



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

**PROYECTO  
PLAN DE CONTINGENCIA EN SALUD PARA PUEBLOS INDÍGENAS ALTAMENTE VULNERABLES Y EN  
CONTACTO INICIAL.**

**COMPONENTES N° 1.  
DIAGNÓSTICOS SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD Y CÓMO ENFRENTAR EL COVID 19 EN PUEBLOS  
INDÍGENAS EN REGIONES DE FRONTERA AMAZONICA.**

**ACTIVIDAD N° 1.  
Informe de Análisis de Situación de Salud de pueblos indígenas con base territorial y  
transfronterizo Perú-Colombia-Brasil**

**PRODUCTO 4  
RESUMEN EJECUTIVO**

**Consultora  
Lyli Yaneth Chindoy Luna  
Roberta Cerri**

**Octubre de 2021**

## CONTENIDO

Agradecimientos	3
Índice de cuadros	4
Índice de mapas	4
Índice de gráficos	4
Anexos	4
Introducción	5
Metodología	6
<b>PARTE 1 - CONTEXTO TERRITORIAL, DEMOGRÁFICO Y ANTROPOLÓGICO</b>	<b>7</b>
Alcance territorial	7
Población Indígena	8
Contexto Histórico y Antropológico de los Pueblos Indígenas en el Alto Río Solimões	12
Contexto Político y Antropológico de los Pueblos Indígenas en el Trapecio Amazónico Colombiano.	14
Pueblos Indígenas Aislados	16
Procesos Económicos y Sociales	18
<b>PARTE 2 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO</b>	<b>21</b>
Perfil de morbilidad y mortalidad en la Triple Frontera	21
Covid-19 en la triple frontera y pueblos altamente vulnerables	26
<b>PARTE 3 - POLÍTICAS Y SISTEMAS DE SALUD</b>	<b>29</b>
Consideraciones iniciales	29
Características de los sistemas de salud a nivel nacional	30
Sistema de Salud Colombia	30
Sistema de Salud Perú	31
Sistema de Salud Brasil	32
Características institucionales locales de los sistemas de salud en la Triple Frontera: prestación de servicios y producción de tecnología y conocimiento para el enfoque intercultural.	34
Sistema de salud en la región del Alto Río Solimões (Brasil)	34
Sistema de salud en la región del Trapecio Amazónico (Colombia) - Leticia y Puerto Nariño	37
Sistema de salud en el Departamento de Loreto (Perú) y en la Provincia de Ramón Castilla	39
Consideraciones sobre el sistema de salud en la triple frontera	42
Posibilidades de integración y cooperación de los sistemas de salud	44
<b>PARTE 4 - PRINCIPALES HALLAZGOS, POSIBLES RESPUESTAS Y RECOMENDACIONES AL PLAN DE CONTINGENCIA.</b>	<b>45</b>
Principales Hallazgos	45
Posibles Respuestas/Recomendaciones al Plan de Contingencia	46
Consideraciones finales	52
Bibliografía	53

## **Agradecimientos**

Este informe fue desarrollado gracias a un convenio entre la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano (BID), proyecto Plan de Contingencia en Salud para Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables y en Contacto Inicial.

Gracias al Dr. Carlos Macedo, Asesor Técnico de Asuntos Indígenas y Coordinador del Proyecto, por la orientación técnica realizada en todo el proceso.

Gracias a la Dra. Roberta Cerris de FIOCRUZ, Licenciada en ciencias sociales y Magíster en antropología social, por el vigoroso apoyo en el proceso de recolección de datos y análisis, y construcción del informe; su experiencia y experticia en el área fueron fundamentales para la elaboración de los contenidos.

Gracias a los diferentes actores, profesionales de los sectores y líderes indígenas locales, nacionales e internacionales gubernamentales y no gubernamentales de la triple frontera amazónica con base territorial y transfronterizo Perú-Colombia-Brasil, por su apoyo en el aporte de la información de datos, documentos institucionales e investigaciones que aportaron a la consolidación de la información para el análisis que dio lugar al presente informe.

Gracias a todos y todas por su valiosa contribución.

## **Índice de cuadros**

Cuadro 1: Pueblos Indígenas en la triple frontera – Colombia.

Cuadro 2: Distribución de los grupos étnicos indígenas por resguardo. Leticia y Puerto Nariño.

Cuadro 3: Pueblos indígenas en la triple frontera- Brasil.

Cuadro 4: Pueblos Indígenas en la triple frontera – Colombia.

Cuadro 5: Principales características de los sistemas de salud en Brasil, Perú y Colombia por componente y en perspectiva comparada.

Cuadro 6: Indicadores de acceso y cobertura en Puerto Nariño y Leticia.

Cuadro 7: Sinóptico de las políticas y sistemas de salud en la triple frontera.

Cuadro 8: Síntesis de los principales hallazgos.

Cuadro 9: Etapas y recomendaciones para un plan de contingencia.

## **Índice de mapas**

Mapa 1: Región de estudio.

Mapa 2: Ubicación de los territorios indígenas y área de concentración del estudio.

Mapa 3: Plantación de coca en zona de colisión del trapecio Amazónico con Perú.

Mapa 4: DSEI Alto Río Solimões - Polos Base y Aldeas.

## **Índice de gráficos**

Gráfico 1: Número de casos de enfermedad en las cuatro causas principales de la muestra (84.39%), por grupos etarios, en la población indígena de la región de Alto Río Solimões, Brasil, durante el año 2016.

Gráfico 2: Proporción de diagnósticos de las cuatro principales enfermedades infecciosas (n=11.590), por cada grupo etario, en la población indígena del Alto Solimões durante el año 2016.

Gráfico 3: Número de casos anuales de malaria entre 2011 y 2020, en los municipios analizados del Alto Río Solimões.

Gráfico 4. Región Loreto. Índice Parasitario Anual (IPA) x 1000 habitantes de los casos de malaria. 2014 – 2020.

## **Anexos**

Anexo 1: Producto 1, plan de Trabajo.

Anexo 2: Producto 2, un informe sobre el diagnóstico preliminar del estado de las redes de atención de salud y situación de salud de los pueblos indígenas del área amazónica en la triple frontera Brasil/Perú/Colombia.

Anexo 3: Producto 3, un informe sobre las necesidades sentidas y requeridas por los actores locales y gubernamentales con sus respectivas ayudas de memorias actas y registro fotográfico.

## Introducción

El presente estudio forma parte del componente "*Diagnósticos sobre la situación de la salud y cómo enfrentar el COVID-19 en Pueblos Indígenas en regiones de frontera Amazónica*", del proyecto "*Plan de contingencia en salud para pueblos indígenas altamente vulnerables y en contacto inicial*", cuyo objetivo es mejorar el conocimiento sobre la situación de salud de los pueblos indígenas en un área de intervención específica, que en el marco del proyecto corresponde a la región de frontera entre Perú, Brasil y Colombia, con énfasis en la zona fronteriza del departamento de Loreto (PE) el Estado de Amazonas (Br), y el departamento de Amazonas (Co), donde en el interfluvio de los ríos Amazonas y Putumayo/Iça, se identifican las principales características del perfil de salud en la región, señalando la capacidad de respuesta de los sistemas de salud ante la pandemia de COVID-19; junto con la identificación de obstáculos y oportunidades para resolver problemas estructurales y coyunturales en el territorio.

En el marco del objetivo planteado, se desarrollaron las siguientes actividades: (i) Se analizó la situación de salud y la pandemia de COVID-19 entre los pueblos indígenas y la población que rodea la zona fronteriza seleccionada, con énfasis en los procesos colaborativos y la identificación de las principales líneas a incorporar en los planes de contingencia; ii) Mapeo de los actores y el resultado de los diálogos entre los sistemas de salud, las organizaciones indígenas y no indígenas.

El estudio consta de cuatro pasos con sus respectivos productos: (i) Un plan de trabajo; (ii) Un informe sobre el diagnóstico preliminar del estado de las redes de atención de salud y situación de salud de los pueblos indígenas del área amazónica en la triple frontera Brasil-Perú-Colombia; (iii) Un informe sobre las necesidades sentidas y requeridas por los actores locales y gubernamentales; (iv) un informe final de diagnóstico y recomendaciones de salud. Cabe mencionar que los informes incluyen datos, indagaciones y resultados que fueron presentados y/o puestos a disposición por las autoridades públicas de los países participantes, y en su efecto, por las organizaciones de la sociedad civil. Adicionalmente, al momento de analizar la información, se tomó en cuenta la legislación nacional e institucionalidad de dichos países, así como los marcos normativos y directrices definidos por el Programa de Pueblos Indígenas de la OTCA y de la OPS/OMS.

Por su parte, el alcance, la profundidad y la direccionalidad del presente estudio para presentar el informe final de la consultoría, se realizó con la siguiente estructura: 1. Breve descripción del contexto territorial, demográfico y antropológico; 2. Breve descripción del perfil epidemiológico; 3. Descripción y análisis de los sistemas de salud nacionales y locales; y 4. Principales hallazgos, posibles respuestas y recomendaciones al plan de contingencia en salud, enfocado en las poblaciones vulnerables amazónicas.

Finalmente, se plantea con los resultados obtenidos, contribuir al análisis crítico y reflexivo sobre los principales aspectos de la situación de salud en la región, partiendo no sólo de un conocimiento del estado de salud y el perfil epidemiológico de las poblaciones indígenas y no indígenas de la región de los países de la triple frontera amazónica (Brasil-Colombia-Perú), sino también desde la identificación de los servicios de salud locales existentes; al igual que la percepción y sugerencias de importantes actores locales.

## Metodología

El proceso metodológico para la elaboración del estudio de la situación de salud, tomó en cuenta el área amazónica del interfluvio de los ríos Amazonas y Putumayo/Iça, en la triple frontera Brasil-Colombia-Perú, presentándose en cuatro apartados, primero: el contexto territorial, demográfico y antropológico con un breve análisis de lo ambiental y social; segundo: el perfil epidemiológico; tercero: las políticas y sistemas de Salud; y cuarto: los principales hallazgos, posibles respuestas y recomendaciones para el plan de contingencia.

En primer lugar, se definió el muestreo territorial y poblacional en el que se trabajaría, teniendo en cuenta los siguientes criterios: área de circulación y gran movilidad transfronteriza, y área que rodea a los Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables y/o en Contacto Inicial. Con base a estos criterios, se definió como área de estudio el Trapecio Amazónico Colombiano y las áreas colindantes de Perú y Brasil.

En segundo lugar, se pasó a la recolección de datos y bibliografía de las cuales, las principales fuentes de datos e información se obtuvieron de documentos enviados por los órganos rectores y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de los países; al igual que el uso de bases de datos oficiales, legislación y normas relacionadas con el objeto del presente estudio. Por otro lado, la encuesta bibliográfica se realizó a través de plataformas de investigación académica, así como consultas documentales e información producida por organismos gubernamentales y no gubernamentales de los diferentes Estados.

En tercer lugar, los datos y la bibliografía generaron un documento inicial a cerca de la situación de salud en la región cuyo contenido fue discutido y mejorado a partir de las siguientes reuniones con actores locales:

- Reunión Trinacional de Secretarías de Salud en la Triple Frontera Brasil-Colombia-Perú, en la ciudad de Iquitos Perú, entre el 27 y el 29 de octubre de 2021.
- Misión técnica que comprendió un breve trabajo de campo en el Valle del Javari y la región del Alto Río Solimões, entre el 30 de octubre y el 5 de noviembre de 2021.
- Sesión XXXVI de la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa-MPCI, entre el gobierno departamental y las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas y/o Asociaciones de Cabildos Indígenas-AATÍ S del Departamento de Amazonas Colombia, entre los días del 9 al 15 de diciembre de 2021.
- Encuentro de Actores para la Protección de la Salud de los Pueblos Indígenas con Base Territorial en la Frontera Brasil-Colombia-Perú.

Adicionalmente, se realizaron entrevistas semiestructuradas con representantes de asociaciones indígenas de Colombia, funcionarios públicos y empleados de instituciones locales (Anexo: producto 3). Luego, a partir de los resultados obtenidos en las reuniones, fue posible mejorar, actualizar, complementar e incluso modificar el análisis preliminar que generó el presente informe.

## PARTE 1 - BREVE DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO TERRITORIAL, DEMOGRÁFICO Y ANTROPOLÓGICO

### Alcance territorial

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 el análisis presentado en este estudio, 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.

Mapa 1: Región de estudio



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

El Trapecio Amazónico, en la Amazonía colombiana, comprende los municipios de 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<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud - Municipio de Leticia. Dirección de Salud Municipal, Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Gobierno de Amazonas, 2020.

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, Jutaí, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Tonantins. Los municipios totalizan un área de 213.281,24 km<sup>2</sup>, lo que representa aproximadamente el 13,67 % del área estatal (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>2</sup>.

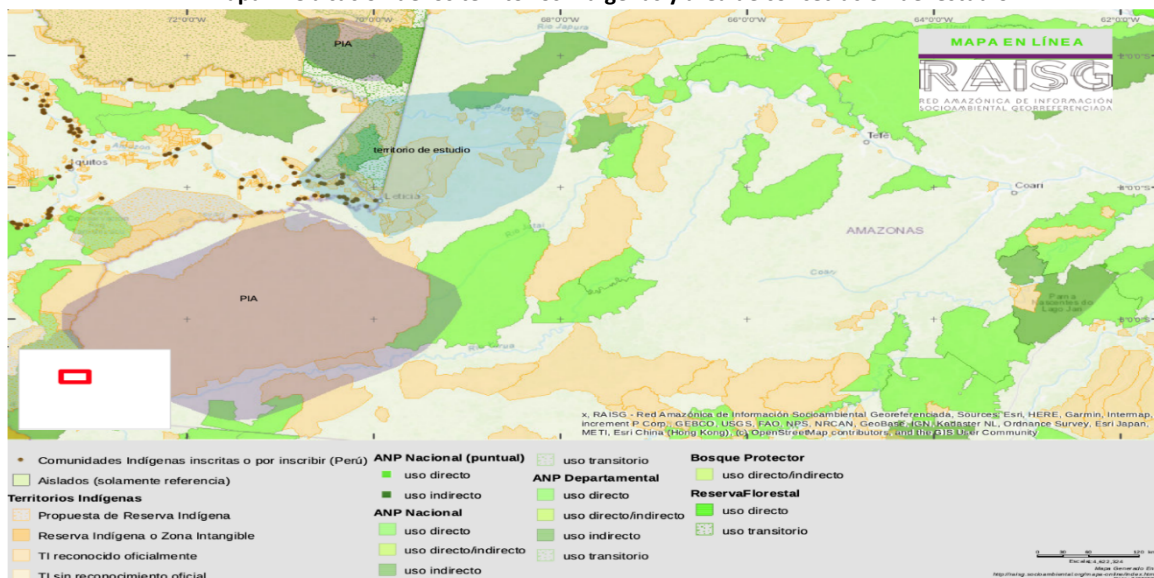
La provincia de Mariscal Ramón Castilla hace parte del departamento de Loreto que se ubica en la zona noreste de Perú. Es el departamento más extenso del país y uno de los menos poblados. El departamento comprende una vasta zona de la llanura aselvática, surcada por numerosos ríos de gran caudal; esta 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).

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. Leticia y Tabatinga son ciudades gemelas y la frontera con Santa Rosa está bordeada por el río Amazonas.

## Población Indígena

La región está habitada por un numeroso poblado indígena. La población Tikuna es la más numerosa entre los grupos étnicos locales.

**Mapa 2: Ubicación de los territorios indígenas y área de concentración del estudio**



<sup>2</sup> Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em <[www.atlasbrasil.org.br](http://www.atlasbrasil.org.br)>.



En la ciudad de Leticia existen quince (15) resguardos indígenas constituidos bajo normatividad nacional vigente<sup>3</sup>, tres (3) adicionales en proceso de constitución, veintitres (23) cabildos (autoridad administrativa representativa de la comunidad indígena), veintiocho (28) comunidades indígenas y seis (6) organizaciones indígenas con jurisdicción administrativa en el municipio de Leticia. Todas con autonomía jurisdiccional, en consonancia con Usos y Costumbres los cuales desde los elementos socio-culturales y antropológicos de estas comunidades indígenas son integrados como un todo (Alcaldía Municipal de Leticia , 2020).

El municipio de Puerto Nariño ubicado al occidente de la capital amazónica consiste en un amplio territorio rural donde se ubican: el resguardo indígena de los Tikuna, KoKama y Yagua llamado ATICOYA; las Parcialidades,<sup>4</sup> Comunidad de Patrullero, Veinte de Julio, Puerto Esperanza y Valencia; el Parque Nacional Natural Amacayacu y terrenos baldíos (áreas que no se encuentra dentro del área del Resguardo Indígena). No obstante, son consideradas desde la cosmovisión de los pueblos como parte del territorio ancestral. Como eje y corredor fluvial principal navegable se encuentra el río Amazonas, que permite comunicarlo con las poblaciones peruanas vecinas y con el municipio de Leticia, propiciando el intercambio económico, social, educativo, cultural y administrativo (Alcaldía Municipal de Puerto Nariño., 2020).

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el año 2018, las comunidades y pueblos indígenas distribuidos entre los municipios de Leticia y Puerto Nariño son: Tikuna, Yaguas, Cocamas, Murui, Miraña, Yucuna, Nonuva, Ocaina, Andoke, Karijona, Kawiari y Muinane (Cuadro 1), los cuales, están distribuidos en 16 resguardos (Cuadro 2). Sin embargo, hacemos referencia que posiblemente abría un sesgo en la información de la población indígena del sur de Tarapaca (área no municipalizada), que hace parte del Trapecio Amazónico y no esta referenciada en los datos poblacionales o en la distribución de etnias indígenas por resguardos.

**Cuadro 1: Pueblos Indígenas en la triple 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
		Kawiari	42	162	204
		Muinane	0	957	957

<sup>3</sup> En consonancia con lo preceptado mediante el Decreto Nacional No 2164 de 1995 y los artículos 63 y 329 de la Constitución Política de Colombia los resguardos son propiedad colectiva de las comunidades indígenas y tienen el carácter de inalienable, imprescriptible e inembargable, consideradas como instituciones legales de carácter especial conformada por una o más comunidades indígenas. Gozando de las garantías de la propiedad privada y una organización sociopolítica autónoma amparada en el fuero indígena, este último desarrollado y amplificado por vía jurisprudencial de la Corte Constitucional de Colombia. Su administración descansa bajo la figura de Cabildo y/o autoridades tradicionales, las cuales propenden por el cuidado y defensa de los elementos cosmogónicos, sociales y culturales de las comunidades que conforman el resguardo.

<sup>4</sup> Conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 2164 de 1995, una parcialidad indígena: “Es el grupo o conjunto de familias de ascendencia amerindia, que tienen conciencia de identidad y comparten valores, rasgos, usos y costumbres”.

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

Fuente: Elaboración propia. Consultoría Informe de Análisis de Situación de Salud de Pueblos Indígenas con Base Territorial y Transfronterizo Perú-Colombia-Brasil. OTCA. 2021. Datos tomados de DANE. 2018. Es importante referir que, en la fuente oficial de datos poblacionales de Colombia DANE, se pueden evidenciar datos poblacionales de los pueblos indígenas por municipio, sin embargo, no se evidencia la distribución poblacional de cada pueblo indígena por sexo y edad en cada municipio, solo, a nivel nacional.

