

ISBN: 978-9972-857-70-6



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



Instituto Nacional de Salud
Jirón Cápac Yupanqui 1400, Lima 11, Perú
Apartado Postal 471, teléfono: (0511) 471-9920 Fax: (0511) 471-0779
Correo electrónico: revmedex@ins.gob.pe
Página web: www.ins.gob.pe

Norma y Guías Técnicas en Salud INDÍGENAS EN AISLAMIENTO Y CONTACTO INICIAL



Norma y Guías Técnicas en Salud INDÍGENAS EN AISLAMIENTO Y CONTACTO INICIAL

Lima, 2008

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

MINISTRO

Econ. Hernán Garrido-Lecca Montañez

VICEMINISTRO

Dr. Elias Melitón Arce Rodríguez

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

JEFA

Dra. Patricia García Funegra

SUBJEFE

Dr. Rubén Espinoza Carrillo

**CENTRO NACIONAL DE
SALUD PÚBLICA**

Director General
Dr. Luis Fuentes Tafur

**CENTRO NACIONAL DE
CONTROL DE CALIDAD**

Director General
Q. F. Rubén Tabuchi Matsumoto

**CENTRO NACIONAL DE
PRODUCTOS BIOLÓGICOS**

Director General
Dra. Silvia Pessah Eljay

**CENTRO NACIONAL DE
SALUD INTERCULTURAL**

Director General
Dr. Neptalí Cueva Maza

**CENTRO NACIONAL DE
ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

Directora General
Mg. María Inés Sánchez-Griñán

**CENTRO NACIONAL DE SALUD
OCUPACIONAL Y PROTECCIÓN
DEL MEDIO AMBIENTE PARA LA SALUD**

Directora General
Dra. Miriam Vidurritzaga Ramos

**COMITÉ EDITOR
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD**

PRESIDENTE

Dr. César Cabezas Sánchez

MIEMBROS

Dr. Pedro Álvarez Falconí
Q. F. Rosario Belleza Zamora
Dr. Zuño Burstein Alva
Dra. Patricia Caballero Ñopo
Dr. Walter Curioso Vílchez
Dr. Manuel Espinoza Silva
Dr. Percy Mayta Tristán

Dr. Claudio Lanata de las Casas
Mg. Mercedes Ochoa Alencastre
Mg. Graciela Rengifo García
Blga. Silvia Seraylán Ormachea
Dr. Javier Vargas Herrera
Q. F. Diana Vergara Núñez
Blga. Ana Barrientos Tejada

ASISTENTE EDITORIAL
Mg. Carolina Tarqui Mamani

CORRECTOR DE ESTILO
Sr. Daniel Cárdenas Rojas



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



Norma y Guías Técnicas en Salud INDÍGENAS EN AISLAMIENTO Y CONTACTO INICIAL

Elaborado por:
Equipo técnico
Antrop. Carlos Francisco Eyzaguirre Beltroy
Dr. Neptalí Cueva Maza
Bach. Econ. Roberto Basilio Quispe Vilca
Asist. Soc. Lic. Graciela Sánchez Navarro

Centro Nacional de Salud Intercultural
Instituto Nacional de Salud

Lima, 2008

Catalogación hecha por el Centro de Información y
Documentación Científica del INS

Instituto Nacional de Salud (Perú)

Norma y guías técnicas en salud indígenas en aislamiento y contacto inicial /
Elaborado por Carlos Francisco Eyzaguirre Beltroy; Neptalí Cueva Maza;
Roberto Basilio Quispe Vilca y Graciela Sánchez Navarro. -- Lima: Ministerio de
Salud, Instituto Nacional de Salud, 2008.

172 p. : 20.5 x 14.5 cm.

1. POBLACIÓN INDÍGENA 2. AISLAMIENTO SOCIAL 3. PERU

- I. Eyzaguirre Beltroy, Carlos Francisco
- II. Cueva Maza, Neptalí
- III. Quispe Vilca, Roberto Basilio
- IV. Sánchez Navarro, Graciela
- V. Instituto Nacional de Salud (Perú)
- VI. Perú. Ministerio de Salud

ISBN 978-9972-857-70-6

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2008 - 08135

© Ministerio de Salud, 2008

Av. Salaverry cuadra 8 s/n, Jesús María, Lima, Perú

Teléfono: (511) 431-0410

Telefax: 01 – 3156600 anexo 2669

Página Web: www.minsa.gob.pe

© Instituto Nacional de Salud, 2008

Cápac Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú

Teléfono.: 471-9920 Fax 471-0179

Correo electrónico: postmaster@ins.gob.pe

Página Web: www.ins.gob.pe

Publicación aprobada con Resolución Ministerial: 799-2007/MINSA; 797-2007/
MINSA y 798-2007/MINSA

Se autoriza su reproducción total o parcial, siempre y cuando se cite la fuente

Portada: Imágenes del Grupo de Korubo en el Vale do Javari (Estado de
Amazonas, Frontera Perú-Brasil).

Cortesía de: Vincent Brackelaire

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
NORMA TÉCNICA DE SALUD: PREVENCIÓN, CONTINGENCIA ANTE EL CONTACTO Y MITIGACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD EN ESCENARIOS CON PRESENCIA DE INDÍGENAS EN AISLAMIENTO Y EN CONTACTO RECIENTE	7
RESOLUCIÓN MINISTERIAL	8
I. FINALIDAD	11
II. OBJETIVOS	11
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	12
IV. BASE LEGAL	14
V. DISPOSICIONES GENERALES	16
5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS	16
5.2. PRINCIPIOS RECTORES	20
5.3. LA ATENCIÓN DE SALUD DE LOS ICR E ICI	20
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	21
VII. VII. RESPONSABILIDADES	40
7.1. NIVEL NACIONAL	40
7.2. NIVEL REGIONAL	42
7.3. NIVEL LOCAL – MINSA	43
7.4. NIVEL LOCAL – COMUNITARIO	45
VIII. DISPOSICIONES FINALES	46
IX. ANEXOS	46
X. BIBLIOGRAFÍA	46
GUÍA TÉCNICA: RELACIONAMIENTO PARA CASOS DE INTERACCIÓN CON INDÍGENAS EN AISLAMIENTO O EN CONTACTO RECIENTE	57
RESOLUCIÓN MINISTERIAL	58
I. FINALIDAD	61
II. OBJETIVOS	61
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	62

IV. BASE LEGAL64
V. CONSIDERACIONES GENERALES	65
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	70
VII. CONCLUSIONES	100
VIII. ANEXOS	101
IX. BIBLIOGRAFÍA	102
GUÍA TÉCNICA: ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD	121
RESOLUCIÓN MINISTERIAL	122
I. FINALIDAD	125
II. OBJETIVOS	125
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	125
IV. BASE LEGAL	128
V. CONSIDERACIONES GENERALES	129
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	135
VII. CONCLUSIONES	150
VIII. ANEXOS	151
IX. BIBLIOGRAFÍA	152

PRESENTACIÓN

La condición de aislamiento y de contacto inicial por la que optan vivir algunos pueblos indígenas de nuestra amazonía supone un gran reto para el sistema de salud, en términos de las consideraciones especiales para implementar las estrategias de prevención mientras no se establezca contacto directo con ellos, y las de contingencia cuando, provocado o no, se suscite el contacto.

El personal de salud de los niveles nacionales y regionales, así como de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención de la amazonía, aún desconoce cómo abordar este reto de forma efectiva. La premisa fundamental para la prevención en este abordaje es el no contacto, a fin de evitar el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas que provoquen brotes epidémicos y diezme, o extermine, la escasa población que ha decidido mantenerse en estas condiciones de aislamiento. Implementar esta premisa por parte del sector salud demanda una serie de gestiones y actividades que comprometen un trabajo multisectorial, así como la participación efectiva de la sociedad civil.

Múltiples documentos nacionales e internacionales se pronuncian sobre la situación de estos pueblos. En el Perú, La Ley 28736 *Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial* y su Reglamento aprobado según Decreto Supremo N.° 008-2007-MIMDES comprometen la participación de diversos sectores.

La presente publicación reúne tres documentos elaborados por el equipo técnico del Centro Nacional de Salud Intercultural –CENSI– del Instituto Nacional de Salud haciendo eco a la demanda de las organizaciones indígenas sobre la falta de preparación de los equipos de salud para actuar con pertinencia cultural en caso de contacto con indígenas en aislamiento y para brindar atención a indígenas en contacto inicial. Se realizaron tres talleres de consultas –en Lima, Cusco y Puerto Maldonado– en los que se recogieron los aportes de diversos representantes de instituciones públicas, privadas,

representantes indígenas, y se realizaron consultas a expertos comprometidos con la situación de estas poblaciones vulnerables.

La Norma Técnica de Salud: ***Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente*** desarrolla los criterios, estrategias de relacionamiento, actividades y procedimientos culturalmente pertinentes, que debe considerar el Sector Salud, para salvaguardar la vida y salud de estos pueblos. Señala las responsabilidades de los diversos niveles del MINSA, gobierno regional y local y de las comunidades aledañas a estos pueblos.

La Guía Técnica: ***Relacionamiento para casos de Interacción con Indígenas en Aislamiento o en Contacto Reciente*** describe diversos escenarios posibles en que el personal de salud podría interactuar con estos pueblos, y establece las pautas que orientan su accionar a fin de proteger su propia vida, y la salud y la vida de los indígenas.

La Guía Técnica: ***Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad*** orienta al personal de salud en los comportamientos y decisiones para la prestación de servicios en el marco del respeto que merece la cultura de los indígenas en contacto inicial, desarrollando actividades y procedimientos culturalmente pertinentes para la prevención, contingencia y mitigación del impacto negativo en salud.

Estos tres documentos, aprobados con su respectiva Resolución Ministerial, representan un primer paso importante –y ejemplo– para los países de Latinoamérica con indígenas en aislamiento y en contacto inicial. Perú es el primer país que cuenta con estos documentos dirigidos al personal del sistema oficial de salud. Su urgente y paulatina implementación orientará su perfeccionamiento periódico.

Norma Técnica de Salud:
Prevención, Contingencia ante el Contacto
y Mitigación de Riesgos para la Salud en Escenarios
con presencia de Indígenas
en Aislamiento y en Contacto Reciente



Panorámica de la comunidad de Montetoni, Reserva Nanti Nahua, Kugapakori. Cusco. Foto: Cortesía de INDEPA



Niño Nanti. Comunidad
Montetoni, Cusco.
Foto: Cortesía de INDEPA



Familia Matsigenka en Parque Nacional del
Manu, Madre de Dios.
Foto: Cortesía de Neptalí Cueva



Resolución Ministerial

Lima, 20 de setiembre del 2003



Vallejos S.

Visto el expediente N° 07-013143-001 que contiene el INFORME N° 082-2007-DG-CENSI/INS del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud;



CONSIDERANDO:

1. Calderón

Que, el artículo 1° de la Constitución Política del Perú establece que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado;



Magaly Garcia B.

Que, los Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002 – 2012 del Ministerio de Salud aprobados por Resolución Suprema N° 014-2002-SA del 27 de julio del 2002, establecen la necesidad de mejorar la normalidad y las capacidades del personal de salud para brindar un trato adecuado a las diferencias culturales de nuestro país, con respeto y responsabilidad, reconociendo las concepciones de salud de la población y la interacción del sistema de salud y la comunidad,

Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud, reconoce la responsabilidad del Estado para regular, vigilar y promover la protección de la salud, así también establece los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual, además que la salud pública es responsabilidad del Estado;



Que, en ese contexto el Centro Nacional de Salud Intercultural -CENSI- ha elaborado la Norma Técnica de Salud "Norma Técnica de Salud: Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente", que describe las actividades de gestión, de atención de salud, así como las responsabilidades de los diversos niveles del Sector Salud sobre el tema,



V. Zumaran A.

Con el visado del Viceministro de Salud, de la Jefa Instituto Nacional de Salud y del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y

De conformidad con lo dispuesto en el literal I) del Art. 5° de la Ley 27067 Ley del Ministerio de Salud.



J. Calderón v

SE RESUELVE:

Misgby García B.

Artículo 1º Aprobar la NTS N° 059 -MNSA/INS-CENSI - V.01 "Norma Técnica de Salud: Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente", que forma parte de la presente Resolución.



Artículo 2º Encargar a las unidades orgánicas del INS, organismos públicos descentralizados, Direcciones Regionales de Salud o los que hagan sus veces en el ámbito regional y establecimientos de salud, la difusión, implementación, monitoreo y evaluación de las disposiciones de la norma aprobada mediante la presente Resolución.

Artículo 3º La Oficina General de Comunicaciones publicará la Norma Técnica de Salud que se aprueba mediante la presente, en el portal de internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



V. Zumaran A.



CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN
Ministro de Salud

I. FINALIDAD

La presente Norma Técnica de Salud (NTS) tiene por finalidad proteger la salud de los Indígenas en Aislamiento (IA) y preparar al personal de salud para actuar en caso suceda algún avistamiento o contacto con IA e implementen acciones oportunas y eficaces con calidad humana y técnica, y de respeto a su cultura y autodeterminación.

La norma se sustenta en el enfoque de derechos humanos y especialmente el derecho a la salud y la vida, por lo que está orientada a disminuir los efectos negativos en la salud de pueblos IA ante posibles contactos, y en los pueblos indígenas en contacto reciente (ICR) y en situación de contacto inicial (ICI).

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Desarrollar los criterios, estrategias de relacionamiento, actividades y procedimientos culturalmente adecuados, que debe considerar el sector salud, respecto a medidas de prevención, contingencia y mitigación del impacto negativo, ante la existencia e interacción con pueblos indígenas en aislamiento (IA), indígenas en contacto reciente (ICR) e indígenas en contacto inicial (ICI).

Objetivos específicos

- a. Determinar el conjunto de acciones de salud que deben ser implementadas de manera oportuna y en un marco de interculturalidad en salud, para prevenir el contacto con pueblos IA y estar preparados para afrontarlo si sucediera.
- b. Establecer una oferta de servicios de salud adecuada culturalmente según las necesidades, y cercana al escenario donde se produjo la interacción con pueblos IA.
- c. Incorporar de manera coordinada, en la planificación, operativización y evaluación de las acciones de salud, a los diversos sectores e instituciones comprometidas con el bienestar de los pueblos IA, así

- como a las organizaciones indígenas representativas y comunidades indígenas aledañas.
- d. Generar información relevante que oriente futuras acciones de salud en pueblos IA, ICR e ICI.
 - e. Recoger información del sistema de tratamiento y su medicina tradicional en pueblos en ICR e ICI.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

a) La presente Norma Técnica de Salud debe ser aplicada por el personal del sector salud en las áreas territoriales del Estado en favor de los diversos grupos étnicos, áreas reservadas y ámbitos donde habitan y se desplazan los pueblos IA, ICR e ICI. Estas áreas están señaladas y reconocidas por el Estado mediante diversos dispositivos legales:

- **Reserva territorial** del Estado en favor de los grupos étnicos **Kugapakori Nahua Nanti**, en los distritos de Echarate y Sepahua, en las provincias de La Convención y Atalaya, departamentos de Cusco y Ucayali respectivamente.
- **Reserva territorial** del Estado en favor del grupo étnico **Murunahua**, ubicada entre las cabeceras de los ríos Yurúa y Mapuya, distritos de Yurúa y Antonio Raimondi, provincia de Atalaya, departamento de Ucayali.
- **Reserva territorial** del Estado en favor del grupo étnico **Isconahua**, en el distrito de Callería, provincia de Coronel Portillo, departamento de Ucayali (entre las cabeceras de los ríos y afluentes del Aibujao, Utuquinia y Callería).
- **Reserva territorial** del Estado en favor del grupo étnico **Mashco – Piro**, en la provincia del Purús, departamento de Ucayali, entre las cabeceras de los ríos Purús y Curanja.
- **Reserva territorial** del Estado en favor de los grupos en aislamiento **Mashco - Piro e Iñapari**, en los distritos de Iñapari, provincia

de Tahuamanu, y en los distritos de Laberinto, Las Piedras y Tambopata, de la provincia de Tambopata y en provincia del Manu, en el departamento de Madre de Dios.

b) Se considera ámbito de aplicación de la presente NTS a las áreas protegidas por el Estado cuyo reconocimiento se encuentra actualmente en trámite, las cuales son:

- **Reserva territorial** del Estado en favor de los pueblos **Cashibo – Cacataibo**, en los departamentos de Ucayali, Loreto y Huánuco.
- **Reserva territorial** del Estado Yavari Tapichi en favor de los pueblos **Matses – Mayoruna, Isconahua**, en el departamento de Loreto, frontera con Brasil.
- **Reserva territorial** del Estado Yavari Mirin en el departamento de Loreto, frontera con Brasil. **Pueblos no identificados**.
- **Reserva Territorial** del Estado en favor de los pueblos **Arabela, Pananujuri, Taushiro, Huaorani, Taromenane, Iquito-Cahua**, en los ríos Curaray, Napo, Arabela, Nashiño, Tigre y Afluentes, en el departamento de Loreto, frontera con Ecuador.
- **Zona Reservada Pucacuro y Propuesta de Reserva Territorial Pucacuro**, en favor de los grupos étnicos Saparo – Remos – Huarorani, en el distrito de Tigres, Loreto.
- **Zona Reservada Sierra del Divisor y Propuesta Reserva Territorial Capanahua**, en favor del grupo étnico Capanahua, entre los departamentos de Loreto y Ucayali.
- **Santuario Nacional Megantoni**, en el distrito de Echarate, provincia La Convención, departamento de Cusco.

c) Considera también su aplicación por parte del personal del sector salud en los pueblos IA o ICI, que no cuentan con reserva territorial y que habitan en el interior de áreas naturales protegidas:

- Grupo étnico **Ashaninka**, en la **Reserva Comunal Ashaninka, Reserva Comunal Matsiguenga** y en el **Parque Nacional Otishi** en los departamentos de Cusco y Junín.

- Grupo étnico **Sharanahua, Yaminahua, Chitonahua, Cujareño, Mascho Piro, Iñapari**, en el **Parque Nacional Alto Purus – Reserva Comunal Purus**, en los departamentos de Ucayali y Madre de Dios.
- Grupo étnico **Cacataibo** en el **Parque Nacional Cordillera Azul** en el Departamento de Ucayali y Loreto.
- Grupos étnicos **Matsiguenga, Mashco - Piro y otros no identificados** del **Parque Nacional del Manu**, en el departamento de Madre de Dios.

d) La presente norma se aplica además en todas aquellas áreas aún no identificadas o reconocidas por el Estado, pero que en algún momento se convertirán en escenario de aparición, avistamiento o desplazamiento de pueblos IA, ICR e ICI.

IV. BASE LEGAL

- Declaración Universal de Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU suscrito por el Perú el 28 de abril de 1978.
- Convenio 169 – OIT. Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989).
- Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (29 de junio de 2006).
- Ley N.º 26842, Ley General de Salud (1997).
- Ley N.º 27657, Ley del Ministerio de Salud (2002).
- Ley N.º 27811, Ley que establece el régimen de protección de los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas vinculado a los recursos biológicos – 24 de julio 2002.
- Ley N.º 28736. Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial (2006).

- Decreto Supremo N.º 015-2001-PCM, que crea la Comisión Multisectorial para las Comunidades Nativas.
- Decreto Supremo N.º 013-2002-SA, Reglamento de la Ley N.º 27657.
- Decreto Supremo N.º 001-2003-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud.
- Decreto Supremo N.º 006-2006-SA “Amplían prestaciones de salud SIS, para la población de la amazonía y alto andina dispersa y excluida, la víctima de violencia social y los agentes comunitarios de salud”.
- Decreto Supremo N.º 017-2006-SA, Aprueban Reglamento de Ensayos Clínicos en el Perú, Art. 24.
- Decreto Supremo N.º 004–2007-SA “Establecen listado priorizado de intervenciones sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS”.
- Resolución Legislativa N.º 26253 con la que el Perú ratifica el Convenio OIT 169, convirtiéndolo en Ley Nacional.
- Resolución Ministerial N.º 591-2006/MINSA “Normas complementarias para aplicación del Decreto Supremo N.º 006-2006-SA”.
- Resolución Ministerial N.º 771-2004/MINSA, 27 de julio de 2004, Se aprueba las diez Estrategias Nacionales de Salud. Incluye la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas.
- Resolución Ministerial N.º 192-2004/MINSA, 13 de febrero de 2004, que crea la “Comisión Nacional de Salud Indígena Amazónica en el Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N.º 00046-90AG/DGRAAR que crea la Reserva Kugapakori Nahua.
- Resolución Defensorial N.º 032-2005-DP, Informe Defensorial N.º 101 “Pueblos Indígenas en situación de aislamiento voluntario y contacto inicial”, 15.11. 2005.
- Norma Técnica de Salud N.º 047-MINSA/DGSP-V-01 Para la Transversalización de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, aprobada por Resolución Ministerial N.º 638-2006/MINSA.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Aislamiento

Situación de un pueblo indígena, o parte de él, que ocurre cuando éste no ha desarrollado relaciones sociales sostenidas con los demás miembros de la sociedad nacional, o que habiéndolo hecho, han optado por descontinuarlas (*Ley 28736*).

Constituye un sector de la población indígena que, debido a experiencias traumáticas anteriores, ha optado voluntariamente o se ha visto forzado a aislarse del resto de la sociedad nacional, incluso de otras comunidades indígenas, a cambio de su supervivencia, aún en condiciones desfavorables (*Informe Defensorial 101*).

Avistamiento

Situación de contacto visual realizada por personas ajenas a los IA, generalmente de muy corta duración, incluso fugaz, que evidencia la existencia de población indígena.

Contacto inicial

Los pueblos en contacto inicial son aquellos que ocasionalmente entablan relaciones con otros pueblos, han tenido o tienen una vinculación esporádica o no continua con otras culturas foráneas, sean indígenas o no, y su situación presupone vulnerabilidad por lo intenso, traumático o destabilizador que hubiere sido el contacto (*Res. N.º 032-2005 DP*). Comprende a los indígenas en contacto reciente según la definición de la presente norma, y a pesar su interacción con el resto de la sociedad, que puede ser facilitada por la condición de sedentarios que han adquirido, mantienen predominantemente sus patrones tradicionales de organización y subsistencia, escaso intercambio de productos y aún son muy vulnerables de padecer epidemias por su interacción con agentes externos.

Contacto reciente

Situación en la que se encuentra un pueblo indígena inmediatamente después de sus primeras interacciones directas o de contactos físicos -pacíficos o no- con miembros del resto de la sociedad (indígenas o no), y se prolonga hasta que, manteniendo su organización y costumbres tradicionales y desarrollando un sistema de subsistencia adecuado a las nuevas necesidades, por autodeterminación o viéndose forzados por

las circunstancias se establecen en un determinado lugar conocido y de referencia (aunque seminómadas), que a pesar de la inaccesibilidad geográfica, facilita su ubicación, permitiendo muy ocasionalmente interacción con el resto de la sociedad. Esta condición se caracteriza por una extrema vulnerabilidad ante enfermedades transmisibles, baja disposición a establecer relaciones continuas y prolongadas con personas foráneas, y alta probabilidad de que una relación pacífica se torne violenta.

Contingencia

Conjunto de actividades y procedimientos debidamente planificados y protocolizados, en el que se consideran diferentes y probables escenarios de acción para mitigar los efectos negativos de un evento, como es el caso del contacto con indígenas en aislamiento, así como medidas de prevención para evitar consecuencias graves y funestas.

Desastre

Interrupción grave en el funcionamiento de una sociedad causada por un peligro de origen natural o antrópico, ocasionando pérdidas humanas y daños ambientales, sobrepasando la capacidad de respuesta local por no poder superarla con sus propios medios. Para el caso de los ICR e ICI, el escaso número de personas que componen estos pueblos, la inaccesibilidad geográfica y los eventos que caracterizan esta interacción, ponen en serio peligro su supervivencia.

Emergencia en salud

Estado de daño ocasionado por la ocurrencia de un peligro natural o antrópico sobre la vida, patrimonio y medio ambiente, alterando el normal desenvolvimiento de las actividades de la zona afectada. Para los IA, un contacto es una emergencia, pues está asociado con una alta tasa de morbilidad que compromete seriamente su salud y vida como individuo y como grupo.

Equipo especial

Para el caso de los ICR o ICI, por la magnitud y gravedad de la situación, se convoca este equipo formado por profesionales y técnicos (antropólogos, personal de salud, indígenas, etc.) con experiencia en el manejo de situaciones de reciente contacto o contacto inicial.

Equipo de salud

Conjunto interdisciplinario –profesionales y técnicos, voluntarios o rentados– que mediante labor coordinada brindan atención o servicio en los diversos

establecimientos de la oferta fija del sector salud, en los domicilios y en las comunidades. Para el caso de atención a los ICR lo constituye el personal, de la oferta fija y oferta móvil, que se encuentre más cercano a la zona del contacto, quienes según la magnitud y gravedad de la situación pueden solicitar el asesoramiento o la intervención de un equipo especial.

Evaluación de daños

Identificación y registro cualitativo y cuantitativo de la extensión, gravedad y localización de los efectos dañinos causados por suceso natural o antrópico. Incluye la evaluación de riesgo, y en el caso de los pueblos IA, ICR e ICI, no se circunscribe solamente a la salud física y mental sino también incluye a su entorno y cultura.

