixana	3.904
		Japurá	Río Apaporis	Maku-Yuhup	416
		Población total indígena			70.891

Población de los Pueblos Indígenas Amazónico de la región de Loreto en las Provincias de Maynas, Datem del Marañón, y Mariscal de Ramón Castilla.

### Pueblos Indígenas en la frontera - Perú

País	Departamento	Provincia	Distrito	Reserva Indígena	Etnias	Total, por etnia	Total, de personas
Perú	Loreto	Ramón Castilla	Ramón Castilla	Reserva Indígena s Yavarí Tapiche	Yagua	1310	7.422
					Kukama	161	
					Tikuna	5951	
			Pebas		Bora	612	3.295
					Yagua	2362	
					Murui-Muinami	272	
					Ocaína	42	
			Yavarí		Resígaro	7	3.167
					Kichwa	46	
					Ashaninka	20	
					Matsés	32	
			Bora	68			

					Kukama	64	
					Kukamiria		
					Tikuna	2280	
					Yagua	657	
			San Pablo		Achuar	150	2.854
					Awajún	80	
					Tikuna	613	
					Yagua	2011	

Fuente: INEI, 2017

### Pueblos Indígenas Aislados o en Contacto Inicial en Triple Frontera.

#### Pueblos Indígenas Aislados.

Se evidencian grupos o individuos que rechazan el contacto con la población no indígena, los llamados pueblos indígenas en aislamiento o altamente vulnerables, quienes en la actualidad ponen en cuestionamiento que los efectos nocivos desencadenados por las situaciones de contacto experimentadas en su momento por diversos pueblos indígenas, fueron las altas tasas de mortalidad causadas por las epidemias; de lo cual se permite inferir la vulnerabilidad inmunológica de estos pueblos en aislamiento, a las enfermedades epidémicas (Cerri R. y Albertoni, 2018). La mayoría de estos grupos se encuentran en la Amazonía brasileña, especialmente en la macro región de la Triple Frontera.

#### Zonas con presencia de Pueblos Indígenas Aislados (PIA).

Región	Zona	Municipio, Provincias y/o Áreas no Municipalizadas	Pueblo Indígena en Aislamiento o sin contacto
Territorio Brasileño	Tierra Indígena Vale do Javari.	Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Jutai y São Paulo de Olivença (Mapa xx). El Valle de Javari es considerado el territorio de los Kanamari, Korubo, Kulina Pano, Marubo, Matis, Matsés (también conocido como Mayoruna, o Mayuruna), Tyohom Dyapá y Yagua <sup>1</sup>	Kanamari, Korubo, Kulina Pano, Marubo, Matis, Matsés/ Mayoruna/Mayuruna, Tyohom Dyapá y Yagua
Territorio Peruano	Zona Reservadas Yaguas	Provincia Mariscal Ramon Castilla Distrito de Pebas	PIA <sup>2</sup> y PICI <sup>3</sup> sin dominación por el Estado Peruano.

<sup>1</sup> El Valle de Javari es conocido como la región con mayor presencia de Pueblos Indígenas Aislados en el mundo. Hay al menos 16 grupo indígenas en aislamiento que habitan el interior de las llamadas Tierras Indígenas en Brasil, y fuera de sus límites en las áreas circundantes y periféricas. Tomado de: Fundação Nacional do Índio, 2017 apud Rodrigo Octavio et al., 2020.

<sup>2</sup> PIA: Pueblos Indígenas en Situación Aislamiento.

<sup>3</sup> PICI: Pueblos Indígenas en Situación de Contacto Inicial.

Territorio Colombiano	Parque Nacional Río Puré.	Puerto Arica, La Pedrera y Tarapacá <sup>4</sup> .	Yurí- Passé
--------------------------	---------------------------------	--	-------------

### Consecuencia del contacto.

Es importante saber que los pueblos indígenas en aislamiento o estado natural pueden tener consecuencias nocivas desencadenadas por las situaciones de contacto, así lo muestra la historia de situaciones de contacto experimentadas en su momento por diversos pueblos indígenas, en las cuales refiere las altas tasas de mortalidad causadas por las epidemias; de lo cual se permite inferir la vulnerabilidad inmunológica de estos pueblos en aislamiento, a las enfermedades epidémicas (Cerri R. y Albertoni, 2018). Cuando no existen planes de contingencia claros, el contacto tiene efectos devastadores sobre las personas y las comunidades que están en situación de aislamiento. El contacto amenaza su supervivencia física y cultural, dado que involucra choques culturales, muertes, encuentros violentos y la pérdida de territorio. El mayor riesgo asociado con el contacto es el contagio de enfermedades, pues los PIA no tienen defensas, ni sistemas de salud para enfrentar a las enfermedades desconocidas para ellos. En este sentido, las enfermedades tienen consecuencias fatales a nivel individual y colectivo, y pueden llegar hasta el punto de acabar con toda la comunidad (ACT).

### Contexto territorial.

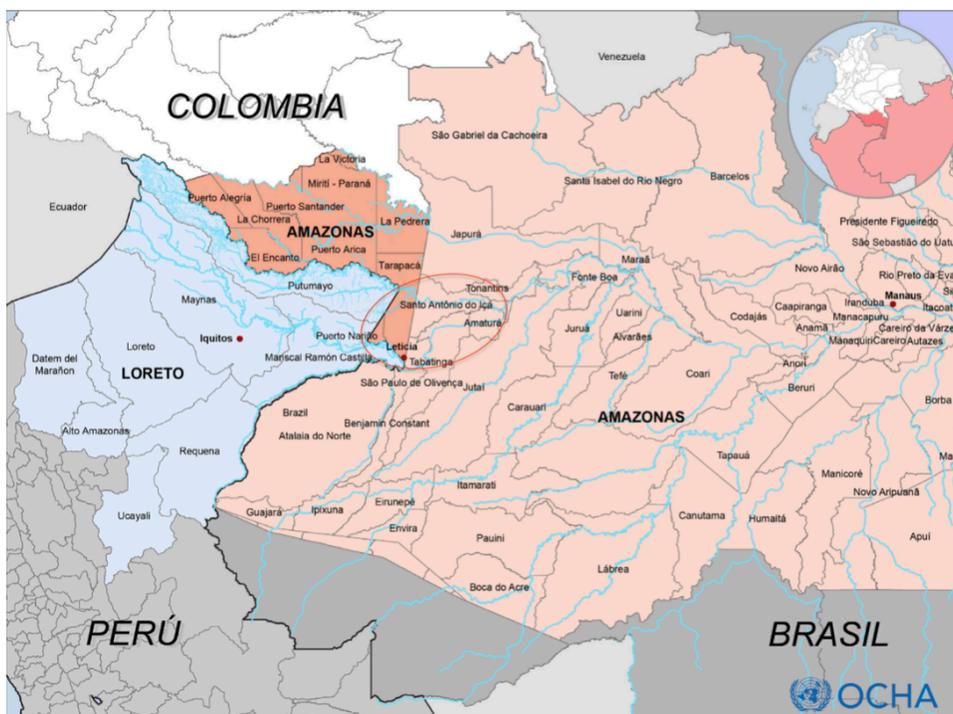
#### Territorio.