**Cuadro 2: Distribución de los grupos étnicos indígenas por resguardo. Leticia y Puerto Nariño.**

Nº1	Resguardo	Grupos Étnico Indígena
1	Km 6 y 11	Tikuna/Huitoto
2	ATICOYA del municipio de Puerto Nariño	Tikuna/Cocama/Yagua
3	Uitiboc	Uitoto/Tikuna/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 Verge	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

Fuente: Elaboración propia. Consultoría Informe de Análisis de Situación de Salud de Pueblos Indígenas con Base Territorial y Transfronterizo Perú-Colombia-Brasil. OTCA. 2021. Datos tomados del Plan de Desarrollo de Leticia. 2020-2023.

En el lado brasileño, para los fines de este estudio, se considerará la población indígena de la región del Alto Río Solimões, con exclusión de los grupos indígenas que habitan en la Tierra Indígena Vale do Javari, que son objeto de consulta separada. La población indígena de esta área<sup>5</sup> suma 70.526 personas que viven en 235 comunidades en los municipios de: Tabatinga, Benjamín Constant, São Paulo de Olivença, Amaturá, Santo Antônio do Içá, Tonantins y Japurá, con 28 tierras indígenas cuyas aldeas están ubicadas a orillas del río Solimões - Jacurapá, Camatiã, Jandiatuba, Tacana, Igarapé de Belém, Uaiti Paranã, Jacapari, Matintin - ríos Iça y ríos Apoporis e Iça.

La población indígena de dicha subregión está compuesta por 7 etnias: Tikuna, Kokama, Kaixana, Kambeba, Kanamari, Witoto y Maku-Yuhup; de los cuales, los Tikuna son considerados el grupo étnico más poblado de Brasil, con 46.000 individuos aproximadamente.

**Cuadro 3: Pueblos indígenas en la triple frontera- Brasil.**

País	Estado	Municipio	Terras indígenas	Etnia	Total, de personas
Brasil	Amazonas	Tabatinga	Evaré I, Evaré II, Sapotal y Tikuna do Umariacú.	Tikuna y Kokama	20.093
		Benjamin constant	Bom Intento, Guanabara, Lauro, Sodré, São Leopoldo, Sururuá, Tikuna de Feijoal, Tikuna de Porto Espiritual y Tikuna de Santo Antônio.	Tikuna y Kokama	15.094

<sup>5</sup> No se añadió la población indígena que vivía en zonas urbanas.

		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 içá	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	Rio Apaporis	Maku-Yuhup	416
		Población total indígena			70.891

Fuente: Dsei Alto Rio Solimões/SIASI, 2021

En Perú, la región Loreto alberga a 11 familias lingüísticas (84,6 % de las lenguas indígenas habladas en el país) y 29 etnias. Las comunidades indígenas amazónicas de la región Loreto tienen una mayor presencia en las provincias de Maynas y Datem del Marañón, mientras que la provincia de Mariscal Ramón Castilla, nuestro enfoque, tiene un 8% de presencia indígena amazónica. Los Tikuna es el pueblo que está más cerca del sur del Trapecio Amazónico y según el censo demográfico oficial del Perú (INE, 2017), la población Tikuna de la provincia de Ramón Castilla asciende a alrededor de 8.844 habitantes distribuidos en comunidades nativas, ribereñas, caseríos y ciudades intermedias.

**Cuadro 4: Pueblos Indígenas en la triple frontera - Peru**

País	Departamento	Provincia	Distrito	Etnias	Total, por etnia	Total, de personas
Perú	Loreto	Ramón Castilla	Ramón Castilla	Yagua	1310	7.422
				Kukama	161	
				Tikuna	5951	
			Pebas	Bora	612	3.295
				Yagua	2362	
				Murui-Muinami	272	
				Ocaina	42	
			Yavarí	Resígaro	7	3.167
				Kichwa	46	
				Ashaninka	20	
				Matsés	32	
				Bora	68	
				Kukama Kukamiria	64	
				Tikuna	2280	
			San Pablo	Yagua	657	2.854
Achuar	150					
Awajún	80					
Tikuna	613					
			Yagua	2011		

Fuente: INEI, 2017

## Contexto Histórico y Antropológico de los Pueblos Indígenas en el Alto Río Solimões

Los primeros registros históricos sobre la ocupación de grupos humanos en la región se remontan a antes de 1690, cuando misioneros españoles y portugueses, recolectores de drogas y cables de tropas llegaron al Alto Río Solimões (Porro, 2009). La riqueza de recursos de llanuras aluviales y técnicas de almacenamiento en zonas ribereñas, permitió el surgimiento de organizaciones sociales con líderes que controlaban a miles de habitantes agrupados en ciudades como: la Arikana, Omagua, Tikuna y Kokama, a orillas del Amazonas y afluentes y en el curso bajo del río Içá (Putumayo). Se sabe que estos pueblos practicaban un comercio basado en redes regionales, entre ellos, la comercialización de oro.

Fue durante este período que los jesuitas españoles crearon varios pueblos a orillas del río Solimões, que dieron lugar a los pueblos como São de Olivença, Amaturá y Fonte Boa. Tales misiones se dirigieron especialmente a los Omagua, que entonces era el grupo indígena con mayor volumen demográfico, con potencial militar y redes económicas establecidas en la región, pero también a otros grupos como el Kokama, en la Amazonía peruana, y los Tikuna que entonces vivían en "tierras firmes" en arroyos altos. Los primeros pueblos o ciudades fueron el resultado del proceso de la agrupación de Omaguas, Tikunas y varios otros pueblos ahora extintos (Oliveira, 2002).

Las formas de ocupación en la región describen un rasgo fundamental en la historia indígena en la Amazonía: el fenómeno demográfico y cultural de internalización de los grupos indígenas a tierras firmes. A medida que los colonos llegaron a la región, muchos grupos o familias huyeron a áreas de tierras entre los ríos interfluvios o se extinguieron por las epidemias. La presencia de asentamientos ribereños se restableció a partir de la aparición de órdenes misioneras en la región, que duró con fuerza hasta mediados del siglo XVIII (Cunha, 2009) (Santilli, 2002). Podemos decir que estos dos movimientos, de interiorización y aldea misionera, provocaron una reconfiguración de la realidad etnográfica en la región que mantiene sus marcas hasta nuestros días, entre sus principales características se encuentran: (a) la desaparición de grupos étnicos, como los Omagua, que formaban un estrato social "ribereño" inserto en la sociedad colonial y marcado por el desarraigo de sus orígenes étnicos; b) la dispersión de los grupos indígenas en tierras firmes en el bosque y organizados en unidades domésticas o sociedades más pequeñas, a medida que se aislaron, sus culturas y economías se atomizaron; y c) la reconstitución parcial de nuevos asentamientos indígenas inducidos por misioneros.

Así, los Tikuna solo se establecieron en la franja ribereña después de la incorporación de los Omagua a las aldeas misioneras, ya que antes de eso, los Omagua dominaban las orillas de los ríos e impusieron su supremacía militar sobre los Tikuna y otros pueblos de la región (Oliveira, 2002). A finales del siglo XIX, los Tikuna, que anteriormente estaban restringidos al área entre la orilla izquierda del Solimões y el río Içá, ya se encontraban asentados en toda la región, incluidos los barrancos en las orillas derechas del río Solimões; quienes se adaptaron a la región y se hicieron conocidos por su habilidad en la construcción de canoas y la pesca.

Alrededor de 1875, los comerciantes del interior de Ceará se establecieron en la región, reanudando una nueva fase de colonización con la apertura de plantaciones de caucho. El auge del caucho llevó a una expansión de las relaciones que conectaron a los colonos blancos con los pueblos indígenas. La explotación del caucho en estas tierras llevó al derrocamiento de grandes malocas y la

distribución de la población indígena en familias nucleares en las "colocaciones" de las plantaciones de caucho, siendo fundamental la mano de obra los Tikuna, en las plantaciones de caucho; sin embargo, en este mismo periodo los Kokama de la Amazonía peruana comenzaron un movimiento migratorio hacia el alto río Solimões, por lo tanto, también fueron incluidos en la explotación de caucho. Por su parte, el dominio de los "jefes" del caucho persistió hasta principios de la década de 1940 y durante esta época la población indígena Tikuna estuvo expuesta a la violencia, el miedo y el terror. Se manifestaron enfermedades como la malaria, chagas, leishmaniasis, transmitidas por las jeringas de goma, que ellos mismo producían.

El "Informe de observaciones e investigaciones en los ríos Solimões, Juruá y Tarauacá" (SCHWEICKARDT, 2007), elaborado por un comité científico compuesto por Oswaldo Cruz y Carlos Chagas, presentó por primera vez los problemas de salud de la población en las plantaciones de caucho, infiriendo que estos problemas también afectaron a los pueblos indígenas que trabajaban en estas localidades, como los Tikunas.

A partir de la creación de un puesto del Servicio de Protección Indígena (SPI), en la región surgen nuevas dimensiones en las relaciones entre los indígenas y blancos. En primer lugar, destacamos la creación de la figura de un liderazgo único dentro del pueblo, que no existía en de la tradición Tikuna. Este liderazgo, indicado por el jefe del puesto, hizo el diálogo no solo con los agentes del SPI, sino también con los comerciantes y otros agentes públicos. Además, el puesto, estructurado en Tabatinga, atrajo a las familias Tikunas a las fincas adquiridas por la agencia. Así, la ciudad que fue un pequeño núcleo de población blanca formado por militares y comerciantes, también tiene a los Tikuna como miembros de la red social que allí se asentaron.

Las aldeas Tikuna más grandes se estructuraron a partir del asentamiento de órdenes misioneras. Es el caso de Belém do Solimões, hoy con una población de más de 5000 personas que tuvo el desempeño de la Iglesia Católica como el principal generador de infraestructura de salud y educación. Además, los otros dos grandes pueblos de hoy, Campo Alegre y Betania, fueron adquiridos por misioneros bautistas como una de las estrategias para movilizar a la población indígena de la región: hicieron que la tierra estuviera disponible para aquellos que querían vivir juntos, compartiendo las enseñanzas de su religión. Pero estos pueblos realmente se estaban poblando a partir de la aparición del movimiento mesiánico de la Hermandad de la Santa Cruz. El movimiento fue un catalizador para la integración de los pueblos indígenas en la cultura blanca, incluido el propio SPI, y comenzó a apoyar a los líderes indígenas vinculados al movimiento (Oliveira, 2002).

A finales de 1981, desde la discusión de la propuesta de demarcación de sus tierras, los Tikuna comenzaron a organizarse de manera institucionalizada, creando así consejos y organizaciones temáticas para tratar los asuntos de orden público. El proceso de reconocimiento de tierras culminó en la demarcación de las llamadas Tierras Indígenas Tikuna en 1993.

Hoy en día, la pesca es una de las actividades productivas más importantes para los Tikuna y otros pueblos de la región, siendo el pescado la principal fuente de proteínas. La base de la dieta es el pescado con harina de yuca, que se complementa con otros productos agrícolas familiares, frutas recolectadas y alimentos adquiridos en la ciudad como: arroz, café, pastas y galletas. Algunas familias compran estos insumos en grandes cantidades para revender en el pueblo. Al igual que otros pueblos indígenas, hay poco movimiento monetario entre ellos; sin embargo, comercializan e intercambian

algunos productos como la harina de yuca. Adicionalmente, muchos pueblos indígenas son empleados en puestos de salud y educación, además de recibir beneficios sociales como la jubilación y la Bolsa Familiar.

La lengua Tikuna es ampliamente hablada, por numerosos habitantes (más de 30.000) cuyas comunidades se distribuyen en tres países: Brasil, Perú y Colombia. En las aldeas que están en el lado brasileño, el uso intensivo de la lengua Tikuna, no evidencia amenaza por la proximidad de las ciudades o por la convivencia con hablantes de otras lenguas dentro de su propia área; dichas poblaciones con quienes no se comparte la lengua originaria, son minoritarias y terminan sometiéndose a la realidad Tikuna, razón por la cual, pueden no representar una amenaza desde un punto de vista lingüístico.

La lengua Kokama fue clasificada como parte de la familia Tupi-Guaraní, con lengua Tupí y es muy similar a la lengua de los Omagua. Los Kokama que, en el lado brasileño viven entre los Ticuna ya no emplean Kokama como su lengua originaria, actualmente, ha sido sustituida principalmente por la lengua portuguesa. Por otra parte, las aldeas y los desplazamientos impuestos primero por los misioneros y posteriormente por los frentes extractivos, dificultaron la reproducción física y cultural de estos grupos que incluso negaron su identidad indígena durante muchas décadas. Sin embargo, con la mayor participación y aceptación de los pueblos indígenas en la sociedad brasileña desde la década de 1980, la identidad kokama ha sido más valorada en el contexto de sus luchas políticas por la tierra y el acceso a programas diferenciados de salud, educación y alternativas económicas.

### **Contexto Político y Antropológico de los Pueblos Indígenas en el Trapecio Amazónico Colombiano**

El Trapecio amazónico está conformado por los municipios de Leticia (capital del departamento de Amazonas) y Puerto Nariño, y la parte sur de Tarapaca (área no municipalizada<sup>6</sup>), como se refiere anteriormente en el apartado del contexto territorial, lo componen varios resguardos indígenas en los cuales, residen varias comunidades y pueblos indígenas que representan características sociales económicas y políticas diferentes reconocidas en por la norma colombiana.

A continuación, presentamos un breve contexto político y antropológico de algunos de los pueblos del área de estudio, iniciando con la descripción del pueblo Yagua, el cual está conformado por comunidades independientes y distantes una de la otra, lideradas por un curaca (jefe) como máxima autoridad, su cosmovisión se cimienta en mitos animistas; es decir, creen en que los objetos y los elementos naturales tienen alma. Dentro de las concepciones culturales piensan en el agua como elemento fundamental de vida, por lo que es una parte importante en sus rituales. Patrilineales, por lo que después del matrimonio la residencia se da en la casa de los padres del esposo, elemento importante al momento de diseñar metodologías para la construcción de conceptos propios desde un enfoque cultural (Organización Nacional Indígena de Colombia, 2022).

Por su parte, el pueblo Cocama, al igual que otros grupos indígenas del resto del país se encuentran en una progresiva transformación y adaptación a la cultura occidental, despojándose de elementos identitarios tradicionales, provocando que varios elementos que componen su cosmovisión, sufran adaptaciones en sus creencias religiosas causando un sincretismo católico con el

---

<sup>6</sup> Área no Municipalizada: Las áreas no municipalizadas, presentes en los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés en Colombia, son territorios que no coinciden con las entidades territoriales de nivel local definidas en la Constitución de 1991, por lo que la gestión de estas está en manos del departamento al que pertenecen. A partir de una revisión normativa y documental para identificar las razones y particularidades que han impedido su formalización como entidades territoriales se pudo determinar que estas áreas presentan características sociales, económicas y ambientales muy diferentes de los demás territorios colombianos. <https://recyt.fecyt.es/index.php/CyTET/article/view/81340> . 2022.

ancestral, en medio de las prácticas propias como los rituales relacionados con la muerte; específicamente en lo referido a la disposición final de los cuerpos que son sepultados en cementerios, conforme a las ceremonias de los grupos no indígenas que profesan sus prácticas en el cristianismo católico. Sin embargo, es necesario indicar que aún se conservan elementos representativos de su cosmovisión, como la adoración al “Maisangara”, el espíritu creador del cual afirman que descendieron. De manera análoga, se encuentra que en su entorno cotidiano y práctica de rituales, la brujería los diferencia frente a las prácticas realizadas con otros grupos indígenas, dado a que constituye un medio importante para tratar las situaciones de conflicto. Adicionalmente, para los aspectos relacionados con la salud física y espiritual, tienen varios especialistas mágico-religiosos entre los cuales sobresale el Chamán y el Curandero, quienes para la curación utilizan hojas de tabaco, hojas de palma, creolina, alcanfor y agua florida (Toda Colombia, 2019).

Ahora bien, en el Trapecio Amazónico predomina el Pueblo indígena Tikuna, en comparación al resto población étnica y dentro de algunas de las características culturales más relevantes se encuentra el pintarse la piel con pigmentos naturales provenientes de los árboles tropicales de la región, entre ellos, el árbol de la genipa. Este pueblo indígena, pese a reconocerse bajo esta denominación, suelen identificarse como Du-u que en lengua originaria significa “gente”. Tradicionalmente se ha asentado en ambos costados del río Amazonas y los arroyos que desembocan en él, especialmente cerca de las fronteras de Perú, Colombia y Brasil. Dentro de la cosmovisión se dice que antes fueron peces y que su padre “Yoi”, los sacó de las aguas usando como carnada tubérculos de yuca. Uno de los rituales que se destaca es la “fiesta de pelazón”, realizada para marcar el paso a la adultez de las jóvenes Tikuna. Su lengua materna es denominada Ticuna y se habla en el río Amazonas pasando por Perú, desde la Isla Cajacuma hasta la frontera brasileña; sin embargo, se conoce que el español ha ganado predominio en los hogares de las comunidades. Por otro lado, su organización social y política concibe el mundo natural como un todo, esa relación entre la naturaleza y cultura sustenta la base social Ticuna, donde los Kiá (unidades de filiación patrilineales) son el eje fundamental (Ministerio del Interior Colombia., 2022).

Por otro lado, el pueblo conocido como Meamuyna o Boro, se encuentra localizado en el departamento de Amazonas, Colombia; asentando en diferentes puntos de la riberas del río entre el Putumayo y Amazonas. Del mismo modo en Perú se asientan en las riberas del río Ampiyacú, y según el informe del año 2013, emitido por el Ministerio de Educación de Perú, la familia lingüística Bora es considerada como una lengua en riesgo de desaparecer, en algunos casos por la falta de transmisión de saberes y el desinterés en aprenderla; situación que se ve replicada en Colombia en algunos pueblos indígenas, con un acentuado desarraigo y despreocupación de parte de la juventud, por mantener viva su lengua originaria. En cuanto a la organización sociopolítica de los Bora se dice que tradicionalmente ser organizaban en clanes y vivían en malokas usadas como viviendas, y que constituyen una unidad sociocultural y política. Este espacio representa el microcosmo de los Bora, es el lugar donde preparan ancestralmente sus alimentos y medicinas tradicionales, llevando a cabo las prácticas: educativas, de salud, políticas y económicas propias (Del Amazonas, Enciclopedia amazonica en línea., 2022).

Por lo que se refiere al Pueblo Huitoto, este habita las selvas de los departamentos del Putumayo y Amazonas, en las zonas de la riberas de los ríos de dichos departamentos y en la frontera con los vecinos países de Perú y Brasil, quienes de forma autónoma se dividen en Murui o "gente del

occidente" y Muinane o "gente del oriente"; los cuales comprenden tres grupos con lenguas diferentes que presentan varios dialectos, dentro de los que se destacan: el bue, mika, nipode y minika, dialectos mutuamente inteligibles. Antiguamente vivían en grandes viviendas colectivas, sin embargo, en la actualidad viven en viviendas individuales por hogar, ubicadas alrededor de una maloka. Por su parte, la organización social y política consiste en la conformación de clanes exogámicos y patrilineales, entre los cuales se destacan los piña "kiyeyimijo", maguaré "kimijo", gusano "chumoju", gaigomijo y el clan coco "nejegaimjo" (Ministerio del Interior Colombia, 2004).