Fenómeno antrópico

Todo fenómeno producido por la actividad del hombre que puede ocasionar una situación de emergencia. En el caso de los pueblos IA, involucra toda actividad del hombre (forestal, exploración y explotación de hidrocarburos, turismo, terrorismo, narcotráfico y toda incursión de foráneos - indígenas y no indígenas) que posibilita su contacto con el resto de la sociedad en las áreas donde transitan los pueblos IA.

Interculturalidad

Es la actitud comunicacional basada en la comprensión y respeto de los conocimientos, ideas, juicios, creencias y prácticas del “otro” y que contribuye a una mejor interacción de representantes de diversos grupos culturales; esto es, a una mejor convivencia social que deriva en una mutua transformación y beneficio común de los interactuantes.

Mitigación

Reducción de los efectos de un contacto o evento negativo para la salud, a través de medidas de prevención específicas para disminuir principalmente la vulnerabilidad.

Prevención

Todas las actividades orientadas a evitar o mitigar los efectos adversos o daños que eventos negativos puedan producir sobre la vida, el patrimonio y el medio ambiente.

Pueblos indígenas

Son aquellos que se reconocen como tales, mantienen una cultura propia, se encuentran en posesión de un área territorial y forman parte del Estado

peruano de acuerdo con la Constitución. Incluye también a las poblaciones IA, ICR e ICI. (*Ley 28736 - Convenio 169 OIT*).

Relacionamiento

Toda actividad de interacción entre los protagonistas de un evento. En el caso de contacto con pueblos IA, son las maneras como debemos actuar para evitar consecuencias, graves, traumáticas o funestas en dicha población.

Riesgo

Probabilidad de que ocurra alguna situación negativa (enfermedades, pérdida de vidas, u otros daños). Se estima y evalúa en función del peligro y la vulnerabilidad.

Salud intercultural

Referido a la oferta o sistema, es el conjunto de acciones, actitudes y políticas aplicadas por el personal de salud y la población, orientadas al conocimiento, reconocimiento, respeto mutuo, aceptación de prácticas sanitarias de la cultura del usuario y usuaria y del prestador en el proceso de atención de salud, con el fin de lograr articularlas y efectivizarlas.

Sector salud

Es el espacio social de confluencia de personas, organizaciones y entidades, que realizan actividades relacionadas directamente con la salud individual o colectiva en el país, o que repercuten indirectamente en ella. Está constituido por los *prestadores de servicios* (MINSA, EsSalud, Sanidad de las FF.AA. y Policiales, y sus EESS, otros EESS públicos y privados, servicios médicos de apoyo públicos y privados, establecimientos privados lucrativos o no lucrativos, institucionales o individuales), los *compradores o financiadores institucionales de servicios* (seguros privados de salud, EPS, EsSalud, SIS, asociaciones, fundaciones, etc.), las *entidades formadoras de RR.HH. en salud* (de nivel profesional y no profesional), las *entidades productoras de otros recursos en salud*, *agencias de otros sectores del Estado con actividades de impacto sobre la salud o sus factores determinantes* (incluye gobiernos regionales, gobiernos locales, en lo referente a acciones relacionadas con la salud colectiva o con repercusiones en ella), la *sociedad civil* (asociaciones, colegios profesionales, sociedades científicas, fundaciones, organizaciones de base o comunales entre otros) y la *población en general* (usuarios y no usuarios), dentro del marco del *Estado*. Según la Ley del Ministerio de Salud, este órgano del Poder Ejecutivo es el ente rector del sector salud.

Vulnerabilidad

Es una medida del grado de susceptibilidad de una persona o un bien a ser afectado por un fenómeno perturbador, peligro de origen natural o antrópico, al que se le expone.

5.2. PRINCIPIOS RECTORES

La presente Norma Técnica de Salud tiene como principios rectores los siguientes:

- Principio de prevención. Dado que no son posibles intervenciones directas de salud en los pueblos IA, las acciones están orientadas a la preparación logística y financiera para actuar cuando sea necesario, además de evitar y denunciar cualquier intento de contacto.
- Principio de alta vulnerabilidad. El contacto significa, para los IA, un riesgo muy alto de enfermar y morir debido a que no han desarrollado una respuesta inmunológica adecuada para gérmenes comunes, por lo que de suceder el contacto, este constituye una EMERGENCIA y debemos estar preparados para afrontarla y mitigar sus efectos negativos en la vida y la salud de los ICR e ICI.

5.3. LA ATENCIÓN DE SALUD DE LOS ICR E ICI

En pueblos ICR e ICI, la operativización de la atención de salud no se ajusta a los esquemas de atención propuestos en la Norma Técnica Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED); por lo que la oferta de servicio de salud para estos pueblos se sujeta a la presente NTS y sus respectivas guías técnicas (GT) que la complementan.

Los niveles locales y regionales, dado el mejor conocimiento de la zona y posibilidades de acción que tienen, serán los que en definitiva modularán el sistema de atención que se implementará, sobre todo en la etapa de contingencia y de mitigación de daños.

Es indispensable la participación intersectorial, de las organizaciones indígenas y comunidades colindantes a las zonas con pueblos IA, ICR e ICI, por lo que cada nivel de decisión del sector salud realizará las coordinaciones correspondientes.

Es responsabilidad de la dirección regional de salud correspondiente la conformación y funcionamiento de una mesa de trabajo multisectorial e interinstitucional -integrada por sectores públicos del gobierno regional, gobierno local, organizaciones y representantes indígenas, ONG, empresas, organizaciones religiosas- para proponer e implementar las actividades de prevención, contingencia y mitigación del impacto en la salud de los pueblos IA, ICR e ICI. El **Consejo Regional de Salud** puede constituirse en esta instancia si incorpora a las instituciones o actores sociales comprometidos con los derechos y problemática de los pueblos IA, ICR e ICI.

La DIRESA, frente a un contacto con pueblos IA, gestionará ante el gobierno regional la declaratoria de EMERGENCIA de acuerdo con la magnitud del evento.

Para una mayor información de la situación de los pueblos IA y en contacto inicial, ver Anexo A.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Población objetivo: son los indígenas que han optado por vivir en aislamiento y aquellos que en determinado momento se encuentren en situación de reciente contacto o en contacto inicial, según la definición de la presente norma.

En la Guía Técnica “Relacionamiento para casos de Interacción con indígenas en aislamiento o en contacto reciente”, y que complementa la presente NTS, se establece los comportamientos del personal de salud para los eventos en mención.

La Guía Técnica “Atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbimortalidad”, orienta los comportamientos y decisiones en materia de la atención sanitaria a brindar en estos pueblos.

6.1. COMPONENTES PARA LA PREVENCIÓN, CONTINGENCIA ANTE EL CONTACTO Y MITIGACIÓN DEL IMPACTO.

La presencia de pueblos IA y su contacto con otras personas –no indígenas o indígenas que ya mantienen mayor o menor grado de contacto continuo

con el resto de la sociedad nacional- es considerada como **emergencia en salud** de acuerdo con la definición operacional de la presente norma y, según el caso, puede derivar en un desastre. En este enfoque, para la intervención de salud en estos pueblos se consideran las etapas de prevención, contingencia ante el contacto y mitigación del impacto.

Dadas las condiciones de inaccesibilidad geográfica en las que se encuentran estos pueblos IA y la emergencia que supone un evento fortuito con ellos, resulta de suma importancia la gestión local, regional y nacional.

6.1.1. PREVENCIÓN

Las medidas preventivas están orientadas a:

- evitar que se promocióne o propicie un posible contacto con miembros de los pueblos IA, atendiendo a su derecho de libre determinación, y
- estar preparados para actuar eficaz y oportunamente si se suscitara el hecho.

El MINSA, en su afán de incrementar la oferta del servicio opta, entre otras estrategias, por acercar el servicio mediante visitas a las comunidades, las que son realizadas por personal de los establecimientos de salud o por los equipos AISPED.

Los equipos AISPED se desplazan hacia zonas de muy difícil acceso geográfico, teniendo mayor probabilidad de protagonizar un encuentro casual con pueblos IA, así como recibir información o contar con evidencias de su presencia por las áreas donde desarrollan su trabajo. Los establecimientos de salud de zonas amazónicas muy lejanas no están exentos de ser escenarios de visitas de población IA, ICR e ICI.

En esta etapa de prevención las actividades predominantes son las de gestión, entre las que destacan la preparación de los recursos humanos de salud, la información y sensibilización de los pobladores de zonas donde posiblemente habitan pueblos IA, así como la atención especial de salud a las comunidades colindantes ante la posibilidad de convertirse en transmisores de enfermedades.

6.1.1.1. Premisas fundamentales

- a. Ante las evidencias, directas o indirectas, de presencia de IA se debe evitar el inicio de un contacto con esta población, ya sea evitando que se promocióne o participe de expediciones con este fin, o evitando que se propicie el acercamiento de los pueblos IA dejando a su alcance objetos preciados por ellos (anzuelos, hachas, machetes, ropa u otros que les resulten atractivos).
- b. Implementación de acciones de salud preventivas y prestacionales con enfoque intercultural, en las comunidades colindantes a los ámbitos donde existen pueblos IA, ICR e ICI, a fin de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas, así como establecer un sistema de vigilancia comunal que le permita contar con información oportuna de lo que ocurra en la zona colindante al lugar en que viven estos pueblos.

6.1.1.2. Gestión

- a. La DIRESA incluirá en el Plan Estratégico Multianual del Gobierno Regional actividades de información, sensibilización y capacitación sobre pueblos IA.
- b. La DIRESA priorizará en su Plan Estratégico Institucional las actividades de información, sensibilización y capacitación sobre pueblos IA, ICR e ICI.
- c. La DIRESA considerará en su Plan Operativo Anual y mediante coordinación intersectorial, el desarrollo de, por lo menos, una actividad anual de información sobre la situación de los pueblos IA dirigida al personal de salud y otras instituciones de la región.
- d. La DIRESA contará con el apoyo de un equipo informado sobre las costumbres de los grupos indígenas de su ámbito y sobre todo de los de contacto inicial o esporádico, y que contribuya a la capacitación del recurso humano de salud. Este equipo debe incluir personal de salud –indígenas o no-, antropólogos e indígenas que colaboren en esta tarea.

- e. La DIRESA coordinará con las instituciones formadoras de recursos humanos de salud, para que la temática de los pueblos IA, ICR e ICI sea incluida en la currícula.
- f. La DIRESA desarrollará reuniones de información sobre la presente Norma Técnica de Salud y capacitación al personal en SERUMS que laborará en ámbito de pueblos IA, ICR e ICI y del equipo AISPED, previas a su ingreso a la zona de trabajo. Esta capacitación enfatizará los aspectos antropológicos y de interculturalidad.
- g. La DIRESA elaborará el Mapa Regional de Poblaciones Vulnerables o de Alto Riesgo, entre ellos, los pueblos IA, ICR e ICI.
- h. El equipo de salud de la oferta fija y de la oferta móvil debe conocer la información sobre pueblos IA, ICR e ICI, valiéndose de diversas fuentes: bibliográficas, proyectos, programas, comisiones científicas, misiones religiosas y empresas privadas y que hayan trabajado en los ámbitos referidos en esta norma, así como la información proporcionada por los diversos pueblos indígenas de la zona y sus organizaciones representativas.
- i. La Red de Servicios de Salud (RSS), la microrred y los EESS del ámbito deben mantener un archivo preparado especialmente para este tema. Además, deben contar con el diagrama o croquis de su distrito en el que se identifique las posibles áreas de desplazamiento de los IA, según las diversas fuentes.
- j. En cumplimiento de su Plan de Salud Local (PSL), las microrredes y establecimientos de salud en áreas con pueblos IA implementarán actividades comunicacionales de sensibilización al personal de salud sobre el peligro de un contacto con pueblos IA y las consecuencias en la salud de éstos.
- k. El PSL de los establecimientos en áreas con pueblos IA considerará el desarrollo de estrategias de sensibilización periódica a la población, autoridades e instituciones gubernamentales y no gubernamentales sobre la situación de estos pueblos.
- l. La DIRESA y la RSS respectiva realizarán por lo menos un evento anual de capacitación en salud intercultural e intercambio de experiencias

sobre pueblos IA, ICR e ICI, dirigido a los equipos AISPED y personal de los establecimientos que trabaja en estas áreas.

- m. Es responsabilidad de la DIRESA y de la RSS respectiva la selección del personal idóneo para los establecimientos ubicados en áreas con pueblos IA, según criterios señalados en “Consideraciones para la selección de personal para la atención de indígenas en contacto reciente o en contacto inicial”, anexo de la Guía Técnica “Atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbimortalidad”.
- n. Las microrredes y establecimientos identificarán el recurso humano indígena local que serviría de apoyo para las acciones de contingencia, dato que debe ser comunicado oficialmente, según niveles de dependencia, a la RSS y DIRESA para incluirlo en el directorio respectivo. En la Guía Técnica “Atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbimortalidad” se incluye el formato para este directorio.
- o. El directorio de recursos humanos indígenas locales debe ser actualizado al inicio de cada año calendario, debiendo la microrred originar la información correspondiente y luego oficializarla frente a la RSS.
- p. El órgano del nivel nacional MINSA responsable de la salud de los pueblos indígenas en coordinación con el IDREH, o quien haga sus veces, es responsable de definir los contenidos temáticos y la metodología para la capacitación de los recursos humanos de salud que interactúan con pueblos indígenas.
- q. El personal de salud que labora en EESS de los distritos del ámbito de la presente norma técnica donde se desplazan IA, debe estar vacunado contra influenza (del serotipo circulante en el último año) y contra fiebre amarilla, sarampión y difteria. La RSS respectiva debe buscar el mecanismo para el cumplimiento de este requisito.
- r. Toda persona que ingrese por estas áreas debe estar vacunada contra influenza, fiebre amarilla, hepatitis B, sarampión, difteria, y es responsabilidad del EESS, la microrred y la red el cumplimiento de este requisito, requiriendo, de ser necesario, la participación

de las instituciones encargadas del orden público e instituciones públicas de injerencia y vinculación en áreas naturales protegidas y sus respectivas zonas de amortiguamiento.

- s. La RSS y la microrred son responsables de implementar acciones de salud preventivas y prestacionales con enfoque intercultural, en las comunidades colindantes a los ámbitos donde existen pueblos IA, ICR e ICI, a fin de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas: adecuadas coberturas de vacunación, sistema de vigilancia comunal, abastecimiento adecuado de medicamentos (sobre todo para enfermedades respiratorias, diarreicas, de piel, antipiréticos, etc.) a los establecimientos ubicados en áreas donde se desplazan los IA.
- t. La microrred, en coordinación con las instituciones públicas y privadas y las organizaciones indígenas, establecerá un sistema de vigilancia comunal que le permita contar con un sistema de información oportuna de lo que ocurra en la zona colindante a donde viven los pueblos IA, ICR e ICI. Esta información será sistematizada por la microrred para identificar las épocas del año en que se han visto a los pueblos IA, los motivos por los cuales salen y otra información considerada relevante.
- u. La DIRESA en coordinación con la RSS establecerá un estado de alerta en época de estiaje en los puestos de salud más cercanos a las áreas de recorrido de los indígenas aislados o en contacto reciente.
- v. Los equipos AISPED considerarán de manera obligatoria, en su informe mensual, el reporte de la existencia o no, de información o evidencias de desplazamientos de pueblos IA.
- w. De contarse con información o evidencias sobre la presencia de pueblos IA, sin que se haya establecido el contacto, el jefe del establecimiento o de la microrred o el jefe del equipo AISPED deberá informar por escrito u otro medio que garantice la toma de conocimiento por parte de la RSS y a la DIRESA, en el término de la distancia y bajo responsabilidad.
- x. La DIRESA o el EESS, según el nivel que corresponda, recibirá las comunicaciones emitidas por los organismos representativos

indígenas y centros poblados adyacentes, así como también gestionará un sistema de comunicación intersectorial regional respecto a los pueblos IA, en contacto inicial y contacto reciente.

- y. La DIRESA dotará a todos los establecimientos de salud de las áreas cercanas a pueblos IA, con equipos de radiocomunicación operativos u otra tecnología que permita comunicación fluida con sus niveles superiores correspondientes, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica.
- z. La DIRESA coordinará con las otras instituciones de la región para que los pueblos geográficamente más lejanos y de ubicación estratégica, sean implementados y capacitados en el manejo de equipos de radiocomunicación u otra tecnología, con la finalidad de fortalecer los puntos de vigilancia epidemiológica comunitaria.
- aa. La DIRESA gestionará ante instituciones públicas y privadas la incorporación de tecnología de punta como teléfonos satelitales y GPS, para comunicación rápida y georreferenciar la zona de avistamientos de IA o los encuentros e intervención a los indígenas y las indígenas en reciente contacto o el encuentro de cadáveres de IA o en contacto reciente.
- bb. El nivel central MINSA, mediante la entidad responsable de la salud de los pueblos indígenas, en coordinación con la DIRESA correspondiente y las organizaciones indígenas, elaborará propuestas de trabajo transfronterizo –de protección, prevención, contingencia y mitigación de riesgos a la salud- en las áreas donde se desplazan los IA, ICR o ICI, para ser socializadas y consensuadas con los respectivos representantes de dichos países vecinos –mediante convenio u otro mecanismo vinculante- previo a su implementación.

6.1.1.3. Financiamiento

- a. Las DIRESA gestionarán y garantizarán en la Mesa de Trabajo Multisectorial e Interinstitucional, la existencia de un fondo intangible destinado a financiar las actividades de información, sensibilización, prevención y contingencia para su protección y cuando sucediera el contacto con pueblos IA.

- b. La DIRESA, en coordinación con los financiadores determinará los mecanismos para asegurar la inmediata disponibilidad y ejecución de este fondo de respaldo.
- c. En esta etapa de prevención el fondo debe estar destinado básicamente para financiar las actividades de sensibilización: material audiovisual o impreso, reuniones con las comunidades aledañas, capacitación del recurso humano de salud, así como para financiar la implementación con equipo de radiocomunicación en alguna comunidad de ubicación geográfica estratégica en las zonas inaccesibles y donde no haya EESS y que contribuya a la vigilancia de los eventos.
- d. Cada DIRESA presentará al nivel central MINSA la propuesta de tarifas especiales de reembolso de los traslados, ya que los eventos sucederán en zonas geográficamente inaccesibles.
- e. La alta dirección del MINSA gestionará ante el Seguro Integral de Salud las medidas y mecanismos de excepción para casos de ICR e ICI, que permitan el reembolso total de las atenciones y del traslado hacia otro nivel de mayor capacidad resolutive, si este fuera necesario.

6.1.2. CONTINGENCIA ANTE EL CONTACTO

Iniciada una interacción directa con los IA, independiente de la violencia o no con que sucedan los hechos, o si los acontecimientos fueron provocados o no, se suscitará una serie de eventos para la salud de estos pobladores, que demandarán una rápida intervención por parte del Estado y cuya organización es responsabilidad del Ministerio Salud en sus diversos niveles de decisión.

Por lo general, es escaso el número de IA involucrados al inicio del contacto, dato importante para la logística inicial; sin embargo, no olvidar la posibilidad de que alguno de ellos -o todos- en los siguientes días, regrese con el grupo mayor al que pertenecen y que se encuentra en lugares más inaccesibles, desencadenando en las siguientes semanas o meses una secuencia epidemiológica que debemos afrontar.

El tiempo que dure este período crítico del contacto inicial es variable, de días, semanas o escasos meses. Durante este tiempo, el equipo de salud debe ser capaz de:

- establecer una vigilancia sanitaria creando un clima de confianza con los recién contactados y los indígenas en contacto inicial,
- tener información de fuente primaria sobre su situación de salud,
- valorar las posibilidades de seguimiento o vigilancia de las actividades,
- evaluar las percepciones y alternativas de los indígenas, respecto a su situación, al corto y mediano plazo.

A pesar del escaso número de IA que podrían estar en el contacto, su identificación no es tarea fácil, debido a que sus nombres no nos resultan familiares y porque tienden a variar de nombre con cierta frecuencia. Esto dificulta las actividades de seguimiento más aun cuando también cambian los equipos de intervención.

Cada situación tiene sus particularidades, sin embargo, es necesario tener en cuenta:

6.1.2.1. Premisa Fundamental

- a. Un contacto con IA será considerado una **emergencia** que debe ser de **notificación inmediata y obligatoria** dentro del protocolo de vigilancia epidemiológica activa (VEA) del MINSA, y las actividades de salud deben ser planificadas y ejecutadas en el marco de la interculturalidad.

6.1.2.2. Gestión

- a. Toda actividad relacionada con los indígenas en reciente contacto que se realice en el nivel local durante el período crítico, será diariamente comunicada al nivel inmediato superior: microrred, RSS y DIRESA respectivamente.
- b. A nivel regional, el director general de la DIRESA es el único autorizado a brindar información sobre los hechos relacionados con la salud de los indígenas recién contactados.
- c. La RSS y la microrred son responsables de la implementación de las medidas preventivas en las comunidades colindantes a la zona de contacto. De lo contrario, realizarán las gestiones

para su inmediata implementación: adecuada cobertura de vacunación, sistema de vigilancia comunitario, abastecimiento de medicamentos y sensibilización sobre la situación de los IA, preferentemente.

- d. Si el contacto es realizado por terceros, la microrred debe conformar el equipo que realizará una primera evaluación de la pertinencia o no de ingresar a la zona, para lo que debe considerar los criterios para estimar el riesgo de emergencia médica. Estar preparado para actuar, pero no tiene por qué ser inmediato el ingreso.
- e. Los criterios para estimar el riesgo de emergencia médica, se señalan a continuación. Pueden ser obtenidos interrogando a terceros que protagonizan el contacto y utilizados como guía por el personal de salud para decidir el apoyo con equipo de mayor capacidad de resolución.

Criterio	Número
Total de personas fallecidas luego del contacto.	
Total de personas con fiebre alta (malestar + sudoración o escalofrío).	
Persona que se mantiene acostado o hipoactivo, no come. Personas con dificultad respiratoria (respiración rápida).	
Personas con neumonía o bronconeumonía (respiración rápida más tirajes o cianosis).	
Niños pequeños con diarrea ("niños en brazos", o menores de dos años).	
Personas con palidez grave y dificultad respiratoria (respiración rápida).	
Mordido por serpiente.	
Personas con traumatismos graves (heridas amplias, compromiso de órganos vitales...)	
Otro (indicar)	

- f. Los criterios para la conformación del equipo especial que participará en la intervención se señalan a continuación. Otras

consideraciones están señaladas en la Guía Técnica “Atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbilidad”, que complementa la presente NTS.

<p>El equipo debe tener el menor número posible de personas:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 médico o médica,• 1 enfermero, enfermera u obstetrix,• 1 antropólogo o antropóloga conocedor de las culturas amazónicas,• 1 motorista. <p>Si el número de indígenas recién contactados y la gravedad de la situación lo requiere, puede agregarse otro profesional de la salud o técnico sanitario.</p>
<p>El número de personas que ingrese a atender no debe superar el número de ICR.</p>
<p>Tener experiencia de tratar con población ICI o ICR, por lo menos durante dos años, en cualquier región del país.</p>
<p>Uno de los profesionales debe ser de sexo femenino (atención a la mujer).</p>
<p>Ninguna persona que conforme el equipo especial debe tener antecedente negativo referido a mal trato en la atención, mal comportamiento por alcohol, drogas, hurto, violencia sexual, violencia intrafamiliar, entre otras.</p>
<p>Es deseable que alguno de ellos conozca el idioma de los indígenas.</p>

- g. El equipo de salud debe coordinar con los representantes de las organizaciones indígenas, su ingreso a la zona de intervención.
- h. El personal del establecimiento y de la microrred debe reunir la información relevante y necesaria sobre las circunstancias del contacto y características externas de los indígenas para que el equipo especial genere un plan de intervención que permita la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros, y estar preparados y en alerta para la responder a la emergencia. La Guía Técnica “Atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbilidad” señala la relación de materiales e insumos médicos a tener en cuenta, e incluye formatos para la información relevante de las características de los indígenas.

- i. La DIRESA convocará a todos los actores sociales regionales, con la finalidad de articular los esfuerzos para una intervención coordinada y conjunta para afrontar la emergencia de un contacto con pueblos IA.
- j. La DIRESA, en coordinación con los representantes de organizaciones indígenas, decidirá la intervención luego de evaluar la información disponible sobre los hechos.
- k. Todo personal que forma parte del equipo debe tener dosis protectoras de vacunas contra influenza (del serotipo circulante del último año) y contra la fiebre amarilla, hepatitis B, sarampión, difteria y tétano.