La triple frontera amazónica cubre la frontera internacional que separa el Estado de Amazonas en Brasil, de los departamentos de Amazonas en Colombia y Loreto en Perú. El río Alto Solimões-Amazonas hace de la triple frontera la principal puerta de entrada a la parte occidental de la cuenca del Amazonas, y uno de los principales corredores de integración sudamericana.

Para la implementación de este plan de contingencia, delimitamos el siguiente territorio: los interfluvios del río Putumayo y Amazonas, más precisamente la región donde se encuentra el llamado Trapecio Amazónico, en Colombia, y sus zonas de colisión en Brasil y Perú. La región corresponde al extremo sur del departamento colombiano de Amazonas, a la parte noroeste de la región de Alto Solimões en el lado brasileño y en Perú, el área que comprende la ciudad de Caballococha en la provincia de Mariscal Ramón Castilla, bordeando el sur del Trapecio Amazónico.

<sup>4</sup>En Colombia se reconoce un solo territorio de los Pueblos Indígenas en Estado Natural Yurí-Passé, entre las áreas no municipalizadas de Puerto Arica, La Pedrera y Tarapacá y el Parque Nacional Natural Río Puré, ubicados en el departamento de Amazonas; sin embargo, se estima que el país cuenta con aproximadamente 16 indicios de presencia de PIA en esta región (Amazon Conservation Team, 2020). A su vez, se destaca que entre los ríos Caquetá (Japura) y Putumayo (Icá), el río Puré (Purué en Brasil), junto a la frontera entre Colombia y Brasil, hay registros de presencia de pueblos indígenas que evitan toda forma de contacto con la sociedad circundante (Aristizabal D., 2021).

Área de acción del plan.



Fuente: Plan de Acción Triple Frontera Amazónica Colombia-Brasil-Perú. OCHA. 2020.

*División política y territorios de acción del Plan en la Triple Frontera.*

Amazonía	Divisiones Político Administrativos.	Características	Tierras/Resguardos/Reservas Indígenas.
Brasil	Estados Amazonas, Capital Manaus, y Municipios de Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamín Constant, Fonte Boa, Jutáí, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença,	La Mesorregión de Alto Solimões, ubicada en el suroeste del Estado de Amazonas, comprende los municipios de Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamín Constant, Fonte Boa, Jutáí, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga y Tonantins. Los municipios totalizan un área de 213.281,24 km <sup>2</sup> , lo que representa aproximadamente el 13,67 % del área estatal	28 Tierras Indígenas.

	Tabatinga y Tonantins.	(1.559.168.117 km <sup>2</sup> ) y en general están marcados por altos índices de vulnerabilidad social, con índices de desarrollo humano muy bajos y desigualdad muy alta <sup>5</sup> .	
Peruana	Departamento Loreto, Provincia Mariscal Ramón Castilla, Distritos como Pebas, Ramón Castilla, Yavarí y San Pablo	La provincia de Mariscal Ramón Castilla hace parte del departamento de Loreto que se ubica en la zona noreste de Perú. Es el departamento más extenso del país y uno de los menos poblados. El departamento comprende una vasta zona de la llanura aselvática, surcada por numerosos ríos de gran caudal; esta región se unen los ríos Marañon y Ucayali, y nace el curso principal del río Amazonas. Representa casi 50% de la Amazonía peruana y el 4% de la Amazonía continental. Desde el punto de vista de las relaciones transfronterizas entre Brasil, Colombia y Perú, Caballococha es la ciudad más importante debido al intenso comercio y por servir de referencia para las localidades de Santa Rosa e Islandia, ubicadas cerca de Leticia (CO), Tabatinga (BR) y Benjamín Constant (BR).	Reserva Indígenas Yavarí Tapiche
Colombia	Departamento Amazonas, municipios	El Trapecio Amazónico, en la Amazonía colombiana, comprende los municipios de	16 Resguardos Indígenas, reconocido.

<sup>5</sup> Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em <[www.atlasbrasil.org.br](http://www.atlasbrasil.org.br)>.

	<p>Leticia y Puerto Nariño.</p> <p>Áreas no municipalizadas (El Encanto, La Chorrera, La Pedrera, La Victoria, Mirití-Paraná, Puerto Alegría, Puerto Arica, Puerto Santander y Tarapacá.)</p>	<p>Leticia, Puerto Nariño y la parte sur de Tarapaca, una de las nueve áreas no municipalizadas o corregimientos, que conforman el departamento colombiano Amazonas; estos son territorios escasamente poblados por pueblos indígenas y de bajo desarrollo económico y social. Sus habitantes se concentran en la capital Leticia que, junto con Puerto Nariño, supera el 60% de la población departamental total</p>	
--	---	---	--

En las tablas de población indígena encontramos la distribución de los grupos étnicos Indígenas por Tierras/Resguardos/Reservas Indígenas.

Para este punto, es importante que las autoridades sanitarias locales de la Triple Frontera promuevan y gestionen procesos de dialogo, consulta, concertación y participación social y ciudadana con las comunidades indígenas y no indígenas colindantes a los PIACI para realizar una caracterización territorial específica del territorio donde se va a implementar el Plan de Salud Intersectorial en un Contexto Intercultural para los PIACI para lo cual se sugiere la siguiente tabla:

<b>Polo base</b>	En esta parte se debe ubicar un Puesto de Mando Unificado por los tres Países.
<b>Polo los Base entorno</b>	Un polo base por cada Estado.
<b>Posibles ubicaciones de los PIA.</b>	Posible ubicación de los PIA en los tres Estados.
<b>Otros pueblos/comunidades/grupos de población colindante a los PIACI</b>	Referir los pueblos más cercanos a los PIACI en los tres Estados.
<b>Medio ambiente: Hidrografía (ríos, arroyos, etc.) más cercanos, relieve y vegetación.</b>	
<b>Vías terrestres, fluviales y aéreas</b>	En esta parte establecer las vías más acertadas para accionar en caso de un posible contacto o atención emergente de la salud de las comunidades colindantes.