Según los relatos del año 2021 de algunos de los líderes indígenas y funcionarios públicos del departamento de Amazonas, estos pueblos vienen siendo atomizados por situaciones de extrema vulnerabilidad, desplazamiento por conflicto armado y/o narcotráfico. Situación que ha obligado a familias extensas a desojarse de los territorios para llegar a las grandes capitales de Colombia como Bogotá, Cali y Medellín; de igual manera, se han visto obligados a desplazarse a las tierras fronterizas de los países vecinos de Brasil y Perú (hablando en el caso del Trapecio Amazónico). Tales problemáticas debilitan las prácticas socioculturales tradicionales de estos pueblos indígenas, que permean las estructuras sociales de su cultura, obligándolos a reconfigurar sus relaciones territoriales, socio-culturales, políticas, espirituales, etc. en los nuevos lugares donde logran llegar buscando sobrevivir (Producto 3).

Finalmente, en lo referido a la organización política de cada pueblo indígena mencionado, tradicionalmente está representado desde estructuras propias que han sido heredadas milenariamente por sus ancestros, como brevemente fue descrito en este apartado; sin embargo, actualmente los pueblos indígenas del Trapecio Amazónico, se organizan bajo la figura jurídica de parcialidades o Cabildos (autoridad administrativa representativa de la comunidad indígena), conforme a lo dispuesto en la Ley 89 de 1890 para los Pueblos Indígenas de Colombia. A su vez, en el marco del Decreto 1088 de 1993, se conforman las Asociaciones de Cabildos y /o Autoridades Tradicionales Indígenas, las cuales en el caso de la amazonia colombiana, están representadas en Asociaciones de Autoridades tradicionales Indígenas del Amazonas (AATIS), conformadas en una Mesa Permanente de Coordinación Administrativa que trabaja con el gobierno departamental para examinar propuestas y definir políticas en temas de salud, educación, ambiente, economía, social y cultura sobre estos territorios (Ministerio de Educación, 2022). Cabe concluir que los cabildos y AATIS también hacen parte de organizaciones indígenas de la región como: CIMTAR, ACITAM, AZCAITA, ATICOYA, CAPIUL, CIHTACOYD, TIWA, ASOINTAM; y nacionales como la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), Organización Nacional de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana (OPIAC) y Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia Gobierno Mayor, quienes ejercen como un ente articulador para la construcción de políticas públicas en educación, salud, entre otras, con las instituciones nacionales de Colombia (Alcaldía Municipal de Leticia , 2020).

### **Pueblos Indígenas Aislados**

Tras el contexto mencionado y de manera contraria a las dinámicas sociopolíticas, culturales y territoriales de otros pueblos indígenas que participan en diversas esferas de la sociedad amazónica, 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 central que los efectos nocivos desencadenados por las situaciones de contacto colonial 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 concentración de este estudio como se describe más adelante.

En este orden de ideas, 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 Puré ubicado en territorio colombiano (Mapa 2). 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.

Cabe mencionar que en Colombia se reconoce un solo territorio de los Pueblos Indígenas en Estado Natural Yuri-Passé, entre las áreas no municipalizadas de Puerto Arica, La Pedrera y Tarapacá y el Parque Nacional Natural Río Puré, ubicados en el departamento de Amazonas; sin embargo, se estima que el país cuenta con aproximadamente 16 indicios de presencia de PIA en esta región (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).

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 Yuri-Passé, 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 socio-culturales; 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).

En esta misma línea de descripción, se evidencia que en Brasil los grupos indígenas en aislamiento se concentran en la Tierra Indígena Vale do Javari, en un área que choca con la región de estudio y que abarca los municipios de Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Jutaí y São Paulo de Olivença (Mapa 1). El Valle de Javari es considerado el territorio de los Kanamari, Korubo, Kulina Pano, Marubo, Matis, Matsés (también conocido como Mayoruna, o Mayuruna), Tyohom Dyapá y Yagua; a su vez, se reconoce como la región con mayor registro de presencia de pueblos indígenas aislados en el mundo. Según datos oficiales, hay al menos 16 grupos indígenas en aislamiento que habitan el

interior de las llamadas Tierras Indígenas, y fuera de sus límites en las áreas circundantes y periféricas (Fundação Nacional do Índio, 2017 apud Rodrigo Octavio et al., 2020)<sup>7</sup>.

### **Procesos Económicos y Sociales**

Por otro lado, la triple frontera amazónica, se encuentra aislada del resto de los países, debido a la falta de vías y medios de transporte y de comunicaciones, generando dinámicas territoriales de población dispersa. Su posición geográfica eventualmente aleja a estos municipios de sus centros políticos nacionales, presentando también bajas densidades de población, junto con un distanciamiento de la administración estatal que deviene en consecuencias políticas públicas ineficaces o inexistentes; lo que hace que estos municipios construyan sus propias relaciones socioeconómicas a lo largo de los años, como ocurre en el caso del municipio de Leticia (Colombia) y la ciudad de Tabatinga (Brasil), o el Municipio de Puerto Nariño (Colombia) y la ciudad de Caballo Cocha (Perú).

Cabe señalar que una parte importante de la población es indígena, perteneciente a varias familias lingüísticas con patrones culturales propios donde las comunidades aseguran su subsistencia, a partir de una utilización sostenida y diversificada de los recursos naturales del área, fundada en un conocimiento de la distribución espacial y oferta temporal de los mismos. A tal contexto, se agrega la situación geográfica compleja con 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.

Ahora bien, se debe considerar que los indicadores de desarrollo económico y social de la región son comparativamente bajos en paralelo con los promedios nacionales, si se tiene en cuenta la débil presencia institucional que atienda a las exigencias y necesidades poblacionales, incluida la población indígena (Souza, 2019).

Además, los flujos migratorios entre los países son intensos, principalmente el ingreso de peruanos y colombianos a Brasil que utilizan la ruta desde la ciudad de Tabatinga para llegar a Manaus - 1.607 kilómetros, en vía fluvial. Otra situación álgida en la triple frontera, es el acceso ilegal de personas que ingresan al país sin documentación, y se considera que la vigilancia federal de las fronteras es insuficiente por la extensión geográfica amazónica; por lo cual, mantener un control efectivo en estas condiciones de movilidad humana permanente, pareciera imposible si no se ajustan los mecanismos de control y vigilancia a las dinámicas territoriales.

En cuanto a las condiciones socioeconómicas, el comercio y turismo en Leticia se destacan como las principales formas empleadoras de la región que dinamizan la ciudad a nivel económico. En este sentido, se destaca la presencia de una cadena hotelera consistente en Leticia y aeropuertos internacionales y regionales con gran frecuencia de vuelos regulares conectados a las tres principales capitales amazónicas (Manaos, Leticia e Iquitos). En este mismo sentido, en lo relacionado con transporte para dar cuenta de la dinámica económica generada por medio de los puertos fluviales, no existe una modernización en la estructura portuaria y aduanera para los puertos de la región; lo cual,

---

<sup>7</sup> Se llevó a cabo una consultoría específica en el ámbito de este proyecto para tratar la Tierra Indígena Vale do Javari.

impide grandes flujos de exportaciones de bienes, que transitan desde la Zona Franca de Manaus hasta el Pacífico.

Llegados a este punto, es pertinente mencionar que los antecedentes nos refieren que en términos de producción económica en los modelos colonizadores, la historia de esta región ha sido sacudida desde mediados del siglo XIX, por una serie de conflictos, en particular el de 1932-1933 entre Perú y Colombia, y los auges económicos del caucho, tala de árboles, pieles, siembra, producción y comercialización de la hoja de coca; los cuales, modificaron profundamente la configuración sociocultural, económica y geográfica de la región fronteriza, que despojó a la población de sus territorios. Más adelante, para la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX, la economía de esta región se basó en la extracción de bosques, especialmente látex. La práctica duró hasta mediados de la década de 1920, cuando el producto entró en declive, al igual que todas las demás áreas productoras de caucho en el Amazonas.

Seguidamente del período de producción de caucho, la extracción de madera y el sector del mueble, en las regiones de Tarapacá y La Pedrera en Colombia, a lo largo del río Javari, y en Benjamín Constant, en el lado brasileño, la explotación decayó con la creación de legislación ambiental, demarcando áreas de protección y preservación ambiental, así como áreas de ocupación indígena. Aun así, la tala sigue siendo un medio de actividad económica en la región.

Posteriormente, la abundancia de recursos pesqueros en la subregión del Alto Solimões y los rasgos culturales de las poblaciones amazónicas, colocan a la pesca en una posición destacada en términos de generación de ingresos y empleo en esta región, además de representar la principal fuente de alimento para la población. La mayor parte del pescado proviene de ríos brasileños y va a Leticia donde la pequeña parcela (pescado a escala) es para consumo local, y la mayor parte es transportada hacia Bogotá en aviones para abastecer el mercado interno colombiano o exportarse a diferentes países<sup>8</sup>. De esta manera, en muchos municipios de Alto Solimões, la piscicultura ha ido emergiendo como una alternativa económica, apareciendo como un fuerte potencial de ingreso económico para la región.

En este mismo orden de ideas, otro producto que marca la identidad productiva de la región de Alto Solimões, es la yuca y su forma de producción familiar en Alto Solimões. Debido a la fuerte presencia de la cultura indígena en la región y las condiciones ambientales favorables, la yuca junto con el pescado y el plátano, representan un componente fundamental en la dieta alimentaria de la población regional. Así mismo, la yuca, es considerada el producto agrícola más importante en volumen de producción, aunque en la actualidad todavía se procesa de una manera bastante rudimentaria.

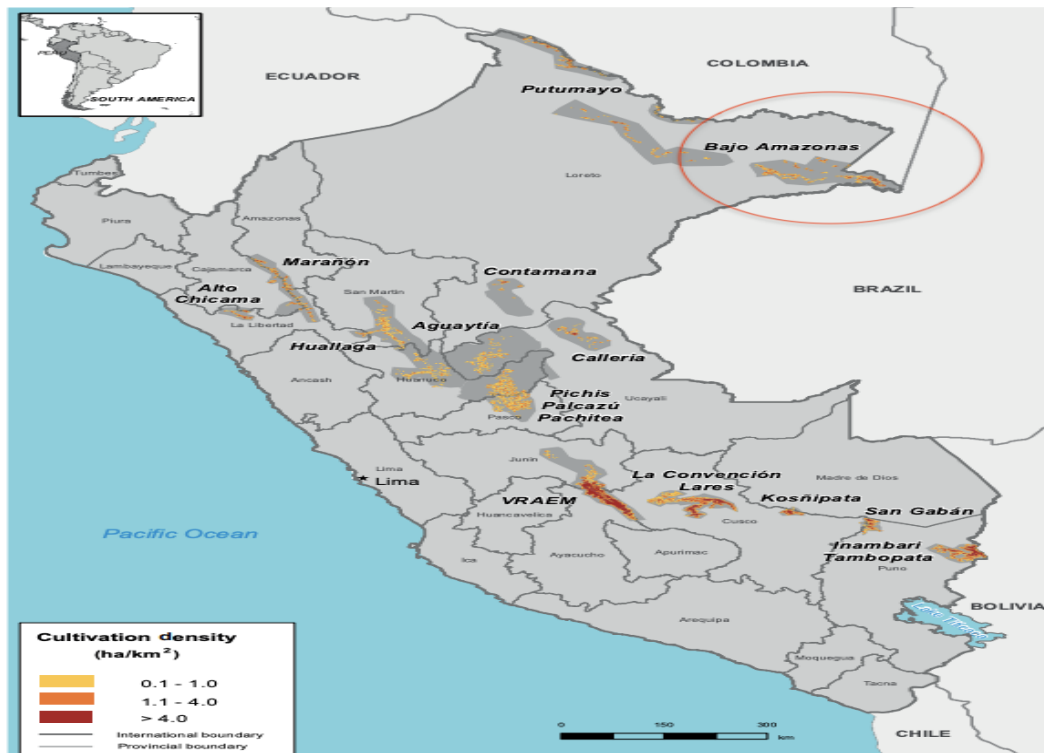
En este ejercicio, las comunidades indígenas y ribereñas son responsables de la alta producción de harina de yuca en la región, lo que constituye una alternativa de ingreso económico para estas comunidades. También vale la pena mencionar la importancia de las comunidades rurales en el Perú, en la siembra y comercialización de hortalizas para la región, para abastecer a las ciudades de Leticia y Tabatinga.

---

<sup>8</sup> Relatório de atividade "Estudio de Caso", do antigo Ministério do Desenvolvimento Regional do Brasil. Disponível em <https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosSNPU/Biblioteca/publicacoes/V---Estudos-de-Caso.pdf>. Acesso em 20/03/2022.

Paralelamente a las actividades económicas mencionadas, las actividades ilegales como el cultivo de hoja de coca y el narcotráfico son intensas en la región. Los antecedentes develan que el proceso de cultivo para la producción de cocaína comenzó en la década de 1970, expandiéndose en la región las actividades para el tráfico de drogas ilícitas que perdura hasta la actualidad (Santos, 2018). De manera similar, para el caso de Perú, el cultivo del arbusto de coca, regresa, a lo largo de la década de 1990, con un resurgimiento a principios del año 2000<sup>9</sup>.

Mapa 3 Plantación de coca en zona de colisión del trapecio Amazónico con Perú.



Fuente: Perú, Sistema de Información de Lucha contra las Drogas, y otros, "Monitoreo de la superficie cultivada con arbusto de hoja de coca en producción: Perú-2019", Memoria, N° 2 (noviembre 2020) apud World Drug Report 2021 (Organización de las Naciones Unidas).

En esta misma línea de interés, de acuerdo con el *Informe Mundial sobre las Drogas de las Naciones Unidas* (UNODC, 2021), se indica la existencia de una compleja red internacional de narcotráfico entre Colombia, Perú y el Estado de Amazonas en Brasil, considerado un problema endémico y crónico en el Trapecio Amazónico por los alcances y efectos internacionales en los territorios involucrados, que devienen en detrimento a la salud, aumenta la inseguridad y la disputa por el control territorial reproduciendo la violencia directa e indirecta en las regiones mencionadas. Adicionalmente, se incrementa el consumo de otras sustancias psicoactivas que a su vez, son indicadores del aumento en las actividades sexuales pagas que en su gran mayoría involucran la participación de menores de edad tanto para el expendio del narcotráfico, como para el consumo de drogas ilícitas.

Por otro lado, la actividad de extracción de petróleo y la minería ilegal en Perú, también son consideradas amenazas socioambientales que impactan la salud de la población, exponiendo a la población indígena a diversos tipos de enfermedades infecciosas y transmisibles como el COVID-19

<sup>9</sup> La información sobre el tráfico de coca en la región se puede obtener a través del Informe Mundial sobre las Drogas de las Naciones Unidas - World Drug Report 2021 (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8). Disponible en [https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21\\_Booklet\\_4.pdf](https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_4.pdf). Acceso em 25/03/2022.

que afectan la salud pública, al igual que sufren las afectaciones socioculturales provenientes de dicha actividad extractivista, dada las situaciones de despojo de tierras, las continuas disputas por el control territorial que permea la economía peruana del departamento de Loreto, porque en gran medida dependen de esta actividad.

## **PARTE 2 – BREVE DESCRIPCIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

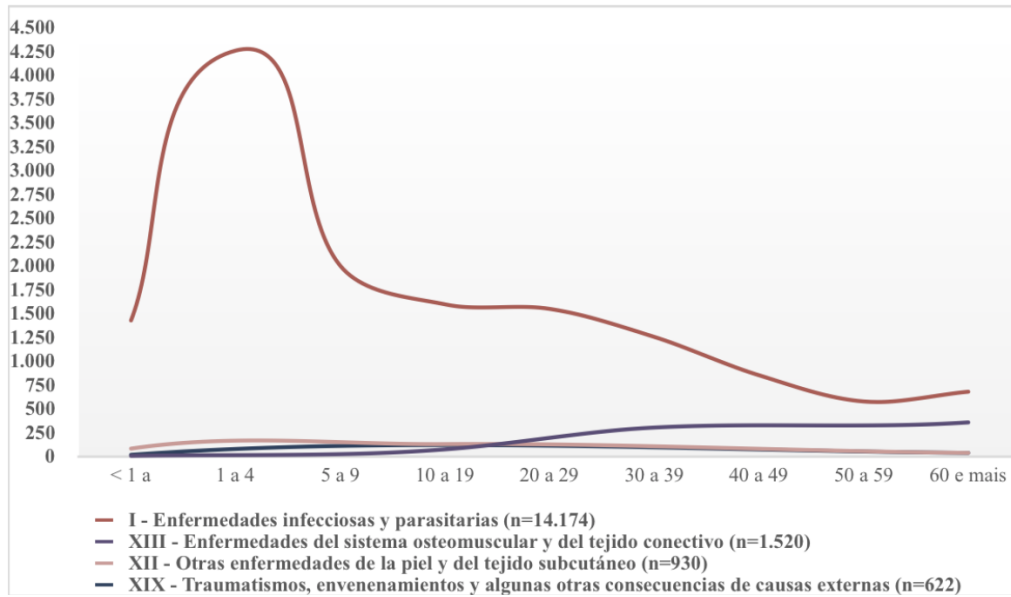
En el siguiente apartado, se presenta de forma sintética los principales hallazgos acerca del perfil epidemiológico de los indígenas circundantes en la región, obtenidos en la presente consultoría. Conviene subrayar que, para una encuesta de salud específica de la población indígena, se utilizaron datos del Sistema de Salud Indígena (SIASI) del Ministerio de Salud de Brasil, al ser el único país que cuenta con datos de morbilidad y mortalidad en salud estratificado por población indígena; por lo tanto, nuestra muestra para el perfil de salud indígena corresponde solo a la población que se encuentra en el lado brasileño de la frontera. Habría que decir también, que fue posible comparar los datos y extraer un perfil de la población indígena y no indígena de la región, a partir de la consulta de documentos oficiales como el “Plan Estatal de Salud de Amazonas 2019-2023” (Brasil), el “Análisis de Situación de Salud de Leticia y Puerto Nariño (2020)”, y el “Análisis de Situación de Salud de la Región Loreto (2020)”; además de consultar el documento "Resultados Definitivos del III Censo de Comunidades Nativas 2017" del Perú y de realizar entrevistas semiestructuradas con habitantes de la comunidad local.

### **Perfil de morbilidad y mortalidad en la Triple Frontera**

Abordadas las anteriores consideraciones y llegado a este punto, es pertinente mencionar que el abordaje de los diferentes documentos y el análisis de la totalidad de registros obtenidos en el estudio epidemiológico de la población indígena, 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. Por tanto, se debe tener en cuenta que 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.

Tales pruebas trascienden más allá de ser una característica epidemiológica, dado a que constituyen como evidencia de un proceso histórico que hasta el presente, no ha sido superado pese a las intervenciones en salud por parte de la Estado nacional. Este panorama situacional fue registrado desde las primeras crónicas de contacto con los portugueses que incursionaron en el territorio indígena y por el establecimiento del dominio colonial hasta la actualidad, continúa afectando a los pueblos indígenas presentes en las regiones sujeto del presente estudio.