6.1.2.3. Atención de salud

- a. Los procedimientos para la atención están detallados en la Guía Técnica “Atención de salud a pueblos indígenas en contacto reciente o en contacto inicial en riesgo de alta morbilidad”, que complementa la presente NTS
- b. Cada individuo o familia de IA, contacto reciente y aquellos en contacto inicial son considerados de **alto riesgo**, por lo que no son aplicables los criterios de calificación que para este efecto propone la Norma Técnica de Salud AISPED.
- c. Está terminantemente prohibido entregar a los pueblos IA (como regalo, intercambio o reciprocidad), alimentos envasados para su libre disposición (leche, conservas, papilla, carne, pescado, verduras, entre otros) por el peligro de uso indebido; evitar la entrega (regalo o intercambio) de ropa usada por el peligro de transmisión de enfermedades de piel.
- d. Toda atención que brinde el equipo especial de salud debe ser incorporada a la información mensual del establecimiento más cercano.
- e. La intervención del equipo de salud no se circunscribe al aspecto prestacional. La atención integral de salud en estos pequeños grupos debe considerar actividades de censo, identificación fotográfica,

relaciones de parentesco, información sobre la salud del grupo mayor, información antropológica y muertes en los últimos años.

- f. La identificación por fotografía según grupos familiares o de formas de agrupación de los indígenas es una tarea de suma importancia, teniendo en cuenta que los IA, ICR e ICI, con frecuencia cambian de nombre. Sin embargo, la tarea de fotografiar debe ser consensuada previamente con los representantes de los indígenas y establecer los mecanismos para el consentimiento o asentimiento.
- g. Toda actividad o intervención de salud, ya sea al individuo o al grupo de indígenas, de diagnóstico o tratamiento, invasiva o no, debe llevarse a cabo agotando los mecanismos de información a fin de lograr su consentimiento o asentimiento. Si hubiera dificultades de comunicación o dudas respecto a la comprensión de los mensajes, el equipo se abstendrá de realizar la tarea o actividad.
- h. Según la magnitud de los acontecimientos, ya sea por la gravedad de los casos o por el número de indígenas contactados, y para evitar, en lo posible, el traslado de los casos graves fuera de zona, se acondicionará una **“base de emergencias”** para una atención de mayor complejidad cerca al lugar de los hechos.
- i. Ante la existencia de cadáveres (encontrados o que hubieran durante la intervención), para su manipulación, el equipo está obligado a respetar la costumbre del grupo indígena contactado, por lo que deberá tomar las precauciones necesarias y evaluar los riesgos de transmisibilidad de alguna enfermedad con la finalidad de buscar la aceptación de formas de entierro para evitar diseminación de la probable infección.
- j. Si el fallecimiento sucediera lejos del lugar donde se encuentran los indígenas recién contactados (hospital, centro de salud u otro): la microrred o RSS y la DIRESA, en coordinación con los representantes de las organizaciones indígenas, gestionarán el traslado del cadáver y su entrega al grupo al cual pertenecía.
- k. La DIRESA emitirá la directiva pertinente para el trato especial y facilidades de la gestión para el retorno del cadáver a su grupo de origen.

- l. Está prohibido internarse más allá de lugar de los hechos en búsqueda del grupo mayor, a pesar de la información sobre su ubicación que se pudiera tener. Cualquier ingreso más allá del lugar del contacto debe contar con la aprobación de las organizaciones indígenas. La trasgresión a esta disposición lo hace pasible de responsabilidad administrativa.
- m. La investigación clínica está restringida a casos especiales en que los resultados de la investigación tengan beneficio directo en los grupos de estudio y estén relacionados con salvaguardar su vida y su salud. Para su ejecución, debe tener la opinión y aprobación del órgano responsable de la salud de los pueblos indígenas del MINSA y de por lo menos una organización indígena, nacional o regional.
- n. La investigación –clínica, epidemiológica, antropológica, social, económica- en pueblos indígenas en reciente contacto y en contacto inicial, debe cumplir estrictamente con los protocolos de ética, en salvaguarda del respeto de los derechos humanos de dichos pueblos. Se aplicará las estrategias adecuadas de consulta comunitaria y a las representaciones indígenas, y debe tenerse las evidencias correspondientes: actas de consulta, consentimientos informados, asentimientos informados. Copia del informe de esta consulta debe presentarse a la Defensoría del Pueblo, al órgano responsable de la salud de pueblos indígenas en el MINSA, a una organización indígena regional y otra de nivel nacional.
- o. Queda prohibida la realización de ensayos clínicos en poblaciones ICR e ICI.
- p. De realizarse investigación en pueblos indígenas en general, y como compromiso ético, los investigadores están obligados a informar sobre los resultados de manera verbal y por escrito, en el lenguaje y formato que sea entendible por las comunidades investigadas y las organizaciones indígenas que los representen. De no cumplir con este requisito, los investigadores no podrán realizar otra investigación en pueblos ICR o ICI. El nivel central del MINSA y la Diresa velarán por su cumplimiento.
- q. La copia de este informe para la comunidad así como el trabajo y sus conclusiones, deben ser presentados a la Defensoría del Pueblo, al órgano responsable de la salud de pueblos indígenas

del MINSA, y a las organizaciones indígenas regionales y del nivel nacional.

- r. La investigación sobre las propiedades de sus recursos terapéuticos tradicionales respetará el derecho de propiedad intelectual del pueblo al cual pertenece, y se someterá a la normatividad vigente.
- s. Los equipos de intervención remitirán a la DIRESA con copia a la RSS, microrred y EESS local, un informe completo de las acciones desarrolladas desde la planificación, disponibilidad de fondos, ejecución de actividades, dificultades, censo, identificación fotográfica de los grupos familiares o del grupo total contactado, información médica, social y antropológica relevante.

6.1.2.4. Financiamiento

- a. Tomada la decisión de intervenir, y en atención al plan de trabajo presentado por el equipo especial refrendado por la microrred, la DIRESA gestionará y velará por la ejecución oportuna del fondo destinado para este efecto, en un plazo máximo de dos días útiles de conocida la emergencia.
- b. Este fondo estará destinado a financiar el viaje del equipo especial (profesionales y técnicos de salud, antropólogo y representante indígena), transporte del equipo y materiales (combustible, carburantes, repuestos, bote, motorista, tripulante y alimentación), adquisición de medicamentos e insumos según el caso y que no sean asumidos por el SIS, funcionamiento y mantenimiento de los equipos de comunicación (radios, teléfonos y panel solar), traslado de las personas que requieran atención especializada..
- c. La DIRESA es responsable de gestionar ante el SIS el reembolso por las atenciones brindadas a los ICR y a los ICI, y determinará los mecanismos necesarios para su disponibilidad oportuna.
- d. El Ministerio de Salud gestionará ante el SIS un trato especial para el llenado de las fichas de los indígenas recién contactados o en contacto inicial, debido a las dificultades para obtener sus verdaderos nombres, dificultad para lograr conocer sus apellidos, el frecuente cambio de nombres que pueden realizar en corto

tiempo, no tener su fecha de nacimiento, particularidades de su organización social y familiar, entre otros datos.

6.1.3. MITIGACIÓN DE LOS RIESGOS

Durante la fase de prevención y durante la contingencia se desarrollará actividades para enfrentar la morbilidad, y a la vez se implementará acciones para disminuir los riesgos que comprometan mucho más la salud de la población afectada; superado el período crítico del contacto, es necesario implementar algunas reglas para continuar mitigando el impacto de los acontecimientos en la salud de los indígenas contactados y en el grupo mayor cuyos integrantes no tuvieron contacto directo con los agentes externos.

El equipo de salud que atiende a los ICR o a los ICI, y cualquier otra persona que ha estado en el lugar de los hechos, involuntariamente se convierte en un portador de agentes patógenos que pueden desencadenar consecuencias funestas en la salud de los pueblos ICR o en los ICI, las que se manifestarán en los próximos días o semanas de dejar el escenario de atención. Esto obliga a asegurar un sistema de vigilancia epidemiológica con participación de las comunidades ubicadas en las proximidades de la zona donde se produjo el contacto.

Uno de los mayores riesgos, frecuentemente no percibido por el personal de salud en sus diversos niveles, es su escasa disposición para un adecuado acercamiento intercultural que permita una mejor calidad de servicio en estas poblaciones; esto determina con el tiempo las serias limitaciones para la aceptación de los servicios que oferta el sistema oficial de salud, adicionando a la inaccesibilidad geográfica y económica, la inaccesibilidad cultural.

6.1.3.1. Premisa Fundamental

- a. No permanecer más tiempo del necesario, por lo que no son aconsejables permanencias prolongadas del equipo de salud ni de otros agentes externos al grupo de indígenas; el equipo de salud debe ser capaz de determinar los tiempos de permanencia que permitan cumplir con las actividades previstas sin desatender las necesidades de tratamiento de los recién contactados.

- b. Asegurar el manejo adecuado de medio ambiente en las áreas donde se desplazan los IA y en las zonas colindantes.

6.1.3.2. Gestión

- a. La DIRESA es responsable, mediante la Mesa de Trabajo Multisectorial e Interinstitucional, de la elaboración de un Plan Integral de Salud a mediano y largo plazo, como parte de un plan de desarrollo integral de la población en contacto inicial.
- b. Los equipos AISPED y el establecimiento de salud más cercano al área, implementará el sistema de vigilancia comunal, y la microrred será la responsable de la exigir la información respectiva y comunicarla mensualmente a la red.
- c. Los pueblos en reciente contacto que decidieran establecerse en un determinado espacio geográfico fijo y conocido, son prioridad para la programación de actividades en pueblos excluidos y dispersos, y el número de visitas por año debe ser definido por los beneficiarios o las organizaciones indígenas representativas, para cuyo efecto se tomará en cuenta el proceso social de su interacción con la sociedad nacional. Si los pueblos ICR e ICI no desean ser visitados, se debe respetar su determinación. Esto debe ser tomado en cuenta para la capacitación de los equipos AISPED y para la programación de sus tareas.
- d. La DIRESA, en coordinación con instituciones relacionadas con el tema (defensoría del pueblo, sector educación y ONG) y las organizaciones indígenas, deben realizar campañas de información y sensibilización para evitar que agentes extraños a los IA e ICI ingresen a la zona.
- e. Es responsabilidad de la DIRESA gestionar ante el gobierno regional respectivo y las organizaciones indígenas, ONG o empresas, que la comunidad ubicada estratégicamente con relación al área de contacto sea implementada con equipos de radiocomunicación o tecnología similar.
- f. Toda publicación que se realice, relacionada al contacto, incluido el material gráfico o de vídeo, debe ser coordinada con la representación de nivel nacional o regional de los pueblos

indígenas, a fin de garantizar el respeto de sus derechos y conocimientos colectivos.

6.1.3.3. Atención de salud

Con la finalidad de evitar la generación de mayores daños a la salud de los pueblos IA o en contacto reciente, es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- a. No dejarles alimentos perecibles (incluye los alimentos de los programas de complementación alimentaria del MINSA o de otros), por el peligro de caducidad, contaminaciones e infecciones.
- b. Las consecuencias en la salud y vida de los ICR e ICI por la entrega y consumo de alimentos perecibles (enlatados, lácteos, papillas u otros) es responsabilidad de la institución o persona que los destina y entrega. Si hubiera consecuencias funestas en la salud de los ICR o ICI, es pasible de denuncia y se deben encontrar los mecanismos adecuados de sanción según la gravedad del caso.
- c. No entregarles (ni en donación ni en intercambio) ropa usada.
- d. No dejarles medicamentos de difícil dosificación para su autoadministración.
- e. Con carácter de reciprocidad y de acuerdo con sus necesidades se podrá entregar los siguientes bienes: sal, anzuelos, machetes, cuchillos, mosquiteros, entre otros de utilidad cotidiana.
- f. Evitar campañas masivas de asistencialismo (reparto de ropa, alimentos, cortes de cabello, despioje o corte de uñas). Estas actividades implican dependencia y carecen de impacto en la mejora de su salud, por lo que no debe realizarse en ICR.
- g. Si en alguna oportunidad debiera realizarse alguna campaña masiva entre ICI, esta será coordinada con las instituciones indígenas regionales; para las relacionadas con la higiene personal y mejoras del medio ambiente, deben estar precedidas de actividades informativas personalizadas y grupales.

- h. Velar por el correcto manejo de desechos sólidos.
- i. La DIRESA, en coordinación con la RSS y la microrred, debe asegurar los mecanismos que permitan mejorar la calidad de los servicios que se oferten en estos ámbitos, logrando una mayor aceptación de ellos: sensibilización y capacitación del personal en temas relacionados con la cultura de dichos pueblos; inclusión de metodologías comunicacionales sin letras; identificación, adecuación e incorporación de prácticas tradicionales saludables a los servicios de salud; investigación e incorporación de las terapias y síndromes tradicionales como información relevante en las historias clínicas, entre otras.
- j. Identificar los recursos humanos comunitarios que posibiliten la continuidad de algunos tratamientos dejados por el equipo de salud, así como uso adecuado tanto de las terapias tradicionales y las terapias de la medicina académica en el marco de su conceptualización de la salud – enfermedad y la práctica del acercamiento intercultural.
- k. La capacitación del recurso humano (profesionales, técnicos, agentes comunitarios) debe asegurar una bidireccionalidad de la información, la cual debe considerar el registro y respeto de las creencias, prácticas y costumbres de estos pueblos, así como el rescate, revaloración e incorporación, en la atención, de aquellas prácticas saludables y de aquellas no nocivas. Esto contribuye a un mayor acercamiento de usuarios y prestadores de servicios de salud.
- l. La información sobre el resto del grupo de IA debe ser manejada con mucha reserva, para evitar expediciones de salud u otras con motivaciones diversas que intenten contactarlos.
- m. El equipo de salud queda prohibido de ingresar hacia el grupo mayor para brindar atención de salud; ello obliga a implementar un sistema de vigilancia comunal que permita conocer oportunamente los efectos del contacto sobre aquellos. Excepción a esto, es la existencia de evidencias que señalan el compromiso de la vida del grupo mayor, para lo cual el equipo de salud ingresará con autorización de la DIRESA correspondiente y en compañía de representantes de organizaciones indígenas.

- n. Antes de abandonar el área y asegurándose el consentimiento respectivo de los indígenas o sus líderes, el equipo de salud debe vacunar contra influenza y fiebre amarilla al grupo de indígenas contactados, y permanecer los días necesarios para vigilar efectos secundarios.

6.1.3.4. Financiamiento

- a. La DIRESA es responsable de concertar esfuerzos en la Mesa de Trabajo Multisectorial e Interinstitucional para la gestión y logro de fuentes de financiamiento para el desarrollo del Plan Integral de Salud de la población indígenas ICR e ICI.
- b. Para las actividades de seguimiento y visitas periódicas que pudieran realizarse en la población recién contactada y que ha decidido asentarse en determinada área, el Seguro Integral de Salud (SIS) financiará las prestaciones de salud de acuerdo con los requerimientos y listado priorizado de intervenciones sanitarias establecidas o las que se establezcan para esta población.
- c. El gobierno regional y gobiernos locales respectivos, en el marco del proceso de descentralización, están comprometidos en articular y complementar esfuerzos para conseguir el financiamiento.
- d. La empresa privada, a través del canon respectivo, puede constituir una fuente de financiamiento que la DIRESA gestionará y canalizará para las acciones de prevención, protección, contingencia y mitigación de los pueblos IA, ICR e ICI.

VII. RESPONSABILIDADES

7.1. NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud a través de sus diferentes unidades orgánicas y en coordinación con la entidad del sector encargada de la salud de los pueblos indígenas (Centro Nacional de Salud Intercultural o quien haga sus veces) es responsable de:

- a. Normar, regular, vigilar y evaluar, con participación de organizaciones indígenas, las políticas y actividades de prevención, contingencia y de mitigación de riesgos para la salud de los pueblos IA, ICR e ICI.
- b. Articular las acciones intersectoriales e interinstitucionales para la identificación de fuentes de financiamiento y la definición de los mecanismos de transferencia de recursos para los procesos de prevención, contingencia y mitigación de riesgos en pueblos IA, ICR e ICI.
- c. Vigilar, evaluar y revisar los proyectos financiados por la cooperación internacional y el nivel nacional, dirigidos a la protección de la salud, vida y derechos humanos colectivos de los pueblos IA, ICR e ICI.
- d. Gestionar ante el SIS la modificación de la normativa que regula los mecanismos de reembolso, permitiendo la ejecución oportuna de las actividades que beneficien a la población objetivo de la presente norma.
- e. Brindar asistencia técnica a la DIRESA en el campo de la interculturalidad en salud, para la implementación de los equipos que se encargarán de realizar las acciones de prevención, contingencia en salud y mitigación de riesgos.
- f. Vigilancia y evaluación de la aplicación de la normatividad en salud para IA, ICR e ICI.
- g. Definir los contenidos temáticos, la metodología, así como los materiales respectivos para la capacitación de los recursos humanos de salud que interactúan con pueblos ICI.
- h. Suscribir convenios con centros de formación de recursos humanos de salud para la inclusión del tema de interculturalidad.
- i. Coordinar con la DIRESA la elaboración de propuestas de convenios transfronterizos y su implementación.
- j. Coordinar con la DIRESA y establecer las modificaciones necesarias en el sistema de información que permitan el conocimiento específico sobre la salud de los pueblos indígenas en general y para la vigilancia epidemiológica en los pueblos ICR e ICI.

7.2. NIVEL REGIONAL

El gobierno regional a través de la Gerencia Regional de Desarrollo Social y la Dirección Regional de Salud con sus diversas unidades orgánicas, tienen las siguientes responsabilidades:

- a. Socializar e implementar la presente Norma Técnica de Salud. La aplicación de la NTS es responsabilidad de las direcciones regionales de salud de Loreto, Cusco, Ucayali, Madre de Dios, Junín, Huánuco y todas las regiones donde se ubiquen pueblos IA, ICR e ICI. Su aplicación se coordina a través de las unidades orgánicas del MINSA (DGSP, DGPROMS, DIGESA, OGC, entre otras) y sus instancias descentralizadas -que son parte de la ESN Salud de Pueblos Indígenas-, y compromete a todos los niveles del sector salud.
- b. Adecuar, conducir y supervisar los procesos establecidos en la presente Norma Técnica de Salud.
- c. Establecer y adecuar las directivas administrativas regionales y brindar asistencia técnica y capacitación al personal de salud en el ámbito de su responsabilidad.
- d. La DIRESA es responsable de conformar la Mesa de Trabajo Multisectorial e Interinstitucional y concertar esfuerzos para lograr el financiamiento de las actividades de prevención, contingencia y mitigación del impacto en la salud de los pueblos IA, ICR e ICI.
- e. Elaborar propuestas de convenios transfronterizos y velar por su adecuada implementación.
- f. Identificar con participación de las organizaciones indígenas los mecanismos para la respuesta de prevención y contingencia según niveles de complejidad.
- g. Implementar y mantener actualizado el Directorio de RR.HH. indígenas locales que pueden contribuir a las acciones de contingencia y mitigación del impacto.
- h. Elaborar, en coordinación con los niveles locales, la tarjeta de mensajes en el idioma de los IA de su ámbito. Ver Anexo en la GT “Atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbimortalidad”.
- i. Evaluar con el nivel local y representantes de organizaciones indígenas la información proporcionada por los establecimientos y microrredes sobre IA, y en reciente para decidir la intervención.

- j. Coordinar en el nivel regional la movilización de recursos humanos y tecnológicos desde los diferentes niveles de complejidad, para la atención especializada, si esta fuera necesaria.
- k. Asegurar a través de la DIREMID, el abastecimiento de medicamentos, a los establecimientos de salud ubicados en los ámbitos de posible contacto con IA.
- l. Aprobar de los planes anuales de prevención y contingencia del nivel de red y microrred de salud a efectos de su financiamiento, vigilancia y evaluación.
- m. Consolidar en el ámbito regional la identificación de las comunidades y pueblos que viven alrededor de los pueblos IA.
- n. Contribuir a las propuestas de normas regionales orientadas a restringir el ingreso de personas no autorizadas a los territorios de los pueblos IA, en salvaguarda de su vida y su salud, y de su derecho de autodeterminación.
- o. Vigilar el uso racional de los fondos destinados a proteger la salud de los pueblos IA, ICR e ICI.
- p. La DIRESA es responsable del aseguramiento de los ICR e ICI, en el SIS, para el reconocimiento de las prestaciones de salud que se realizarán si ese fuera el caso.

7.3. NIVEL LOCAL – MINSA

Los equipos de trabajo de los establecimientos de salud que laboran en los ámbitos donde existen pueblos IA, indígenas en contacto reciente o en contacto inicial, así como los equipos AISPED, tienen la responsabilidad de:

- a. Socializar e implementar la aplicación de la presente Norma Técnica de Salud.
- b. Proponer, en coordinación con los representantes indígenas, modificaciones al protocolo de relacionamiento para pueblos IA, ICR e ICI.
- c. Fortalecer las capacidades de los recursos humanos de los equipos AISPED y de los establecimientos ubicados en ámbitos de posible contacto con IA, ICR e ICI.

- d. Proporcionar al respectivo nivel superior la información necesaria sobre los acontecimientos relacionados con los pueblos IA que contribuya a decidir la intervención o no del equipo especial para estos casos.
- e. Conformar, supervisar y brindar asistencia técnica de los equipos que implementen las acciones de prevención y contingencia local.
- f. Coordinar con las autoridades y líderes comunales, la identificación y registro de los pueblos que viven cerca de pueblos IA.
- g. Elaborar el plan anual de prevención y contingencia en salud en pueblos IA, ICR e ICI, y presentarlo a la DIRESA para su aprobación.
- h. Ejecutar y participar en la evaluación del plan anual para la prevención y contingencia en salud en pueblos IA, ICR e ICI.
- i. Colaborar, en coordinación con la comunidad, en la elaboración la tarjeta de mensajes en el idioma de los IA de su ámbito. Ver Anexo en la GT “Atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbilidad”.
- j. Mantener activos los equipos, sistemas de información, logística, cadena de frío, medios de transporte, almacén de medicamentos e insumos, para apoyar las medidas de prevención y contingencia.
- k. Proporcionar información a la DIRESA para elaborar el directorio de recursos humanos indígenas.
- l. Recolectar, procesar y analizar la información de las actividades realizadas.
- m. Ejecutar el presupuesto y presentar una rendición documentada de este, a la red de servicios de salud y DIRESA correspondiente.
- n. Promocionar la participación de la comunidad y las organizaciones indígenas en el planeamiento de las acciones, ejecución, vigilancia y evaluación.
- o. Utilizar y llenar correctamente los formatos establecidos para estas acciones, y enviar oportunamente la información al nivel correspondiente cuando se requiera.
- p. Elaborar en coordinación con otros sectores del ámbito local, material informativo de salud, en lenguaje comprensible por los ICR e ICI.

- q. Coordinar con otros sectores y otras organizaciones locales la vigilancia o actualización de la información de daños o alteración del medio ambiente donde viven los IA y los ICI.

7.4. NIVEL LOCAL - COMUNITARIO

Las comunidades indígenas colindantes a la población IA, tienen responsabilidad en las siguientes acciones:

- a. Organizar juntamente con el MINSA un comité indígena de prevención y contingencia en salud.
- b. Participar en la identificación de problemas epidemiológicos comunitarios, en coordinación con el MINSA.
- c. Apoyar las acciones de salud que realice el personal de salud en la zona.
- d. Participar en las acciones de sensibilización y capacitación que se organicen.
- e. Colaborar con el establecimiento de salud en la elaboración de la tarjeta de mensajes en el idioma de los IA de su ámbito. Ver Anexo en la GT “Atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbilidad y mortalidad”.
- f. Realizar acciones de vigilancia al plan de prevención y contingencia, solicitando rendición de cuentas a la microrred, red de salud y DIRESA.
- g. Participar mediante sus representantes comunales en la evaluación del plan de prevención y contingencia.
- h. Exigir al gobierno regional, a través de sus organizaciones indígenas, la formulación y cumplimiento de las disposiciones legales para la protección de las áreas donde se desplazan población IA, de ICR e ICI.
- i. Denunciar ante las autoridades competentes el movimiento ilegal de personas foráneas en áreas de población IA.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

La presente Norma Técnica de Salud se encuentra sujeta a modificaciones periódicas, de acuerdo al desarrollo de contactos ocurridos, las cuales serán propuestas por las direcciones regionales de salud a la Autoridad Nacional de Salud.