<b>Pistas de aterrizaje cercanas</b>	Definirlas
<b>Amenazas externas</b>	<p>Definirlas como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invasión del territorio, por cazadores furtivos y pescadores ilegales;</li> <li>- Enfermedades trasmisible por vectores en los pueblos de los alrededores, especialmente a los PIACI.</li> <li>- Conflicto violento y contacto tenso con las comunidades colindantes a los PIACI y los mismos.</li> <li>- Avistamientos históricos, cerca de los PIA, con posibilidad de contacto (intercambios y donaciones) con indígenas y no indígenas con los aislados cuando se encuentran en embarcaciones que se mueven por los ríos;</li> <li>- Hostigamiento de misioneros proselitistas.</li> </ul> <p>Entre otros que se definan en las mesas de construcción conjunta.</p>
<b>Otra información pertinente</b>	

### **Cultura.**

Para la implementación de este Plan de Contingencia se debe reconocer el acervo cultural tanto de las Comunidades Indígenas Colindantes como la de los Pueblos Indígenas en Aislamiento (PIA). El reconocimiento de los usos y costumbres para gobernar, organizarse, para cuidar la salud física y espiritual, y sus estructuras propias de salud y gobernanza, permitirán acercarnos más a las realidades territoriales, ambientales, y salud de las poblaciones permitiendo ser más acertados al identificar a los participantes, actores y acciones interculturales a desarrollar en la implementación de Plan de Contingencia, garantizando el éxito de este.

La caracterización cultural consiste en las principales características culturales de las etnias colindantes a los PIACI para definir acciones y actores en un contexto intercultural, la cual se realiza en procesos de diálogo y concertación entre las autoridades locales de salud y representantes indígenas, líderes y comunidad.

### **Características culturales de los PIA:**

*Dichos pueblos indígenas en aislamiento poseen una lengua diferente al de otras lenguas indígenas que se hablan en el mismo territorio; por lo cual, se presume que se han provocado tensiones en la construcción de la comunicación que dificulta convivencias armónicas con su otredad. Se conoce que los PIA como los Yuri- Pase, se ubicaron cerca de ríos grandes aislándose en tierras altas, por lo que actualmente son reconocidos como “gente de tierra*

*firme”. Entre sus características generales se identifica que son sujetos sedentarios, con su propio asentamiento para desarrollar sus prácticas socioculturales; adicionalmente se evidencia que suelen recorrer su territorio en busca de alimento para la subsistencia del grupo, que les ofrece la posibilidad de llevar una nutrición balanceada que denota rasgos fenotípicos robustos y fuertes. Por su parte, se identifica que para su defensa y cacería de alimentos utilizan el arco, flecha, lanza, macana y veneno que comparten con varias familias en sus extensas malocas, al mando de un maloquero o sabedor encargado de mantener y fortalecer su propio sistema de gobierno, cuidando así de su territorio y estableciendo el manejo del mismo a través de sus propias prácticas que probablemente son transmitidas por los sabedores mayores de la comunidad (Amazon Conservation Team, 2020).*

### **Mobilización y flujo de intercambio y/o migraciones.**

La región de la triple frontera, ubicada en el trapecio amazónico tiene especial importancia en la contención de pandemias en el interior de las zonas indígenas considerando el nivel de vulnerabilidad al que se verían expuestos por la ausencia de estrategias de mitigación de enfermedades como de la presencia institucional en las zonas más distantes. Dentro de los factores asociados encontramos:

- Ruta fluvial principal: El flujo continuo de personas a lo largo de los ríos Putumayo y Amazonas contribuye significativamente en el aumento del número de casos de enfermedades infecciosas y transmisibles como Covid-19.
- Aeropuertos de alto flujo: Movimiento internacional y diario de personas en los aeropuertos de Leticia/CO y Tabatinga/BR.
- Concentración de las principales determinantes de los problemas de salud comunes a las zonas fronterizas: Alta movilidad poblacional, actividades con alto impacto ambiental, ocupación desordenada del espacio, carencia de acceso a los servicios de salud y condiciones de vida precarias de determinados grupos poblacionales.
- Aislamiento institucional: La región se encuentra aislada del resto de los países, debido básicamente a la falta de vías y medios de transporte y comunicaciones, presentando también bajas densidades de población y su distanciamiento de la administración estatal, teniendo como consecuencias políticas públicas ineficaces o con baja capacidad para brindar servicios básicos.
- Falta de centros de salud especializados: Sin duda, uno de los principales problemas fue la falta de infraestructura médica y el hecho de no contar con camas y equipos médicos de UCI disponibles en toda la región.
- Población indígena numerosa, diversa y dispersa: Una parte importante de la población regional es indígena, perteneciente a varias familias lingüísticas con patrones culturales propios, a lo cual, se agrega la situación geográfica y dispersión de la población indígena en terreno selvático, la limitación de vías de comunicación y la falta de educación de la población sobre medicina preventiva por medio de programas especiales de salud con enfoque diferencial.

- Ciudades gemelas<sup>6</sup>: Las ciudades de Tabatinga/BR y Leticia/CO tienen un área territorial integrada, aunque en países diferentes; esta característica redundante en vulnerabilidades por el contenido de las epidemias, ya que aplican políticas y protocolos públicos diferentes, además del difícil control de medidas preventivas como la vacunación.

Dado que el área de la triple frontera se encuentra entre dos zonas con presencia de pueblos aislados: al sur, en la Tierra Indígena Vale do Javari, ubicada en territorio brasileño y al norte, en el Parque Nacional Río Puré, Colombia, la región debe ser considerada como un área importante para la vigilancia epidemiológica con el objetivo de proteger la salud de los pueblos aislados y altamente vulnerables que viven en estas áreas circundantes, considerando que debido a los factores mencionados las epidemias pueden empeorar y extenderse a tales áreas.

En este sentido, específicamente la situación epidemiológica de las ciudades gemelas de Tabatinga-BR y Leticia-CO, Benjamin Constant-BR, Santo Antônio de Itaipava y Atalaia do Norte-BR, puede poner en riesgo a los pueblos indígenas ubicados en la cuenca del río Javari, así como a los distritos de Yavari-PE y Yaquerana-PE. Por su parte, los indígenas en situación de aislamiento voluntario, Yuri-Pasé, en el PNN Río Puré, por estar más alejados del caudal de los grandes ríos y más lejos de esta zona, terminan estando más protegidos en términos de contaminación, en la forma en que se desarrolló la pandemia en el interior de la Amazonía.

#### **Red e infraestructura de salud local, regional y nacional.**

- a. Definir en espacios técnico y de concertación con la Red de salud local, regional y nacional un protocolo de atención intersectorial y de salud diferencial e intercultural para los Pueblos Indígenas en Contacto Inicial.
- b. Realizar encuestas de contacto e insumos y recursos disponibles en las regiones para atención de primer, segundo y tercer nivel.