**Grafica 1: Número de casos de enfermedad en las cuatro causas principales de la muestra (84.39%), por grupos etarios, en la población indígena de la región de Alto Río Solimões, Brasil, durante el año 2016.**

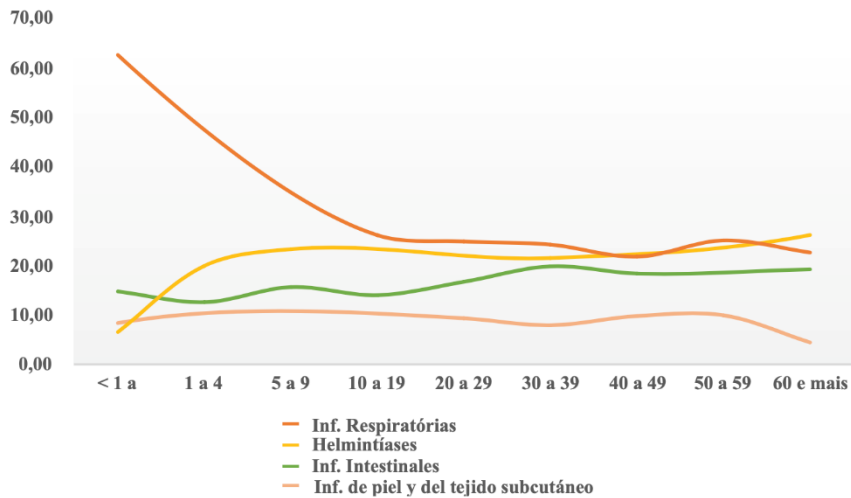


Fuente: Elaboración propia. Consultoría Informe de Análisis de Situación de Salud de Pueblos Indígenas con Base Territorial y Transfronterizo Perú-Colombia-Brasil. OTCA. 2021.

En la actualidad la definición de políticas públicas y la formulación de programas de salud, consideran todos los factores de causalidad, así la disponibilidad de tecnologías más rápidas de diagnóstico y de medicamentos de alta eficacia sobre los agentes patógenos, coexisten con las altas cifras de prevalencia de las enfermedades infecciosas. A pesar de los avances en las intervenciones clínicas, la persistencia de las enfermedades infecciosas debe ser asociada a las condiciones sociales de la población, especialmente a los factores externos que impactan en los modelos de subsistencia socioeconómica, como el tipo y uso de la vivienda (protección del clima, habitación colectiva, hacinamiento doméstico, etc.), el consumo e higiene de agua que suelen estar contaminada, así como otros impactos ambientales como la deforestación.

Las enfermedades respiratorias agudas también están entre las principales causas de defunciones en los tres países. Estas patologías tienen un componente de asociación importante con los determinantes de salud relacionados a las condiciones de vida de la población. La mayoría de los casos ocurren durante el "inverno" amazónico, el cual hace referencia a una época en donde hay presencia de lluvias e inundaciones en la región. Asimismo, se incrementa la humedad y aparece un ligero friaje que afectan sobre todo a los grupos más vulnerables (menores de 5 años, personas mayores, enfermos crónicos, etc.). Por tanto, las enfermedades respiratorias son la principal causa de mortalidad infantil tanto en el Departamento de Loreto como en Leticia, Puerto Nariño y para la población indígena de Alto Solimões, donde fueron observados 109 casos de mortalidad por infecciones respiratorias entre 2012 y 2015, con un porcentaje del (50%) sucedido en menores de 1 año.

**Gráfica 2: Proporción de diagnósticos de las cuatro principales enfermedades infecciosas (n=11.590), por cada grupo etario, en la población indígena del Alto Solimões durante el año 2016.**



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

Los datos recolectados demuestran la importancia y 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 la región en contradicción con el bajo número registrado en el área indígena en Brasil, lo que puede justificarse por un posible subregistro. En Perú, Loreto se encuentra entre los primeros lugares de casos de tuberculosis, y la incidencia ha seguido un curso casi estacionario a lo largo de los años, que de forma aparente ha disminuido en el 2016, sin embargo, aún existe brechas en cuanto a la búsqueda de sintomáticos respiratorios, donde se puede encontrar de manera temprana pacientes con tuberculosis. En Brasil, en 2019 se registraron 162 muertes por Tuberculosis en el Estado do Amazonas, manteniéndose la tercera tasa de mortalidad por tuberculosis más altas del país, con 3,9 muertes/100.000 habitantes. (Programa Nacional de Tuberculosis – PNCT/MS, 2019). En Leticia, la tuberculosis aparece en tercer lugar entre las causas de mortalidad por enfermedades transmisibles (ASIS Leticia, 2019).

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).

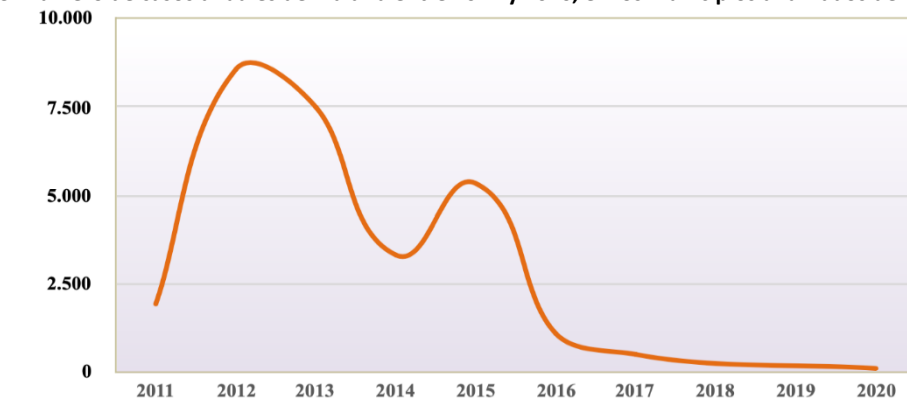
Al analizar la situación de salud de la muestra de la población indígena de Alto Río Solimões, encontramos que la infección por helmintiasis adopta una modalidad endémica que se presenta entre el 20% y 26% de la población, excepto en los menores de 1 año donde la madre es una intermediaria

con el medio ambiente, así como la fuente de nutrición fundamental de los niños. También 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.

Para ello, es muy importante la parte educativa desde el sector salud donde se implementen las medidas de prevención de la EDA. Esta acción puede ser bien desarrollada por los agentes comunitarios si están capacitados y cuentan con apoyo institucional. Otra medida es, por supuesto, garantizar el acceso de agua potable en las comunidades, así como el control continuo de la calidad del agua en estos lugares. Cabe destacar que, a pesar de los avances, estas medidas siguen siendo insuficientes en el contexto amazónico, especialmente en las comunidades indígenas.

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

**Gráfico 3: Número de casos anuales de malaria entre 2011 y 2020, en los municipios analizados del Alto Río Solimões.**

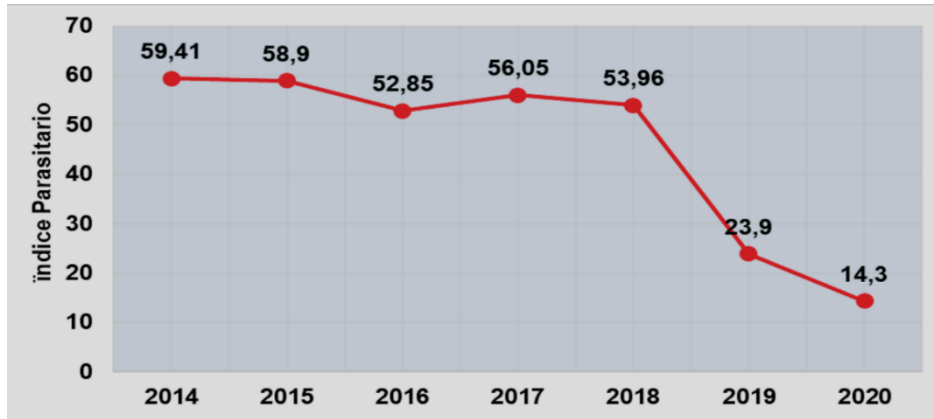


Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Malária (Sivep-Malária) y plataforma de datos del Sistema Único de Salud disponible en el sistema (DATASUS).

En Perú, como referencia el 2014, en el 2020 los casos por *P. vivax* ha disminuido en un 20 %, mientras que los casos por *P. Falciparum* ha disminuido hasta en 29% (ASIS Loreto 2020). En 2017, se inició en la región el control comunitario de la malaria mediante el “Plan de Malaria Cero”. El Gráfico 4, nos muestra que, en los últimos 7 años la región Loreto mantiene una tendencia de disminución de los casos de malaria, en relación al 2014.



Gráfico 4. Región Loreto. Índice Parasitario Anual (IPA) x 1000 habitantes de los casos de malaria. 2014 – 2020.



Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Metaxénicas apud ASIS Loreto 2020

En cuanto a otras enfermedades infecciosas por protozoos, las notificaciones de dengue aumentaron en zonas urbanas en el 2020 en plena pandemia del covid-19. Tanto Leticia como el Departamento de Loreto reportaron un aumento de casos en 2020.

Las Neoplasias también se encuentran entre las principales causas de defunciones en Leticia, Puerto Nariño, Departamento de Loreto y Estado del Amazonas. En Brasil, el estado del Amazonas en 2018, las neoplasias fueron la principal causa de muerte en el grupo de edad de 30 a 69 años y representaron el 21% de todas las muertes en esta población, principalmente se destaca los tumores malignos del cuello del uterino.

Se requiere, por lo tanto, fortalecer las acciones de detección temprana 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 propuestos. Sin embargo, la región no cuenta con centros de diagnóstico y tratamiento del cáncer, generando que los pacientes tengan que trasladarse a las ciudades principales de los países para ser atendidos por centros especializados, los cuales en consecuencia reciben un diagnóstico tardío, que es un factor determinante para impedir el éxito del tratamiento. En Tabatinga, por ejemplo, los laboratorios y tratamientos para el seguimiento de diagnósticos están centrados en Manaus y para Leticia, se encuentran en Bogotá D.C. Por lo tanto, es necesaria una estrecha mejora del flujo de comunicación y traslado de pacientes, así como una articulación efectiva de políticas públicas que permita la consolidación de estrategias para optimizar procedimientos médicos necesarios, como ocurre con la coloscopia en la ciudad de Tabatinga.

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. Las afecciones perinatales están relacionadas teóricamente con determinantes económicos, culturales y ambientales, también, pueden responder a intervenciones médicas de diagnóstico y tratamiento, especialmente durante el periodo prenatal, parto y los primeros días de vida.

Sin embargo, si por un lado, los datos epidemiológicos departamentales mostraron altas tasas de mortalidad por enfermedades perinatales en la población, esta hipótesis no se confirmó cuando analizamos los datos de una muestra de la población indígena del Alto Río Solimões. En este territorio analizado, las afecciones originadas en el periodo perinatal presentan muy pocos diagnósticos de patologías con un 0,31%. Lo anterior, puede ser interpretado desde la perspectiva de los autocuidados y de las prácticas culturales domésticas y comunitarias durante la gestación, parto y puerperio de la

población, donde el sistema de cuidados externos no tiene una injerencia significativa, inclusive en las actividades programáticas de control prenatal.

Este es un hallazgo importante, porque al relacionar las bajas tasas de enfermedades perinatales con la presencia viva de los sistemas de salud indígenas locales, al tiempo que contrarrestamos esta hipótesis con el escenario de la población no indígena, encontramos que el sistema de salud oficial no es suficiente si no cuenta y fortalece las prácticas locales de atención, porque son estos últimos los que están realmente disponibles y accesibles a la población.

### **Covid-19 en la triple frontera y pueblos altamente vulnerables**

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.

En cuanto a la mortalidad en la región, se observó el aumento gradual de casos en los municipios del Estado de Amazonas de Brasil en mayo del año 2020, desde la región metropolitana de Manaus, y extendiéndose por la red fluvial del interior del Estado, intensificándose en julio a los municipios de la zona fronteriza entre Brasil, Colombia y Perú, con disminución en agosto y septiembre del año 2020, y luego un nuevo aumento gradual de enero a mayo de 2021. De igual manera, se observa que en diciembre del año 2020, hubo un aumento de la mortalidad en el municipio de Tabatinga-BR y Letícia-CO, y esta última se asoció con un aumento en marzo de 2021; posiblemente porque no tomó medidas más estrictas de contención y distanciamiento social en el momento en que Tabatinga-BR se encontraba en crisis sanitaria, así como la demora en la contratación de personal de salud y la implementación tardía del plan de vacunación. Este hecho indica la necesidad, en el caso de la vigilancia sanitaria y la intervención para controlar la pandemia, de acciones conjuntas y coordinadas entre los países de las regiones fronterizas.

En cuanto a los casos graves, se destaca que la región amazónica presenta altas condiciones de receptividad y vulnerabilidad a la diseminación del SARS-CoV-2, resultado de las bajas condiciones socioeconómicas, alta concentración de población indígena y otros grupos vulnerables, situación que desmejora aún más, dadas las dificultades de accesibilidad a la atención de salud de mayor complejidad. Cabe resaltar que en la Amazonía brasileña, hay una deficiencia en el suministro de oxígeno en el estado y prácticamente inexistente en la frontera, lo que aumenta la necesidad de trasladar pacientes incluso a otros Estados. Sumado a ello, en el interior del Estado de Amazonas no existen Unidades de Cuidados Intensivos, como tampoco en los departamentos fronterizos amazónicos en Colombia.

La región de la triple frontera, ubicada en el trapecio amazónico (Mapa 1) 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 Letícia/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: Las ciudades de Tabatinga/BR y Letícia/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 (Mapa 2), 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 Letícia-CO, Benjamin Constant-BR, Santo Antônio de Itá 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, Yurí-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.

En resumen, la expansión de la Covid-19 en zonas rurales y pueblos indígenas sigue siendo motivo de gran preocupación por los problemas de acceso y estructura de los servicios de salud que presentan estas áreas, así como por situaciones de alta vulnerabilidad socioeconómica y desigualdad, intensificado por la presencia de actividades extractivas y económicas ilegales, como el narcotráfico, el acaparamiento de tierras, las misiones religiosas, la minería y la explotación de fauna y flora; aspectos nocivos enmarcados desde la memoria histórica de las epidemias que causaron mayor impacto en la reducción demográfica de los pueblos indígenas (Reis et al, 2017), combinado con la persistencia de enfermedades infecciosas. Lo anterior, nos lleva a concluir que existe una continuidad histórica de mayor vulnerabilidad epidemiológica de la población autóctona a patologías endémicas.

Otros factores asociados nos llevan a inferir que los pueblos indígenas de la región se encuentran en una situación más vulnerable frente al contagio y tratamiento del Covid-19, dentro de los cuales se pueden señalar: la intrusión de territorios indígenas para actividades ilegales, como la minería y la tala de árboles; la falta de infraestructura de saneamiento; la existencia de hogares con mayor promedio de residentes; la mayor distancia de los municipios con disponibilidad de camas en unidades de cuidados intensivos (UCI) y respiradores; las altas tasas de desnutrición; y por último, los altos niveles de hospitalización por enfermedades infecciosas y parasitarias, especialmente neumonía y diarrea, en todas las regiones del país.

De lo expuesto anteriormente, y considerando la atención y mitigación de la Covid-19, la vacuna es la mejor herramienta que tenemos para intervenir oportunamente a la población ante la gravedad de la enfermedad. Por lo tanto, es necesario lograr una alta cobertura de vacunación en un corto período de tiempo, teniendo en cuenta las condiciones sociales, territoriales, demográficas y ambientales en la triple frontera. Dentro de las alternativas de vacunación inferimos que las suministradas por la farmacéutica AstraZeneca debido a su esquema en la administración entre sus dosis, así como la vacuna Johnson & Johnson por tratarse de una dosis única, son recomendables para comunidades de difícil acceso y poblaciones aisladas, además de su mayor efectividad global.

Por ello, se recomienda a los países priorizar vacunas como las ejemplificadas en estas regiones y sobre todo monitorear la cobertura que siempre debe ser alta, sobre todo en regiones donde hay presencia de personas en aislamiento voluntario, considerando que esta población no ha tenido ausencia de vacunas, o en algunos casos no ha completado el esquema de vacunación.

Por otra parte, es necesario prever una 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, según las especificaciones de cada tipo de vacuna, normatividad o directrices específicas de cada país y la OMS.

De igual forma, es necesario contar con un plan de monitoreo, control y prevención, considerando que el invierno amazónico debe ser observado como un período crítico para la Covid-19, dada la conjunción de la enfermedad con la circulación de otros virus respiratorios y el aumento de casos de *arbovirus* que ocurren en este período, y podrían agravar la condición de salud del

paciente. A su vez, 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.

### **PARTE 3 - DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD NACIONALES Y LOCALES**

En este orden de ideas, se continúa con el siguiente apartado que tiene como objetivo, presentar los principales resultados del análisis comparativo y transversal de los componentes y características, relacionados con los sistemas de salud pública en la triple frontera, con el fin de contribuir a la comprensión acerca de la situación de salud en la región<sup>10</sup>. Los análisis nacionales se basan en estudios recopilados en una colección organizada por Giovanella et al (2012; 2015) y los datos locales se recopilaron a través de documentos institucionales y entrevistas con actores locales. Para ello, presentamos y comentamos acerca de las capacidades institucionales de cada país para atender las necesidades sentidas y demandadas por la población a lo largo de su ciclo vital, para luego presentar al final la situación de los sistemas de salud.

#### **Consideraciones iniciales**

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 por la interdependencia social entre los individuos y también por ser un derecho social especialmente para los más pobres. 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).

#### **Características de los sistemas de salud a nivel nacional**

##### **Sistema de Salud Colombia**

Colombia cuenta con un sistema de salud basado en un modelo de gestión que combina financiamiento público y aseguradoras privadas. El sistema asume el principio de separación entre los

---

<sup>10</sup> La comparación entre sistemas de salud si utiliza de los análisis realizados por Giovanella et al ( 2015; 2017) que se basaron en los resultados del Mapeo de los Modelos de Atención Primaria de Salud en los Países de América del Sur, realizado por el Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (Isags), organismo internacional del Consejo Suramericano de Salud, Unión de Naciones Suramericanas (Unasur). A partir de los resultados obtenidos por las autoras, se buscó acercar elementos locales y específicos de la población indígena a través del análisis de documentos oficiales como los Análisis situacionales de salud de Loreto, Perú, Leticia y Puerto Nariño, Colombia; del Plan Estatal de Salud del Estado de Amazonas, en el caso de Brasil, además del análisis de documentos relacionados con las políticas de salud subsectoriales, como la Política Nacional Brasileña de Atención de Salud Indígena. Posteriormente, los resultados de los análisis fueron discutidos en eventos colectivos y reuniones bilaterales con actores locales con el fin de complementar y validar la información obtenida.

servicios individuales, como las consultas externas y la atención familiar, y los servicios colectivos, como las acciones de vigilancia de la salud. En este caso, los servicios individuales serían responsabilidad de aseguradoras privadas y colectivos bajo el cuidado del Estado.

El sistema de salud se estructuró en dos esquemas (contributivo y subsidiado), con acceso regulado por el gobierno, que realiza encuestas anuales para clasificar el nivel de ingresos y las necesidades de la población registrada en el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales. En el régimen contributivo, la base del apoyo financiero son los aportes de trabajadores y empleadores, mientras que en el régimen subsidiado, el gobierno complementa los costos de asistencia de los asegurados de bajos ingresos que obtienen un paquete de servicios de salud. El Estado también asume la cobertura de las acciones no aseguradas por los planes de salud y la asistencia de la población no afiliada a través de un criterio prioritario en la atención de grupos vulnerables como niños, pobres y personas con enfermedades graves.

La gestión del sistema de salud colombiano está descentralizada al ámbito departamental que contrata a empresas promotoras de salud (EPS) y administradoras de régimen subsidiado (ARS), de acuerdo con los lineamientos de la Ley 100/1993. Los flujos financieros y las competencias municipales están regulados por la Ley 715/2001. Una desventaja del sistema colombiano es la segmentación de la protección de la salud, que genera desigualdades en el acceso con coberturas y redes de atención diferenciadas por segmento, además de la separación completa entre la atención individual y la vigilancia de la salud.