IX. ANEXOS

- Anexo A. Situación de los pueblos indígenas en aislamiento.
- Anexo B. Ubicación de los pueblos indígenas en aislamiento en América Latina.
- Anexo C. Ubicación de los pueblos indígenas en aislamiento, comunidades nativas y lotes petroleros.
- Anexo D. Siglas y acrónimos.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. méd. Chile. Sep 2003; 131 (9): 1061-1065
- Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana; Consejo Machiguenga Del Río Urubamba–Comaru. El gas de Camisea y los pueblos indígenas de la Amazonia peruana: Problemática y propuestas. Perú: AIDSESEP; 2003
- Beier C, Michael L. The Camisea Nanti: A report on factors affecting their welfare and autonomy [Documento en Internet]. Perú: Cabeceras Aid Project; 1998 [citado 10 julio 2006]. Disponible en: <<http://www.onr.com/cabeceras/informes.htm>>
- Brackelaire V. Diagnóstico regional para facilitar estrategias de protección [documento en Internet]. Brasilia: Situación de los últimos pueblos indígenas aislados en América Latina (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela); 2006 [citado en enero 2006].
Disponible en:<<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd66/ultimospueblos.pdf>>
- Comisión Nacional de los Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos; Programa De Protección y Defensa de los Pueblos en Aislamiento Voluntario. Lima: CONAPA; 2004

- Chichizola C. Analisis de los factores limitantes para la adecuada implementación en el Peru del Convenio N° 169 de la OIT. En: Defensoria del Pueblo. Lima:2000.
- Daggett J. Dilemas que se presentan en los primeros contactos con un grupo étnico aislado - Estudio de un caso particular. En: Instituto Lingüístico de Verano. Lima: 1988
- Dagget J. Dilemas que se presentan en los primeros contactos con un grupo étnico aislado Amazonía Peruana. En: Instituto Lingüístico de Verano. Lima: 1991.
- Lima: Derecho Ambiente y Recursos Naturales; 2005. Boletín Especial DAR N° 25.
- Gonzáles A. Salud intercultural y pueblos indígenas: La influencia de un programa de salud y la atención en comunidades aguarunas de la selva amazónica en el Perú – Salud Intercultural en América Latina, Perspectivas antropológicas. Quito: 2004
- Huertas B. Los pueblos indígenas en aislamiento: su lucha por la sobrevivencia y la libertad IWGIA. Lima 2002
- Ibacache J. Aspectos Metodológicos para el trabajo intercultural en salud – Departamento de acción integral en salud. Chile: Servicio de Salud Araucana Sur; 1998.
- Ibacache J. La Salud, el Desarrollo y la Equidad en un Contexto Intercultural. Chile: Servicio de Salud Araucana Sur; 1997
- Lopez L. 2004. Igualdad con dignidad, hacia nuevas formas de actuación con la niñez indígena en América Latina
- Oficina General de Epidemiología. Pueblos en situación de extrema vulnerabilidad: El caso de los Nanti de la Reserva territorial Kugapakori Nahua, Río Camisea, Cusco. Lima: Ministerio de Salud; 2003
- Oficina General de Epidemiología. Guía para el análisis de los factores condicionantes de la salud. Lima: Ministerio de Salud; 2002
- Organización Internacional del Trabajo. Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales [Documento en Internet]. Ginebra:Departamento de Normas Internacionales del Trabajo; 2003 [citado 20 septiembre 2006]. Disponible en: <<http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/lima/publ/conv-169/>>
- Organización Panamericana de la Salud: Organización Mundial de la Salud. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. EUA:OPS;1998.

- Organización Panamericana de la Salud; Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas [Documento en Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 1998. [citado 20 octubre 2006]. Disponible en <http://www.nacionmulticultural.unam.mx/acervo/monografia/mon_006/mon_006_01.pdf >
- Organización Panamericana de la Salud; Programas y Servicios de Salud Mental en Comunidades [Documento en Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 1998. [citado 30 septiembre 2006]. Disponible en:< http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/indi10_esp.pdf>
- Universidad de Duke [página de Internet]. USA: Centro de Conservación Tropical Nicholas School of the Environment. [citado 20 junio 2006]. Disponible en: < <http://www.duke.edu/web/ctc/alto%20purus/altopurusbook.html>>
- Ponce M. Informe de los últimos avistamientos de los indígenas en aislamiento en la Comunidad Nativa de Tayakome. Parque Nacional Manu. Informe final. Puerto Maldonado: FENAMAD; 2005
- Proyecto Pro-Manu. Guía para Expediciones y Relaciones con Indígenas en contacto Inicial. Cuzco: Pro-Manu; 2003
- Proyecto Pro-Manu. Protocolo para situaciones de contacto con indígenas aislados. Cusco: Pro-Manu; 2003
- Roldán R, Tamayo A. Legislación y Derechos Indígenas en el Perú. 1ra ed. COAMA – CAAP: Lima; 1999
- Vílchez E, Valdez S, Rosales M, editores. Interculturalidad y bilingüismo en la formación de recursos humanos: Educación, Medicina, Derecho y Etnodesarrollo. 1ra ed. Lima: UNMSM, Preeduca PROEIB Andes, 2004
- Zarzar A. Radiografía de un contacto: Los Nahua y la sociedad nacional. Amazonia peruana J. 1987; 8 (14):91-113.
- Zarzar A. Intercambio con el enemigo: etnohistoria de las relaciones intertribales en el Bajo Urubamba y Alto Ucayali. 1ra ed. Lima: Comunidad del IFEZ; 1983

ANEXO A

SITUACIÓN DE LOS PUEBLOS EN AISLAMIENTO

En Latinoamérica, los pueblos IA son una realidad de todos los países de la cuenca amazónica (Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) y de El Chaco (Bolivia y Paraguay). Se estima que aproximadamente 80 pueblos de diverso tamaño, origen étnico y lingüístico viven en aislamiento (Blackelaire, 2006). Todos estos pueblos son considerados como tesoro cultural a nivel mundial tanto por la UNESCO como por la OEA y los diversos Estados donde existen IA han determinado áreas territoriales como parte de su política de protección a estos pobladores. Otros Estados que desconocen de su existencia no han desarrollado políticas para su protección.

Los IA evitan, en lo posible, relacionarse con otros pueblos, indígenas o no indígenas, debido a las experiencias negativas que impactaron en su vida, salud, dignidad personal y cultura, optando por alejarse físicamente del resto de la sociedad nacional, incluidos otros pueblos indígenas, y buscar refugio en la selva amazónica, en lugares distantes, especialmente en las cabeceras de los ríos. (*Res. Defensorial N.º 032-2005/DP*).

Estos grupos habitaban los tributarios de los grandes ríos, y otros grupos más poderosos les impedían asentarse en los ríos principales que estaban bajo su control; si bien hubo escaramuzas entre estos grupos, es difícil imaginar que se les haya perseguido hasta obligarlos a aislarse en las cabeceras de los ríos (Zarzar, 1983).

Los antecedentes de contacto con diversos pueblos de IA tienen como indicador común una alta morbimortalidad, debido a su escasa capacidad de respuesta inmunológica ante agresiones por agentes infecciosos desconocidos por sus organismos hasta antes del contacto. Las enfermedades que pueden padecer los someten a una debilidad que no les permite realizar las labores cotidianas para su subsistencia -caza, pesca, recolección y otras complementarias-, lo cual influye de manera importante en su nutrición, su salud en general y su reproducción sociocultural.

En el Perú, la historia señala la existencia de pueblos indígenas en la Amazonía peruana, sus relaciones con los incas y sus encuentros traumáticos con los españoles que fueron en busca de "El Dorado" en el siglo XVI. A fines del siglo XIX e inicios del XX, en el *boom* de la explotación del caucho,

el contacto se asocia al reclutamiento de indígenas para trabajos forzados, abusos, violencia, esclavitud, contagio de enfermedades y muerte.

Otras incursiones en la Amazonía, con mejores intenciones como las diversas misiones religiosas, determinaron que las familias, que tradicionalmente vivían dispersas, se agruparan alrededor de servicios de educación y salud, ocasionando cambios en sus patrones de convivencia, sus creencias y sus costumbres.

Posteriormente, los traficantes de pieles, otras actividades extractivas - petróleo, oro, madera, gas- y más recientemente, la presencia de turismo, terrorismo y narcotráfico, ocasionan impacto negativo en estos pueblos, obligándolos a replegarse hacia zonas más lejanas en las cabeceras de los ríos o a desplazarse fuera de su hábitat. En estos desplazamientos dichas pueblos aparecen en áreas correspondientes a otros grupos indígenas o en zonas habitadas o transitadas por foráneos.

Los IA y los ICI son, desde el punto de vista de la salud, pueblos en situación de alto riesgo, debido a su reducida escala demográfica y su vulnerabilidad ante enfermedades infecciosas para las cuales no han desarrollado apropiadas defensas inmunológicas. En el caso de la Amazonía, algunos estudios han contribuido a identificar las enfermedades que posiblemente tengan un origen exógeno para estas poblaciones: sarampión, viruela, influenza A y B, parainfluenza 2 y 3 y el rotavirus (además de paperas, rubéola y polio). Se menciona asimismo la hepatitis B, la tuberculosis, la malaria, y el agente Norwalk; la fiebre amarilla sería endémica en la amazonía (*OGE 2003*).

Estos eventos traumáticos para los IA los llevan a evitar interactuar con el resto de la sociedad, ya que cuando esto sucede se desencadena una serie de circunstancias que, de no ser adecuadamente manejadas, pueden tener saldos lamentables en la vida, salud y cotidianidad de estos pobladores.

El contacto de madereros con tres indígenas nahuas (Yora) en 1984, produjo, en el resto de su población, una epidemia de infecciones respiratorias que se complicaron en neumonía, sumándose a las parasitosis, paludismo y problemas gastrointestinales que ya padecían. Los nahuas desde entonces empezaron a depender cada vez más de la gente foránea a su grupo para obtener bienes y servicios que necesitan en su nueva condición (sal, enlatados, fideos, diversas mercancías, vestimenta, medicinas, apoyo médico para las nuevas enfermedades, escopetas y motores). Desde esa fecha, su mundo y cotidianidad ha cambiado totalmente.

Otros contactos más recientes se refieren a los Nanti en afluentes del río Urubamba en Cusco, los Mashco Piro en el Alto Purús, los Matsiguengas en las cabeceras del río Sotileja en 1995, y otro grupo aún no identificado en las cercanías de la comunidad nativa de Tayakome en el 2005; estos dos últimos en el Parque Nacional del Manu, departamento de Madre de Dios. En este mismo departamento, los madereros que incursionan por el río Las Piedras protagonizan contactos con IA, obligándolos a desplazarse de su hábitat. Los IA vistos en Tayakome en el 2005 pueden ser de estos grupos habitantes del río Las Piedras.

En los meses -y hasta años- posteriores a un contacto con pueblos IA es frecuente la presentación de brotes de enfermedades transmisibles que amenazan la existencia del grupo. Como ejemplo, el Tabla 1 resume lo acontecido con las comunidades de Montetoni y Malanksiari luego del contacto.

Tabla 1
Brotes reportados en pueblos que viven en el Alto Camisea.
Alcance, efectos y eventos asociados, 1995 – 2002

Año /mes	Síndrome	Asentamiento	Alcance / muerte	Evento asociado.
1995 Fines de mayo y junio	EDA acuosa con deshidratación grave. Duración: dos semanas.	Montetoni	Adultos y niños. Mueren 4 niños	Retorno del promotor de salud de un curso en el C.S. Kirigueti.
1997 oct -nov	EDA grave. Duración: tres semanas.	Malanksiari y Montetoni	Toda la población de Malanksiari y Montetoni. Mueren 7 niños <1 año	Retorno de profesores y alumnos de Chocoriari. Brote EDA en todo el Urubamba.
2002 Agosto	IRA (virus B influenza A/H1N1, A/H3N2 aislados en laboratorio.	Malanksiari y Montetoni	155 casos mujeres y < de 15 años.	Influenza en Serjali (río Mishahua) 30 % de la población.
2002 Inicio de octubre	EDA disintérica Casos de diarrea con sangre.	Malanksiari y Montetoni	Indeterminado. Mueren 6 niños <1 año	Retorno de matigenka con su mujer enferma con diarrea.

Fuente: DGE. ASIS Nanti 2003

Por la inaccesibilidad geográfica, las intervenciones del personal de salud en casos de emergencia debido al contacto con IA, resultan insuficientes fundamentalmente por deficiencias logísticas: carencia de recursos humanos capacitados para decidir y actuar en estas circunstancias, equipamiento, medicamentos, medios de transporte y comunicación, entre otros. Así mismo, las intervenciones del personal de salud en estos eventos pueden resultar perjudiciales si ellos no cuentan con la capacitación adecuada, con el marco legal y los instrumentos orientadores que les permitan decidir y mitigar los riesgos de su accionar.

En este punto, es posible entender que la condición de aislamiento que mantienen algunos pueblos en nuestra Amazonía como forma de vida, es el resultado de procesos históricos y sociales y responde a su derecho de autodeterminación y a una forma de supervivencia como individuos y como grupo étnico y cultural. Así, el principio general en el que debe enmarcarse cualquier acción que involucre a los IA es el respeto al derecho de los pueblos aislados a mantener su forma de vida y a decidir libre y voluntariamente su nivel de interrelación con el resto de la sociedad nacional. El reconocimiento de su existencia debe obligar a los Estados a desarrollar políticas para su protección.

El tema de los pueblos IA no se circunscribe al Perú; instituciones y organizaciones indígenas y no indígenas –nacionales e internacionales– se pronuncian por la defensa de sus derechos (OEA, ONU y OIT, entre otros). En el Perú, diversas organizaciones indígenas y organizaciones defensoras de los derechos indígenas han generado amplios documentos en el intento de restringir el comportamiento de diversos sectores interesados por los recursos existentes en los ámbitos de desplazamiento de los IA o de los indígenas en contacto inicial, y los comportamientos de aquellos que intentan iniciar una interacción motivados por su espíritu solidario, altruista, académico o por razones de índole personal. En mayo de 2006 se publica la Ley de “Protección de los pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial” con el objetivo de garantizar sus derechos a la vida y a la salud salvaguardando su existencia e integridad, faltando aún el Reglamento de dicha Ley.

El Estado peruano, como parte de su responsabilidad de protección a los IA, ha delimitado reservas territoriales que abarcan el ámbito geográfico en el que tradicionalmente se desplazan estos grupos étnicos y que, al igual que otros que habitan y se desplazan en zonas aún no delimitadas

para su protección, se encuentran en condición de alta vulnerabilidad biológica y cultural; condición que preocupa por el reducido número de los integrantes de estos pueblos y su deficitaria respuesta inmunológica frente a la virulencia de agentes patógenos, que pueden ser introducidos en un contacto con individuos del resto de la sociedad. En el Perú, los ámbitos en que se desplazan algunos pueblos IA, ICR e ICI corresponden a zonas de fronteras con países vecinos como Brasil y Bolivia.

El Ministerio de Salud, como responsable de velar por la salud de toda la población que habita el país, debe estar preparado para dar respuesta al contacto que puedan tener las poblaciones en aislamiento y evitar consecuencias indeseables para su vida y su salud.

Mediante *RM N.° 437-2005 / MINSA*, se aprobó la Norma Técnica para la atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas (AISPED), entre las que estarían considerados los IA y los ICI. Sin embargo, las características biológicas, sociales, culturales y económicas muy particulares de estos pueblos amazónicos hacen necesario establecer los criterios que permitan tomar las decisiones en sus diversos niveles, a fin de garantizar una atención técnica, social y culturalmente adecuada. El tema de la inclusión en salud no debe soslayar el respeto a su cultura.

La inclusión de los ICI en los sistemas de financiamiento de salud y de ampliación de la cobertura de los servicios, implica el peligro de no diferenciar las condiciones especiales de estos pueblos, pudiendo atentar contra su cultura y autodeterminación.

ANEXO B

UBICACIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN AISLAMIENTO EN AMÉRICA LATINA



Situación de los últimos pueblos indígenas aislados en América latina (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela)

Fuente: Vincent Brackelaire.

ANEXO C

UBICACIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS EN AISLAMIENTO, COMUNIDADES NATIVAS TITULADAS, RESERVAS TERRITORIALES Y LOTES PETROLEROS.



ANEXO D

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AISPED	: Atención Integral de Salud en Poblaciones Excluidas y wwDispersas
ASIS	: Análisis de la Situación de Salud
DIGESA	: Dirección General de Salud Ambiental
DIREMID	: Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIRESA	: Dirección Regional de Salud
DGPROMS	: Dirección General de Promoción de la Salud
DGSP	: Dirección General de Salud de las Personas
EESS	: Establecimientos de Salud
ESN	: Estrategia Sanitaria Nacional
IA	: Indígenas en Aislamiento
ICI	: Indígenas en Contacto Inicial
ICR	: Indígenas en Contacto Reciente
MINSA	: Ministerio de Salud
NTS	: Norma Técnica de Salud
OEA	: Organización de Estados Americanos
OIT	: Organización Internacional del Trabajo
OGC	: Oficina General de Comunicaciones
OGE	: Oficina General de Epidemiología
ONG	: Organismo No Gubernamental
ONU	: Organización de las Naciones Unidas
PSL	: Plan de Salud Local
RSS	: Red de Servicios de Salud
SIS	: Seguro Integral de Salud

Guía Técnica

Relacionamiento para casos de Interacción con Indígenas en Aislamiento o en Contacto Reciente



Tambos de indígenas en aislamiento. Reserva territorial Madre de Dios, 2006.
Foto: AIDSESP.



Resolución Ministerial

Lima, 20... de Setiembre del 2003



Visto el expediente N° 07-013143-001 que contiene el Informe N° 082-2007-DG-CENSI/INS del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud.

J. Calderón Y.

CONSIDERANDO:



Que, el artículo 1° de la Constitución Política del Perú establece que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado;

Miguel Guzmán P.

Que, los Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002 - 2012 del Ministerio de Salud aprobados por Resolución Suprema N° 014-2002-SA, del 27 de julio del 2002, establecen la necesidad de mejorar la normatividad y las capacidades del personal de salud para brindar un trato adecuado a las diferencias culturales de nuestro país, con respeto y responsabilidad, reconociendo las concepciones de salud de la población y la interacción del sistema de salud y la comunidad;



Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud, reconoce la responsabilidad del Estado para regular, vigilar y promover la protección de la salud, así también establece los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual, además que la salud pública es responsabilidad del Estado;



Que, en ese contexto el Centro Nacional de Salud Intercultural -CENSI- ha elaborado la "Guía Técnica. Relacionamiento para casos de Interacción con Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente", que describe las orientaciones para el comportamiento, responsabilidades y decisiones del personal de salud frente a hallazgos de evidencias de la presencia de indígenas en aislamiento o ante el avistamiento y el contacto con estos pueblos;

V. Zúmaran A.

Con el visado del Viceministro de Salud, de la Jefa Instituto Nacional de Salud y del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y

De conformidad con la disposición de la Oficina General de Asesoría Jurídica de la Ley 27057, Ley del Ministerio de Salud.



SE RESUELVE:

Artículo 1º Aprobar la "Guía Técnica: Relacionamiento para casos de Interacción con Indígenas en J. Calderón Y aislamiento o en Contacto Reciente", que forma parte de la presente Resolución.



Artículo 2º Encargar a las unidades orgánicas del INS, organismos públicos descentralizados, Direcciones Regionales de Salud o los que hagan sus veces en el ámbito regional y establecimientos de salud, la difusión, implementación, monitoreo y evaluación de las disposiciones aprobadas en la presente guía en los ámbitos de su jurisdicción.

Mag. V. Zumarán A.

Artículo 3º La Oficina General de Comunicaciones publicará la Guía Técnica que se aprueba mediante la presente, en el portal de internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN
Ministro de Salud



V. Zumarán A.

I. FINALIDAD

La presente Guía Técnica (GT) está orientada a prevenir situaciones que atenten contra la salud y la vida tanto de los Indígenas en Aislamiento (IA), y de los Indígenas en Contacto Reciente (ICR), como del equipo de salud y otras personas, ante la posible interacción fortuita -violenta o no- entre ellos, prescribiendo el comportamiento adecuado cuando suceda el evento, mediante decisiones enmarcadas en el respeto a la cultura y al derecho de autodeterminación de los pueblos indígenas.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Orientar al recurso humano de la oferta fija y móvil de los servicios de salud, en los comportamientos y decisiones a tomar ante las diversas posibilidades de relacionamiento con poblaciones IA, las que pueden ser protagonizadas por el personal de salud u otros.

2.2. Objetivos específicos

- a. Describir las acciones que debe desarrollar y comportamiento que debe adoptar el personal de salud ante la información proporcionada por personas que no pertenecen al sector salud, sobre evidencias de la presencia de IA, avistamientos o contactos directos.
- b. Describir y orientar las acciones y comportamientos que debe adoptar el personal de salud cuando entra en contacto fortuito con IA, avistamiento o contacto directo.
- c. Generar información relevante que contribuya a identificar los probables grupos étnicos de IA o ICR que habitan en determinadas áreas amazónicas.
- d. Generar información que contribuya a planificar futuras acciones de salud en los ICR que decidieran establecerse en algún lugar determinado y conocido.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente GT es de aplicación por el personal de salud en los ámbitos señalados para la NTS prevención, contingencia ante el contacto y mitigación de riesgos para la salud en escenarios con presencia de indígenas en aislamiento y en contacto reciente, es decir:

a) Las áreas territoriales del Estado a favor de los diversos grupos étnicos, áreas reservadas y ámbitos donde habitan y se desplazan los pueblos IA, ICR e ICI. Estas áreas están señaladas y reconocidas por el Estado mediante diversos dispositivos legales:

- **Reserva territorial** del Estado a favor de los grupos étnicos **Kugapakori Nahua Nanti**, en los distritos de Echarate y Sepahua, en las provincias de La Convención y Atalaya, departamentos de Cusco y Ucayali respectivamente.
- **Reserva territorial** del Estado a favor del grupo étnico **Murunahua**, ubicada entre las cabeceras de los ríos Yurúa y Mapuya, distritos de Yurúa y Antonio Raimondi, provincia de Atalaya, departamento de Ucayali.
- **Reserva territorial** del Estado a favor del grupo étnico **Isconahua**, en el distrito de Callería, provincia de Coronel Portillo, departamento de Ucayali (entre las cabeceras de los ríos y afluentes del Aibujao, Utuquinia y Callería).
- **Reserva territorial** del Estado a favor del grupo étnico **Mashco – Piro**, en la provincia del Purús, departamento de Ucayali, entre las cabeceras de los ríos Purús y Curanja.
- **Reserva territorial** del Estado a favor de los grupos en aislamiento **Mashco - Piro e Iñapari**, en los distritos de Iñapari, provincia de Tahuamanu, y en los distritos de Laberinto, Las Piedras y Tambopata, de la provincia de Tambopata y en provincia del Manu, en el departamento de Madre de Dios.

b) Se considera ámbito de aplicación de la presente GT a las áreas protegidas por el Estado cuyo reconocimiento se encuentra actualmente en trámite, las cuales son:

- **Reserva territorial** del Estado a favor de los pueblos **Cashibo – Cacataibo**, en los departamentos de Ucayali, Loreto y Huánuco.
- **Reserva territorial** del Estado Yavari Tapichi a favor de los pueblos **Matses – Mayoruna, Isconahua**, en el departamento de Loreto, frontera con Brasil.
- **Reserva territorial** del Estado Yavari Mirin en el departamento de Loreto frontera con Brasil. **Pueblos no identificados**.
- **Reserva Territorial** del Estado a favor de los pueblos **Arabela, Pananujuri, Taushiro, Huaorani, Taromenane, Iquito-Cahua**, en los ríos Curaray, Napo, Arabela, Nashiño, Tigre y afluentes, en el departamento de Loreto, frontera con Ecuador.
- **Zona Reservada Pucacuro y propuesta de reserva territorial Pucacuro**, a favor de los grupos étnicos Saparo – Remos – Huarorani, en el distrito de Tigres, Loreto.
- **Zona Reservada Sierra del Divisor y propuesta reserva territorial Capanahua**, a favor del grupo étnico Capanahua, entre los departamentos de Loreto y Ucayali.
- **Santuario Nacional Megantoni**, en el distrito de Echarate, provincia La Convención, departamento de Cusco.

c) Considera también su aplicación por personal del sector salud en los pueblos IA o ICI, que no cuentan con reserva territorial y que habitan en el interior de áreas naturales protegidas:

- Grupo étnico **Ashaninka**, en la **Reserva Comunal Ashaninka, Reserva Comunal Matsiguenga** y en el **Parque Nacional Otishi** en los departamentos de Cusco y Junín.
- Grupos étnicos **Sharanahua, Yaminahua, Chitonahua, Cujareño, Mascho Piro, Iñapari**, en el **Parque Nacional Alto Purus – Reserva comunal Purus**, en los departamentos de Ucayali y Madre de Dios.

- Grupo étnico **Cacataibo** en el **Parque Nacional Cordillera Azul** en el Departamento de Ucayali y Loreto.
- Grupos étnicos **Matsigena, Mashco - Piro y otros no identificados del Parque Nacional del Manu**, en el departamento de Madre de Dios.

d) La presente GT se aplica además en todas aquellas áreas aún no identificadas o reconocidas por el Estado, pero que en algún momento se convierten en escenario de aparición, avistamiento o desplazamiento de pueblos IA, ICR e ICI.

IV. BASE LEGAL

- Declaración Universal de Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU suscrito por el Perú el 28 de abril de 1978.
- Convenio 169 – OIT. Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989).
- Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (29 de junio de 2006).
- Ley N.º 26842, Ley General de Salud (1997).
- Ley N.º 27657, Ley del Ministerio de Salud (2002).
- Ley N.º 28736. Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial (2006).
- Decreto Supremo N.º 003-98-SA, Aprueba Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, creado por Ley N.º 26790.
- Decreto Supremo N.º 015-2001-PCM, que crea la Comisión Multisectorial para las Comunidades Nativas.
- Decreto Supremo N.º 013-2002-SA, Reglamento de la Ley N.º 27657.
- Decreto Supremo N.º 001-2003-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud.