Lista de verificación para los agentes en salud y otros sectores involucrados para las regiones de los tres Estados:

1. ¿Se cuenta con una caracterización territorial que contempla los PIA?
2. ¿La cartografía es actualizada y es adecuada?
3. ¿Cuáles son los principales escenarios afrontar?
4. ¿Cuántas son las horas de traslado de un lugar a otro por vía fluvial, terrestre o aérea?
5. ¿Tiene los medios de transporte y cuenta con el combustible?
6. ¿Se ha realizado la verificación operacional de los medios de transporte disponibles para la implementación del Plan de Contingencia?

---

<sup>6</sup> El término ciudad gemela hace referencia a las ciudades que se encuentra localizadas en fronteras internacionales, con una ciudad “par” localizadas a cada lado. Se constituyen en los bordes fronterizos y son un punto de encuentro entre países, generando un impacto mutuo en aspectos sociales, económicos, ambientales, políticos y demográficos que definen la salud y condiciones de vida de sus habitantes, como en el caso de Tabatinga (Brasil) y Leticia (Colombia) (VergelTovar, 2008).

7. ¿Está definida la logística que se requiere para la implementación del Plan teniendo en cuenta todas las variables que se puedan presentar?
8. ¿Se cuenta con el apoyo de la red de servicios de salud de cada una de las regiones?
9. ¿Se ha definido los protocolos de atención de las redes de mediana y alta complejidad para el Plan en cada región en los Estados y la articulación entre los mismos?

### **Suministros médicos.**

Para el caso de situación de contacto se debe definir previamente un botiquín de suministros acorde a la normatividad de cada Estado, para cada región donde se dé el contacto. Establecer una lista de suministros médicos y equipos el cual se anexaría al presente documento.

### **Necesidades logísticas y de apoyo.**

- a. Para el caso de situación de contacto se debe definir previamente la logística necesaria para ingresar a campo en caso de un contacto de acuerdo con las necesidades de la región de cada Estado. Establecer una lista la cual se anexaría al presente documento acorde a los protocolos de salud intersectorial establecidos previamente.
- b. Además, se deben fortalecer las acciones de detección y alerta tempranas mediante la promoción y prevención, así como la realización de un estrecho seguimiento a la entrega oportuna de reportes y al cumplimiento de los tratamientos y protocolos propuestos.
- c. Elaboración de planes de contingencia comunitario de salud intersectoriales. Los planes de contingencia enfocados en situaciones de contacto deben considerar las especificidades de estos eventos, así como las personas involucradas, con énfasis en su alta vulnerabilidad potenciación de los riesgos de contagio y otros impactos, incluida la posibilidad de conflictos. En este sentido, además de los aspectos relacionados con la prevención y mitigación de los efectos adversos de los brotes epidémicos, se deben abordar cuestiones relacionadas con la seguridad e integridad de los pueblos y equipos indígenas en estos eventos, y el desencadenamiento de acciones continuas en el post-contacto. Estos puntos deben impregnar todo el Plan de Contingencia en cuestión.
- d. Equipamiento de insumos interculturales, como, por ejemplo, insumos para los guardias indígenas o vigilantes comunitarios. Estos se deben definir con las autoridades de las comunidades colindantes.

## Enfermedades prevalentes en la Población de la Triple Frontera.

Principales hallazgos acerca del perfil epidemiológico de los indígenas circundantes en la región:

- Se observa que las problemáticas fundamentales de salud de la población estuvieron relacionadas a las enfermedades infecciosas y parasitarias que representan el 69,36% del total de casos.
- Las infecciones respiratorias son las patologías más frecuentes y fueron identificadas en todos los grupos etarios a lo largo del ciclo vital, mientras que la más alta frecuencia fue observada en el grupo de 1 a 4 años, y posteriormente el número de casos disminuyó progresivamente en los otros grupos etarios.
- Las infecciones respiratorias representan el 62,53% de todos los diagnósticos en el grupo etario menor de 1 año. Sin embargo, todavía, las patologías respiratorias evidencian que en su gran mayoría estas no fueron consideradas como graves, debido que son infecciones agudas de las vías aéreas superiores.
- las enfermedades respiratorias son la principal causa de mortalidad infantil tanto en el Departamento de Loreto como en Leticia, Puerto Nariño y para la población indígena de Alto Solimões.
- necesidad de implementar medidas de promoción, prevención y control de manera oportuna para las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), de tal forma que se logre evitar la aparición de situaciones de alerta y/o brotes epidémicos, de igual forma se requiere un trabajo permanentemente para mejorar la atención y tratamiento de la IRA, incluyendo la inmunización oportuna, la intensificación de vigilancia de eventos inusitados, el fortalecimiento de las medidas de bioseguridad en atención y manejo de casos, la identificación de casos en grupos poblacionales o conglomerados, fortaleciendo el trabajo intersectorial con el cual se promueva la salud respiratoria en todos los entornos y demás acciones de salud pública que permitan mitigar la ocurrencia de picos respiratorios.
- También se observó registros considerables de tuberculosis.
- En cuanto a la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), en el territorio de la triple frontera, se resalta la importancia de que las comunidades dispersas puedan tener acceso efectivo a las necesidades básicas, dentro de las cuales está el agua potable, con la finalidad de evitar el consumo de agua no tratada de río o de lluvia, algunas veces contaminadas con parásitos o bacterias causantes de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA).
- Se encontró la presencia endémica de infecciones intestinales que se trata de infecciones de tipo bacteriano o por virosis, que principalmente tienen como expresión el síndrome diarreico, que se manifiesta con mayor letalidad especialmente en los niños por su rápida deshidratación. Semejante a la contaminación por helmintiasis son infecciones oro-fecal, y se dan especialmente por el consumo de agua contaminada no apta para consumo humano.