El derecho a la atención primaria está garantizado por la ley 1438 de 2011 que establece que la APS estará "constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana". La conducción de la atención primaria es la siguiente: la regulación del sistema es responsabilidad del gobierno central (nacional) y las autoridades locales de salud (de departamentos, distritos y municipios) definen e implementan modelos de APS con base en las acciones colectivas del plan de salud pública. La implementación está a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Empresas Sociales del Estado (ESE) de los regímenes contributivo y subsidiado y sus acciones son individuales y colectivas.

La interculturalidad desde los pueblos originarios tiene estrecha relación en la conducción de las EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud indígenas, de tal manera que en Colombia, las autoridades indígenas definen e implementan en concertación con el gobierno, el modelo intercultural de atención en salud con base en la APS. La Ley 1438 de 2011, establece el enfoque diferencial y la interculturalidad como uno de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, un sistema de salud intercultural y áreas no municipalizadas, donde se encuentran parte de las comunidades indígenas, no tienen servicios de salud ofrecidos de manera regular en sus territorios.

Actualmente, el gobierno colombiano a decretado el diseño, elaboración e implementación de Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural mediante el Decreto 1953 de 2014, y define en su artículo 83, numeral 1: Las entidades territoriales que cuente con población indígena deberán definir, adoptar, adaptar y ejecutar acciones en Salud Pública las cuales deberán ser pensadas e implementadas desde el enfoque intercultural, en coordinación y articulación con los lineamientos

que expide el ministerio de salud y protección social y la autoridades indígenas (Decreto 1953 de 2014). Cabe referir que la norma se expidió en el 2014 su implementación es escasa o nula en la región de estudio.

### **Sistema de Salud Perú**

El sistema de salud del Perú, así como en Colombia, es también un mixto público/privado segmentado. Incluye un seguro social de salud tradicional de carácter contributivo, un subsistema de seguro público asistencial focalizado en los más pobres, un subsistema privado y otro de las fuerzas armadas y policiales. Los prestadores públicos son los Gobiernos Regionales, Ministerio de Salud (Lima Metropolitana) y el Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidad de Fuerzas Armadas y Policiales y Municipalidades. Los prestadores privados corresponden a clínicas (empresas) privadas, ONG, parroquias, consultorios médicos privados, etc.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares 2017 del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI, 2017), un 77,2% de la población está afiliada a algún seguro de salud, aunque con diferencias por área de residencia, que favorecen al sector rural (87,5%), seguros en su mayoría subsidiados con relación al área urbana (74,5%). Aunque la proporción de asegurados está aumentando progresivamente, todavía hay una porción de la población sin cobertura de ningún tipo de seguro.

El primer nivel de atención en el Perú está compuesto por establecimientos de salud pertenecientes a prestadores públicos y privados. Por su parte, la responsabilidad de la prestación de servicios especializados en los establecimientos de salud públicos se encuentra a cargo de los Gobiernos Regionales, y el financiamiento se realiza mediante una transferencia per cápita desde el nivel central a los municipios, pero se dirige a seguros focalizados según el número de asegurados. Para la población sin seguro, existe un copago por los servicios prestados.

El sistema de salud peruano también se encuentra actualmente en una amplia reorganización resultante de la aprobación de la “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”. Aunque no se ha aplicado plenamente, el Perú ha optado por un sistema de aseguramiento universal con una cobertura mediante un paquete básico de prestaciones, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), el cual es brindado obligatoriamente a toda la población mediante un sistema de cuidado de la salud articulado que coexiste con una oferta de servicios públicos y privados articulados mediante mecanismos de intercambio de prestaciones. Para la población categorizada como pobre y extremadamente pobre, es brindada gratuitamente a través del SIS y su ingreso depende del Sistema de Focalización de Hogares (SISFHO).

En cuanto al enfoque multicultural, cabe mencionar que la Política Sectorial de Salud Intercultural ha sido aprobada en 2016, sin embargo, aún es poco implementada.

### **Sistema de Salud Brasil**

En Brasil, después de la Constitución Federal de 1988, el sector público comenzó a asumir directamente la cobertura de la atención y el derecho a la salud comenzó a ser considerado como un derecho y deber fundamental del Estado. El Sistema Único de Salud (SUS) cuenta con servicios propios que pueden vincularse a cualquiera de las tres esferas de gobierno: federal, estatal o municipal, y los

servicios de atención primaria son generalmente prestados por los municipios, de mediana y alta complejidad por los estados y por el Ministerio de Salud, regulando el sistema y la vigilancia epidemiológica.

Toda la población tiene derecho al acceso a los servicios de salud que se ofrecen en su territorio, aunque cuente con un plan de salud privado. Según la Encuesta Nacional de Salud (IBGE, 2019), la proporción de personas que tenían algún seguro privado de salud en las zonas rurales de Brasil fue del 7%, siendo el promedio urbano nacional del 32,2%. La red privada es tratada como un sistema complementario, que puede ser demandado por el gobierno para pruebas diagnósticas o atención de mediana y alta complejidad, especialmente en hospitales, en áreas donde no hay estructura gubernamental, todos los cuales están cubiertos por recursos públicos.

Los recursos financieros se pasan directamente a los municipios, quienes deben desarrollar un plan de metas que prevea cambios efectivos en la situación de salud de la población. Por su parte, el financiamiento del sistema es proporcionado por fondos de salud de nivel nacional, estatal y municipal, que son suministrados por recursos presupuestarios o de la recaudación tributaria y de seguridad social de empleados y empleadores, contribuciones sociales vinculadas a la rentabilidad de las empresas y concursos pronósticos (loterías), además de la cooperación internacional. Las transferencias entre esferas se producen a través de: transferencias profundas, basadas en el criterio de población y, más recientemente, por el rendimiento de la producción; acuerdos vinculados a acciones prioritarias o también, el pago de trámites realizados directamente a las entidades prestadoras de servicios, como en el caso de la atención hospitalaria.

El Estado brasileño ha desarrollado un subsistema de salud indígena con características diferentes al SUS. El Subsistema de Atención de Salud Indígena (SASISUS), fue establecido a través de la Ley N° 9.836/99, que agrega en la Ley 8.080/90 una disposición sobre las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y funcionamiento de los servicios correspondientes. Al crear SASISUS, la ley define, entre otras medidas, que la Unión será responsable de financiar el Subsistema, que puede complementarse con instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Actualmente, la fuerza laboral de salud indígena se realiza mediante contratación tercerizada, a diferencia de lo que ocurre con los municipios para la población en general.

El Subsistema está compuesto por una red estructurada de unidades operativas y administrativas, los Distritos Especiales de Salud Indígena (DSEI), dispersos en todo el territorio nacional y coordinados por el Ministerio de Salud. Cada DSEI tiene una población indígena bajo su jurisdicción y debe contar con otros servicios del SUS como la retaguardia, complementariedad y referencia para niveles de atención de complejidad media y alta. La Política Nacional de Atención de salud de los pueblos indígenas (PNASPI) se publicó en 2002 con los objetivos centrales de proporcionar los lineamientos para la adopción de un modelo complementario y diferenciado de organización de servicios a los pueblos indígenas, teniendo como punto central el reconocimiento de las especificidades étnicas y culturales de los pueblos indígenas, y sus derechos territoriales.

**Cuadro 5: Principales características de los sistemas de salud en Brasil, Perú y Colombia por componente y en perspectiva comparada.**

**Marco Constitucional**



<b>Brasil</b>	<p>Constitución Nacional vigente: 1988</p> <p>Artículo 196: “La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizado por medio de políticas sociales y económicas que tengan por objetivo la reducción del riesgo de enfermedades y de otros daños y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”.</p> <p>Artículo 198: “Las acciones y servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada y construyen un sistema único, organizado de acuerdo con las siguientes directrices: descentralización, con dirección única en cada esfera de gobierno; atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales; participación de la comunidad”.</p> <p>El Sistema Único de Salud (SUS) tiene como directrices: el derecho universal a la atención integral, prevención y cura en todos los niveles de complejidad del sistema, la participación social y la descentralización.</p>
<b>Colombia</b>	<p>Constitución Nacional vigente: 1991</p> <p>Artículo 48: “Considera la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y como un derecho irrenunciable de los habitantes, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de la ciencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”.</p> <p>Artículo 49: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.”</p>
<b>Perú</b>	<p>Constitución Nacional vigente: 1993</p> <p>Artículo 7: Derecho a la salud y protección al discapacitado: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma, a causa de una consecuencia física o mental, tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.</p>
<b>Estructura del sistema de salud</b>	
<b>Brasil</b>	<p>El Sistema Único de Salud tiene tres niveles de gestión – la Unión, con el Ministerio de Salud, los 26 estados y distrito federal y los municipios con correspondientes secretarías de salud y consejos de salud. Los tres entes federados tienen responsabilidades en salud. El Sistema Único de Salud tiene servicios públicos propios y contrata parte de los servicios privados especializados y hospitalarios. El sector privado está constituido por operadoras de planes y seguros privados de salud prepagos con cobertura del 25% de la población y por servicios privados a los que se accede por pagos directos de bolsillo.</p>
<b>Colombia</b>	<p>La arquitectura del sistema de salud colombiano propende por una alta especialización de las funciones de sus diferentes actores, la participación público-privada en el aseguramiento y en la prestación de servicios.</p> <p>Corresponde a un sistema de competencia regulada por el Estado compuesto por Empresas Promotoras de Salud (EPS), públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras y contratan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que proveen atención de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud (POS), hoy Plan de Beneficios de Salud diferenciado entre los regímenes contributivo y subsidiado.</p>
<b>Perú</b>	<p>Sistema de salud mixto, compuesto por un Sector Público: Ministerio de Salud/Seguro Integral de Salud; Seguro Social de Salud, adscrito al Ministerio de Trabajo; Sanidades de Fuerzas Armadas adscritas al Ministerio de Defensa; Sanidad de la Policía Nacional del Perú adscrita al Ministerio del Interior; y un sector privado que comprende a entidades prestadoras de salud, aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil.</p>
<b>Cobertura de salud</b>	
<b>Brasil</b>	<p>Acceso universal a todos los servicios sin distinguir a los usuarios. Entrada al sistema a través del principio de ciudadanía. Cobertura integral garantizada a todos los ciudadanos en todos los niveles asistenciales (promoción, protección y recuperación).</p> <p>Además del acceso al SUS, 25% de la población tiene doble cobertura – compran planes/seguros privados de salud individuales o colectivos (en parte con premios pagados por empleadores).</p>
<b>Colombia</b>	<p>Plan de Beneficios en Salud para todos los asegurados en régimen contributivo o subsidiado. El gobierno asume la cobertura de asistencia a la parte de la población que no está afiliada a en un plano contributivo.</p>
<b>Perú</b>	<p>La red MINSA atiende a la población de bajos ingresos; la red ESSALUD atiende a servidores públicos y profesionales liberales, la red militar atiende a la marina, aeronáutica, ejército y policía nacional, los servicios de seguros privados se desembolsan directamente.</p> <p>Proyección de cobertura total por Ley Marco do Aseguramiento Universal.</p>
<b>Financiación</b>	

<b>Brasil</b>	Los gastos públicos totales en salud como proporción del PIB es de 3,9% (2017). El SUS se financia por las tres esferas de gobierno: la Unión, los estados y los municipios. Las fuentes de financiación federal son tribuciones sociales. Los municipios deben utilizar al menos el 15% de sus ingresos fiscales con el sector de la salud.
<b>Colombia</b>	El gasto público en salud está en aproximadamente 5,5% del PIB (2017). Fuentes de financiación: régimen contributivo – empleadores (8,5%) y empleados (4%) sobre el salario mensual, pensionados con 12% del ingreso; régimen subsidiado – recursos nacionales transferidos a departamentos y municipalidades, recursos propios de las esferas subnacionales y 1,5 puntos de la coparticipación de los afiliados al régimen contributivo.
<b>Perú</b>	El gasto público total en salud corresponde a aproximadamente 3,5% del PIB (2017). Las fuentes públicas incluyen: ingresos fiscales, nacionales, provinciales/departamentales, municipales, impuestos generales y contribuciones a la seguridad social. Las fuentes privadas corresponden a gasto de bolsillo (75%) y a primas de seguros privados. Hay cobro de los servicios públicos para los no asegurados.

Fuente: Giovanella et al (2012; 2015)

### **Características institucionales locales de los sistemas de salud en la Triple Frontera: prestación de servicios y producción de tecnología y conocimiento para el enfoque intercultural**

#### **Sistema de salud en la región del Alto Río Solimões (Brasil)**

Considerando los registros del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES), la red de atención de la región es predominantemente pública, con solo unas pocas clínicas y laboratorios privados, lo que indica que la población depende de los servicios públicos de salud. Así mismo, se observa que la proporción de personas con algún plan de salud en la Amazonía está muy por debajo del promedio nacional, 16,3%, y concentrada en la ciudad de Manaus. El ingreso per cápita en las zonas rurales es mucho más bajo que en las zonas urbanas, así como el acceso a los servicios de salud privados es muy raro en las comunidades rurales y ribereñas.

En Alto Solimões, las unidades de salud que brindan atención ambulatoria y hospitalaria a la población general son los centros de salud, las unidades básicas de salud, la Unidad de Atención de Emergencia (UPA), los hospitales generales y algunas clínicas, las dos primeras modalidades de establecimiento exclusivo para la atención primaria. En cuanto a la atención ambulatoria para el tratamiento del covid-19, estas se realizan en la Unidad de Atención de Urgencias (UPA) que también se ubica en el municipio de Tabatinga y en otras 06 unidades hospitalarias de la región.

La mayoría de los establecimientos están bajo gestión municipal y las unidades hospitalarias son de poca resolución, realizan solo práctica general y obstetricia, el único establecimiento con mayor resolución es el Hospital de Guarnición de Tabatinga (HGUT) vinculado al Ejército brasileño que, por ser militar, no integra la red de SUS. HGUT tiene 05 camas de tratamiento de baja complejidad y ninguna cama de UCI, y por su parte, el hospital no atiende cirugías electivas, solo emergencias. Por lo tanto, los pacientes que requieren cama de UCI y / o cirugías electivas son referidos a Manaus.

Por lo tanto, se evidencia que hay un alto nivel de escasez de infraestructura médica en la frontera y en la Amazonía, la oferta de servicios de rehabilitación para personas con discapacidad es sumamente incipiente, especialmente en el interior, donde las acciones se realizan de forma aislada. Finalmente, la red especializada todavía se concentra en Manaus, que tiene la mayor estructura de servicios y profesionales especializados.

También integra en la estructura de la región:

- Dos (2) tipos de Servicio Móvil de Atención de Emergencia (SAMU), (1) uno terrestre y el otro (1) fluvial;
- Tres (3) Unidades Básicas de Salud Fluvial (UBSF), en Tabatinga, São Paulo de Olivença y Tonantins.
- Un (1) Centro de Atención Psicosocial (CAPS) en São Paulo de Olivença.
- Una (1) maternidad en Tabatinga que cuenta con una sala de partos adaptada para la población indígena.
- Un (1) Laboratorio Fronterizo de Tabatinga (LAFRON) vinculado al Laboratorio Central de Salud Pública (LACEN) bajo la gestión del estado de Amazonas.

En este sentido, el Ministerio de Salud de Brasil adopta como parámetro recomendado de concentración de médicos la tasa de 2,5 médicos por cada 1.000 habitantes; y en el Estado de Amazonas, esta relación está muy por debajo de la idealizada, donde incluso en la capital Manaus no se alcanza este parámetro, como tampoco en los otros 61 municipios donde la desigualdad es aún mayor, cayendo por debajo de 0,5 médicos a cada grupo de 1.000 habitantes, considerando todos estos municipios.

En relación con Alto Solimões, las especialidades médicas más frecuentes en la región son "médicos de familia" (atención primaria), medicina general, cirugía general y radiología. Dichos "médicos de familia" están presentes en casi todos los municipios de la región, aunque en pequeñas cantidades. Adicionalmente, la especialidad se considera fundamental para la efectividad de las acciones de primer y segundo nivel y, según se verifica, su número en la región se reduce considerablemente.

También cabe destacar la fuerte presencia de Agentes Comunitarios de Salud (ACS) Agentes Indígenas de Salud (AIS) en comunidades de toda la región. El papel de los ACS y AIS está marcado por el hecho de que representan la única fuente continua de atención en los intervalos de visitas de los equipos de salud y como resultado, la mayoría de sus actividades se llevan a cabo de forma autónoma. Aunque sean los actores más importantes en la relación entre el conocimiento popular de la salud y el conocimiento biomédico, todavía hay una falta de claridad en la definición del papel institucional de los ACS y AIS, especialmente aquellos que trabajan en áreas rurales. Estos profesionales están cerca de las familias de la comunidad y conocen los problemas de salud que les afectan. Sin embargo, muchos de los cuidados ofrecidos se basan en el sentido común (Garnelo, 2020).

### **Modelo de Salud para Pueblos Indígenas**

Como se mencionó anteriormente, a diferencia de la población en general cuyos servicios de atención primaria de salud son ofrecidos y organizados por los municipios, la atención básica de salud a las poblaciones indígenas que residen en las Tierras Indígenas del Alto Solimões, está bajo la responsabilidad de la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI) del Ministerio de Salud, a través del trabajo del Distrito Especial de Salud Indígena Alto Río Solimões (DSEI ARS).

La organización del territorio indígena en Brasil, con fines de atención a salud, está organizada en Polos Base (Mapa 11). Según información emitida por SIASI (Sistema de Información de Atención de Salud Indígena), en 2017, el DSEI ARS atendió a una población de 69.781 indígenas pertenecientes a 27 grupos étnicos y distribuidos en 234 aldeas. Los servicios de salud se organizan desde el nivel de los llamados Polos de Base, unidades administrativas y de atención que están vinculadas a los equipos



consiguiente, el desplazamiento de pacientes indígenas a Manaus se lleva a cabo de la siguiente manera:

- Transporte fluvial (barco común): en la ruta Tabatinga / Manaus, el tiempo estimado es de 03 días, regresando de Manaus a Tabatinga, el viaje dura 7 días.
- Barco express - El DSEI ARS tiene un contrato con empresas que prestan servicios de barco rápido, en este caso, el viaje dura aproximadamente 2 días.
- Taxi aéreo - DSEI ARS tiene un contrato con la compañía de taxis de la aerolínea para casos de retiro de pacientes postrados en cama que necesitan oxígeno.
- Vuelos comerciales - se solicitan en casos de pacientes no postrados en cama que necesitan ser retirados con urgencia debido a su condición clínica.
- UCI AÉREA - contrato de DSEI ARS o por el gobierno del Estado de Amazonas.

### **Sistema de salud en la región del Trapecio Amazónico (Colombia) - Leticia y Puerto Nariño**

El Departamento de Amazonas está certificado por el Ministerio de Salud como territorio descentralizado, así asumió las funciones de organización, control y supervisión del sistema de salud; haciéndose cargo de todas las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS, ubicadas en el departamento (hospitales, centros y centros de salud), además de ser el prestador directo de servicios en los municipios de Leticia y Puerto Nariño y en los 10 corregimientos. Para cumplir con este propósito, la estructura organizacional del Departamento de Salud de Amazonas cuenta con tres áreas: a) el área de gestión, encargada de la administración de los recursos y la dirección del sector; b) el ámbito de la seguridad, la vigilancia y el control; c) el ámbito de los servicios de salud (proveedores) encargados del componente de salud pública y la prestación de servicios de salud.

La cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el municipio de Leticia ha alcanzado un 100% predominando el régimen subsidiado según las bases de datos de aseguramiento del municipio. Por otro lado, la cobertura en aseguramiento en el municipio de Puerto Nariño ha alcanzado, a diciembre de 2019, la cifra de 76,1%.

En cuanto a la prestación de servicios, la red pública del Departamento del Amazonas cuenta con dos hospitales: el Hospital San Rafael de Leticia, que es la única institución que brinda el segundo nivel de atención en el departamento, y otro hospital que se ubica en el municipio de Puerto Nariño y brinda servicios de primer nivel y atención de emergencia. El Hospital San Rafael de Leticia cuenta con especialidades en las áreas de clínica quirúrgica, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría, anestesiología, ortopedia y oftalmología. Otras subespecialidades se ofrecen esporádicamente, en alianza con instituciones nacionales, y las demandas de alta complejidad se resuelven en los grandes centros urbanos de Bogotá, Neiva y Villavicencio. En cuanto a las camas disponibles, se observa que no existe camas de cuidados intensivos en la región, solo camas semi-intensivas en Leticia y Puerto Nariño, aún con una proporción de aproximadamente 0,25/1.000 habitantes, en ambos municipios, que es muy baja.

Además, en el municipio de Leticia se encuentran los servicios de consulta externa (principalmente odontología y medicina general), Protección Específica y Detección Temprana, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica, quirúrgicos, internación, procesos, urgencias y otros servicios. Ocasionalmente presta en el municipio, los servicios de oftalmología, urología, otorrinolaringología, gastroenterología, cardiología, realizando consulta y procedimientos básicos,

una vez al mes. Según información del municipio, se ha implementado Telemedicina para las consultas con dermatología, neumología y otras especialidades, buscando mejorar el acceso a estos sin incurrir en el traslado de pacientes a la ciudad de Bogotá.

Los procedimientos de baja complejidad se ofrecen en toda la red pública y los centros de salud ubicados en los corregimientos brindan servicios de primer nivel. Estos centros de salud dependen financiera y administrativamente del gobierno departamental para asistir a la población no indígena y pueblos indígenas, dando cobertura a una red de puestos de salud repartidos por los corregimientos y contando, para ello, con un sistema de comunicación por radio e internet que se utiliza en caso de necesidad de retirar pacientes. También se observa que en toda la región solo hay disponibilidad de ambulancias básicas para el retiro de pacientes.

Los diferentes servicios de salud, son utilizados por la población propia de los municipios de los diferentes regímenes de afiliación en salud y los servicios privados de manera particular por población procedente de los municipios fronterizos correspondientes. Se observa que las comunidades remotas cuentan con el trabajo de los agentes de salud.

En resumen, desde el punto de vista de la gestión, el sistema de salud de los municipios de Leticia y Puerto Nariño es público y está bajo el mando del ámbito departamental. En cuanto a la seguridad, hay empresas públicas y predominantemente privadas que actúan como operadores de servicios de salud individuales. En la administración de los servicios de salud se encuentran las IPS, que también pueden ser públicas o privadas actuando en uno o más niveles de atención. Dadas las características del sistema de salud colombiano, contamos con un sistema estructurado bajo la lógica del aseguramiento, que opera con reglas de mercado y cuyo propósito primordial es financiar la demanda.

Considerando que la red básica es de competencia departamental y se privatiza la asistencia individual, al gestor municipal le quedan únicamente las funciones de controlar el proceso de identificación de usuarios, mantener actualizada la base de datos y estimular la afiliación de la población, además de la ejecución de acciones de salud de alcance colectivo, tales como acciones de promoción y prevención que se agrupan en un programa de salud pública de carácter obligatorio, bajo la responsabilidad del sector público y con la asignación de recursos previamente garantizada en todas las obligaciones de las aseguradoras.

**Cuadro 6: Indicadores de acceso y cobertura en Puerto Nariño y Leticia.**

<b>Indicador (2019)</b>	<b>Puerto Nariño</b>	<b>Leticia</b>
Cobertura de afiliación al algún aseguramiento	76,15	100
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos	64,42	85
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 en menores de 1 año	104,29	91
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año	104,90	86
Coberturas administrativas de vacunación con triple dosis en menores de 1 año	107,90	87
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	70,89	55,81
Cobertura de parto Institucional	67,90	88,24

Fuente: ASIS Leticia y ASIS Puerto Nariño

Como se refirió anteriormente desde el año 2014 se estableció en materia de salud para los Pueblos Indígenas en Colombia el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural ( Decreto 1953 de 2014), y en adelante se viene gestionando técnica, política y administrativamente su implementación en las Entidades Territoriales que cuenten con población indígena, a través de las diferentes normas que han surgido con el propósito garantizar el derecho a la salud propia e intercultural (Ley 1751 de 2015).

### **Sistema de salud en el Departamento de Loreto (Perú) y en la Provincia de Ramón Castilla**

La población de Loreto cuenta con cuatro redes de asistencia con estructuras independientes, personal propio y autonomía administrativa, cada una dirigida a una parte de los asegurados. La red pública del MINSA es la más importante, seguida de las unidades pertenecientes a EsSalud (vinculadas a la cotización a la seguridad social) y los establecimientos privados. A diferencia de la situación en Colombia, donde el sector público es formalmente responsable de la atención primaria, en el sistema de salud peruano todo usuario tiene derecho a una asistencia completa, que debe ser ofrecida por el plan de seguro al que está afiliado. Sin embargo, las características de la red de salud muestran que predominan los servicios de primer y segundo nivel, con una sola unidad de tercer nivel en todo el departamento de Loreto, ubicada en Iquitos.

Según el documento ASIS de Loreto, en 2020, 96 % de la población de Loreto, estaba afiliada a Seguro de Salud pública - 76% por el Seguro Integral (subsidiado) y 20% por el EsSalud (contributivo). Sin embargo, aún hay población que no se encuentra afiliada a ningún seguro de salud pública (4%). Por su parte, en la provincia de Mariscal Ramón Castilla, casi todas las comunidades indígenas están cubiertas por el Seguro Integral, con excepción de dos comunidades Yagua (INEI, 2017).

El sector privado concentra todas sus unidades en el segundo nivel de asistencia; datos que revelan el grado de concentración de la atención más compleja en los grandes centros urbanos, especialmente en Lima, la capital nacional.

Este análisis condujo al abordaje de un estudio sobre el gasto en salud para la población pobre en Perú (PAVONE et al, 2018), en el cual, los investigadores demostraron un financiamiento insuficiente en el país para atender a toda la población, incluidos los municipios más distantes. Según informes de algunos profesionales de la salud de la región, se observa que la población peruana que vive en la frontera suele ir a centros de mayor complejidad, como Iquitos-PE o Tabatinga-BR, ya que el acceso a la salud en Brasil es universal y gratuito. También se observa que la situación empeora para aquellos que no están afiliados a los planes de salud ofrecidos por el gobierno y al no vivir en el mismo sitio de la oferta de servicios, los pacientes peruanos terminan con tratamientos sin seguimiento y/o monitoreo.

En cuanto a la prestación de servicios y la disponibilidad de profesionales de la salud, esto se considera un grave problema en todo el departamento de Loreto y se agrava en la región de Putumayo y Mariscal Ramón Castilla, donde parte de los establecimientos de salud generalmente dependen solo de técnicos de enfermería y agentes de salud. En la provincia de Ramón Castilla, se cuenta con 20 Puestos de Salud y 5 Centros de Salud sin hospitalización, todos enfocados al primer y segundo nivel de atención; adicionalmente no hay hospital en la provincia y el hospital más cercano está en Iquitos, aproximadamente a 330 km por río.

Los Agentes Comunitarios de Salud forman parte de la política de Atención Primaria en el Perú y están presentes en las comunidades indígenas y no indígenas de Ramón Castilla, que cuenta con 124 agentes en total. Los ACS realizan acciones voluntarias para promover la salud y la prevención de enfermedades y están capacitados, por ejemplo, para realizar visitas domiciliarias a mujeres embarazadas y reportar casos que requieran el apoyo de otros profesionales de la salud.

Debido a la falta de recursos humanos establecidos en regiones de difícil acceso en la Amazonía, así como a la escasez de equipos de salud, el Estado peruano desarrolló las llamadas Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS), que son Buques de la Marian de Guerra del Perú diseñadas para ofrecer servicios sociales, que incluyen variados servicios de salud, a las comunidades alejadas de los principales centros. Estas son acciones de campaña programadas para ciertos períodos del año. Sin embargo, las consultas ambulatorias especializadas y la atención de emergencia son inexistentes en la región.

**Cuadro 7: Sinóptico de las políticas y sistemas de salud en la triple frontera.**

	COLOMBIA	BRASIL	PERÚ
Políticas de Atención Primaria de Salud (leyes y reglamentos)	Valorización del componente familiar y comunitario, con base territorial, incorporación de agentes comunitarios de salud, participación social, reconocimiento formal de prácticas de salud y conocimiento de los pueblos indígenas.	Valorización del componente familiar y comunitario, con base territorial, incorporación de agentes comunitarios de salud, participación social, reconocimiento formal de prácticas de salud y conocimiento de los pueblos indígenas.	Valorización del componente familiar y comunitario, con base territorial, incorporación de agentes comunitarios de salud, participación social, reconocimiento formal de prácticas de salud y conocimiento de los pueblos indígenas.
Modelo de Atención Primaria	La APS no tiene un modelo único. Hay tres enfoques: 1) acciones individuales, biomédico, asistencial, neoselectivo y atención administrada (EPS); 2) acciones colectivas de salud pública: centradas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad (autoridades locales de salud); y 3) intercultural, combina medicina tradicional y la occidental.	Modelo de atención integral de salud Basado en la Familia y la Comunidad <sup>11</sup> .	Modelo de atención integral de salud Basado en la Familia y la Comunidad.
Equipo de Atención Primaria	Equipos de salud multidisciplinarios extramurales e intramurales. Adopción de promotores de salud comunitarios y voluntarios.	Equipos de salud multidisciplinarios extramurales e intramurales. Adopción de agentes de salud comunitarios y remunerados.	Equipos de salud multidisciplinarios extramurales e intramurales. Adopción de agentes de salud comunitarios y voluntarios.

<sup>11</sup> “La atención básica se caracteriza por un conjunto de acciones de salud en el ámbito individual y colectivo que abarca la promoción y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la reducción de lesiones y el mantenimiento de la salud con el objetivo de desarrollar una atención integral que tenga impacto en la situación de salud y en la autonomía de las personas y en los determinantes y condicionantes de salud de las colectividades” (Brasil, Ministério da Saúde, 2011 )



<p><b>Integrantes Equipo de Atención Primaria</b></p>	<p>Equipos básicos: promotores, auxiliares y técnicos de salud, pero algunos tienen médicos y enfermeras generales. Equipos de apoyo: odontólogos, nutricionistas, psicólogos, entre otros, dependiendo de los recursos del ente territorial respectivo. En algunas comunidades indígenas, los equipos básicos de salud están constituidos por auxiliares de salud, bacteriólogos, odontólogos, médicos, enfermeras y traductores bilingües. En otras comunidades indígenas hay dos tipos de equipo: los de base comunitaria y los de apoyo. Los equipos de base comunitaria están conformados por parteras, promotores/as de salud comunitarios, “pulseadores”, curanderos de ojo, animadores/as agroambientales, etc, y los de apoyo son más asistenciales y occidentales como técnicos/as, auxiliares y tecnólogos.</p>	<p>Los equipos de APS son compuestos, de acuerdo con la modalidad a la que pertenecen, por médicos/as, enfermeros/as, odontólogos/as, auxiliares y/o técnicos/as en salud bucal, auxiliares/técnicos/as de enfermería y, en el caso de los equipos de Salud de la Familia, también por Agentes Comunitarios de Salud (ACS). También pueden formar parte de los equipos otros profesionales en función de la realidad local y equipos de apoyo matricial (retaguardia asistencial, realizando consultas y otras atenciones especializadas, como soporte técnico-pedagógico a los equipos de atención básica). Para la población indígena, el equipo está compuesto en su mayoría por médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y agentes de salud indígenas y saneamiento, y pueden contar con el apoyo de odontólogos, nutricionistas, psicólogos, entre otros profesionales dependiendo de la realidad local.</p>	<p>Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria (EB-SFC). Los establecimientos de salud deben contar con médicos/as especialistas en medicina familiar y los equipos deben estar conformados por profesionales en medicina humana, licenciados/as en obstetricia, licenciados/as en enfermería, técnicos/as en enfermería y profesionales adicionales de acuerdo a la realidad sanitaria local. Para las familias ubicadas en áreas a una distancia mayor se han definido equipos móviles denominados Equipos de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas. Estos equipos están conformados por un grupo multidisciplinario (médicos/as, enfermeros/as, obstetras, técnicos/as de enfermería), además de antropólogos/as y odontólogos/as.</p>
<p><b>Implementación de políticas interculturales</b></p>	<p>Ley 1438 de 2011, establece el enfoque diferencial y la interculturalidad como uno de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las autoridades indígenas definen e implementan, en concertación con el gobierno, de acuerdo con el sistema indígena de salud propio e intercultural -SISPI.</p>	<p>El Subsistema de Atención de Salud Indígena se estableció en 1999. Política Nacional de Atención de salud indígena, publicada en 2002. Modelo pautado en prácticas biomédicas.</p>	<p>Política Sectorial de Salud Intercultural aprobada en 2016. Diversos proyectos interculturales locales y de participación comunitaria.</p>
<p><b>Cobertura</b></p>	<p>Bajo al aseguramiento</p>	<p>Universal</p>	<p>Bajo al aseguramiento</p>
<p><b>Atención de median y alta complejidad</b></p>	<p>La falta de especialistas compromete la calidad. Hospital São Rafael. No hay camas de UCI.</p>	<p>La falta de especialistas compromete la calidad. Unidad de Atención de Urgencias<sup>12</sup> y Hospital de Guarnición de Tabatinga (HGUT). No hay camas de UCI.</p>	<p>No hay hospital en la provincia de Mariscal Ramón Castilla</p>
<p><b>Rede de Laboratórios</b></p>	<p>Existente, pero con poca resolución.</p>	<p>Existente, pero con poca resolución.</p>	<p>Sin información</p>
<p><b>Retirada de pacientes</b></p>	<p>Disponibilidad de ambulancias básicas<sup>13</sup></p>	<p>Disponibilidad de ambulancias fluviales y terrestres, UCI aérea, lanchas rápidas, vuelos chárteres y comerciales.</p>	<p>Sin información</p>

<sup>12</sup> Em português: Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

<sup>13</sup> Durante los picos de contaminación por coronavirus, tanto en 2020 como en 2021, se utilizó apoyo aéreo para llevar a Bogotá a pacientes graves.

Fuente: De Almeida, 2015; Vega Romero et al, 2015; INEI, 2017

## **Consideraciones sobre el sistema de salud en la triple frontera**

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

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

En términos generales, todos los países tienen una tendencia general de universalización de la cobertura de salud, estando más consolidados en Brasil. Sin embargo, vale la pena mencionar que las reformas de salud en América Latina enfrentan resultados del contexto neoliberal, como problemas de financiamiento y gestión, fragilidad en la institucionalidad de las políticas públicas y conflicto entre fuerzas de poder en los grupos políticos dominantes y en la comunidad técnico-científica (Giovannella et al, 2017).

En otra medida, ninguno de los tres países ha demostrado avances en la implementación de políticas interculturales, aunque Brasil tiene un Subsistema de Salud Indígena, este se basa en la biomedicina. Por su parte, Colombia está en proceso de discutir un sistema de salud indígena, el cual ha sido uno de los principales temas de las mesas de concertación entre las organizaciones indígenas y el gobierno. Cabe señalar que, en Colombia muchas reservas indígenas se encuentran en áreas no municipalizadas cuyo gobierno tiene una estructura propia de los pueblos indígenas que se organizan en asociaciones para la toma de decisiones. En estos lugares, como señalaron los líderes indígenas en las reuniones bilaterales, no hay servicios de atención a salud por parte del gobierno, así, ellos se ven obligados a trasladarse a áreas municipalizadas para ser atendidos.

Cabe señalar que en Brasil se han registrado avances significativos en la prestación de servicios y el acceso a la salud por la población indígena, sin embargo, no se observaron innovaciones con respecto a la implementación de enfoques y modelos de salud intercultural. Situación contraria sucede con Perú, dado a que el país ha avanzado en materia de legislación con la aprobación y

publicación de la Política Sectorial de Salud Intercultural en 2016, sin embargo, aún no se observan resultados de su implementación.

En cuanto a la fuerza laboral, la disponibilidad, capacitación y vinculación de los profesionales del sistema público de salud representan uno de los grandes retos para todos los países. La falta de médicos se observa en la mayoría de los países, especialmente en áreas remotas o desfavorecidas. El profesional de educación superior más disponible es la(o) enfermera(o). Los países también adoptan actores comunitarios como el vínculo entre la comunidad y los servicios, teniendo un papel importante en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Aunque la donación de programas de agentes comunitarios es una prioridad entre los países, solo en Brasil se paga por su trabajo, o sea, en los otros países los agentes no son reconocidos como trabajo remunerado.

En Colombia y Perú, el sistema de salud tiende a verse más afectado por crisis económicas que provocan fluctuaciones en el volumen de ingresos, ya que el financiamiento se basa en la lógica del aseguramiento. Contrario a ello, en Brasil, existe una definición mínima en el presupuesto para la inversión en salud y los costos de atención médica por parte de cada esfera de gobierno, además de contar con grandes recursos de las enmiendas parlamentarias, y particularmente en relación con la salud indígena de dicho país, existe un presupuesto predefinido para la implementación de un Subsistema de Salud Indígena bajo gobierno federal; por ende, Brasil es el país que tiene la mejor política de acceso, porque cumple con quienes aportan impuestos o no.

Ahora bien, el sistema de salud adoptado en Colombia, tiene características de un sistema mixto, con un grado expresivo de regulación pública y tercerización de la gestión; en cambio, en el Perú, la asistencia se divide en cuatro subsistemas heterogéneos, cerrados y sin comunicación entre sí, aún con un sólido desempeño del sector privado.

En función de lo planteado y prosiguiendo con el análisis, la red de servicios de salud es restringida en la triple frontera, identificándose que Brasil fue el país que presentó la mayor internalización de los servicios básicos de salud en las zonas rurales, como las zonas indígenas. En el caso de Perú ha adoptado modelos de campanario de asistencia utilizando buques de la Armada, que pueden ser interesantes en términos de estructura, pero ineficaces si no hay un seguimiento de las acciones.

Por otro lado, cabe admitir que la falta de especialistas en salud, compromete la calidad de la atención de mediana y alta complejidad en la región de la triple frontera, que tiene pocos establecimientos médicos y carece de camas de UCI. Estas deficiencias se tradujeron, durante los picos de infección por coronavirus en frecuentes traslados a las ciudades de Bogotá, Manaus o Iquitos, con un bajo porcentaje de éxito.