- Resolución Legislativa N.º 26253 con la que el Perú ratifica el Convenio OIT 169, convirtiéndolo en Ley Nacional.
- Resolución Ministerial N.º 771-2004-MINSA, 27 de julio de 2004, Se aprueba las diez Estrategias Nacionales de Salud. Incluye la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas.
- Resolución Ministerial N.º 00046-90AG/DGRAAR – Reserva Kugapakori Nahua.
- Resolución Defensorial N.º 032-2005-DP, Informe Defensorial N.º 101 “Pueblos Indígenas en situación de aislamiento voluntario y contacto inicial”, 15.11. 2005.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

La presente Guía Técnica tiene como principios rectores los siguientes:

- Principio de prevención. Dado que no son posibles intervenciones directas de salud en los pueblos IA, las acciones están orientadas a la preparación logística y financiera para actuar cuando sea necesario, además de evitar y denunciar cualquier intento de contacto.
- Principio de alta vulnerabilidad. El contacto significa, para los IA, un riesgo muy alto de enfermar y morir debido a que no han desarrollado una respuesta inmunológica adecuada para gérmenes comunes, por lo que de suceder el contacto, este constituye una EMERGENCIA y debemos estar preparados para afrontarla y mitigar sus efectos negativos en la vida y la salud de los ICR e ICI.

Su aplicación es responsabilidad de las direcciones regionales de salud de Loreto, Cusco, Ucayali, Madre de Dios, Junín, Huánuco y todas las regiones donde se ubiquen pueblos IA que en algún momento pueden pasar y pasan a la condición de ICR. Su aplicación se coordina a través de las unidades orgánicas del MINSA (DGSP, DGPROMS, DGE, DIGESA, Oficina de Comunicaciones, entre otras) y sus instancias descentralizadas -que son parte de la ESN Salud de Pueblos Indígenas-, y compromete a todos los niveles del sector salud.

Es indispensable la participación intersectorial, de las organizaciones indígenas y comunidades colindantes a las zonas con pueblos IA, ICR e

ICI, para estar preparados y actuar si ocurriera el avistamiento o contacto con los IA, por lo que cada nivel de decisión del sector salud realizará las coordinaciones correspondientes.

Es responsabilidad de la dirección regional de salud la conformación y funcionamiento de una mesa de trabajo multisectorial e interinstitucional -integrada por sectores públicos del gobierno regional, gobierno local, organizaciones y representantes indígenas, ONG, empresas, organizaciones religiosas- para proponer, estar preparados e implementar las actividades de prevención orientados a afrontar los eventos contemplados en la presente guía. El **Consejo Regional de Salud** puede constituirse en esta instancia si incorpora a las instituciones o actores sociales comprometidos con los derechos y la problemática de los IA, ICR e ICI.

La DIRESA, frente a un contacto con pueblos IA, de acuerdo con la magnitud del evento, evaluará la situación y, de ser el caso, gestionará ante el gobierno regional la convocatoria de la mesa de trabajo multisectorial e interinstitucional para atender la emergencia.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Aislamiento

Situación de un pueblo indígena, o parte de él, que ocurre cuando éste no ha desarrollado relaciones sociales sostenidas con los demás miembros de la sociedad nacional, o que habiéndolo hecho, han optado por descontinuarlas (*Ley 28736*).

Constituyen un sector de la población indígena que, debido a experiencias traumáticas anteriores, ha optado voluntariamente o se ha visto forzado a aislarse del resto de la sociedad nacional, incluso de otras comunidades indígenas, a cambio de su supervivencia, aún en condiciones desfavorables (*Informe Defensorial 101*).

Avistamiento

Situación de contacto visual realizada por personas ajenas a los IA, generalmente de muy corta duración, incluso fugaz, que evidencia la existencia de población indígena.

Contacto inicial

Los pueblos en contacto inicial son aquéllos que ocasionalmente entablan relaciones con otros pueblos; han tenido o tienen una vinculación

esporádica o no continua con otras culturas foráneas, sean indígenas o no, y su situación presupone vulnerabilidad por lo intenso, traumático o desestabilizador que hubiere sido el contacto (*Res. N.º 032-2005 DP*). Comprende a los indígenas en contacto reciente según la definición de la presente norma, y a pesar su interacción con el resto de la sociedad, que puede ser facilitada por la condición de sedentarios que han adquirido, mantienen predominantemente sus patrones tradicionales de organización y subsistencia, escaso intercambio de productos y aún son muy vulnerables a padecer epidemias por su interacción con agentes externos.

Contacto reciente

Situación en la que se encuentra un pueblo indígena inmediatamente después de sus primeras interacciones directas o de contactos físicos –pacíficos o no– con miembros del resto de la sociedad (indígenas o no); y se prolonga hasta que, manteniendo su organización y costumbres tradicionales y desarrollando un sistema de subsistencia adecuado a las nuevas necesidades, por autodeterminación o viéndose forzados por las circunstancias se establecen en un determinado lugar conocido y de referencia (aunque seminómadas), que a pesar de la inaccesibilidad geográfica, facilita su ubicación, permitiendo muy ocasionalmente interacción con el resto de la sociedad. Esta condición se caracteriza por una extrema vulnerabilidad ante enfermedades transmisibles, baja disposición a establecer relaciones continuas y prolongadas con personas foráneas, y alta probabilidad de que una relación pacífica se torne violenta.

Contingencia

Conjunto de actividades y procedimientos debidamente planificados y protocolizados, en el que se consideran diferentes y probables escenarios de acción para mitigar los efectos negativos de un evento, como es el caso del contacto con indígenas en aislamiento, así como medidas de prevención para evitar consecuencias graves y funestas.

Desastre

Interrupción grave en el funcionamiento de una sociedad causada por un peligro de origen natural o antrópico, ocasionando pérdidas humanas y daños ambientales; sobrepasando la capacidad de respuesta local por no poder superarla con sus propios medios. Para el caso de los ICR e ICI, el escaso número de personas que componen estos pueblos, la inaccesibilidad geográfica y los eventos que caracterizan esta interacción, ponen en serio peligro su supervivencia.

Emergencia en salud

Estado de daño ocasionado por la ocurrencia de un peligro natural o antrópico sobre la vida, patrimonio y medio ambiente, alterando el normal desenvolvimiento de las actividades de la zona afectada. Para los IA, un contacto es una emergencia, pues está asociado a una alta tasa de morbilidad que compromete seriamente su salud y vida como individuo y como grupo.

Equipo de salud

Conjunto interdisciplinario –profesionales y técnicos, voluntarios o rentados– que mediante labor coordinada brindan atención o servicio en los diversos establecimientos de la oferta fija del sector salud, en los domicilios y en las comunidades. Para el caso de atención a los ICR lo constituye el personal, de la oferta fija y oferta móvil, que se encuentre más cercano a la zona del contacto, quienes según la magnitud y gravedad de la situación pueden solicitar el asesoramiento o la intervención de un equipo especial.

Equipo Especial

Para el caso de los ICR o ICI, por la magnitud y gravedad de la situación, se convoca este equipo formado por profesionales y técnicos (antropólogos, personal de salud, indígenas, etc.) con experiencia en el manejo de situaciones de reciente contacto o contacto inicial.

Evaluación de daños

Identificación y registro cualitativo y cuantitativo de la extensión, gravedad y localización de los efectos dañinos causados por suceso natural o antrópico. Incluye la evaluación de riesgo, y en el caso de los pueblos IA, ICR e ICI, no se circunscribe a la salud física y mental sino también a su entorno y cultura.

Fenómeno antrópico

Todo fenómeno producido por la actividad del hombre que puede ocasionar una situación de emergencia. En el caso de los pueblos IA, involucra toda actividad del hombre (forestal, exploración y explotación de hidrocarburos, turismo, terrorismo, narcotráfico y toda incursión de foráneos - indígenas y no indígenas) que posibilita su contacto con el resto de la sociedad en las áreas donde transitan los pueblos IA.

Interculturalidad

Es la actitud comunicacional basada en la comprensión y respeto de los conocimientos, ideas, juicios, creencias y prácticas del “otro” y que contribuye a una mejor interacción de representantes de diversos grupos

culturales; esto es, a una mejor convivencia social que deriva en una mutua transformación y beneficio común de los interactuantes.

Mitigación

Reducción de los efectos de un contacto o evento negativo para la salud, a través de medidas de prevención específicas para disminuir principalmente la vulnerabilidad.

Prevención

Todas las actividades orientadas a evitar o mitigar los efectos adversos o daños que eventos negativos puedan producir sobre la vida, el patrimonio y el medio ambiente.

Pueblos indígenas

Son aquellos que se reconocen como tales, mantienen una cultura propia, se encuentran en posesión de un área territorial; forman parte del Estado peruano de acuerdo con la Constitución. Incluye también a las poblaciones IA, ICR e ICI. (*Ley 28736 - Convenio 169 OIT*).

Relacionamiento

Toda actividad de interacción entre los protagonistas de un evento. En el caso de contacto con pueblos IA, son las maneras como debemos actuar para evitar consecuencias, graves, traumáticas o funestas en dicha población.

Riesgo

Probabilidad de que ocurra alguna situación negativa (enfermedades, pérdida de vidas, otros daños). Se estima y evalúa en función del peligro y la vulnerabilidad.

Salud intercultural

Referido a la oferta o sistema, es el conjunto de acciones, actitudes y políticas aplicadas por el personal de salud y la población, orientadas al conocimiento, reconocimiento, respeto mutuo, aceptación de prácticas sanitarias de la cultura del usuario y usuaria y del prestador en el proceso de atención de salud, con el fin de lograr articularlas y efectivizarlas.

Sector salud

Es el espacio social de confluencia de personas, organizaciones y entidades, que realizan actividades relacionadas directamente con la salud individual o colectiva en el país, o que repercuten indirectamente en ella. Está constituido

por los *prestadores de servicios* (MINSA, EsSalud, Sanidades de las FF.AA. y FF.PP. y sus EESS, otros EESS públicos y privados, servicios médicos de apoyo públicos y privados, establecimientos privados lucrativos o no lucrativos, institucionales o individuales); los compradores o financiadores institucionales de servicios (seguros privados de salud, EPS, EsSalud, SIS, asociaciones, fundaciones, etc.); las entidades formadoras de RR.HH. en salud (de nivel profesional y no profesional); las entidades productoras de otros recursos en salud, agencias de otros sectores del Estado con actividades de impacto sobre la salud o sus factores determinantes (incluye gobiernos regionales, gobiernos locales, en lo referente a acciones relacionadas con la salud colectiva o con repercusiones en ella); la sociedad civil (asociaciones, colegios profesionales, sociedades científicas, fundaciones, organizaciones de base o comunales entre otros) y la población en general (usuarios y no usuarios), dentro del marco del Estado. Según la Ley del Ministerio de Salud, este órgano del Poder Ejecutivo es el ente rector del sector salud.

Vulnerabilidad

Es una medida del grado de susceptibilidad de una persona o un bien a ser afectado por un fenómeno perturbador, peligro de origen natural o antrópico, al que se le expone.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

Población objetivo: son los indígenas en aislamiento y aquellos que, habiendo optado por vivir en aislamiento, en determinado momento se encuentren en situación de contacto reciente o en contacto inicial, según la definición de la presente guía.

La NTS “Prevención, contingencia ante el contacto y mitigación de riesgos para la salud en escenarios con presencia de indígenas en aislamiento y en contacto reciente”, establece el marco de las relaciones institucionales e intersectoriales, así como las responsabilidades de los diferentes niveles del sector salud para lograr la atención a los pueblos mencionados, y la presente GT la complementa.

6.1. ESCENARIOS DE RELACIONAMIENTO CON INDÍGENAS EN AISLAMIENTO O CONTACTO RECIENTE

Desde fines del siglo XIX, en la selva se ha intensificado las actividades extractivas de recursos como el caucho, el petróleo, el oro, la madera y el gas. Otras condiciones recientes, como narcotráfico, terrorismo y turismo, contribuyen a crear escenarios de acercamiento que a su vez posibilitan el encuentro fortuito con poblaciones IA.

El Ministerio de Salud, en su política de ampliación de la cobertura de los servicios, tiene como estrategias las visitas domiciliarias y comunitarias mediante los equipos de salud de los establecimientos ubicados en estas áreas y los equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED) que se desplazan hacia localidades de difícil acceso geográfico. Este acercamiento de la oferta de servicios incrementa las posibilidades de avistamiento o de contacto directo con IA, o el hallazgo de evidencias de su presencia.

Las evidencias de la presencia de IA pueden ser:

a) Evidencias indirectas: no se logra observar a los IA, pero se identifica objetos o huellas que indican su presencia, incluso muy reciente.

- Hallazgo de huellas de humanos o pisadas en áreas “deshabitadas” y “no transitadas”.
- Hallazgo de instrumentos utilizados por los IA (flechas, arcos, canoas, balsas, objetos artesanales, instrumentos contusos-cortantes).
- Hallazgo de viviendas precarias, fogatas abandonadas sean recientes o no, restos de alimentos.
- Desaparición de objetos en viviendas o campamentos en áreas donde se desplazan IA.
- Ataques con armas tradicionales (flechas) y sin presencia física del atacante.

b) Evidencias directas de su presencia:

- Avistamiento por los equipos de salud, con o sin comunicación

verbal, acompañados o no de actos de agresión; asimismo avistamientos relatados por terceros.

- Contacto físico directo, violento o no, con o sin comunicación verbal.

Toda persona que, por diversas razones, se encuentre en las áreas donde se desplazan los IA, puede ser protagonista de estos contactos:

Profesiones, oficios, ocupaciones	Posibles lugares de contacto
Miembros de otra comunidad	Comunidad indígena o no indígena
Extractores forestales	Campamento maderero
Trabajadores de las compañías petroleras o de gas	Campamento petrolero, ruta del gaseoducto
Guardabosques	Puesto de guardabosque o guardaparque
Investigadores	Estación científica, trochas de investigación
Turistas	campamento de turistas
Miembros de la Iglesia, personal de salud, etc.	Misión religiosa, establecimiento de salud, etc.
Cualquier playa, río, trocha, o lugar indeterminado del bosque	

Teniendo en cuenta estas posibilidades de relacionamiento, se desarrolla tres escenarios posibles:

- Hallazgo de evidencias indirectas.
- Avistamientos.
- Contacto físico.

El personal de salud generalmente conocerá del hallazgo de evidencias o noticias del encuentro o contacto de foráneos con los IA, y debe conocer cómo actuar cuando sea el caso. Asimismo, debe estar preparado para actuar cuando sea el protagonista del avistamiento o del encuentro con IA.

Desarrollaremos las pautas para el accionar del personal de salud en estas circunstancias, teniendo en cuenta la organización de la oferta de los servicios de salud local en estas áreas de posible contacto (oferta fija y oferta móvil).

Escenarios posibles de relacionamiento con IA para el personal de salud

Para el personal de salud se ha identificado las siguientes posibilidades de relacionamiento con IA:

- A. Hallazgo de evidencias indirectas
 - Información sobre hallazgos de evidencias proporcionada por terceros.
 - Hallazgos de evidencias por personal de salud.

- B. Avistamientos
 - Información sobre avistamientos de IA proporcionada por terceros.
 - Avistamientos de IA por personal de salud.

- C. Contacto físico
 - Información contacto con IA protagonizado por terceros.
 - Contacto con IA protagonizado por personal de salud.

En cada una de ellas el personal de salud puede ser el protagonista o no y cada una de ellas puede estar asociada o no a diverso grado de violencia, la cual no siempre provendría de los IA. Además, un evento pacífico puede convertirse en violento.

A. HALLAZGO DE EVIDENCIAS

Nos alerta de la presencia de IA, y toda persona que transita o se asienta en los lugares donde se desplazan los IA puede ser protagonista de estos hallazgos. En su sigiloso desplazamiento los IA pueden dejar evidencias de su presencia, incluso en campamentos, comunidades o en el establecimiento de salud y en sus alrededores.

Estas evidencias pueden significar una voluntad de acercamiento, o señales de rechazo o, simplemente, ser evidencia de su paso por dichos lugares.

Señales de voluntad de acercamiento

Depósitos conteniendo semillas preciaadas o bebida de plátano, collares, canastas, caracoles, plumas u otros objetos usados para intercambio.

Este hallazgo será considerado como evento no violento, y:

- Si fuera notificado por terceros: seguir procedimiento 1.
- Si fuera encontrado por personal de salud: seguir procedimiento 1 A.

Señales de advertencia (amenazas) o rechazo

Flechas o arcos rotos o atravesados en una trocha como obstruyendo el paso, flecha clavada en un árbol, olla rota, línea dibujada en el camino, víbora u otro animal muerto atravesado por estaca, grupo de flechas en borde de río, estacas de paca afiladas puestas en huecos camuflados, frutas o alimentos en estado de putrefacción, etc.

Cualquiera de estas señales será considerada como evento violento, y:

- Si fuera notificado por terceros: seguir procedimiento 1.
- Si fuera encontrado por personal de salud: seguir procedimiento 1B.

A.1. PROCEDIMIENTO 1. Hallazgos de evidencias por terceras personas

- a. El jefe o responsable del establecimiento más cercano al lugar del evento agotará las fuentes de información secundaria para verificar los datos sobre los hallazgos. Es recomendable, pero no obligatorio, tener evidencia fotográfica o filmica.
- b. Prohibido ir en busca de las evidencias informadas.
- c. El jefe o responsable del EESS más cercano al lugar de los hechos debe llenar el reporte correspondiente (reporte de “Hallazgos en áreas con indígenas en aislamiento” – Anexo N.º 2).
- d. El jefe o responsable del EESS envía a la microrred y RSS, en el informe mensual de actividades, el Formato de Vigilancia Epidemiológica Activa (VEA), adjuntando el Reporte “Hallazgos en áreas con indígenas en aislamiento” - Anexo N.º 2.
- e. El equipo del EESS coordinará con comunidades colindantes a la zona del hallazgo para evitar el contacto e informar sobre presencia de IA.

- f. El responsable de la RSS, en coordinación con el director de la DIRESA, informará a las autoridades indígenas locales y regionales, así como a instituciones locales responsables de las áreas naturales protegidas o reservas territoriales.

A.2. PROCEDIMIENTO 1A. Hallazgo de evidencias (no violento) por personal de salud

Las características de los hallazgos pueden ayudar a identificar el nivel de relacionamiento con el resto de la sociedad que pudieran tener estas poblaciones IA.

- a. El personal que encontrara las evidencias, deberá anotar características del hallazgo, evitando la manipulación y evitando retirar los objetos encontrados. Realizará una descripción minuciosa de los hallazgos, acompañada de gráficos si fuera posible; como guía de detalles que se pueden anotar y considerar, tenemos:
 - Número, forma, tamaño, colores o pinturas, forma de los grabados y material de los elementos hallados.
 - Si fueran tambos o construcciones, registrar la forma en que están dispuestos los troncos o palos que los sostienen, con qué están atados y cómo es la forma de la atadura, número de fogatas o ahumaderos en la vivienda.
 - Disposición de las fogatas dentro de la vivienda, grosor y tamaño de los troncos de las fogatas (a mayor grosor puede significar mayor grado de permanencia).
 - Fijarse en los troncos de la construcción o de sus alrededores, o de la fogata, si hay señales de cortes con instrumento afilado (machete, cuchillo, hacha, motosierra, etc.).
 - Es posible que haya elementos no indígenas (material sintético: depósitos, ropa, material de pesca, hilos industriales, cascos, botas, machetes, etc.).
 - Recipientes e instrumentos (ollas u otros): material, tamaño, número.
 - Señales de reciente habitabilidad: fogata encendida, ceniza caliente o humeante, brasas, restos de alimento caliente, tipo de alimento.

- b. Avisar al resto del grupo que le acompaña, si fuera el caso, y en conjunto, completar la información. De ser posible se tomará se tomará registro fotográfico o de vídeo.
- c. Permanecer el menor tiempo posible en la zona del hallazgo.
- d. Por ninguna razón el personal debe internarse en el bosque en busca de mayores evidencias; puede provocar un contacto de consecuencias no predecibles.
- e. Si el hallazgo sucediera cuando el equipo de salud ingresa a la zona, deberá continuar su ruta programada, indagando sobre IA en las comunidades colindantes a la zona del hallazgo; a su regreso completará información sobre IA, pero evitará acercamiento a la zona del hallazgo.
- f. El responsable del hallazgo o del equipo que realizara el hallazgo, presentará su informe al jefe del establecimiento de salud más cercano, en el término de la distancia. Adjuntará el reporte “Hallazgos en áreas con indígenas en aislamiento” –Anexo N.º 2 -debidamente llenada.
- g. Coordinará con comunidades colindantes a la zona del hallazgo para evitar el contacto e informar sobre presencia de IA.
- h. El jefe o responsable del EESS enviará a la microrred y RSS, en el informe mensual de actividades, el Formato de VEA, adjuntando el reporte “Hallazgos en áreas con indígenas en aislamiento” –Anexo N.º 2.
- i. El Director de la RSS informará del hallazgo a los representantes indígenas locales y a las autoridades encargadas de la protección de los recursos y áreas naturales.

A.3. PROCEDIMIENTO 1B. Hallazgo de evidencias (violento) por personal de salud

- a. El personal que encontrara las evidencias, mediante evaluación visual rápida determinará si el hallazgo significa o no, amenaza, agresividad o un acto violento.
- b. Si determinara que hay indicios de amenaza o posible suceso violento (ver señales de advertencia líneas más arriba), abandonará inmediatamente el sitio del hallazgo, avisando al resto del grupo y continuando su programación de viaje. Evitar filmaciones o fotografías.
- c. Por ningún motivo manipulará, moverá o retirará los objetos encontrados.
- d. Por ninguna razón debe internarse en el bosque en búsqueda de mayores evidencias; puede provocar un contacto de consecuencias no predecibles.
- e. Si el hallazgo sucediera cuando el equipo de salud ingresa a la zona, con las precauciones del caso, deberá continuar su ruta programada, indagando en las comunidades colindantes a la zona del hallazgo sobre la presencia de IA. A su regreso completará información sobre IA evitando acercarse al sitio del hallazgo.
- f. Si hubiera posibilidades de comunicación radial o telefónica, informar de inmediato al establecimiento o microrred a fin de obtener asesoría técnica.
- g. Advertirá a los líderes de las comunidades cercanas sobre el hallazgo.
- h. Coordinará con comunidades colindantes a la zona del hallazgo para que eviten el contacto y que informen sobre la presencia de IA.
- i. El responsable del hallazgo o del equipo que realizara el hallazgo, presentará su informe al jefe del establecimiento de salud más cercano, en el término de la distancia. Adjuntará el reporte "Hallazgos en áreas con indígenas en aislamiento" (Anexo N.º 2) debidamente llenado.
- j. El jefe o responsable del EESS más cercano al lugar de los hechos enviará a la microrred y RSS, en el informe mensual de actividades, el formato de VEA, adjuntando el reporte "Hallazgos en áreas con indígenas en aislamiento" (Anexo N.º 2).

- k. Establecer flujograma de comunicación entre el EESS y las comunidades colindantes al lugar del hallazgo, comprometiendo recursos comunales (equipos de comunicación si los hubiera, movilidad u otros), de tal manera que se conozca lo antes posible de alguna situación violenta que comprometa la vida.
- l. El director de la RSS informará del hallazgo a los representantes indígenas locales así como a las autoridades encargadas de la protección de los recursos y áreas naturales.

B. AVISTAMIENTOS

Los indígenas son vistos en algún lugar del bosque, playa o río, ya sea lejos de los campamentos o comunidades o en las cercanías de estos lugares. Este evento puede caracterizarse por ser un encuentro fortuito y fugaz, con o sin violencia, en el que es posible ver a IA pero con los que no se realiza contacto físico.

Es probable que los indígenas se encuentren realizando sus actividades como caza, pesca o recolección.

Algunas características del grupo: número de miembros, presencia de niños, mujeres y edades aproximadas nos pueden orientar sobre las actividades que realizaban los IA en el momento del avistamiento:

- presencia sólo de varones adultos puede tratarse de un grupo en labores de caza o pesca y quizá el grupo mayor se encuentre a varias horas de camino.
- si se trata de una pareja con niños, puede ser familia en tarea de recolección en un área cercana a su vivienda.
- si es un grupo de más de 15 ó 20 personas, quizá se trate de una migración estacional en búsqueda de recursos para subsistir (por ejemplo en las playas, durante las épocas de estiaje, recogen huevos de tortugas) y quizá sus viviendas o grupo mayor se encuentren a muchos kilómetros o días del lugar del avistamiento.

Si se les encuentra cerca de una comunidad, campamento o del establecimiento de salud, quizá buscan herramientas, alimento o algún

producto o material que les sea útil. También pueden acercarse por curiosidad.

Es muy importante mantener la calma. Siempre estar atentos a sus movimientos pero evitar cualquier movimiento brusco, o gritos que puedan ser interpretados por los indígenas como actos de violencia.