- Infecciones por protozoarios las más importantes corresponde al diagnóstico de Malaria por *Plasmodium vivax* y por *Plasmodium falciparum* de los municipios analizados del Alto Río Solimões. Perú, *P. Falciparum* ha disminuido hasta en 29 %.
- Infecciones por protozoos como dengue aumentaron en las zonas urbanas. Loreto y Leticia.
- Las Neoplasias también se encuentran entre las principales causas de defunciones en Leticia, Puerto Nariño, Departamento de Loreto y Estado del Amazonas.
- Los tipos de muerte que se incluyen en el grupo de las afecciones perinatales se han presentado como causas importantes de mortalidad en la región, en los tres países.
- En la triple frontera, en las zonas amazónicas de Colombia y Perú, los dos departamentos que forman la triple frontera amazónica, Amazonas, Colombia, y Loreto, Perú, acumularon mayores tasas de incidencia y mortalidad que el estado brasileño: el departamento de Loreto tuvo una tasa de incidencia de 4.773, con 113 muertes por cada 100.000 habitantes; y el departamento de Amazonas (Colombia) tuvo la mayor incidencia y tasa de mortalidad del país, con 3.457 casos por cada 100.000 habitantes y 147 muertes (Cortés et al., 2020 apud Nunes, 2021). El Estado de Amazonas (Brasil), según el boletín epidemiológico publicado por la FVS/AM, acumuló una tasa de incidencia de 3.183 casos por cada 100.000 habitantes, con 96 muertes. Incluso en los municipios extranjeros que forman la triple frontera amazónica, las tasas de incidencia y letalidad también fueron mayores en los vecinos. Leticia, por ejemplo, que forma la aglomeración transfronteriza con Tabatinga, muestra una alta prevalencia de la enfermedad en relación con la registrada en el municipio brasileño. De igual manera, la isla de Santa Rosa también se vio bastante afectada por la enfermedad.
- Altas tasas de desnutrición.

Para este ítems es importante realizar mesas de dialogo de construcción entre las autoridades sanitarias y las comunidades indígenas colindantes a los PIACI, con el propósito de definir un perfil sociocultural que permita definir acciones de protección de la salud y prevención de enfermedades de estas comunidades, lo cual aporta al establecimiento de un cordón sanitarios con enfoque intercultural en la Triple Frontera que protegería a los PIACI y las comunidades colindantes.

Se recomienda definir:

Un perfil de enfermedades de interes en salud públicas de las zonas involucradas.	Hacer tabla Brasil, Perú y Colombia
Un perfil enfermedades culturales de las comunidades colindantes.	Hacer Tabla Brasil, Perú y Colombia.

## **¿Qué es un Plan de Contingencia de Salud para Pueblos Indígenas Altamente Vulnerable y en Contacto Inicial?**

Los planes de contingencia son documentos diseñados para prevenir eventos adversos o mitigar sus impactos, orientado respuestas rápidas, definiendo sus actores y líderes en el paso a paso de su desarrollo. Es decir, presenta una estructura estratégica y operativa que ayudara a controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias.

El plan propone, una serie de pasos o procedimiento o alternativos al funcionamiento normal de una institución, actores u agentes respecto a una situación o fenómeno adverso, con el propósito de minimizar o mitigar los efectos que puedan generar sobre una población, institución o situación.

Su elaboración es una herramienta importante para la orientación de una intervención de salud adecuada y oportuna en caso de emergencias sanitarias locales, nacionales o internacionales. En el caso de los Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables y en Contacto Inicial, se hace necesario considerar desde la interculturalidad, el contexto territorial, sociocultural, político, ambiental, económico, epidemiológico y la atención de salud diferenciada, inherente al desempeño de los sistemas de salud propios y Estatales/público.

Es importante referir dos aspectos de los planes de contingencia de salud: i) el diseño, elaboración y concertación del plan ocurre previo al evento de contacto o brote epidémico; y ii) el instrumento debe ser revisado y actualizado permanentemente con la participación de los actores y agentes interculturales involucrados. Esto asegura la ágil, oportuna y eficaz repuesta a una implementación de la de las medidas de prevención y mitigación previstas en el plan de contingencia.

### **Objetivo**

El plan de contingencia tiene el objetivo de orientar las acciones intersectoriales en salud para la implementación de estrategias técnicas y operativas interculturales que permitan prevenir y mitigar los impactos negativos sobre la salud de los Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables y en Contacto inicial en caso de brotes epidémicos y/o situaciones de contacto. Además, tiene la función de definir estrategias de actuación y recursos necesarios según posibles escenarios epidemiológicos y sociales antes una emergencia sanitaria en la Triple Frontera de Brasil, Perú y Colombia.

### **Roles y competencias.**

### **¿Quién es quién en el sector salud de la Región de la Triple Frontera?**

Un sistema de salud debe entenderse no sólo por lo expresado en los documentos institucionales, sino también y fundamentalmente por las prácticas cotidianas de la población, por tanto, son los propios individuos y familias quienes trazan sus propios itinerarios terapéuticos y formas de autocuidado. La necesidad pública de un sistema nacional y colectivizado responde a una serie de intereses específicos, pero sobre todo provoca la interdependencia social entre los individuos; en

esta perspectiva, les interesaría a los Estados ofrecer respuestas coordinadas, a través de la infraestructura estatal, a problemas de salud colectiva como una epidemia, endemia o pandemia.

De esta manera, se considera que los sistemas de salud pública no solo complementan las prácticas de salud ya existentes en el contexto individual, sino que ofrecen respuestas a las demandas de salud a nivel colectivo. Por su parte, en cuanto a cómo funcionan y se organizan estos sistemas, así como la percepción de sus resultados en la vida y la salud de los individuos, dependen de cuánto la sociedad (gobierno, mercado y comunidad) asume la responsabilidad de la salud de la población (Lobato et al, 2012).

**Definición, equipos de referencia y articulación de los actores:**

Para la implementación del Plan de Contingencia se debe definir cinco (5) equipos de referencia con diferentes niveles de actividades definidas por los equipos de las autoridades sanitarias, su red de servicios, comunidades colindantes y las instituciones de involucradas (principio de la intersectorialidad).

**Primero**, definir equipos, roles y responsabilidades:

<p>Equipo central de referencial de Puesto de Mando Unificado Internacional de la región de la Triple Frontera.</p>	<p>Definir actores específicos, contacto y medios de comunicación, flujo de comunicación y ruta de articulación operacional, administrativa y atención em caso de un contacto y una emergencia sanitaria en las comunidades colindantes a los PIA entre los tres Estados.</p>	<p>Responsabilidades, los contactos y referencias de los equipos se deben registrar y socializar.</p>
<p>Equipo de referencia de cada región Bra/Per/ Co</p>	<p>Definir actores específicos, contacto y medios de comunicación, flujo de comunicación y ruta de articulación operacional, administrativa y atención em caso de un contacto y una emergencia sanitaria en las comunidades colindantes a los PIA ( cada región ) .</p>	

Equipo de referencia Local cada Estado.	Cada región, Por ejemplos: comités locales	
Equipo de referencia de campo (red de servicio).	Cada región, por ejemplo: Centros de salud , IPS según el sistema de cada Estado.	
Equipo de referencia intercultural ( comunidades colindantes indígenas)	Cada región y localidad, por ejemplo: organizaciones indígenas	

**Segundo:** Para los equipos de cada nivel de referencia se debe definir los términos de conducta en caso de darse una situación de contacto que se deba atender. Es decir, se debe definir los protocolos que garanticen la protección en salud, ambiental cultural y social de los PIACI.