### **Posibilidades de integración y cooperación de los sistemas de salud**

Es preciso mencionar que en el contexto de este estudio, no fue posible analizar y evaluar el desempeño de los diferentes sistemas frente a la pandemia de Covid-19 en la de la triple frontera; sin embargo, a partir del análisis de datos e información sobre mortalidad y morbilidad, presentados en el apartado anterior, junto con el análisis de los sistemas de salud aquí expuestos, podemos esbozar algunos escenarios. En primer lugar, se observa que los gobiernos nacionales de Brasil, Colombia y Perú han implementado políticas fronterizas indiferenciadas, desiguales en términos de cobertura y

acceso, así como insuficientes en especialidades y complejidad, por lo que no pudieron hacer frente a los casos graves de la enfermedad, ya que no había suficientes camas de UCI y médicos en la región.

La pandemia se ha extendido, como se ha visto anteriormente, a través de las líneas divisorias de los países, al margen de las necesidades, las condiciones y el potencial de las zonas fronterizas; sin embargo, a través de la recopilación de datos e información sobre los sistemas fronterizos, no se identificaron espacios institucionalizados para la discusión, consulta o formulación de propuestas para la solución de problemas fronterizos conjuntos en Brasil, Colombia y Perú. Por lo tanto, se entiende que las propuestas realizadas al respecto no son conocidas o no han sido tomadas en cuenta por las entidades gubernamentales de la región como tampoco por los órganos centrales de cada país.

Por otro lado, las fronteras de Leticia y Tabatinga no son solo dos ciudades de países diferentes, sino una conurbación binacional e incluso trinacional, con Perú. Además de la posibilidad de movilidad humana en zonas no controladas del bosque, teniendo en cuenta principalmente la actividad transfronteriza de movilidad ilícita e indígena; por lo tanto, las ciudades y las comunidades fronterizas permanecen unidas por el comercio, el parentesco, las redes familiares, los lazos culturales y las actividades económicas, pero las políticas públicas y los gobiernos que las promueven siguen fragmentados.

En este contexto, las fronteras de los países están abiertas a la circulación y entrada de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, así como a sus vectores. A fin de hacer frente a la mayor vulnerabilidad de las fronteras de los países a la entrada de posibles riesgos nacionales para la salud pública y a la posible dispersión internacional, en 2007 entró en vigor el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

Por su parte, el Reglamento Sanitario Internacional (2005) tiene por objeto prevenir, proteger, controlar y responder a la propagación internacional de enfermedades, evitando al mismo tiempo interferencias innecesarias en el tráfico y el comercio internacional. Este reglamento también busca reducir el riesgo de propagación de enfermedades en aeropuertos, puertos y fronteras internacionales. De igual modo, surgiendo de un extraordinario consenso global en 2005, el IRS fortalece las defensas colectivas contra los múltiples y variados riesgos de salud pública que enfrenta el mundo globalizado de hoy, y que tienen el potencial de propagarse rápidamente a través de la expansión de los viajes y el comercio; con este se establece un nuevo conjunto de normas para apoyar las alertas de brotes epidémicos mundiales, así como los sistemas de respuesta y exige a los países que mejoren la vigilancia internacional, junto con los mecanismos de notificación de eventos de salud pública, al tiempo que fortalecen sus propios sistemas nacionales de vigilancia y capacidad de respuesta.

La versión revisada del RSI establece como medida que los países que comparten fronteras comunes siempre deben establecer cooperaciones internacionales que permitan el desarrollo/fortalecimiento de acciones conjuntas de vigilancia epidemiológica en dichas áreas específicas. En este sentido, debe incluirse en la agenda prioritaria de las políticas de salud, la discusión y el desarrollo de sistemas orientados a establecer acciones comunes en estas regiones que comparten las mismas características socioepidemiológicas. En el caso de la triple frontera, es esencial establecer mecanismos comunes de respuesta y seguimiento de brotes y epidemias con el fin de promover la captura de notificaciones, la gestión y el análisis de datos e información estratégica,

relevantes para la práctica de la vigilancia de la salud; así como reunir mecanismos avanzados de comunicación entre los países fronterizos.

Esto hace que el RSI sea una herramienta de salud pública necesaria y muy oportuna, fundamental para garantizar la seguridad de la salud pública internacional, con una base bien fundada y con el apoyo de la OMS para la implementación de mecanismos locales que hagan que los sistemas de salud sean más eficientes en el monitoreo y la respuesta en casos de emergencias de salud pública.

#### **PARTE 4 - PRINCIPALES HALLAZGOS, POSIBLES RESPUESTAS Y RECOMENDACIONES AL PLAN DE CONTINGENCIA EN SALUD ENFOCADO EN LAS POBLACIONES VULNERABLES AMAZÓNICAS**

Este apartado tiene como objetivo resumir los principales hallazgos y hacer recomendaciones a posibles planes de contingencia destinados a responder rápidamente ante situaciones epidémicas como lo que actualmente con la pandemia de Covid-19, teniendo un enfoque en los pueblos indígenas altamente vulnerables y / o el aislamiento. Sin embargo, es pertinente enfatizar que el propósito consiste en presentar posibles líneas de acción a las instituciones que en la región actúan como una forma de subsidio solamente.

#### **Principales Hallazgos**

**Cuadro 8: Síntesis de los principales hallazgos**

<b>ALCANCE TERRITORIAL</b>	<p>Interfluvios del río Putumayo y Amazonas - Trapecio Amazónico, en Colombia, y sus zonas de colisión en Brasil y Perú.</p> <p>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.</p>
<b>CONTEXTO TERRITORIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de vías y medios de transporte y de comunicaciones.</li> <li>- Población indígena perteneciente a varias familias lingüísticas con patrones culturales propios.</li> <li>- Flujos migratorios intensos.</li> <li>- Flujo continuo de personas a lo largo de los ríos Putumayo y Amazonas.</li> <li>- Aeropuertos de alto flujo: movimiento internacional y diario de personas en los aeropuertos de Leticia/CO y Tabatinga/BR.</li> <li>- 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.</li> <li>- Actividades económicas: producción de caucho, extracción de madera, turismo, recursos pesqueros y alta producción de harina de yuca.</li> <li>- Actividades ilegales: cultivo de coca y narcotráfico; deforestación, minería y extracción de petróleo ilegales.</li> </ul>
<b>PUEBLOS INDÍGENAS MÁS NUMEROSOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colombia: Tikuna, Yagua, Kokama, Muruí, Muiname.</li> <li>- Brasil: Tikuna, Kokama.</li> <li>- Perú: Tikuna, Yagua.</li> </ul>
<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedades infecciosas y parasitarias son los más frecuentes, mientras que las infecciones respiratorias llegan a más en grupo de 1 a 4 años.</li> <li>- Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en el territorio de la triple frontera.</li> <li>- Reducción de casos e incidencia de malaria.</li> <li>- Neoplasias, en especial o cáncer de cuello uterino, es una de las principales causas de muertes.</li> </ul>
<b>VULNERABILIDAD Y CONTÁGIO</b>	<p>Los pueblos indígenas de la región de la triple frontera se encuentran en una situación más vulnerable frente al contagio, tratamiento y efectos del COVID-19 y/o otras epidemias, por los motivos como: (a) uso de sus territorios para</p>

	<p>actividades ilegales, como el narcotráfico y la tala de árboles; (b) falta de infraestructura de saneamiento; (c) hogares comunes de vivienda con mayor promedio de residentes; (d) mayor distancia de los municipios con disponibilidad de camas en unidades de cuidados intensivos (UCI) y respiradores; (e) altos niveles de hospitalización por enfermedades infecciosas y parasitarias, especialmente neumonía y diarrea.</p>
<b>PROTECCIÓN DE LA SALUD DE PUEBLOS INDÍGENAS AISLADOS</b>	<p>La región de la triple frontera y sus características de intensa movilidad humana se presentó como una posición estratégica entre dos regiones que registran presencia de pueblos aislados (TI Vale do Javari / Brasil y áreas no municipalizadas de Puerto Arica, La Pedrera y Tarapacá y el Parque Nacional Natural Río Puré / Colombia).</p>
<b>SISTEMAS DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Priorización del modelo de Atención Primaria.</li> <li>- Los sistemas de Colombia y Perú se caracterizan por la cobertura segmentada por planes de salud pública, mientras que Brasil tiene cobertura universal.</li> <li>- La población indígena del lado brasileño tiene un mayor acceso y prestación de servicios de salud.</li> <li>- En la región fronteriza, ningún país ha logrado avances significativos en la implementación de modelos de salud interculturales.</li> <li>- Presencia viva de los sistemas de salud indígenas locales.</li> </ul>
<b>COOPERACIÓN INTERNACIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Países con zonas transfronterizas integradas, pero con políticas y protocolos públicos de salud diferentes, lo que redundaba en vulnerabilidades por el contenido de las epidemias y necesidad de cooperación internacional en el tema.</li> </ul>
<b>MAPEO DE ACTORES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colombia: Departamento de Salud de Amazonas; Organizaciones Indígenas; Universidad Nacional de Amazonas; ONG "Amazon Conservation Team"<sup>14</sup>.</li> <li>- Brasil: DSEI Alto Rio Solimões, Funai, Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga.</li> <li>- Peru: Dirección Regional de Salud de Loreto (DIRESA Loreto).</li> <li>- OPAS.</li> </ul>

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

## Posibles Respuestas/Recomendaciones al Plan de Contingencia

De manera geral, um plano de contingência a uma situação de emergência em saúde pública tem como objetivo descrever as medidas a serem tomadas pelos agentes públicos. A estratégia de enfrentamento de Emergências em Saúde Pública<sup>15</sup> (ESP) não deve estar focada apenas na resposta, mas sim na prevenção e proteção da população vulnerável às ameaças identificadas. Deste modo, é fundamental conhecer o perfil de risco da localidade e o desenvolvimento das capacidades básicas dos sistemas de saúde locais e do Regulamento Sanitário Internacional<sup>16</sup> (RSI 2005) no caso de localidades fronteiriças.

<sup>14</sup> La ONG "Amazon Conservation Team" ha sido un actor institucional importante en la protección de la salud de los pueblos en Aislamiento en Colombia. Junto con el Ministerio del Interior, se ha implantado un programa de salud que resultó en la construcción de unidades de salud, compras de equipos, además de la producción de material y promoción de la capacitación de agentes de salud. Otra acción importante desencadenada por la organización ha sido la promoción de la discusión del tema junto con los pueblos indígenas que habitan los alrededores.

<sup>15</sup> Comumente as estruturas de vigilância em saúde caracterizam "uma emergência em saúde pública como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população." (Brasil, 2014)

<sup>16</sup> O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é um instrumento jurídico internacional vinculativo para 196 países em todo o mundo, que inclui todos os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu objetivo é ajudar a comunidade internacional a prevenir e responder a graves riscos de saúde pública que têm o potencial de atravessar fronteiras e ameaçar pessoas em todo o mundo.

Logo, as recomendações a seguir não excluem àquelas que já vem sendo tomadas pelas autoridades sanitárias locais, uma vez que completamos dois anos que a pandemia de Covid-19 foi declarada como uma Emergência em Saúde Pública de interesse internacional. Sendo assim, pretendemos somente identificar e apontar possíveis complementações a partir de um olhar específico e especial ao segmento populacional mencionado.

Cabe também ressaltar que no caso da pandemia de Covid-19, os países e localidades estão em fase de mitigação de impactos e prevenção de novas transmissões de variantes do vírus Sars-Cov2, ou seja, em um nível de resposta mais avançado onde o foco é a alta cobertura vacinal. Ainda assim, iremos propor medidas que passem por todos os momentos previstos em um plano de contingência, desde o alerta até a declaração de emergência em saúde pública uma vez que há possibilidade de novas epidemias e surgimento de novos vírus como vem apontando cientistas do mundo todo.

Sendo assim, tendo como base o diagnóstico sobre a situação de saúde na tríplice fronteira, as entrevistas realizadas e planos de contingência elaborados por instituições públicas e da sociedade civil<sup>17</sup>, apresentaremos as linhas de ação subdivididas em fases comuns de um plano de contingência. É importante lembrar que as recomendações a seguir estão focadas em ações que podem impactar de maneira diferenciada os povos indígenas altamente vulneráveis e isolados, por isso não pretendemos aprofundar em questões epidemiológicas e de vigilância em saúde comuns em planos de contingência para enfrentamento de situações de emergência em saúde pública.

Primeiramente cabe destacar que o objetivo de um plano de contingência é realizar a gestão de risco de uma epidemia. Entende-se por gestão de risco

*"o conjunto de decisões administrativas, organizacionais e operacionais desenvolvidas pelos órgãos governamentais e não governamentais, com a sociedade, para a implementação de políticas e estratégias que visam ao fortalecimento de suas capacidades para a redução do impacto das emergências em saúde pública. Compreende ações de redução de risco (prevenção, mitigação e preparação), manejo da emergência (alerta e resposta) e recuperação (reabilitação e reconstrução)"*  
(Brasil, 2014: 11)

A seguir, apresentaremos a definição das categorias utilizadas:

- Resposta: a resposta compreende as ações a serem desenvolvidas para o manejo da emergência minimizando os riscos e reduzindo, ao máximo, suas consequências sobre a saúde, envolvendo a execução das ações necessárias para uma resposta oportuna. Conhecer o risco envolve a identificação de ameaças e vulnerabilidades, bem como dos recursos disponíveis para o manejo da emergência. É possível preparar-se para ameaças conhecidas e desenvolver a capacidade de resposta de forma mais eficiente e eficaz.
- **Níveis de Resposta:** o plano de contingência aqui proposto leva em consideração três níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública.
  - **ALERTA:** corresponde a uma situação em que o risco de propagação do vírus seja elevado, mas a região não apresenta casos suspeitos.

<sup>17</sup> Foram analisados os seguintes planos de contingência: (1) Ações de Contingência DSEI ARS – Coronavirus – COVID-19. Sesai/MS. Tabatinga, 2020; (2) Plano de Contingência para situações de Contato. Vale do Javari, Registro n. 23. Sesai/MS e Funai/MMFDH. Fevereiro, 2019; (3) Plano de Contingência para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) para os Indígenas de Recente Contato e Isolados do Povo Awa Guajá. Sesai/MS e Funai/MJ. 2020; (4) Plano de Contingência para Prevenção e Combate ao Covid-19 na Terra Indígena Zo'é. Pólo Santarém/DSEI Guamá Tocantins/SESAI e Frente de Proteção Etnoambiental Cuminapanema/CGIIRC/FUNAI. Santarém/PA. Março, 2020; e (5) Nuestra respuesta ante un posible contacto con los hermanos en Estado Natural: un plan de emergencia- contingencia pensado desde el territorio. Amazon Conservation Team. 2020.

- **PERIGO IMINENTE:** corresponde a uma situação em que há confirmação de caso suspeito.
- **EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA:** corresponde a uma situação em que há confirmação de transmissão local do vírus no território. Este nível está organizado em duas fases:
  - **Contenção:** fase de organização do sistema de saúde
  - **Mitigação:** quando a transmissão já acontece a nível local com número significativo de casos nas comunidades. As ações e medidas devem ser adotadas para evitar a ocorrência de casos graves e óbitos.

Cada nível é baseado na avaliação do risco de novas variantes do Coronavírus e/ou outro vírus afetar o Brasil e seu impacto para a saúde dos povos indígenas altamente vulneráveis e povos indígenas isolados. Algumas questões devem ser consideradas nessa avaliação de risco, tais como:

- Transmissibilidade da doença, transmissão entre reservatórios para humanos ou humano para humano, capacidade de sustentar o nível da comunidade e surtos.
- Propagação geográfica do vírus na Amazônia, como a distribuição regional das áreas afetadas, o volume de comércio e viagens entre as áreas afetadas e a região do Trapézio Amazônico.
- Gravidade clínica da doença, como complicações graves, internações e mortes;
- Vulnerabilidade da população, incluindo avaliação da imunidade pré-existente e cobertura vacinal (no caso de povos isolados, sabe-se que não imunização ativa por vacinas pré-existente), grupos-alvo com maiores taxas de ataque ou maior risco de graves doenças, condições nutricionais da população, saneamento e qualidade da água nas comunidades, intrusão de estranhos e de atividades ilegais em território indígena, distância das comunidades aos centros especializados, presença de serviços de saúde básica para população indígena e para a população do entorno das áreas de circulação dos povos isolados.
- Disponibilidade de medidas preventivas, como vacinas e possíveis tratamentos.

Para avaliação de cenários, deve se levar em consideração as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e evidências científicas publicadas em revistas científicas. Também se destaca que as evidências epidemiológicas e clínicas são atualizadas constantemente conforme novas descobertas e são cruciais para apoiar a avaliação da infectividade, transmissibilidade, taxa de complicações, letalidade, mortalidade e outros aspectos da doença.

O risco deve ser avaliado e revisto periodicamente, tendo em vista o desenvolvimento de conhecimento científico, antropológico e comunitário sobre a situação em evolução, para garantir que o nível de resposta seja ativado e as medidas correspondentes sejam adotadas.

- **Protocolos, procedimentos e formatos:** Um protocolo é um processo de decisão discutido e acordado antes de uma crise. Um procedimento é uma sequência detalhada de passos ou ações a serem executadas em determinadas situações ou cenários. Um formato é um esquema, estrutura e ordem de dados e informações utilizadas na elaboração do formulário. As características desejadas em protocolos e procedimentos são: (i) simplicidade; (ii) clareza; (iii) legitimidade; (iv) operacionalidade; e (v) eficiência e eficácia. Para cada Plano de Contingência específico deverão ser elaborados protocolos e procedimentos. Para definição de quais protocolos deverão ser aplicados, é necessária a identificação de cenários, e no âmbito de cada cenário: (i) identificar as competências de cada área ou setor; (ii) esclarecer



as funções; e (iii) construir uma matriz, indicando o resultado esperado, a prioridade e o responsável pelo seu desenvolvimento.

- **Cordão Sanitário:** Consiste em uma barreira criada para impedir a proliferação de um agente infeccioso ou epidemias provenientes do entorno. Tendo em vista que a maioria das referências de PII se encontra em territórios compartilhadas com outros grupos/povos que mantêm contato com a sociedade nacional, a adoção de medidas sanitárias dirigidas à população do entorno é altamente recomendada. É necessário que as instituições de saúde e indigenistas delimitem as regiões que compõem o entorno dos Isolados para que sejam implementadas as ações pertinentes à implantação do cordão sanitário.
- **Planes de contingencias comunitarios:** Son planes de contingencia que se diseñan y elaboran con las comunidades indígenas en sus territorios junto con la población más cercana. El propósito de estos planes está enfocado en acciones inmediatas que deberían desarrollar las comunidades circundantes a los PIA en el caso de que estos entren en contacto con sus comunidades y no esperar a las acciones de la instituciones cercanas.