B.1. AVISTAMIENTOS DE IA POR TERCERAS PERSONAS

- a. Si el personal de salud tiene información de que otras personas ajenas al sector han sido protagonistas de reciente avistamiento de IA, es importante registrar el hecho como antecedente e información para el mapeo de estos acontecimientos. Para estos casos, considerar los pasos descritos en **A.1. PROCEDIMIENTO 1** “Hallazgos (no violento) de evidencias por terceras personas”; en estos casos el reporte a llenar será el de “Avistamientos de indígenas en aislamiento” (Anexo N.º 3).
- b. Si el avistamiento ha tenido connotación de violencia, ataques por parte de los IA o por parte de las otras personas, y no hay heridos o muertos, registrar el hecho, y considerar esta información al momento de planificar las rutas de salida de los equipos de salud. Antes de considerar un ingreso por esa zona, indagar sobre posibles peligros; de no existir información relevante, considerar el posible ingreso a dicha ruta.
- c. Si el avistamiento registró heridos o muertos de los foráneos, y los IA huyeron, y es un hecho muy reciente:
 - Comunicar a las autoridades policiales o judiciales y a los representantes indígenas locales.
 - El personal de salud no debe ingresar a la zona de los hechos, salvo hubiera herido de gravedad, y siempre que las condiciones no pongan en peligro su vida. Los heridos o los muertos deben ser trasladados hacia una comunidad cercana donde pudiera desplazarse el personal de salud para brindar la atención o realizar los procedimientos de ley. En el mejor de los casos, los heridos leves o los muertos deben ser trasladados al establecimiento de salud donde recibirán la atención correspondiente.

- La comunicación de lo actuado debe formar parte de un informe detallado dirigido a la RSS respectiva, quienes deberán informar a la DIRESA.
 - La DIRESA comunicará de los hechos a los representantes indígenas regionales y al responsable de la salud de los pueblos indígenas en el nivel central.
- d. No se programará visitas a esta ruta hasta no asegurarse, por información de las comunidades colindantes, que no existen señales de peligro para el tránsito por la zona.
- e. El retomar esta ruta para las actividades de salud debe ser acordada con la RSS y la visita debe ser realizada con el apoyo de indígenas de las comunidades aledañas.

B.2. AVISTAMIENTOS DE IA POR PERSONAL DE SALUD

El personal de los equipos AISPED y cualquier otro personal de salud que labora en zonas lejanas, generalmente no se encuentra equipado con medios de comunicación rápida de corto o largo alcance (altavoces, equipo de radiocomunicación o teléfono satelital) y en la ruta hacia las comunidades que pretende visitar es muy probable que no tengan otras personas o grupos de trabajo con quienes coordinar sus acciones. Teniendo en consideración estas limitaciones, ante un avistamiento protagonizado por el personal de salud se recomienda lo siguiente:

- a. No intentar el contacto físico, mantenerse a cierta distancia observando; no provocar el contacto ofreciéndoles objetos (machete, cuchillos, alimentos, o ropa).
- b. Identificar el aspecto físico de los indígenas: edades aproximadas, talla, contextura, cabello, vestimenta, adornos, tatuajes, etc.
- c. No huir corriendo, puede ser malinterpretado como posibilidad de agresión.
- d. Si el indígena o grupo de indígenas se retira, NO seguirlos. Retirarse hasta cierta distancia de seguridad en espera que NO aparezcan los IA; continuar el viaje.

- e. Si el avistamiento se prolonga por unos minutos, intentar escuchar algunos vocablos.
- f. Avisar al resto del grupo que le acompaña y, en conjunto, completar la información.
- g. Por ninguna razón debe internarse en el bosque en busca de mayores evidencias; puede provocar un contacto de consecuencias no predecibles, incluso violento.
- h. Evitar fotografiar o grabar vídeo; el flash puede ocasionar reacción violenta. Si fuera posible tomar fotografías, no utilizar flash. Pero la regla es evitar fotografiar.
- i. Si el avistamiento no reviste hechos de violencia y se suscitara cuando el equipo de salud ingresa a la zona, deberá continuar su ruta programada, indagando sobre IA en las comunidades colindantes a la zona del hallazgo; a su regreso completará información sobre IA, pero evitará acercamiento a la zona del avistamiento.
- j. Si el avistamiento se sucede con violencia (agresiones desde la lejanía, con o sin visualización de IA): suspender toda actividad programada y retornar o dirigirse de inmediato a la comunidad más cercana y pernoctar. De ser posible, realizar comunicado preliminar al establecimiento de salud más cercano por el medio de comunicación disponible (radio, teléfono). Evaluar condiciones para que en el plazo de 24 horas se decida reanudar el viaje en la ruta programada o retornar al establecimiento de salud.
- k. Coordinar con líderes comunales; indagar sobre antecedentes de avistamientos o hallazgos como información complementaria para el informe.
- l. El personal que protagonizó el avistamiento o el responsable del equipo de trabajo, presentará su informe al jefe del establecimiento de salud más cercano, en el término de la distancia. Adjuntará el reporte "Avistamientos de indígenas en aislamiento" debidamente llenada (Anexo N.º 3).
- m. El Director de la RSS comunicará de inmediato el hecho a la DIRESA.
- n. La DIRESA comunicará de inmediato a la institución representante de los pueblos indígenas del ámbito regional y nacional, al gobierno

regional y a la instancia responsable de la salud de los pueblos indígenas del nivel nacional.

- o. Coordinar con comunidades colindantes a la zona del hallazgo para evitar el contacto e informar sobre presencia de IA.
- p. El director de la DIRESA o su representante, el director de la RSS, el jefe de la microrred y el equipo de salud local decidirán sobre la continuidad de las visitas a las comunidades cercanas al lugar del avistamiento.
- q. El jefe de la microrred y el responsable del establecimiento más cercano al lugar de los hechos, implementarán el flujograma de comunicación con las comunidades colindantes al lugar del avistamiento, comprometiendo recursos comunales (equipo de comunicación si lo hubiera, movilidad u otro), a fin de conocer lo antes posible de nuevos avistamientos u otros eventos con IA.
- r. El jefe de la microrred es el encargado de actualizar el mapeo de hallazgos y avistamientos en su ámbito.
- s. El jefe o responsable del EEES más cercano al lugar de los hechos enviará a la microrred y red de servicios de salud, en el informe mensual de actividades, el formato de VEA, adjuntando el reporte “Avistamientos de indígenas en aislamiento” (Anexo N.º 3).

C. CONTACTO FÍSICO O DIRECTO

Cualquier fenómeno antrópico en áreas donde transitan IA puede ocasionar un contacto cuyas consecuencias son impredecibles. Casi todos los contactos han estado asociados con otras actividades diferentes a las de la atención de salud, sin embargo, el personal de salud debe tener pautas de cómo actuar cuando es protagonista de un contacto o cuando recibe información de un contacto protagonizado por terceros.

El contacto, al igual que los avistamientos, puede suceder en cualquier lugar del bosque, trocha, río, playa, o en los campamentos, comunidad cercana, incluso en los establecimientos de salud, pero en estos casos hay el tiempo suficiente (minutos, horas) que permite una comunicación para indagar sobre sus necesidades o intenciones.

Los IA pueden aparecer en algún lugar, en busca de ayuda, ante brotes de alguna enfermedad infecciosa a la que no pueden hacer frente con su medicina, intentando dar aviso de muertes en el interior del bosque; estas salidas les pueden significar varios días de camino, por lo que en el momento del contacto es posible que la situación en el grupo mayor revista mayor gravedad. En estas circunstancias es más fácil que nuestros esquemas de tratamiento y prevención (inmunizaciones) sean aceptados; sin embargo, su implementación será previa coordinación con los representantes indígenas y autorización de los indígenas recientemente contactados.

El contacto puede ser con indígenas vivos o el hallazgo y contacto con indígena o indígenas muertos. Así mismo puede ser pacífico o con diverso grado de violencia que no necesariamente proviene de los IA o ICR.

C.1. CONTACTOS CON IA PROTAGONIZADOS POR TERCEROS

El personal de salud que reciba la información, asegurándose de la veracidad de esta, la comunicará a su superior inmediato.

Cuando el contacto se ha realizado con personal de alguna compañía (de hidrocarburos, por ejemplo) ellos aplicarán sus protocolos de acción en estas circunstancias e incluso protocolos de atención, por lo que generalmente ya han intervenido con su equipo de salud. En estos casos el personal de salud deberá comunicarse con el médico de la compañía para recibir información detallada y elevar un informe pormenorizado hacia la microrred y RSS para que realicen las gestiones correspondientes ante la DIRESA.

Cuando el contacto es realizado por otros agentes como extractores forestales, mineros, iglesia, investigadores, guardabosques, otras personas, particulares indígenas o no, sus patrones de reacción son impredecibles, y por lo tanto las consecuencias inmediatas o a corto plazo obligan al personal de salud a estar atento para una posible intervención en la zona. En estos casos, el personal de salud debe tener en cuenta lo siguiente:

- a. El jefe o responsable del EESS más cercano al lugar del evento agotará las fuentes de información secundaria para verificar los datos sobre los hechos. Es recomendable tener evidencia fotográfica o fílmica, pero no está obligado a poseerla.

- b. No debe ir al lugar de los hechos en busca de las evidencias del contacto, salvo que hubiera casos de emergencia médica entre los contactados (Anexo N.º 4), que no esperarían el tiempo para la conformación del equipo especial, su implementación e ingreso.
- c. El jefe del EESS más cercano, dentro de las 24 horas siguientes de haber sido informado, debe comunicar por el medio más rápido, sobre los hechos. Llenar y transmitir información de la ficha “Contactos con indígenas en aislamiento” (Anexo N.º 4).
- d. El jefe del EESS implementará un sistema de comunicación rápida con las comunidades cercanas al lugar de los hechos a fin de mantenerse informado sobre el evento.
- e. El jefe del EESS comunicará a la microrred y RSS, día a día sobre la evolución de los acontecimientos.
- f. La DIRESA convocará al personal que conformará el equipo especial de intervención y junto con la RSS, evaluará los hechos según la información disponible, para decidir ingresar al área.
- g. La DIRESA coordinará con la mesa de trabajo multisectorial e interinstitucional para comprometer el apoyo logístico y financiero.
- h. El jefe o responsable del EESS más cercano al lugar de los hechos debe llenar la ficha correspondiente (Anexo N.º 4 ficha “Contactos con indígenas en aislamiento”).
- i. Enviar a la microrred y RSS, en el informe mensual de actividades, el formato de VEA, adjuntando la ficha “Contactos con indígenas en aislamiento”, Anexo N.º 4.
- j. Si el contacto de IA con terceros se ha producido semanas o meses antes, y los indígenas no han retornado al bosque, es necesario llenar la ficha “Contactos con indígenas en aislamiento” (Anexo N.º 4) y enviarla a la microrred para la vigilancia de eventos.

C.2. CONTACTO CON IA PROTAGONIZADO POR PERSONAL DE SALUD

El contacto de IA con personal de salud puede ocurrir en cualquier lugar: en el trayecto que recorre el personal para brindar atención (trocha, orilla o playa de río, comunidad, vivienda) o en un establecimiento de salud.

Es posible que no sea la primera vez que estos IA hayan tenido una interacción directa con el resto de la sociedad (pero decidieron seguir aislados) y que por ello conozcan de algunos bienes materiales y pueden estar en busca de ellos, e incluso pudieran reconocer algunas palabras.

Ante la presencia de IA el personal debe evaluar si se trata de una circunstancia violenta o no. No olvidar que un evento pacífico puede, por alguna circunstancia no prevista, convertirse en hecho violento.

Consideraremos dos escenarios físicos en los que sucede el contacto. En cada uno de ellos puede tener características de violento o no:

- En una comunidad o en el establecimiento de salud
- En un lugar del bosque lejos de alguna comunidad.

C.2.1. CONTACTO SUCEDE EN LA COMUNIDAD O EN EL EESS

El personal de salud y los residentes de la comunidad deberán actuar con mucha cautela y evaluar si los visitantes tienen y mantienen una actitud pacífica o no.

C.2.1a. SI EL CONTEXTO DEL CONTACTO ES NO VIOLENTO

- a. Identificar el aspecto físico de los indígenas: talla, contextura, cabello, edad aproximada, vestimenta, adornos, tatuajes, etc.
- b. Identificar el grupo indígena al que podrían pertenecer. Pueden ser del mismo grupo de la comunidad, lo que facilitará la comunicación. Si fuera del mismo grupo, la interrelación la lidera alguien de la comunidad. Si el personal de salud habla el idioma del grupo o algunas frases o palabras, es momento de ensayar la comunicación. Usar la “Tarjeta de mensajes” (Anexo N.º 7)
- c. Identificar si su salida es por pedir ayuda o por existencia de enfermos en el grupo o en un grupo en el interior del bosque. Definir bien la situación para dar la atención a los indígenas que estuvieran presentes y comunicar a los niveles superiores.
- d. De no identificar enfermos de gravedad, NO intentar el contacto físico, mantenerse a cierta distancia observando (más de cinco

- metros); NO provocar el contacto físico ofreciéndoles objetos, alimentos o ropa.
- e. Si el personal está padeciendo de enfermedad respiratoria aguda, no acercarse a los indígenas en reciente contacto, o usar mascarilla.
 - f. Tratar de persuadir mediante señas, dibujos o comunicación verbal de que retornen a su lugar de origen o que prosigan su viaje.
 - g. Si el personal o alguno de la comunidad portara algún machete o cuchillo o escopeta u otra arma, deberá guardarlo o ponerlo a buen recaudo, lejos del alcance de los recién llegados.
 - h. No mostrar oposición si desean tomar algún objeto (ollas, tazas, ropa, mosquiteros, linternas, etc.) o alimento; no arrebatarles lo que decidan tomar. Si se tratara de armas blancas, arma de fuego o medicinas, intentar la persuasión por señas, o con frases cortas evitando tonos agresivos: “No!”, “cuidado!”, “deja!”, “¡eso no!”, “curar”, “pastilla” “del doctor”. Es posible que hayan escuchado estas palabras en otra oportunidad. Usar “Tarjeta de mensajes” (Anexo N.º 7). Mostrarse tranquilos, sonrientes y mantenerse atentos a sus movimientos.
 - i. No huir corriendo ni gritar, puede ser interpretado como posibilidad de agresión.
 - j. Las mujeres indígenas pueden optar por acercarse a las mujeres e incluso curiosear la vestimenta que lleva puesta el personal de salud u otra persona. Sienten curiosidad por nuestra vestimenta, maquillaje, aretes, collares, reloj. No ofrecérselos. No mostrar señas de rechazo ni enojo, mostrarse amables.
 - k. Si ellos nos ofrecieran algún alimento que portaran, recibirlo y probarlo o mantenerlo en la mano. En ningún momento mostrar gestos de desagrado; minutos después probar el bocado, y es factible retornarlo o circularlo hacia los niños indígenas visitantes que estuvieran pendientes de nuestros movimientos.
 - l. Evitar fotografiar o grabar vídeo, el flash puede ocasionar reacción violenta. Si se presentara oportunidad de fotografiar, hacerlo sin flash, una o dos tomas ayudarán para identificar el grupo al que pertenecen, si es que deciden marcharse pronto.
 - m. Si el contacto se prolonga por unos minutos intentar escuchar algunos vocablos, identificar líderes, nombres.

- n. No olvidar que una situación pacífica tiene gran probabilidad de continuar así; excepcionalmente puede tornarse a violenta. Tener cuidado con nuestro proceder, sobre todo con las mujeres y niños.

C.2.1b. Si el indígena o grupo de indígenas SE RETIRA

Considerar esta decisión como señal de futuro peligro: irán a reunirse con el grupo mayor, si lo hubiera, y pueden contagiarlos de alguna enfermedad transmisible (con seguridad, del aparato respiratorio). Se recomienda:

- a. NO seguirlos. NO tratar de persuadirlos para que se queden. Con los líderes comunales, acordar dejarlos marcharse. Si deciden llevarse objetos, no oponer resistencia.
- b. Reunirse con la comunidad o sus líderes y completar información, detalles que ayuden a identificar el grupo; indagar sobre antecedentes de avistamientos o hallazgos o contactos como información complementaria para el informe.
- c. Llenar la Ficha "Contacto con indígenas en aislamiento" (Anexo N.º4).
- d. Comunicar de inmediato por el medio más apropiado (radio, teléfono) al nivel superior.
- e. El personal que protagonizó el avistamiento, o el responsable del equipo de trabajo, presentará su informe a su jefe inmediato, en el término de la distancia. Adjuntará la ficha "Contacto con indígenas en aislamiento" debidamente llenada (Anexo N.º4).
- f. El Director de la RSS comunicará de inmediato el hecho a la DIRESA.
- g. La DIRESA comunicará de inmediato a la institución representante de los pueblos indígenas del ámbito regional y nacional, así como al gobierno regional y a la instancia del sector responsable de la salud de los pueblos indígenas.

- h. La DIRESA convocará a la mesa de trabajo multisectorial e interinstitucional para estar en alerta de los futuros sucesos en las siguientes semanas. Señalar actividades, responsables y mecanismos de acción oportuna.
- i. La DIRESA coordinará con la RSS el abastecimiento adecuado de los EESS del ámbito, sobre todo para enfrentar enfermedades respiratorias.
- j. La DIRESA coordinará con la RSS la conformación del equipo especial para intervención; considerar posible convocatoria en corto plazo.
- k. El jefe de la microrred es el encargado de actualizar el mapeo de hallazgos, avistamientos y contactos en su ámbito.
- l. El jefe o responsable del EESS más cercano al lugar de los hechos enviará a la microrred y RSS, en el informe mensual de actividades, el formato de VEA, adjuntando la ficha “Contacto con indígenas en aislamiento” (Anexo N.º 4).
- m. Coordinar con comunidades colindantes a la zona del contacto para evitar futuros contactos, e informar sobre la presencia de IA.
- n. El jefe de la microrred y el responsable del establecimiento de salud más cercano al lugar de los hechos, implementarán el flujograma de comunicación con las comunidades colindantes al lugar del contacto, comprometiendo recursos comunales (equipo de comunicación si lo hubiera, movilidad u otro), a fin que se conozca lo antes posible de otros contactos o avistamientos de IA.

C.2.1c. Si los indígenas DECIDEN PERMANECER EN LA COMUNIDAD

Si la comunidad es de indígenas y más aún si son del mismo grupo etnolingüístico, los visitantes tendrán una familiaridad en su relacionamiento y mayor posibilidad de intercambio de información. Es posible informarles sobre los peligros de su permanencia.

Si la comunidad es de colonos, la actitud de éstos puede ser hasta de temor y rechazo; otros verán posible mano de obra para sus tareas cotidianas a cambio de bienes; otros pueden tomar a alguno de los visitantes para “civilizarlos” fuera de esta zona, entre otras alternativas.

En ambos casos advertir sobre los peligros de contagio.

Si se mantiene el escenario pacífico, el personal de salud debe:

- a. Dialogar con los líderes de la comunidad e informar sobre los peligros para la salud de los indígenas en reciente contacto. Acordar las tareas a desarrollar en los próximos días.
- b. Es aconsejable que los visitantes, si no son numerosos, ubicarlos en algún refugio que sólo usarían ellos o permanezcan en alguna familia y no estén distribuidos en varias familias. En la comunidad de colonos, incidir en los peligros de este contacto y que los indígenas no deben ser llevados fuera de la comunidad, y no mostrarse hostiles.
- c. Persuadirlos mediante señas, dibujos o comunicación verbal, para que retornen a su lugar de origen o continúen su viaje. Usar “Tarjeta de mensajes” (Anexo N.º 7).
- d. Llenar la Ficha “Contacto con indígenas en aislamiento” (Anexo N.º 4).
- e. Comunicar de inmediato por el medio más apropiado (radio, teléfono) a su nivel superior.
- f. El personal que protagonizó el contacto o el responsable del establecimiento, presentará un informe a su jefe inmediato, en el término de la distancia. Adjuntará la ficha “Contacto con indígenas en aislamiento” debidamente llenada (Anexo N.º 4).
- g. El director de la RSS, sin esperar el informe escrito, comunicará de inmediato el hecho a la DIRESA.
- h. La DIRESA comunicará de inmediato a la institución representante de los pueblos indígenas del ámbito regional y nacional, así como al gobierno regional y a

- la instancia del sector responsable de la salud de los pueblos indígenas.
- i. La DIRESA convocará a la mesa de trabajo multisectorial e interinstitucional para determinar actividades a desarrollar en el corto plazo, señalar responsables y mecanismos de acción oportuna.
 - j. La DIRESA coordinará con la RSS el abastecimiento adecuado de medicamentos e insumos médicos de los establecimientos del ámbito, sobre todo de aquéllos cercanos a la comunidad donde se encuentran los indígenas en reciente contacto.
 - k. La DIRESA coordinará con la RSS la conformación del equipo especial para intervención, el que elaborará su plan de intervención y realizará los requerimientos para su ingreso en el breve plazo. Tener presente que el número de sus integrantes sumado a los del establecimiento que ya están en la zona no debe exceder el número de los indígenas recién contactados.
 - l. El jefe de la microrred es el encargado de actualizar el mapeo de hallazgos, avistamientos y contactos en su ámbito.
 - m. El jefe o responsable del EESS más cercano al lugar de los hechos enviará a la microrred y RSS, en el informe mensual de actividades, el formato de VEA, adjuntando la ficha “Contacto con indígenas en aislamiento” (Anexo N.º 4).
 - n. Coordinar con comunidades colindantes a la zona del contacto para evitar futuros contactos, y que informen sobre presencia de IA.
 - o. El jefe de la microrred y el responsable del EESS más cercano al lugar de los hechos implementarán el flujograma de comunicación con las comunidades colindantes al lugar del contacto, compromiéndolo recursos comunales (equipos de comunicación si lo hubiera, movilidad entre otros), de tal manera que se conozca lo antes posible de otros contactos o avistamientos de IA.

C.2.2. CONTACTO SUCEDE LEJOS DE UNA COMUNIDAD O DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Es posible que suceda un encuentro con IA mientras se realice el desplazamiento por alguna trocha hacia alguna casa o comunidad, o durante el campamento en la playa u otro lugar caracterizado por estar lejos de alguna comunidad o establecimiento de salud.

El evento puede ser fortuito o puede ser que los IA se acerquen hacia donde se encuentre el personal de salud ya sea por curiosidad, buscando ayuda, buscando bienes materiales o en actitud defensiva.

C.2.2a. SI EL CONTEXTO DEL CONTACTO ES NO VIOLENTO

Si el equipo evalúa que la actitud de los indígenas es pacífica, debe obrar como se ha señalado para el contacto en la comunidad o establecimiento de salud:

- a. Identificar el aspecto físico de los indígenas, de tal manera que nos ayude a identificar el grupo étnico al que pertenecen.
- b. Identificar si su presencia es por pedir ayuda o existencia de enfermos en el grupo o en un grupo en el interior del bosque. Definir la situación para proceder a dar la atención a los presentes que la necesitarán y comunicar a los niveles superiores sobre la posible situación del grupo mayor. Usar “Tarjeta de mensajes” (Anexo N.º 7).
- c. De no identificar enfermos de gravedad, NO intentar el contacto físico, mantenerse a cierta distancia observando (cinco metros o más); y NO provocar el contacto físico ofreciéndoles objetos, alimento o ropa.
- d. Si el personal está padeciendo de enfermedad respiratoria aguda, no acercarse a los indígenas en reciente contacto, o usar mascarilla.
- e. Si parte del equipo de salud es indígena, intentar una comunicación verbal o por señas o dibujos en el suelo: posiblemente alguien está enfermo, o estén solicitando ayuda. Los indígenas del equipo serán los que comanden las acciones.

- f. Si quieren bienes materiales, los buscarán entre nuestras pertenencias, no detenerlos, excepto si se tratara de medicinas o armas. Mantener la calma. Usar “Tarjeta de mensajes”, (Anexo N.º 7).
- g. Identificar frases o vocablos.
- h. Indicarles por ademanes que no se acerquen; indicar que se mantengan a cierta distancia. Usar “Tarjeta de mensajes” (Anexo N.º 7).
- i. Tratar de persuadir mediante señas, dibujos o comunicación verbal de que retornen a su lugar de origen o que prosigan su viaje. Usar “Tarjeta de mensajes” (Anexo N.º 4).
- j. Poner a buen resguardo alguna arma blanca o de fuego que hubiera cerca.
- k. No huir corriendo ni gritar, puede ser interpretado como posibilidad de agresión.
- l. Las mujeres indígenas pueden optar por acercarse a las mujeres e incluso curiosear la vestimenta que lleva puesta el personal de salud u otra persona. Sienten curiosidad por nuestra vestimenta, maquillaje, aretes, collares, reloj. No ofrecérselos. No mostrar señas de rechazo ni enojo; mostrarse amables.
- m. Si ellos nos ofrecieran algún alimento que portaran, recibirlo y probarlo o mantenerlo en la mano. En ningún momento mostrar gestos de desagrado ni despreciarlo; minutos después probar bocado, y posteriormente es factible retornarlo o circularlo hacia los niños indígenas visitantes que estuvieran pendientes de nuestros movimientos.
- n. Evitar fotografiar o grabar vídeo; el flash puede ocasionar una reacción violenta. Si se presentara oportunidad de fotografiar, hacerlo sin flash; una o dos tomas ayudarán para identificar el grupo al que pertenecen, si es que deciden marcharse pronto.
- o. Si el contacto se prolonga por unos minutos intentar escuchar algunos vocablos, identificar líderes, nombres.
- p. No olvidar que una situación pacífica tiene gran probabilidad de continuar así; excepcionalmente puede tornarse a violenta.

Tener cuidado con nuestro proceder sobre todo con las mujeres y niños.

Si los indígenas SE RETIRAN DEL LUGAR.