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

**Cuarto:** Los equipos de campo debe estar conformado por lo menos una (1) mujer, un (1) sabedor o líder de salud indígena de las comunidades colindantes previamente capacitado en acciones bioseguridad occidental de acuerdo con el protocolo previamente referido.

**Quinto:** La comunidad de contacto deberá seguir el diagrama de flujo establecido y directrices del Plan de Contingencia. Este se debe diseñar en mesa de dialogo intersectoriales e interculturales.

#### **Flujos de comunicación y decisiones.**

En relación con las acciones intersectoriales, es importante establecer los flujos de comunicación entre los equipos de nivel local, regional y central; incluyendo los centros de atención de salud de complejidad media y alta. Esto es importante para posibilitar una rápida toma de decisiones y se debe apoyar tanto en los protocolos de consulta con los usuarios, como en los protocolos clínicos vigentes, especialmente cuando la intervención implica salidas del territorio para el tratamiento de poblaciones en contacto reciente. Estas relaciones intersectoriales pueden asegurar que en casos excepcionales y cuando se requiera, los espacios de cuidado y permanencia en los centros de referencia cumplan mínimamente con la atención diferencial e intercultural adecuada como alimentación propia y respeto por la espiritualidad de las personas o grupos en cuestión, especialmente para aquellos de contacto reciente. En este sentido, también es fundamental tener un diálogo regular con las comunidades, organizaciones indígenas colindantes, y expertos

interdisciplinarios e interculturales en la materia, cuya cooperación es decisiva en contextos de intercambio territorial entre individuos en aislamiento y con experiencias de contactos.

### **Tabla de comunicación y Organización de toma de decisiones.**

Definir una tabla de comunicaciones y toma de decisiones; central que articule los tres Estados de la Triple Frontera; regional que comunique al interior de cada Estado con las comunidades colindantes.

### **Sala de situaciones o Puesto de Mando Unificado (PMU) de la Triple Frontera.**

Es necesario establecerse en la Sala de Situación o Puesto de Mando Unificado para diálogos, intercambio de información y acuerdos de responsabilidades con instituciones de cada Estado, por ejemplo: Defensa Civil, municipios, asociaciones indígenas, hospitales, otro y personas invitadas que están directa e indirectamente involucradas en contacto con los PIACI, todos deben ser requeridos allí.

Esta debe ser coordinada por el delegado de los tres países y sus reuniones deberán en los tiempos y lugar que se establezcan mediante acuerdos. En esta sala o PMU se definirán las tareas y competencias institucionales.

### **Medidas especiales de prevención de las enfermedades y protección de la salud de los Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables y en Contacto Inicial con enfoque intercultural.**

#### **Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables Colindantes<sup>7</sup>.**

- Acciones coordinadas y sistemáticas de salud entre los agentes y actores de la Triple Frontera Per/Bra/Col de acuerdo a cada uno de los sistemas de salud de cada país .
- Planeación territorial de la salud con la participación de las involucradas comunidades indígenas colindantes.
- Protocolos de atención de salud adecuados culturalmente para la Población Colindantes.
- Determinar la carga de enfermedad de los Pueblos Indígenas Colindantes.
- Guía de Atención Interculturales.

---

<sup>7</sup> Hace referencia a la vulnerabilidad en salud y cultural de la población indígena colindante a los PIACI, la cual se define a partir de: primeramente, la alta predisposición inmunológica a enfermedades transmisibles externas a su entorno natural que llegan por contacto por la entrada o salida de personas contagiadas con diferentes enfermedades al territorio que habitan. En términos biomédicos la inmunidad biológica de un individuo se desarrolla a partir del primer contacto con el antígeno lo que genera el desarrollo de células de defensa, lo que permite en un segundo contacto con el mismo antígeno, disminuir los síntomas de la enfermedad, no desarrollarla, o evitar la muerte. En cuanto a lo cultural, las comunidades indígenas desarrollan sus propios usos y costumbre dependiendo al territorio y lugar de habita. La entrada y salida de personas externas genera acoples culturales ajenos a sus usos y costumbre los cuales debilita el bagaje cultural que caracteriza a una comunidad en particular exponiendo al deterioro cultural como indígena y su etnia. Estos dos factores (salud y cultural) generan la pervivencia de esta población en particular (población colindante a los PIACI) y su deterioro puede llevar a la extinción física y cultural de las comunidades. En consecuencia, siendo estas poblaciones colindantes a los PIACI, en un mediano y largo plazo afectaran la salud de los Pueblos Indígenas en Aislamiento o Contacto Inicial.

- Instrumentos y herramientas de recolección de la información en salud con adecuación intercultural.
- Diseños de la Rutas de Atención de Salud que establezca las rutas de articulación de los sistemas de d de salud de los países con los sistemas propios de salud de las indígenas en el marco legal de cada país.

### **Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables en Contacto Inicial<sup>8</sup>.**

Desarrollar las siguientes estrategias interculturales recomendadas:

#### **Estrategias interculturales.**

<b>ETAPA</b>	<b>Estrategias interculturales.</b>
<b>(1) Organización de respuesta</b>	(1.1) Identificación de autoridades y líderes indígenas que puedan participar en la respuesta a un evento de emergencia. En el caso de localidades donde exista presencia de pueblos en aislamiento, los líderes de las comunidades aledañas deben ser identificados e invitados a participar en la planificación.
	(1.2) Identificación de las responsabilidades específicas de las instancias indígenas y de la sociedad civil que pueden colaborar con acciones de respuestas complementarias a salud, como por ejemplo, abastecimiento de elementos necesarios para la subsistencia (combustible, alimentos, herramientas etc.), protección frente a posibles victimizaciones por ausencia de instituciones públicas, otras posibles ofertas en el marco de la atención humanitaria en emergencias a nivel local,
	(1.3) Elaboración de protocolos de actuación específicos - plan de contingencia propiamente dicho con la participación de autoridades indígenas e instituciones locales. Los mecanismos establecidos en los protocolos deben involucrar a los diversos sectores gubernamentales y no gubernamentales, por ejemplo, policía regional, control migratorio, parques nacionales, estructuras representativas indígenas, ONG, departamentos y direcciones de salud, etc.
	(1.4) Establecimiento de una lista de contactos (datos institucionales).
	(1.5) Identificación de especialistas indígenas y no indígenas y elaboración de una lista de contactos con los datos de estos profesionales, quienes podrán brindar asesoramiento específico.