**Cuadro 9: Etapas y recomendaciones para un plan de contingencia.**

ETAPA	RECOMENDACIÓN
<b>(1) Organização da Resposta</b>	(1.1) Identificação das autoridades e lideranças indígenas que podem participar na resposta a um evento de emergência. No caso de localidades onde há presença de povos isolados, as lideranças das comunidades do entorno devem ser identificadas e convidadas a participarem do planejamento.
	(1.2) Identificação das responsabilidades específicas dos órgãos indigenistas e sociedade civil que pode colaborar com as ações a nível local.
	(1.3) Elaboração de protocolos específicos de ação - plano de contingência em si – com a participação das autoridades indígenas e instituições locais. Os mecanismos estabelecidos nos protocolos devem envolver os diversos setores governamentais e não governamentais, por exemplo, polícia regional, controle de migração, parques nacionais, estruturas representativas indígenas, ongs, departamentos e diretorias de saúde, etc.
	(1.4) Estabelecimento de lista de contatos (dados institucionais).
	(1.5) Identificação de especialistas e elaboração de lista de contatos com os dados destes profissionais, que possam vir a proporcionar assessoramento específico.
	(1.6) Manutenção de um inventário atualizado dos recursos humanos, físicos e financeiros considerados essenciais para o plano de resposta e disponíveis nas áreas indígenas ou em áreas do entorno dos PIAs, especificando as suas localizações, bem como a forma de acioná-los e deslocá-los para o local da emergência.
	(1.7) Realização de análise da situação de saúde local, das necessidades dos sistemas de saúde, assim como das deficiências reais ou potenciais da capacidade de resposta.
	(1.8) Capacitação dos profissionais envolvidos no plano de contingência, para que possuam formação específica sobre as características gerais dos povos em isolamento voluntário, bem como sobre as especificidades que fazem com que os povos indígenas amazônicos sejam considerados altamente vulneráveis a epidemias.
	(1.9) Execução de exercícios e simulações periódicas e regulares de complexidade variada para avaliação das capacidades existentes nos territórios indígenas. Ao final de uma simulação ou exercício, o grupo deve ser capaz de responder a duas perguntas básicas: i) o que deu certo? e ii) o que deve ser melhorado?
	(1.10) Realização de revisão periódica dos protocolos e dos procedimentos com base nas lições aprendidas e junto às comunidades indígenas envolvidas diretamente ou do entorno dos povos isolados.
<b>(2) Organização da Vigilância à Saúde para resposta</b>	(2.1) Instituição da Sala Binacional de Resposta e Acompanhamento com participação das instituições indigenistas para elaboração e divulgação de boletins epidemiológicos de forma conjunta envolvendo os três países da tríplice fronteira.
	(2.2) Desenvolvimento uma estratégia de detecção precoce e controle comunitário junto aos agentes comunitários de saúde
	(2.3) Investigação genômica de casos confirmados uma vez que a região de fronteira possui alta mobilidade humana e por isso, estão mais suscetíveis a novas variantes.

	<p>(2.4) Desenho de uma rota de vigilância em saúde pública comunitária que articule todos os níveis de divisões políticas e administrativas; municípios, departamentos, distritos, capitais, centros povoados e áreas rurais dispersas, áreas não municipalizadas, reservas, assentamentos e terras indígenas. Levar em consideração os mecanismos de comunicação e a perspectiva intercultural. Para a vigilância epidemiológica de comunidades indígenas da tríplice fronteira, deve-se levar em consideração as doenças de saúde próprias ou culturais que fazem parte da visão de mundo dos povos indígenas a partir da integração de variáveis interculturais nos perfis epidemiológicos (ar ruim, mau olhado, desânimo, etc.) que permitem ao analista conhecer a real situação de saúde desta população específica e assim realizar uma vigilância intercultural da saúde indígena.</p>
	<p>(2.5) Disponibilização prévia de uma rede de internet com potência necessária e adequada que permita a comunicação constante das áreas mais remotas dos departamentos da tríplice fronteira (Loreto/Per - Tabatinga/Bra - Amazonas/Col) com os postos de saúde locais, regionais, departamentais.</p>
<p><b>(3) Protocolos, procediment os e formatos</b></p>	<p>(3.1) <b>Definição de procedimentos comuns e/ou compartilhados entre os três países fronteiriços</b> que irão nortear as ações, as tarefas e comunicação. Um procedimento deve especificar o resultado esperado; descrever o processo sequencial e lógico a seguir (ações e tarefas); estabelecer os equipamentos e os materiais necessários; estabelecer normas ou orientações de segurança; e definir os formulários para registro e divulgação de dados e informações.</p> <p>(3.2) Padronização de formulários para consolidar informações estratégicas que subsidiarão os serviços de monitoramento dos países e os serviços de vigilância comunitária.</p>
<p><b>(4) Operacionaliz ação da resposta</b></p>	<p>(4.1) Estabelecer sala de situação com participantes representados pelos países e autoridades indígenas para coordenação e de comunicação entre os setores que podem estar envolvidos na situação de emergência em saúde pública. A estruturação de uma sala de situação transfronteiriça possibilita a otimização dos recursos disponíveis e assegura que a informação será compartilhada entre todas as áreas envolvidas. Permite também a unificação dos diversos grupos necessários para a resposta. A sala de situação deve estar estruturada em grupos temáticos que facilitem a operacionalização da resposta.</p> <p>(4.2) Constituição de um Grupo de Especialista de Assessoramento formado por diferentes especialistas. Além de especialistas definidos de acordo com a natureza do evento e as necessidades identificadas, como epidemiologista, infectologista etc, o grupo também deve contar com especialistas indígenas e/ou antropólogos para fornecer subsídios para a tomada de decisões.</p>
<p><b>(5) Níveis e Medidas de Resposta</b></p>	<p>5.1. Alerta:</p> <p>5.1.1. Vigilância em Saúde:</p> <p>(a) Revisar os protocolos ou construí-los com a equipe de referencia.</p> <p>(b) Acionar a sala de situação.</p> <p>(c) Reforçar a importância da comunicação e notificação imediata de casos suspeitos nas comunidades indígenas e do entorno.</p> <p>(d) Monitorar o comportamento dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) na população indígena local para permitir avaliação de risco e apoiar a tomada de decisão.</p> <p>(e) Elaborar e divulgar Boletins Epidemiológicos específico para população indígena incluindo indicadores interculturais.</p> <p>(f) Sensibilizar os profissionais de saúde e população em relação à vulnerabilidade dos povos indígenas, em especial dos povos isolados.</p> <p>(g) Elaborar e promover a capacitação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural e orientação própria e contínua aos agentes comunitários.</p> <p>(h) Elaborar e divulgar materiais de educação em saúde intercultural para o trabalhador da saúde e para a comunidade na língua falada por eles.</p> <p>(i) A notificação dos casos suspeitos deve conter identificação da comunidade indígena e grupo étnico.</p> <p>(j) Definição das atribuições e competências dos órgãos indigenistas frente a situação epidêmica.</p> <p>5.1.2. Assistência:</p> <p>(a) Definição do fluxo para deslocamento de pacientes indígenas para atendimento especializado.</p> <p>(b) Definição do protocolo de atuação caso haja contato com grupo de povo indígena isolado.</p> <p>(c) Definição dos fluxos de atendimento, comunicação e notificação com participação da agentes comunitários e lideranças locais.</p> <p>(d) Definição dos protocolos de quarentena</p> <p>5.1.3. Vigilância Ambiental</p>

	<p>(a) Monitorar qualidade da água nas comunidades. (b) Monitorar a presença de impactos ambientais próximos da comunidade.</p> <p>5.2. Perigo Iminente (a) Todos os itens do nível alerta e (b) Adoção de medidas de saúde preventiva dirigidas à população do entorno dos PII, especialmente grupos indígenas, mas também não indígenas, e intensificação de barreira de entrada de pessoas estranhas e vigilância sanitária daqueles que ingressam no território com o objetivo de criar um Cordão Sanitário no entorno para evitar a transmissão do vírus e o contágio de outras doenças - importante implantar cordões sanitários em articulação com os mecanismos próprios das comunidades indígenas. (c) Promover ações de sensibilização das comunidades do entorno para a presença dos PII. (d) Definição de equipe de referência caso haja contato com grupo de PII.</p> <p>5.3. Emergência em Saúde Pública 5.3.1. Mitigação (a) Em relação ao atendimento de pacientes indígenas nos hospitais: (i) viabilizar acompanhante e intérprete, quando este se fizer necessário, respeitadas as condições clínicas do paciente; (ii) viabilizar a adaptação de protocolos clínicos, bem como critérios especiais de acesso e acolhimento, considerando a vulnerabilidade sociocultural; (iii) priorizar o acesso diferenciado aos indígenas de recente contato, incluindo a disponibilização de alojamento de internação individualizado e (iv) assegurar o compartilhamento de diagnósticos e condutas de saúde de forma compreensível aos pacientes indígenas; (b) Garantir a logística de controle, distribuição e remanejamento de insumos para os territórios indígenas. (c) Adotar medidas de vigilância sanitária em pontos de acesso aos territórios e comunidades indígenas. (d) Fortalecimento da Atenção Primária deve ocorrer no nível local, com a adoção das medidas já estabelecidas nos protocolos de doenças respiratórias. (e) Adoção de medidas de atenção hospitalar para os casos graves e medidas restritivas individuais de isolamento domiciliar para os casos leves. (f) Implantação de pontos de apoio para diagnóstico e assistência de casos leves dentro ou próximo das comunidades e também para apoio na realização constante de busca ativa, testagem rápida e tratamento nas comunidades indígenas e do entorno. (g) No caso de necessidade de transferência para hospital de um indígena considerado isolado, a remoção deve ser realizada a partir de consulta e assentimento dos indígenas envolvidos. (h) Manutenção de alta cobertura vacinal nas comunidades indígenas e do entorno dos isolados nos três países da tríplice fronteira. (i) Monitoramento da cobertura vacinal compartilhada entre países.</p> <p>5.3.2. Contenção (a) Preparação do sistema de saúde: insumos, recursos humanos e medicamentos. (b) Estabelecer um mecanismo de atenção à saúde extramuros para atingir as áreas rurais dispersas dos três países e com financiamento dos Estados. Instalação de centros de saúde de atenção primária atuando em coordenação com as práticas tradicionais e promotores de saúde indígena.</p>
--	---

## Consideraciones finales

Ao longo deste informe, apresentamos aos leitores os resultados obtidos do estudo realizado sobre situação de saúde na região da tríplice fronteira com objetivo a delinear recomendações para planos de contingência para Covid-19 e outras epidemias com foco nos povos indígenas isolados e altamente vulneráveis. Deste modo, realizamos uma síntese da situação de saúde, bem como elencamos pontos importantes sobre o desfecho da covid-19 na região do Trapézio Amazônico.

Primeiramente, realizamos um levantamento bibliográfico, documental e análise de dados oficiais sobre a situação de saúde na região. Então, realizamos entrevistas e encontros presenciais com atores locais, sendo eles indígenas e não indígenas. Os resultados das entrevistas explicitaram o quanto a pandemia resultou em fortalecimento dos sistemas tradicionais de saúde e do protagonismo

comunitário. Foi ainda identificado e ressaltado a importância de um trabalho transfronteiriço que conte com mecanismos compartilhados entre países, como é o caso da sugestão de um desenho acordado entre países de uma via de transporte fluvial e terrestre transfronteiriço, que liga os pontos de atendimento das diferentes instituições de saúde com as comunidades/guardas/terras indígenas que estão localizadas nos pontos de fronteira e adjacentes ao PIACI, de forma a tornar futuros planos de contingência mais ágeis e eficazes.

A partir do teor das entrevistas e com base em uma série de planos de contingência para Covid-19 com foco em povos indígenas elaborados por instituições brasileiras e colombianas, propomos um desenho do que seriam medidas de impacto e/ou que complementaríamos planos locais de enfrentamento à pandemia. Observa-se que passados dois anos desde a declaração da epidemia de Covid-19 como Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional, é sabido que muitas das ações aqui sugeridas foram executadas ou planejadas também pelas instituições locais, contudo, ainda não é de conhecimento público qualquer avaliação sobre os impactos das ações. Tal tarefa, se tomada a cabo pelos países membros, poderia também contribuir para subsidiar outros futuros planos de contingência.

## **Bibliografia**

Alcaldía Municipal de Leticia. (2020). Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023. Leticia Amazonas.

Alcaldía Municipal de Puerto Nariño. (2020). Plan de Desarrollo Municipal de Puerto Nariño 2020- 2023. Puerto Nariño Amazonas.

Amazon Conservation Team. (2020). Nuestra respuesta ante un posible contacto con los hermanos en Estado Natural: un plan de emergencia contingencia pensando desde el territorio.

Aristizabal, Daniel. 2021. Indigenous Peoples in Isolation in Colombia: A recent history of the challenges involved in their protection. Amazon Conservation Team. Colombia, 15 de junio de 2021. Disponível em:

<https://www.amazoneam.org/indigenous-peoples-in-isolation-or-a-natural-state-in-colombia-a-recent-history-of-the-challenges-involved-in-their-protection/>. Acesso em 20/03/2022.

Balieiro, L. F. D. V. D., & Nascimento, I. R. (2015). Tríplice fronteira Brasil, Peru e Colômbia e as implicações com o narcotráfico. *Textos e Debates*, 2(26).

Brasil, Ministério da Saúde, (2011). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília : Ministério da Saúde, 44 p. (disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_resposta\\_emergencias\\_saude\\_publica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf). Último acesso em 10/01/2022)

Colombia (2021). Decreto 050 de 2021, Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capitulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021.

Costa, M.A. e Marguti, O.M. (ed).(2015). Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros / editores. Brasília: IPEA, 2015

Cunha, M. C. da. História dos Índios no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras. 1992.

Colombia (2014). Decreto 1953 de 2014. Por la cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución.

Del Amazonas, Enciclopedia amazonica en línea. (2022). Pueblo indígena Bora, Amazonas Colombia. Leticia, Colombia.

De Almeida, P. F. (2015). Atención primaria de salud en un sistema universal: El caso de Brasil. *Primaria de Salud en Suramérica*, p. 155.

Escobar, A. L. (2020). A interiorização da pandemia: potenciais impactos em populações em situação de vulnerabilidade na Amazônia. *NAU Social*, 11(20), 137-143.

Farias, Y. N., Leite, I. D. C., Siqueira, M. A. M. T. D., & Cardoso, A. M. (2019). Iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil, 2009-2014. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00001019.

Fiocruz (2020). Risco de espalhamento da COVID- 19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. 4o relatório – segunda edição. Disponível em [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatorios\\_tecnicos\\_-\\_covid-19\\_procc-emap-ensp-covid-19-report4\\_20200419-indigenas.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatorios_tecnicos_-_covid-19_procc-emap-ensp-covid-19-report4_20200419-indigenas.pdf) (acessado em 25/01/2021).

García-Fernández, L., Benites, C., & Huamán, B. (2017). Barreras para el acceso a la atención integral de las personas afectadas por la coinfección por tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en Perú, 2010–2015. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e23.

Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. D. V. C., de Carvalho Noronha, J., & de Carvalho, A. I. (Eds.). (2012). Políticas e sistema de saúde no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ.

Giovanella, L., Feo, O., Faria, M., & Tobar, S. (2012). Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. ISAGS.

Giovanella, Ligia et al. (2015 ) Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 105, p. 300-322.

Giovanella, L., Almeida, P. F. D., Vega Romero, R., Oliveira, S., & Tejerina Silva, H. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*, 39(105), 300-322.

Giovanella, L., & Almeida, P. F. D. (2017). Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cadernos de Saúde Pública*, 33.

Giovanella, L., Vega, R., Tejerina-Silva, H., Acosta-Ramirez, N., Parada-Lezcano, M., Ríos, G., ... & Feo, O. (2020). ¿ Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.IBGE. (2020) Base de Informações sobre os Povos Indígenas e Quilombolas 2019. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.IBGE (2021), Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2021

Instituto Nacional De Estadística E Informática. INEI. (2017) Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades nativas y comunidades campesinas. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Levino, A., & Carvalho, E. F. D. (2011). Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30, 490-500.

Ministerio de Educación. (2022). Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas del Amazonas AATIS. Colombia.

Ministerio del Interior Colombia. (2004). Ministerio del Interior.

Ministerio del Interior Colombia. (2022). w.w.w ministeriodelinterior.gov.co. Obtenido de [https://pruebaw.mininterior.gov.co/sites/default/files/upload/SIIC/PueblosIndigenas/puebl\\_o\\_tikuna.pdf](https://pruebaw.mininterior.gov.co/sites/default/files/upload/SIIC/PueblosIndigenas/puebl_o_tikuna.pdf)

Nunes, M. (2021). O Papel das estruturas territoriais na propagação da Covid-19 na fronteira amazônica. In *O Papel das estruturas territoriais na propagação da Covid-19 na fronteira amazônica* (pp. 27-27).

Organización Nacional Indígena de Colombia. (2022). [www.onic.org.co](http://www.onic.org.co). Obtenido de <https://www.onic.org.co/pueblos/1160-yagua>.

Oliveira, J. P. D. (2002). Ação indigenista e utopia milenarista: as múltiplas faces de um processo de territorialização entre os Ticuna. Bruce Albert, *Pacificando o branco: cosmologias do contato no norte-amazônico*, São Paulo, Editora, Unesp, Imprensa oficial do Estado de São Paulo, 277-309.

Organización Panamericana de Salud. OPS. (2017) Salud en las Américas+, Edición 2017. Resumen del panorama regional y perfil de Brasil. Washington, Disponible en:[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34323/9789275719671\\_por.pdf?sequence=8](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34323/9789275719671_por.pdf?sequence=8).

Pavone, M. P., & Sánchez, E. J. (2018). Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e20.

Porro, A. (1992). História indígena do alto e médio Amazonas: séculos XVI a XVIII. História dos índios no Brasil, 175-196.

Rede Amazônica de Informação Socioambiental. RAISG.(2020). Amazônia sob Pressão 2020. Rede Amazônica de Informação Socioambiental Georreferenciada. Disponível em <https://www.amazoniasocioambiental.org/pt-br/> (último acesso em 07/08/2021).

Reis, R. A. C., & Albertoni, L. (2018). Questões epidemiológicas e desafios no atendimento aos chamados povos isolados. Uma experiência de contato com os Korubo. *Amazônica-Revista de Antropologia*, 9(2), 808-831.

- Rodrigo Octavio, C.B.; Coelho, M.E.; Silva, V.A. (Eds.). (2020). Proteção e isolamento em perspectiva: experiências do projeto Proteção Etnoambiental de Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato na Amazônia. 1ª ed. Brasília: Centro de Trabalho Indigenista, 407p.
- Santilli, P. (2002) Trabalho escravo e brancos canibais. In: ALBERT, B.; RAMOS, A.R. (Orgs.). Pacificando o branco: cosmologias do contato no Norte-Amazônico. São Paulo: Unesp.
- Schor, T. (org.).(2016) Dinâmica urbana na Amazônia brasileira: geografias e cidades na tríplice fronteira Brasil-Peru-Colômbia – v. 3. Manaus: EDUA.
- Santos, R. V., Pontes, A. L., & Coimbra Jr, C. E. (2020). Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 36, e00268220.
- Schweickardt, J. C., & Lima, N. T. (2007). Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913). História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 14, 15-50.
- Silveira, R. P., & Pinheiro, R. (2014). Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia-Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica, 38(4), 451-459.
- Souza, A. L. M. D. (2019). A pobreza indígena como um processo de longa duração: uma análise etnográfica na região da tríplice fronteira (Brasil-Colômbia-Peru). Tese de Doutorado. UNB. Brasília.
- Toda Colombia. (2019). Todacolombia. com. Obtenido de <https://www.todacolombia.com/etnias-decolombia/grupos-indigenas/cocama.html>.
- UNODC, IDS et al. World drug report. **United Nations New York, NY**, 2021.
- Vega Romero, R., & Acosta Ramírez, N. (2015). La atención primaria em sistemas de salud basados en el aseguramiento: El caso de Chile, Colombia y Perú. Giovanella L, organizadora. Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 195-254.
- Zárate, C. G. (2015). Estado, militares y conflicto en la frontera amazónica colombiana: referentes históricos para la interpretación regional del conflicto. Mundo amazónico, 6(1), 73-96.