- a. NO ir tras de ellos.
- b. Con mucha tranquilidad, y dando tiempo a lo que pudiera suceder en los siguientes minutos, el equipo de salud alistará sus pertenencias para iniciar viaje a la comunidad más cercana, ya sea continuando viaje o regresando, en busca de un medio de comunicación para informar al establecimiento de salud más cercano o a la cabecera de la microrred.
- c. Esta comunicación alertará a la red y a la DIRESA para realizar las coordinaciones correspondientes con la red y la mesa de trabajo multisectorial e interinstitucional.
- d. El equipo debe reanudar su viaje programado hacia las otras comunidades, y a su retorno, cumplir con el informe escrito y llenado de formatos correspondientes.
- e. Cada uno de los niveles superiores cumplirá su responsabilidad con la información proporcionada, tal como se señala para los casos en que el contacto sucede en la comunidad o en el establecimiento de salud y los IA deciden retirarse.

Si los indígenas DECIDEN PERMANECER EN EL LUGAR del contacto interactuando con el personal de salud:

Además de tratar de obtener la información relevante en salud, identificar el grupo étnico al que pertenecen, identificar líderes, y lograr una empatía con los ICR, tener presente:

- a. Si los ICR son mujeres y niños, estamos en desventaja ante las reacciones que puede haber cuando aparezcan los adultos mayores. Si los ICR son adultos mayores, ellos son los que dominan la situación, ya que se desenvuelven mejor en su ambiente.

- b. Si su aparición es por ayuda porque alguno de ellos está enfermo, atenderlo con premura. Si refieren que más adentro en el bosque hay más indígenas enfermos, NO ingresar. Esta decisión debe ser consultada a la RSS y DIRESA.
- c. Todas las consideraciones de comportamiento para con los indígenas en reciente contacto, descritas para el contacto no violento con indígenas que deciden quedarse en la comunidad, son válidas en estos casos.
- d. Evaluar las posibilidades de compartir los víveres, y hacer plan de racionamiento. Ellos esperan que seamos nosotros quienes les convidemos.
- e. No esperar, ni pedir que ellos nos provean de alimentos. Por reciprocidad o por sistema de reparto propio de su comportamiento y estructura social, ellos compartirán lo que tengan. Hay que aceptar lo que conviden; no es necesario consumir todo, probando uno o dos bocados es posible redistribuirlo entre los niños que se encuentren a la expectativa de nuestras acciones.
- f. Los indígenas del equipo de salud tratarán de entender vocablos o planes mediante comunicación por señas, verbal o gráfica. Les agrada dibujar con los lapiceros sobre la piel de ellos o la nuestra.
- g. Ellos están pendientes y prestos a subirse a nuestra embarcación cuando decidamos partir. Convencer a los indígenas que no suban a la embarcación y permanezcan en el lugar del contacto o cerca de allí. Si decidieran ingresar hacia el bosque, NO seguirlos. Su retorno hacia el grupo mayor puede tener consecuencias funestas evidenciables en los siguientes días o semanas.
- h. La embarcación debe dirigirse a la comunidad o establecimiento más cercano, con el motorista y una persona más del equipo para transmitir claramente la información de los hechos. Llenar la ficha "Contacto con indígenas en aislamiento" (Anexo N.º 4).
- i. Comunicar de inmediato por el medio más apropiado (radio, teléfono) a su nivel superior.

- j. El personal que protagonizó el contacto o el responsable del establecimiento, presentará su informe a su jefe inmediato, en el término de la distancia. Adjuntará la ficha “Contacto con indígenas en aislamiento” debidamente llenada (Anexo N.º 4).
- k. El Director de la RSS, sin esperar el informe escrito, comunicará de inmediato el hecho a la dirección de salud.
- l. La DIRESA comunicará de inmediato a la institución representante de los pueblos indígenas del ámbito regional y nacional, así como al gobierno regional y a la instancia nacional del sector responsable de la salud de los pueblos indígenas.
- m. La DIRESA convocará a la mesa de trabajo multisectorial e interinstitucional para determinar actividades a desarrollar en el corto plazo, señalar responsables y mecanismos de acción oportuna.
- n. La DIRESA coordinará con la RSS el abastecimiento adecuado de medicamentos e insumos médicos de los establecimientos del ámbito, sobre todo de aquellos cercanos a la comunidad donde se encuentran los indígenas en reciente contacto.
- o. La DIRESA coordinará con la RSS la conformación del equipo especial para intervención, el que elaborará su plan de intervención y realizará los requerimientos para su ingreso en el breve plazo. Tener presente que el número de sus integrantes sumado a los del establecimiento que ya están en la zona no debe exceder el número de los indígenas recién contactados. (Anexo N.º 6).
- p. Asegurarse de llevar equipo de comunicación para los reportes diarios, el que deberá ser instalado en el lugar de los hechos. Recordar que al ingresar a la zona se debe evitar salidas frecuentes hacia otras comunidades.
- q. Las pautas para la atención a poblaciones indígenas en reciente contacto se encuentran descritas en la Guía Técnica de Salud “Atención en salud a indígenas en reciente contacto y en contacto inicial en riesgo de alta morbimortalidad”.

- r. El equipo responsable de la atención, reportará diariamente, sobre sus actividades y lo que acontece a la microrred y la información fluirá de inmediato a los niveles superiores.

C.2.3. SI EL CONTACTO MUESTRA SEÑALES DE VIOLENCIA

Los IA pueden tomar algunos bienes porque ya conocen que les puede ser útiles (cuchillos, machetes, azúcar, sal, ropa), otros porque les resultan agradables. Y el inicio del contacto puede caracterizarse por estos eventos en que los IA toman los objetos, pero sin amenazas, ni agresiones, ni ademanes de enojo. No considerarlo agresión, mantener la calma y tratar de que no continúen en esta actitud valiéndonos de gestos o monosílabos (“no”, “deja”, “cuidado”). Usar “Tarjeta de mensajes” (Anexo N.º 7).

- a. Si desde el inicio del contacto hay signos de violencia, o en algún momento un contacto pacífico se torna violento, mantener la calma. No mostrar ademanes de agresión, ni correr. No levantar la voz, no gritarles. Mantener la serenidad tratando de explicarles con gestos y palabras nuestro trabajo: “doctor”, “pastilla”, “curar”. Usar frase “SOMOS AMIGOS” o su equivalente en diversos idiomas indígenas (amahuaca, mashco - piro, matsiguenga, etc., según el posible grupo de IA de la región). Usar “Tarjeta de mensajes” (Anexo N.º 7). Ensayar sonrisas y, con movimientos lentos, gestos como de abrazo, o llevarse la mano al pecho como señal de amistad puede ser útil.
- b. Si fuera noche y está oscuro, no alumbrarles el rostro. Apuntar la linterna hacia el suelo.
- c. Si a pesar de ello persisten en actitudes hostiles, no correr, retroceder calmadamente atentos a sus movimientos, sin preocuparse por los materiales y pertenencias personales, dirigirse hacia la embarcación buscando retirarse en la primera oportunidad que hubiera.
- d. Es posible que ellos quieran subir a la embarcación. Si así fuera, dejarlos subir pero ya no salir del lugar, o arrancar el motor, desplazarse en círculo y bajar a ordenar las cosas dejadas al momento de la retirada. Es buen momento para transar.

- e. Cuando retorne la calma se debe intentar establecer una actitud de empatía. Si esto es posible, proceder como en un evento no violento.
- f. Sin embargo, no hay receta alguna para situaciones violentas. Es más importante el ingenio y la serenidad.

En caso de muerte de personal de salud o de terceros en contacto violento con indígenas en aislamiento o contacto reciente.

- a. Si sucediera este caso, son dos los objetivos inmediatos: lograr comunicación hasta la interacción pacífica, y lograr la obtención del cadáver de tal manera que pueda ser trasladado a un lugar seguro. Se suspende cualquier actividad programada.
- b. Comunicar del hecho, por el medio más rápido disponible, al establecimiento de salud más cercano, el cual comunicará a los representantes indígenas y a las autoridades correspondientes y decidir el traslado del cadáver hacia el poblado correspondiente, para los trámites de ley e inhumación.
- c. Los gastos del traslado del cadáver del servidor de salud y del sepelio son responsabilidad de la DIRESA, según Ley N.º 26790 que crea el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
- d. No es recomendable ingresar al lugar de los hechos para la búsqueda de mayor información sobre lo acontecido
- e. En caso de que el cadáver correspondiera a terceros, la responsabilidad del sector salud alcanza en brindar las facilidades para el traslado del cadáver hacia el establecimiento de salud más cercano y la comunicación a las autoridades correspondientes.

6.2.4. HALLAZGO DE CADÁVER DE INDÍGENA

Recordar que algunos grupos indígenas acostumbran el “entierro en dos etapas”. Mantienen temporalmente el cadáver en algún lugar del

bosque o cerca de la casa dentro de una canasta u otro material, hasta que sea osamenta; después realizan entierro definitivo en la casa o cerca de ella; abandonan la casa, llevando alguna ceniza o pertenencia del cadáver; otros deciden abandonar la casa o quemarla sin llevar resto o pertenencia alguna. Otros consumen sus cenizas o parte del cadáver aún sin descomponer (“endocanibalismo”); esta última práctica está casi extinguida.

Entre algunos grupos indígenas, los adultos, cuando sienten que su mal estado de salud no tiene reversión, acostumbran, por propia voluntad, separarse del grupo internándose en el bosque para morir; posteriormente será buscado y recogido por los otros miembros del grupo o familia.

También puede haber ocurrido enfrentamiento entre grupos tribales y como resultado de éste haya algún fallecido en el bosque.

La muerte puede ocurrir cuando se trasladan en busca de ayuda por alguna enfermedad que padece o por epidemia en el grupo mayor.

Si el hallazgo de cadáver de indígena es realizado por terceros

- a. El personal de salud debe indagar y registrar la ubicación original del hallazgo y su ubicación final si hubiera sido movido, fecha, hora, características del cadáver (edad aproximada, talla, sexo, vestimenta, posición, indagar por ictericia, equimosis, huellas de sangrado, lesiones traumáticas, tatuajes, peinado, signos de descomposición, etc.).
- b. Indagar sobre fotografías, vídeos del hallazgo.
- c. Reportar el hallazgo a las autoridades del lugar: policía, juez, gobernador, institución indígena.
- d. Reportar el hecho a la microrred y RSS dentro de las 24 horas de conocidos los hechos y luego de asegurarse que se trata de un IA.
- e. Si hubiera sospecha por enfermedad transmisible, coordinar con la microrred y viajar a una o dos comunidades colindantes para indagar sobre brote de enfermedades y últimos avistamientos de IA.
- f. No realizar necropsia.

- g. Informar durante tres días y cada 24 horas, a la microrred y RSS sobre las acciones implementadas.
- h. Utilizar el formato Informe Semanal VEA y adjuntar informe detallado sobre el hallazgo incluyendo croquis, gráficos, material fotográfico o de video.

Si el hallazgo de cadáver de IA es realizado por personal de salud

- a. Asegurarse que no hay otros indígenas cerca al lugar. Actuar rápidamente.
- b. Evitar manipular el cadáver, ni cambiarlo de lugar, ni cubrirlo; evitar alterar la escena del hallazgo, pero registrar detalles propios de un examen ectoscópico. Realizar registro fotográfico si fuera posible. Alejarse inmediatamente del lugar.
- c. Acudir de inmediato a la comunidad más cercana para notificar del hecho al establecimiento de salud o autoridad local.
- d. Asegurarse de que no pertenezca a una comunidad ya en contacto; si éste fuera el caso, se procederá a informar a las autoridades comunales y familiares o responsables.
- e. Si no se tratara de IA, solicitar la presencia de la autoridad pertinente (policial o judicial) para el levantamiento del cadáver. Si la llegada de las autoridades demandara muchas horas o días, coordinar la compañía de personas de confianza o de autoridad comunal, para, sin variar la escena del hallazgo, evitar que animales del bosque o aves de rapiña lo devoren. Coordinar con los líderes de la comunidad para disponer del cadáver según su costumbre.
- f. Comunicar de inmediato a la microrred o red, y éstos a la DIRESA, y esperar indicaciones.
- g. Si las autoridades policiales o judiciales no se hicieran presentes en 48 horas o el cadáver mostrara signos avanzados de descomposición, coordinar con líderes comunales para disponer del cadáver según su costumbre.
- h. Si se tratara de indígena en reciente contacto o contacto inicial: no realizar necropsia, por la posibilidad de que indígenas de su grupo

- original o de alguna comunidad indígena cercana o del grupo etnolingüístico acudiera a reclamarlo.
- i. Si se tratara de IA. No movilizar el cadáver; coordinar con las autoridades el registro del hecho pero sin movilizar el cuerpo, ni realizar necropsia. Por seguridad del personal que realizara el hallazgo, dejarlo en el lugar donde se le encontró.
 - j. Si hubiera sospecha de fallecimiento por enfermedad transmisible, coordinar con la microrred y viajar a una o dos comunidades colindante para indagar sobre brote de enfermedades, últimos avistamientos de IA.
 - k. Informar durante tres días y cada 24 horas, a la microrred y RSS sobre las acciones implementadas.
 - l. Utilizar el formato Informe Semanal VEA y adjuntar informe detallado sobre el hallazgo incluyendo croquis, gráficos, material fotográfico o de video.

VII. CONCLUSIONES

- 1.1. El relacionamiento del personal de salud con indígenas en aislamiento se desarrolla entre la posibilidad de tener información y el ser protagonista de:
 - Hallazgos o evidencias que nos señalan la presencia de IA.
 - Avistamientos de IA que puede ser muy fugaz o puede durar uno o más días.
 - Contacto físico o interacción directa con IA.
- 1.1. Cualquier hallazgo, avistamiento o contacto con IA puede ser pacífico o con características de violencia.
- 1.2. Toda interacción pacífica con IA, ICR y con ICI puede variar a una interacción con violencia, por lo que se debe de mantener relaciones expectantes y cordiales, no forzar atenciones de salud y cuando se brinde algún servicio de salud se deberá lograr, mediante diversas estrategias de comunicación, el consentimiento del beneficiario y de la persona responsable de su cuidado.

- 1.3. Confirmado el contacto con IA, y según la magnitud del evento, la DIRESA gestionará ante el gobierno regional la declaratoria de emergencia
- 1.4. Las microrredes, las RSS y las DIRESA serán las que, teniendo mejor conocimiento de sus ámbitos donde se desplazan los IA y mejor conocimiento de los grupos que los habitan, modulen en la práctica su interacción con estos pueblos, con el enfoque de derecho a la salud, la vida y al de la autodeterminación.

VIII. ANEXOS

- | | |
|--------------|--|
| Anexo N.º 1. | Ficha para identificación y seguimiento de la atención en indígenas en contacto reciente y en contacto inicial. |
| Anexo N.º 2. | Ficha de hallazgos en áreas con indígenas en aislamiento. |
| Anexo N.º 3. | Ficha de avistamiento de indígenas en aislamiento. |
| Anexo N.º 4. | Ficha de contacto con indígenas en aislamiento. |
| Anexo N.º 5. | Consideraciones para selección de personal para la atención de indígenas en reciente contacto y en contacto Inicial. |
| Anexo N.º 6. | Directorio de recursos humanos indígenas para las actividades de contingencia y de mitigación de los riesgos en la salud de los indígenas en reciente contacto y en contacto inicial. |
| Anexo N.º 7. | Tarjeta de mensajes. |
| Anexo N.º 8. | Algunas evidencias de la presencia de pueblos indígenas en situación de aislamiento en los ríos Los Amigos, Las Piedras, Tahuamanu, Yaco y afluentes en Madre de Dios (de 1980 a octubre de 2006). |
| Anexo N.º 9. | Siglas y acrónimos. |

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. méd. Chile. Sep 2003; 131 (9): 1061-1065
- Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana; Consejo Machiguenga Del Río Urubamba–Comaru. El gas de Camisea y los pueblos indígenas de la Amazonia peruana: Problemática y propuestas. Perú: AIDSESP; 2003
- Beier C, Michael L. The Camisea Nanti: A report on factors affecting their welfare and autonomy [Documento en Internet]. Perú: Cabeceras Aid Project; 1998 [citado 10 julio 2006]. Disponible en: <<http://www.onr.com/cabeceras/informes.htm>>
- Brackelaire V. Diagnóstico regional para facilitar estrategias de protección [documento en Internet]. Brasilia: Situación de los últimos pueblos indígenas aislados en América Latina (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela); 2006 [citado en enero 2006]. Disponible en:<<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd66/ultimospueblos.pdf>>
- Comisión Nacional de los Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos; Programa De Protección y Defensa de los Pueblos en Aislamiento Voluntario. Lima: CONAPA; 2004
- Chichizola C. Analisis de los factores limitantes para la adecuada implementación en el Peru del Convenio N° 169 de la OIT. En: Defensoria del Pueblo. Lima:2000.
- Daggett J. Dilemas que se presentan en los primeros contactos con un grupo étnico aislado - Estudio de un caso particular. En: Instituto Lingüístico de Verano. Lima: 1988
- Dagget J. Dilemas que se presentan en los primeros contactos con un grupo étnico aislado Amazonía Peruana. En: Instituto Lingüístico de Verano. Lima: 1991.
- Lima: Derecho Ambiente y Recursos Naturales; 2005. Boletín Especial DAR N° 25.
- Gonzáles A. Salud intercultural y pueblos indígenas: La influencia de un programa de salud y la atención en comunidades aguarunas de la selva amazónica en el Perú – Salud Intercultural en América Latina, Perspectivas antropológicas. Quito: 2004
- Huertas B. Los pueblos indígenas en aislamiento: su lucha por la sobrevivencia y la libertad IWGIA. Lima 2002
- Ibacache J. Aspectos Metodológicos para el trabajo intercultural en salud – Departamento de acción integral en salud. Chile: Servicio de Salud Araucana Sur; 1998.

- Ibacache J. La Salud, el Desarrollo y la Equidad en un Contexto Intercultural. Chile: Servicio de Salud Araucana Sur; 1997
- Lopez L. 2004. Igualdad con dignidad, hacia nuevas formas de actuación con la niñez indígena en América Latina
- Oficina General de Epidemiología. Pueblos en situación de extrema vulnerabilidad: El caso de los Nanti de la Reserva territorial Kugapakori Nahua, Río Camisea, Cusco. Lima: Ministerio de Salud; 2003
- Oficina General de Epidemiología. Guía para el análisis de los factores condicionantes de la salud. Lima: Ministerio de Salud; 2002
- Organización Internacional del Trabajo. Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales [Documento en Internet]. Ginebra:Departamento de Normas Internacionales del Trabajo; 2003 [citado 20 septiembre 2006]. Disponible en: <<http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/lima/publ/conv-169/>>
- Organización Panamericana de la Salud: Organización Mundial de la Salud. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. EUA:OPS;1998.
- Organización Panamericana de la Salud; Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas [Documento en Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 1998. [citado 20 octubre 2006]. Disponible en <http://www.nacionmulticultural.unam.mx/acervo/monografia/mon_006/mon_006_01.pdf >
- Organización Panamericana de la Salud; Programas y Servicios de Salud Mental en Comunidades [Documento en Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 1998. [citado 30 septiembre 2006]. Disponible en: < http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/indi10_esp.pdf>
- Universidad de Duke [página de Internet]. USA: Centro de Conservación Tropical Nicholas School of the Environment. [citado 20 junio 2006]. Disponible en: < <http://www.duke.edu/web/ctc/alto%20purus/altopurusbook.html>>
- Ponce M. Informe de los últimos avistamientos de los indígenas en aislamiento en la Comunidad Nativa de Tayakome. Parque Nacional Manu. Informe final. Puerto Maldonado: FENAMAD; 2005
- Proyecto Pro-Manu. Guía para Expediciones y Relaciones con Indígenas en contacto Inicial. Cuzco: Pro-Manu; 2003
- Proyecto Pro-Manu. Protocolo para situaciones de contacto con indígenas aislados. Cusco: Pro-Manu; 2003
- Roldán R, Tamayo A. Legislación y Derechos Indígenas en el Perú. 1ra ed. COAMA – CAAP: Lima; 1999

- Vílchez E, Valdez S, Rosales M, editores. Interculturalidad y bilingüismo en la formación de recursos humanos: Educación, Medicina, Derecho y Etnodesarrollo. 1ra ed. Lima: UNMSM, Preeduca PROEIB Andes, 2004
- Zarzar A. Radiografía de un contacto: Los Nahua y la sociedad nacional. Amazonia peruana J. 1987; 8 (14):91-113.
- Zarzar A. Intercambio con el enemigo: etnohistoria de las relaciones intertribales en el Bajo Urubamba y Alto Ucayali. 1ra ed. Lima: Comunidad del IFEZ; 1983

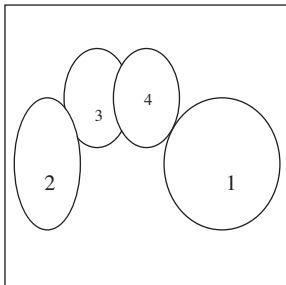
ANEXO N.º 1

FICHA PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN INDÍGENAS DE CONTACTO RECIENTE O EN CONTACTO INICIAL (EJEMPLO DE LLENADO)

Fecha del registro fotográfico: 12 febrero 2005
 Lugar (indicar río, comunidad): Maizal, río Manu, Madre de Dios
 Ocasión del registro (contacto, visita comunitaria): ... contacto
 Lugar de procedencia del grupo indígena:..... posiblemente Río Piedras



Croquis de la foto:



Identificación inicial: **Fecha:**.....

N.º	Nombre	sexo	Edad (*)	Referencia(**)
1	Bishpo	M	30 a	Esposo de 2.
2	Jana	F	40 a	Tatuaje mejillas
3	Moraris	F	4 a	Hija de 2, cicatriz frente
4	Minor	M	5 a	Hijo de 1. Madre muerta
5				
6				
7				
8				

(*) Estimar la edad si no es posible obtener el dato.

(**) Posible parentesco, alguna forma de identificarlos (tipo de tatuaje, orificios u otros signos externos).

Continúa Anexo N.º 1.

SEGUIMIENTO:

N.º	Nombre	Vacuna influenza	AMA	ASA	HvB	DPT	HIV
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

Fecha:

N.º	Nombre	Edad	Peso	Diagnósticos o actividades
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Fecha:

N.º	Nombre	Edad	Peso	Diagnósticos o actividades
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Fecha:

N.º	Nombre	Edad	Peso	Diagnósticos o actividades
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

ANEXO N.º 2

FICHA DE HALLAZGOS EN ÁREAS CON INDÍGENAS EN AISLAMIENTO

Fecha del reporte: / / Reporte realizado por:.....
 quien trabaja en (EESS).....
 Hora y fecha de hallazgo:.....
 Lugar del hallazgo:
 Hallazgo realizado por:quien vive
 en.....y labora en
 Circunstancias en que se realizó el hallazgo:

HALLAZGOS: objetos:

Objeto	N.º	Material	Tamaño, color, pintura, forma de los grabados, alto o bajo relieve. DIBUJO.
Objetos no indígenas:			
Signos de amenazas? Especifique.			

HALLAZGOS: tambos o construcciones: DIBUJOS.

Número de tambos o construcciones. Disposición.	
Materiales y formas de los tambos o construcciones.	
Ataduras: material, forma.	
Hogueras: número, disposición de cada una dentro de la construcción, etc.	
Forma de ahumadero: grosor y disposición de los tronquitos de la fogata.	
Existencia de cortes en troncos u objetos, con instrumentos contuso cortantes (machete, cuchillo, hacha u otro).	
Existencia de instrumentos (ollas, petates, coladores, canastas, otros): <u>material, número, tamaño.</u>	
Señales de habitabilidad: hoguera encendida, ceniza caliente o humeante, brasas, restos de alimento caliente, tipo de alimento.	
Otros objetos: canoas, flechas, arcos, balsas (número, forma, material, adornos).	
Huellas de pies: tamaño, de cuantas personas?	
Objetos no indígenas (hilos sintéticos, plásticos, ropa, calzado, gorros, pilas, etc.).	

Posible identificación étnica de los indígenas:

Nombre y firma del que elabora el informe:

ANEXO N.º 3

FICHA DE AVISTAMIENTOS DE INDÍGENAS EN AISLAMIENTO

Fecha del reporte: / / Reporte realizado por:.....
 quien trabaja en (EESS).....
 Hora y fecha de avistamiento:.....
 Lugar del avistamiento:
 Avistamiento realizado por: quien vive en.....
 y labora en
 Circunstancias en que se realizó el avistamiento:

AVISTAMIENTOS.