<sup>8</sup> Teniendo en cuenta lo referido, para el caso de los PIA, la predisposición inmunológica aumenta dado a su condición en aislamiento y contacto inicial, es decir que en caso de tener un contacto con personas ajenas a su territorio ancestral pueden contagiarse con patógenos externos a su hábitat que pueden producir enfermedades occidentales que llevarían al desarrollo de brotes epidemiológicos en la población y generar la muerte de los individuos y la extinción de una etnia en su totalidad. En cuanto a lo cultural, en caso de un contacto, llevaría a los PIA a la adopción de prácticas ajenas a sus usos y costumbres que pueden impactar negativamente su cultura.

	(1.6) Mantenimiento de un inventario actualizado de los recursos humanos, físicos y financieros considerados esenciales para el plan de respuesta y disponibles en áreas indígenas o en áreas aledañas a las PIA, especificando su ubicación, así como la forma de activarlos y trasladarlos a la emergencia u localización.
	(1.7) Realizar un análisis de la situación de salud local, las necesidades de los sistemas de salud, así como las deficiencias reales o potenciales en la capacidad de respuesta.
	(1.8) Capacitación de los profesionales involucrados en el plan de contingencia, para que tengan una formación específica sobre las características generales de los pueblos en aislamiento voluntario, así como sobre las especificidades que hacen a los pueblos indígenas amazónicos altamente vulnerables ante epidemias.
	(1.9) Ejecución de ejercicios y simulacros periódicos y regulares de diversa complejidad para evaluar las capacidades existentes en los territorios indígenas. Al final de una simulación o ejercicio, el grupo debe poder responder dos preguntas básicas: i) ¿qué salió bien? y ii) ¿qué se debe mejorar?
	(1.10) Revisión periódica de protocolos y procedimientos basados en lecciones aprendidas y con comunidades indígenas directamente involucradas o en el entorno de pueblos aislados.
<b>(2) Organización de Vigilancia Sanitaria para la respuesta</b>	(2.1) Institución de la Sala Binacional de Respuesta y Monitoreo con participación de instituciones indigenistas para la elaboración y difusión de boletines epidemiológicos involucrando de manera conjunta a los tres países.
	(2.2) Desarrollo de una estrategia de detección temprana y control comunitario con agentes comunitarios de salud.
	(2.3) Investigación genómica de casos confirmados ya que la región fronteriza tiene alta movilidad humana y por lo tanto son más susceptibles a nuevas variantes.
	(2.4) Diseñar una ruta de vigilancia en salud pública comunitaria que articule todos los niveles de las divisiones políticas y administrativas; municipios, departamentos, distritos, capitales, centros poblados y áreas rurales dispersas, áreas no municipalizadas, resguardos, asentamientos y tierras indígenas. Tener en cuenta los mecanismos de comunicación y la perspectiva intercultural. Para la vigilancia epidemiológica de las comunidades indígenas de la triple frontera se debe tomar en cuenta las enfermedades de salud específicas o culturales que forman parte de la cosmovisión de los pueblos indígenas, a partir de la integración de variables interculturales en los perfiles epidemiológicos (mal aire, mal de ojo, desánimo, etc.) que permitan al analista conocer la situación real de

	<p>salud de esta población específica y así realizar una vigilancia intercultural de la salud indígena.</p>
	<p>(2.5) Disponibilidad previa de una red de internet o mecanismos de comunicación adecuados a las condiciones ambientales y territoriales con la potencia necesaria y adecuada que permita la comunicación constante entre las zonas más alejadas de los departamentos de la triple frontera (Loreto/Per - Tabatinga/Bra - Amazonas/Col) con los puestos de salud locales, regionales, departamentales.</p>
	<p>Definir Cordones Sanitarios concertados entre las autoridades sanitarias y comunidades indígenas. Acciones en salud interculturales para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades de pueblos y comunidades indígenas colindantes a los PIACI, como un factor protector del buen vivir de esta población. Estas hacen parte de los cordones sanitario.</p>
<p><b>(3) Protocolos, procedimientos y formatos</b></p>	<p>(3.1) Definición de procedimientos comunes y/o compartidos entre los tres países limítrofes que orientarán acciones, tareas y comunicación. Un procedimiento debe especificar el resultado esperado; describir el proceso secuencial y lógico a seguir (acciones y tareas); establecer los equipos y materiales necesarios; establecer normas o directrices de seguridad; y definir las formas de registro y divulgación de datos e información.</p>
	<p>(3.2) Estandarización de formularios para consolidar información estratégica que apoyará a los servicios de monitoreo del país y servicios de vigilancia comunitaria.</p>
<p><b>(4) Operacionalización de la respuesta</b></p>	<p>(4.1) Establecer una sala de análisis de situación con participantes representados por los países y autoridades indígenas para la coordinación y comunicación entre los sectores que puedan estar involucrados en la situación de emergencia de salud pública. La estructuración de una sala de situación transfronteriza permite optimizar los recursos disponibles y asegura que la información sea compartida entre todas las áreas involucradas. También permite la unificación de los diversos grupos necesarios para la respuesta. La sala de situación debe estructurarse en grupos temáticos que faciliten la operacionalización de la respuesta.</p>
	<p>(4.2) Conformación de un Grupo Especial Consultivo formado por diferentes especialistas. Además de los especialistas interdisciplinarios e interculturales definidos según la naturaleza del evento y las necesidades identificadas, como un epidemiólogo, un infectólogo, etc., el grupo también debe contar con</p>

	<p>especialistas indígenas y/o antropólogos para brindar apoyo en la toma de decisiones.</p>
<p><b>(5) Niveles de medida y respuesta</b></p>	<p>5.1. Alerta:</p> <p>5.1.1. Vigilancia de la salud:</p> <p>(a) Revisar los protocolos o construirlos con el equipo de referencia.</p> <p>(b) Activar la sala de situaciones.</p> <p>(c) Reforzar la importancia de la comunicación y notificación inmediata de casos sospechosos en comunidades indígenas y aledañas</p> <p>(d) Monitorear el comportamiento de los casos de Síndrome de Influenza (SG) y Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en la población indígena local para permitir la evaluación de riesgos y apoyar la toma de decisiones.</p> <p>(e) Elaborar y difundir Boletines Epidemiológicos específicos para la población indígena, que incluyan indicadores interculturales.</p> <p>(f) Sensibilizar a los profesionales de la salud y a la población sobre la vulnerabilidad de los pueblos indígenas, especialmente los pueblos en aislamiento.</p> <p>(g) Desarrollar y promover la formación de recursos humanos para trabajar en un contexto intercultural y brindar orientación permanente a los agentes comunitarios.</p> <p>(h) Desarrollar y difundir materiales de educación sanitaria intercultural para los trabajadores de la salud y la comunidad en el idioma que hablan.</p> <p>(i) La notificación de casos sospechosos deberá contener la identificación de la comunidad indígena y etnia.</p> <p>(j) Definición de las atribuciones y competencias de los órganos indígenas ante la situación epidémica.</p> <p>5.1.2. Asistencia:</p> <p>(a) Definición de ruta para desplazamiento de pacientes indígenas para atención especializada.</p> <p>(b) Definición del protocolo de actuación en caso de contacto con un grupo indígena aislado.</p> <p>(c) Definición de rutas de atención, comunicación y notificación con la participación de agentes comunitarios y líderes locales.</p> <p>(d) Definición de protocolos de cuarentena</p> <p>5.1.3. Vigilancia Ambiental</p> <p>(a) Monitorear la calidad del agua en las comunidades.</p> <p>(b) Monitorear la presencia de impactos ambientales cercanos a la comunidad.</p> <p>5.2. Peligro inminente</p> <p>(a) Todos los elementos de nivel y de alerta</p>

(b) Adopción de medidas sanitarias preventivas dirigidas a la población aledaña al PII, especialmente indígenas, pero también nos indígenas, e intensificación de la barrera de ingreso de extraños y vigilancia de la salud de quienes ingresan al territorio con el objetivo de crear un Cordón Sanitario en el entorno para evitar la transmisión del virus y el contagio de otras enfermedades- es importante implementar cordones sanitarios en articulación con los mecanismos de las comunidades indígenas.

(c) Promover acciones de sensibilización en las comunidades aledañas por la presencia de PII.

(d) Definición de equipo de referencia en caso de contacto con grupo PII.

### 5.3. Emergencia de Salud Pública

#### 5.3.1. Mitigación

(a) En cuanto a la atención de pacientes indígenas en hospitales: (i) proporcionar acompañante e intérprete, cuando sea necesario, respetando las condiciones clínicas del paciente; (ii) posibilitar la adecuación de protocolos clínicos, así como criterios especiales de acceso y acogida, considerando la vulnerabilidad sociocultural; (iii) priorizar el acceso diferencial a los pueblos indígenas recién contactados, incluida la provisión de alojamiento individualizado para pacientes hospitalizados y (iv) garantizar el intercambio de diagnósticos y comportamientos de salud de una manera que los pacientes indígenas puedan entender;

(b) Asegurar la logística de control, distribución y dotación de insumos a territorios indígenas.

(c) Adoptar medidas de vigilancia sanitaria en los puntos de acceso a los territorios y comunidades indígenas.

(d) El fortalecimiento de la Atención Primaria debe darse a nivel local, con la adopción de medidas ya establecidas en los protocolos de enfermedades respiratorias.

(e) Adopción de medidas de atención hospitalaria para casos graves y medidas restrictivas individuales de aislamiento domiciliario para casos leves.

(f) Implementación de puntos de apoyo para el diagnóstico y atención de casos leves dentro o cerca de las comunidades y también para apoyar la búsqueda activa permanente, pruebas rápidas y tratamiento en comunidades indígenas y aledañas.

(g) En caso de que un indígena considerado aislado deba ser trasladado a un hospital, el traslado deberá realizarse previa consulta y consentimiento de los indígenas involucrados.

(h) Mantenimiento de altas coberturas de vacunación en comunidades indígenas y en aislamiento en los tres países de la triple frontera.

(i) Seguimiento de disponibilidad de vacunas compartidas entre países.

	<p>5.3.2. Contención</p> <p>a) Preparación del sistema de salud: insumos, recursos humanos y medicamentos.</p> <p>(b) Establecer un mecanismo de atención de salud externa para llegar a las zonas rurales dispersas de los tres países con financiamiento del Estado. Instalación de centros de atención primaria de salud que trabajen en coordinación con prácticas tradicionales y promotores de salud indígenas.</p>
--	---

### **Contacto.**

En caso de contacto la sala de situación o MPU, debe a ver definido la operacionalización en caso del evento definiendo lo siguiente:

- a. Miembros del equipo de campo.
- b. Protocolos de salud de ingreso a la zona del contacto.
- c. Metodología de contacto.
- d. Reconocer los principales agentes etiológicos implicados en epidemias entre las comunidades colindantes que aproximen a el perfil epidemiológico de los PIA y la enfermedades y lesiones comunes.
- e. Acciones de atención en salud.
- f. Cuarentena con enfoque intercultural.
- g. Perfil de vacunación definido.
- h. Perfil de pruebas serológicas para campo.
- i. De acuerdo con el principio de capacidad de resolución de problemas, se deben priorizar los procedimientos dentro del territorio indígena, evitando, siempre que sea posible, el traslado de personas. Sólo en casos graves que vayan más allá del nivel de atención local ofrecido por los equipos de salud se debe realizar el traslado a la red de servicio de complejidad media o alta. La remoción debe llevarse a cabo a partir de la consulta y el consentimiento de los pueblos indígenas involucrados.
- j. Definir los criterios y evaluación de riesgos.
- k. Monitoreo del contacto (protocolo de seguimiento).
- l. Flujo de información y comunicación entre los países para el monitoreo.
- m.** Definir las conductas de seguridad de los equipos que ingresan. La situación de contacto es un momento crucial para el establecimiento de la relación entre los contactos indígenas y los contactos no indígenas o indígenas. Muchas acciones pueden interpretarse de maneras

distintas a la intención inicial. Por lo tanto, es necesario seguir estrictamente ciertas reglas para evitar la exposición a ciertos riesgos.

### **Inmunización en situación de contacto.**

En el caso de situaciones de contacto con personas recién contactadas, la vacunación es una de las acciones de salud 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 recién contactados y dependerá del contexto del contacto.

Es sumamente importante apoyar la comunicación con la participación de intérpretes y personas experimentadas, desde el inicio de un diálogo para establecer una confianza mínima, además de la demostración a través de ejemplos visibles de lo que se desea lograr. Sólo después del consentimiento de los pueblos indígenas contactados, se debe iniciar la vacunación.

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

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

Establecer estructura técnica, logística y operativa mínima para una vacunación eficiente en estas áreas que supone la adquisición de cámaras frigoríficas, congeladores y equipos para unidades de vacunación, especialmente en municipios con red de frío insuficiente, así como el alquiler de contenedores refrigerados para almacenamiento inmunobiológico para hacer frente a la pandemia por Covid-19 u otras pandemias, según las especificaciones de cada tipo de vacuna, normatividad o directrices específicas de cada país y la OMS. Para ello, se hace necesario la identificación de las zonas y elementos necesarios por parte de las Entidades locales competentes de los tres países de la triple frontera amazónica para abastecerlos de los elementos señalados



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