Número total de indígenas	Número de niños	
Número de indígenas mujeres adultas	Talla aproximada de adultos	
Cabellos (largos, cortos, rapados, colores)		
Adornos en cabeza, brazos, piernas, nariz, cuello (describir)		
Tatuajes; pinturas (rojo, negro). Describir		
Tipo de vestido (cushma, otros, dibujos)		
Armas o instrumentos (flechas, arcos, machetes)		
Otros objetos (indígenas o no indígenas)		
Circunstancias: a) En el río (bañando, pescando, en canoa) b) En la playa (acampando, buscando en la arena) c) En el bosque (acampando, corriendo, otros) d) Otro		
Actitud: a) Huyen inmediatamente. b) Permanecen callados en el lugar o conversan entre ellos unos momentos y luego huyen. c) Hacen señales de amistad y permanecen en el lugar. d) Hacen señales o hablan pidiendo ayuda. e) Hacen señales de hostilidad y huyen. f) Hacen señales de hostilidad y atacan. g) Simulan ruido de animales h) Otro.		
Ataques desde lo lejos (flecha, dardo, lanza) pero no son vistos los atacantes		

Posible identificación étnica de los indígenas:

Nombre y firma del que elabora el informe:

ANEXO N.º 4

FICHA DE CONTACTO CON INDÍGENAS EN AISLAMIENTO

Fecha del reporte: / / Reporte realizado por:.....
 quien trabaja en (EESS).....
 Contacto realizado por:.....
 quien vive eny labora en
 Hora y fecha del contacto:.....
 Lugar del contacto:
 Circunstancias en que se realizó el contacto:

	EIDADES ESTIMADAS						
	Total	< 1a	1 – 5 a	5 – 10 a	11 – 20 a	Adulto	Adulto mayor
Varones							
Mujeres							
Total							
SÍNTOMAS - PATOLOGÍA DETECTADOS							
Tos							
Fiebre							
Vómitos							
Diarrea							
Piodermitis. absceso							
Heridas							
Abscesos							
Conjuntivitis							
Gestantes							
Traumatismos							
Palidez grave							

Características de los indígenas contactados. Incluir dibujos.

	Mujer	Varón
Talla aproximada de adultos		
Cabello (rapado, largo, corto), pintado, látex, adorno		
Cara: adornos, tatuajes		
Collares, adornos en brazos, piernas, tatuajes		
Vestimenta		

¿Hallazgo de cadáver? Sí () No ()
 (completar descripción hallazgos)

Criterios para estimar riesgo de **emergencia médica**.

CRITERIO	Número
Total de personas fallecidas luego del contacto	
Total de personas con fiebre alta (malestar + sudoración o escalofrío).	
Persona que se mantiene acostado o hipoactivo, no come.	
Personas con dificultad respiratoria (respiración rápida).	
Personas con neumonía o bronconeumonía (respiración rápida más tirajes o cianosis).	
Niños pequeños con diarrea ("niños en brazos", o menores de 2 años)	
Personas con palidez severa y dificultad respiratoria (respiración rápida)	
Mordido por serpiente	
Personas con traumatismos graves (heridas amplias, compromiso de órganos vitales...)	
Otro (indicar):	

Algunas frases o palabras que se pudieron reconocer:

Nombres de algunos de los indígenas recién contactados:

Llevar elementos no indígenas (plásticos, ollas de metal, machetes, hachas, nailon, anzuelos, ropa, gorros, linterna, pilas, etc.):

Posible identificación étnica de los indígenas contactados:

Nombre y firma del que elabora el informe:

Sello y firma del jefe del EESS o equipo AISPED:.....

ANEXO N.º 5

CONSIDERACIONES PARA SELECCIÓN DE PERSONAL PARA LA ATENCIÓN DE INDÍGENAS EN RECIENTE CONTACTO Y EN CONTACTO INICIAL

Los criterios de selección básicamente están establecidos en la Norma Técnica “Atención integral de salud para poblaciones excluidas y dispersas”, aprobada con RM N.º 437-2005 / MINSA. La que debe ser aplicada también al personal que trabajará en EESS de las áreas donde se ha identificado el desplazamiento de IA o ICI.

Si una situación de contacto con IA se complica, no se trata de hacer equipos diferentes a los AISPED, pero de ser necesario, se constituirá un equipo especial que trabaje exclusivamente con este grupo debido a que:

- Es incierto el tiempo que se permanecerá en la zona del contacto para afrontar la emergencia.
- Si los indígenas deciden establecerse en algún lugar conocido, se debe formar un equipo especial que se dedique a este grupo y a otros grupos en contacto reciente, que posibilite una intervención a profundidad socio antropológica y de salud.
- Es necesario mayor tiempo para la administración de medicamentos, vigilancia de efectos no deseados de la vacunación y medicamentos. Esta condición es parte de la interculturalidad en salud.

Incluir obligatoriamente un antropólogo conocedor de culturas amazónicas, específicamente del grupo etnolingüístico de los ICR o ICI, que conozca el idioma y de no ser así, se debe considerar un técnico sanitario o profesional de la salud que hable el idioma.

El equipo debe tener el menor número posible de personas:

- « 01 médico o médica,
- « 01 enfermero o enfermera u obstetrix,
- « 01 antropólogo o antropóloga conocedor de culturas amazónicas,
- « 01 motorista.

Si el número de ICR y la gravedad de la situación lo requiere, puede agregarse otro profesional de la salud o técnico sanitario.

Evitar mayor número de personas por el peligro de transmisibilidad de enfermedades y porque el reducido número que generalmente conforman los IA no lo requiere. Tener presente que el número de personas que ingrese a atender no debe superar el número de indígenas en reciente contacto.

Es deseable que alguno de ellos conozca el idioma de los indígenas.

Los profesionales de la salud deben haber tenido experiencia de tratar con población indígena en contacto inicial o contacto esporádico, por lo menos durante dos años, en esta u otras regiones de salud.

Las DIRESA y RSS implementarán y actualizarán un directorio de recurso humanos indígenas que apoyarán en las actividades de contingencia y mitigación del impacto (Anexo N.º 7). Las microrredes colaborarán en la identificación del recurso humano indígena local. El directorio facilitará su rápida ubicación y convocatoria.

El personal debe conocer las propiedades y manejo básico de algunos recursos naturales para el tratamiento de alguna enfermedad prevalente.

La persona responsable de la atención de salud de la mujer obligatoriamente debe ser del sexo femenino.

Ninguna persona que conforme el equipo especial debe tener antecedente negativo alguno sobre su relacionamiento con poblaciones indígenas y otras causas en general (referidos a mal trato en la atención, mal comportamiento por alcohol, drogas, hurto, violencia sexual, violencia intrafamiliar, entre otras).

El concurso de selección de personal para zonas con poblaciones IA o ICI, debe considerarse el conocimiento de la presente norma y sus anexos, incluida la "Tarjeta de mensajes" (Anexo N.º 7).

La DIRESA desarrollará para el personal que labore en ámbitos de poblaciones IA, ICR o ICI (incluye SERUMS y equipos AISPED), reuniones de información y capacitación sobre la presente norma y sus anexos, así como información antropológica específica de los grupos indígenas con los que interactuarán y de interculturalidad, antes de que estos recursos humanos se incorporen a sus respectivos equipos de trabajo.

ANEXO N.º 6

DIRECTORIO DE RECURSOS HUMANOS INDÍGENAS PARA LAS ACTIVIDADES DE CONTINGENCIA Y DE MITIGACIÓN DE LOS RIESGOS EN LA SALUD DE LOS INDÍGENAS EN RECIENTE CONTACTO Y EN CONTACTO INICIAL

Las microrredes y EESS identificarán los indígenas locales que podrían ser incluidos en los equipos de intervención para las actividades de contingencia y de mitigación de riesgos a la salud de los ICR e ICI.

Se identificarán indígenas de cada grupo etnolingüístico presente en la región, así se contará con referentes para los grupos indígenas que pudieran pasar a la condición de recién contactados.

FORMATO: RECURSOS HUMANOS INDÍGENAS LOCALES PARA LAS ACTIVIDADES DE CONTINGENCIA EN PUEBLOS INDÍGENAS DE RECIENTE CONTACTO Y EN CONTACTO INICIAL

Fecha: .../.../.....

Establecimiento de salud:

Microrred: Red:

Nombres y apellidos	
Edad:	
Pueblo indígena al que pertenece	
Idiomas que habla	
Trabajos que realiza actualmente	
Trabajos anteriores	
¿Es agente tradicional de salud? (Especificar)	
¿Es promotor de salud?	¿Maneja motor fuera de borda?
Número total de hijos e hijas:	Número de familiares bajo su dependencia económica:
¿Conocimientos básicos de la atención?	
¿Vacunado contra influenza? (fecha)	
¿Vacunado contra fiebre amarilla? (fecha)	
Comunidad o localidad en la que vive	
Dirección	
Teléfono:	Correo electrónico:

Nombre y apellidos del que llena la ficha:

Firma de la persona que llena la ficha:

ANEXO N.º 7

TARJETA DE MENSAJES

PRESENTACIÓN	(En idioma indígena)
Soy amigo / soy amiga / Somos amigos	
Mi nombre es...	
No hago daño	
Puedo ayudarte	
Ya me voy / ya nos vamos	
PREGUNTAS	
¿Cuál es tu nombre?	
¿Estás enfermo? ¿Estás enferma?	
¿Alguien está mal o enfermo o enferma?	
¿Qué te duele?	
ADVERTENCIAS	
Cuidado	
No	
Eso no	
Eso es malo	
No te acerques	
Puedes enfermarse	
Puedes enfermarse de "gripe"	
Regresen a sus casas.	
Eso es mío	

Esta tarjeta debe ser parte del material que deben tener y dominar los equipos AISPED y el personal de los establecimientos de salud ubicados en zonas con IA. Los AISPED deben tenerlo en material plastificado y pendiendo del cuello.

ANEXO N.º 8

Algunas evidencias de la presencia de pueblos indígenas en situación de aislamiento en los ríos Los Amigos, Las Piedras, Tahuamanu, Yaco y afluentes en Madre de Dios ⁽¹⁾ (de 1980 a octubre de 2006)

Julio 2006	José Antonio Ccopa Arenas (23), trabajador de una extractora de madera ilegal al interior del Parque Nacional Alto Purús (PNAP) , muere victimado presuntamente por heridas causadas por flechas, dentro de un área donde se desplazan IA.
Mayo 2005	Dos muertos: Sandro Cárdenas Macahuachi y Marcelo Isuiza, en la zona de IA al interior del PNAP ; los hechos son materia de investigación.
Junio 2004	El joven Tony Hidalgo Chapiama murió víctima de flechazos según informe médico en la zona denominada " Chanchamayo " (interior del PNAP).
Agosto 2003	Grupo de madereros que bajaban en dos balsas tuvieron avistamientos de IA que habrían colocado hitos y flechas en las playas en clara señal de rechazo.
8 de julio 2002	Cuatro IA se aproximan a un campamento de madereros de la CN Monte Salvado a ocho horas de surcada por el río San Francisco , afluente del río las Piedras. Dos mujeres Yine son testigos del hecho.
30 de mayo 2002	El señor Rafael Ríos, Presidente de la "Asociación de Extractores Forestales, Comercialización y Servicios de Madre de Dios" informa por una emisora radial local que ha recibido noticias de presencia de IA en campamentos madereros de donde sustraen sogas, ollas y machetes.
Mayo 2002	Dos pobladores de la comunidad Boca Amigo encuentran huellas de personas, un campamento de IA y fogatas frescas al interior de éste a seis días de surcada por el río Amiguillo , afluente del río Los Amigos
Abril 2002	Un grupo de madereros de Iberia encuentra campamentos de indígenas aislados en las nacientes del río Tahuamanu

1 Elaborado por FENAMAD. Actualizado por Alfredo García Altamirano a octubre de 2006.

- Abril 2002 Un grupo de indígenas aislados “desarma” un campamento maderero **en la quebrada India**, afluente del río Las Piedras.
- 01 de Abril 2002 Se reporta el caso de un joven Alex Aguila Varga con herida en el muslo izquierdo de flecha, hecho atendido en la localidad de **Monte Salvado**.
- 28 de Marzo 2002 Un maderero es herido en la pierna izquierda con una flecha disparada por IA en el **río Curiaco**, afluente del río Las Piedras.
- Fines del año 2001 Un dirigente de la “Asociación de Pequeños Extractores Forestales con Manejo Sostenible”, informa sobre el hallazgo de campamentos de IA por madereros en el lugar denominado **“Siete Islas” en el río Las Piedras**.
- Fines del año 2001 Pobladores de la comunidad nativa “Puerto Azul” informan sobre un enfrentamiento entre madereros e IA en las **nacientes del río Los Amigos**.
- Junio 2001 Una comisión integrada por miembros del INRENA y de la ONG WWF avista varios campamentos temporales de IA **en las nacientes del río Las Piedras**.
- Abril 2001 Un indígena Yine procedente de la comunidad nativa Miraría, durante su viaje en balsa hacia la comunidad nativa Monte Salvado encuentra tres grupos de indígenas acampando en **el río Las Piedras**.
- Abril 2001 Un campamento de madereros ubicado en el **río Chanchamayo**, afluente del río Las Piedras, es atacado por IA.
- 7, 8, 9 y 10 de feb. 2001 Un grupo de pobladores de la comunidad nativa Monte Salvado encuentra tambos de indígenas aislados a lo largo de las playas del **río San Francisco**, afluente del río Las Piedras.
- Febrero 2001 Un maderero encuentra de 13 a 16 tambos de IA en el **río alto Tahuamanu**.
- 23 de enero 2001 Un grupo de cazadores procedentes de Puerto Maldonado avistan IA y encuentran flechas en el **río Curiaco, afluente del río Las Piedras**.
- 22 de enero 2001 Un grupo de pobladores de la comunidad nativa Monte Salvado que se dirigía al bosque para extraer madera, es perseguido por IA en las cercanías de la comunidad.
- 5 de enero 2001 Un maderero se extravía en el **río Curiaco**. Durante la búsqueda, sus compañeros encontraron una flecha de fabricación Mashco Piro ensangrentada en el lugar donde había estado trabajando.

- 8 de Setiembre 2000 Un grupo de pescadores de la localidad de Iberia es atacado por IA en el **río Tahuamanu**, antes de llegar a la quebrada Canales. Un joven resulta herido en la nuca por una flecha disparada por los indígenas.
- 22 de julio 2000 Un grupo de IA ingresa a la comunidad **nativa Yine “Mil Novecientos”**, mata a los animales domésticos con sus flechas y sustrae sogas, ollas, platos, machetes y cuchillos.
- 16 - 20 de julio 2000 Un grupo de IA permanece en las cercanías de la comunidad nativa Monte Salvado en el **río Las Piedras**. Sustrae sogas, ollas, ropa y productos de las chacras.
- 12 de julio 2000 Un grupo de pobladores de la comunidad Nativa Monte Salvado encuentra siete tambos de IA en los bosques cercanos a la comunidad.
- Julio 2000 Un grupo de pobladores de la comunidad nativa Monte Salvado encuentra 24 tambos de IA en una playa del **río Las Piedras**.
- 1 de julio 2000 Un miembro de la comunidad nativa Monte Salvado encuentra a dos IA sacando camote y plátano de la chacra de otro miembro de la comunidad.
- Junio 2000 Un grupo de madereros encuentra cuatro tambos de IA cerca del **río Chanchamayo**, afluente del río Las Piedras
- 15 de abril 2000 Un numeroso grupo de IA ataca a una embarcación de madereros en el río **Las Piedras**.
- 26 de octubre 1999 El Frente de Contacto Envira de la Fundación Nacional del Indio, en el río Envira Brasil, es atacado por un grupo numeroso de IA que son identificados por los miembros del puesto como “Maskos” de los ríos **Acre, Yaco y Purús** en el Perú.
- 15 de sept. 1999 Un grupo de madereros encuentra huellas de personas en el **río Tahuamanu**. La inexistencia de otros madereros, pescadores o pobladores en la zona hace que se presuma la presencia de IA.
- Agosto 1999 Un grupo de pescadores encuentran huellas de personas en el **alto Tahuamanu**. Suponen que se trate de IA por la inexistencia de otros pobladores en las cercanías.
- Junio 1999 Una familia de madereros es atacada por IA en el **río Amiguillo**, afluente del río Los Amigos. Un menor es herido con una flecha.
- Junio 1999 Un maderero encontró tambos de IA y restos de animales asados alrededor de estos en el **río Los Amigos**.
- Enero 1999 Un maderero encuentra tambos de IA y pequeñas chacras en el **alto Tahuamanu**.

- Enero 1999 Un grupo de pescadores encontró tambos de IA abandonados y restos de animales en el **río Tahuamanu**.
- Verano 1998 Un poblador del asentamiento denominado "Oceanía" encuentra una fogata en medio del monte, ingresando por el **río Canales**.
- Junio 1998 Un grupo de madereros encuentra seis tambos de IA a seis días de surcada por el río **Los Amigos**.
- 1998 (sin precisar mes) Un maderero es flechado por IA mientras se encontraba extrayendo madera en el **río Los Amigos**
- Junio 1997 Un grupo de trabajadores de una empresa maderera de Ñapari encuentra especies de "camino", huellas de personas y tambos de IA en las quebradas Pacahuara y Lucila, afluentes del río Tahuamanu.
- Julio 1992 Un grupo de pescadores encontraron varios conjuntos de tambos y señales (de rechazo como estacas plantadas sobre la arena con loros incrustados en las puntas) de IA en las playas del río Tahuamanu.
- Julio 1989 Un grupo de indígenas "Manchinery" del Área Indígena Mamoatate, en el río Yaco, lado brasilero es perseguido por un grupo numeroso de indígenas "bravos" procedentes de **las nacientes del río Yaco en el lado peruano**.
- Fines del año 1980 Un funcionario de la Fundación Nacional del Indio de Brasil encuentra campamentos abandonados, huellas de personas y flechas en las **nacientes del río Yaco**, cerca de la frontera con el Perú.
- Inicios del año 1980 Un equipo de miembros de la Fundación Nacional del Indio de Brasil se enfrenta a un grupo de IA en el **río Yaco**, cerca de la frontera con el Perú, durante una exploración con fines de contacto.

ANEXO N.º 9 SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AISPED	:	Atención Integral de Salud en Poblaciones Excluidas y Dispersas.
DIGESA	:	Dirección General de Salud Ambiental.
DIRESA	:	Dirección Regional de Salud.
DGPROMS	:	Dirección General de Promoción de la Salud.
DGSP	:	Dirección General de Salud de las Personas.
EESS	:	Establecimiento de Salud.
ESN	:	Estrategia Sanitaria Nacional.
GT	:	Guía Técnica.
IA	:	Indígenas en Aislamiento.
ICI	:	Indígenas en Contacto Inicial.
ICR	:	Indígenas en Contacto Reciente.
MINSA	:	Ministerio de Salud.
NTS	:	Norma Técnica de Salud.
OIT	:	Organización Internacional del Trabajo.
OGC	:	Oficina General de Comunicaciones.
OGE	:	Oficina General de Epidemiología.
ONG	:	Organismo No Gubernamental.
RSS	:	Red de Servicios de Salud.
VEA	:	Vigilancia Epidemiológica Activa.

Guía Técnica: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad



Atención de salud a niños Matsigenkas en contacto reciente. Parque Nacional del Manu, 1995.

Foto: Cortesía de Neptalí Cueva, 1995



Niño matsigenka enfermo, contacto reciente, Parque Nacional del Manu. Foto: Cortesía de Neptalí Cueva, 1995



Niño Nanti. Reserva Nanti, Nahua Kugapakuri, Cusco. Foto: INDEPA



Resolución Ministerial

Lima, 20... de Setiembre del 2007



Visto el expediente N° 07-013143-001 que contiene el Informe N°082-2007-DG-CENSI/INS del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud;

J. Calderón

CONSIDERANDO.

Miguel Ángel García



Que, el artículo 1° de la Constitución Política del Perú establece que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado;

Que, los Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002 – 2012 del Ministerio de Salud aprobados por Resolución Suprema N° 014-2002-SA, del 27 de julio del 2002, establecen la necesidad de mejorar la normalidad y las capacidades del personal de salud para brindar un trato adecuado a las diferencias culturales de nuestro país, con respeto y responsabilidad, reconociendo las concepciones de salud de la población y la interacción del sistema de salud y la comunidad;



Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud, reconoce la responsabilidad del Estado para regular, vigilar y promover la protección de la salud, así también establece los derechos, deberes y responsabilidades inherentes a la salud individual, además que la salud pública es responsabilidad del Estado;

Que, en ese contexto el Centro Nacional de Salud Intercultural -CENSI- ha elaborado la "Guía Técnica: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad", que describe las acciones y precauciones a tener durante la atención de salud a indígenas sujetos de un contacto reciente y aquellos pueblos que aun mantienen su condición de contacto inicial, dentro del respeto cultural que merecen estos pueblos a fin de evitar reacciones indeseables por parte de ellos, que pongan en peligro la vida de los servidores de salud, así como para evitar que el contacto desencadene brotes epidémicos que atenten contra la vida de estos pueblos.



V. Zúmarán A.

Con el visto bueno del Viceministro de Salud, de la Jefa Instituto Nacional de Salud y del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y

De conformidad con lo dispuesto en el artículo del Art. 8° de la Ley 27657 - Ley del Ministerio de Salud.



SE RESUELVE:

Artículo 1º Aprobar la "Guía Técnica: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad", que forma parte de la presente Resolución.

J. Calderón Y.



Artículo 2º Encargar a las unidades orgánicas del INS, organismos públicos descentralizados, Direcciones Regionales de Salud o los que hagan sus veces en el ámbito regional y establecimientos de salud, la difusión, implementación, monitoreo y evaluación de las disposiciones aprobadas en la presente guía en los ámbitos de su jurisdicción.

Magaly García B.

Artículo 3º La Oficina General de Comunicaciones publicará la Guía Técnica que se aprueba mediante la presente, en el portal de internet del Ministerio de Salud.



Regístrese, comuníquese y publíquese

Carlos Vallejos Sofooguren



CARLOS VALLEJOS SOFOOGUREN
Ministro de Salud



V. Zumaran A.

I. FINALIDAD

La presente Guía Técnica (GT) está orientada a disminuir los efectos negativos en la salud de pueblos Indígenas en Contacto Reciente (ICR) e Indígenas en Contacto Inicial (ICI), mediante acciones oportunas y eficaces con calidad humana y técnica y de respeto a su cultura y autodeterminación.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Orientar al personal de salud en los comportamientos y decisiones para la prestación de servicios en el marco del respeto que merece la cultura de los pueblos ICR e ICI, desarrollando actividades y procedimientos culturalmente adecuados para la prevención, contingencia y mitigación del impacto negativo en salud.

2.2. Objetivos específicos

- a) Establecer una oferta de servicios de salud para los ICR e ICI, adecuada culturalmente según sus necesidades, con participación de los diversos sectores e instituciones comprometidas con el bienestar de estos pueblos, así como la participación de las organizaciones indígenas representativas y comunidades indígenas aledañas.
- b) Generar información relevante que oriente futuras acciones de salud en ICR e ICI.
- c) Recoger información del sistema de tratamiento y su medicina tradicional en pueblos en ICR e ICI.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente GT es de aplicación por el personal de salud en los ámbitos señalados para la Norma Técnica de Salud Prevención, Contingencia

ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente, es decir:

a) Las áreas territoriales del Estado a favor de los diversos grupos étnicos, áreas reservadas y ámbitos donde habitan y se desplazan los pueblos IA, ICR e ICI. Estas áreas están señaladas y reconocidas por el Estado mediante diversos dispositivos legales:

- **Reserva territorial** del Estado a favor de los grupos étnicos **Kugapakori Nahua Nanti**, en los distritos de Echarate y Sepahua, en las provincias de La Convención y Atalaya, departamentos de Cusco y Ucayali respectivamente.
- **Reserva territorial** del Estado a favor del grupo étnico **Murunahua**, ubicada entre las cabeceras de los ríos Yurúa y Mapuya, distritos de Yurúa y Antonio Raimondi, provincia de Atalaya, departamento de Ucayali.
- **Reserva territorial** del Estado a favor del grupo étnico **Isconahua**, en el distrito de Callería, provincia de Coronel Portillo, departamento de Ucayali (entre las cabeceras de los ríos y afluentes del Aibujao, Utuquinia y Callería).
- **Reserva territorial** del Estado a favor del grupo étnico **Mashco – Piro**, en la provincia del Purús, departamento de Ucayali, entre las cabeceras de los ríos Purús y Curanja.
- **Reserva territorial** del Estado a favor de los grupos en aislamiento **Mashco - Piro e Iñapari**, en los distritos de Iñapari, provincia de Tahuamanu, y en los distritos de Laberinto, Las Piedras y Tambopata, de la provincia de Tambopata y en provincia del Manu, en el departamento de Madre de Dios.

b) Se considera ámbito de aplicación de la presente NTS a las áreas protegidas por el Estado cuyo reconocimiento se encuentra actualmente en trámite, las cuales son:

- **Reserva territorial** del Estado a favor de los pueblos **Cashibo – Cacataibo**, en los departamentos de Ucayali, Loreto y Huánuco.
- **Reserva territorial** del Estado Yavari Tapichi a favor de los pueblos **Matses – Mayoruna, Isconahua**, en el departamento de Loreto, frontera con Brasil.

- **Reserva territorial** del Estado Yavarí Mirin en el departamento de Loreto frontera con Brasil. **Pueblos no identificados**.
- **Reserva Territorial** del Estado a favor de los pueblos **Arabela, Pananujuri, Taushiro, Huaorani, Taromenane, Iquito-Cahua**, en los ríos Curaray, Napo, Arabela, Nashiño, Tigre y Afluentes, en el departamento de Loreto frontera con Ecuador.
- **Zona Reservada Pucacuro y Propuesta de Reserva Territorial Pucacuro**, a favor de los grupos étnicos Saparo – Remos – Huarorani, en el distrito de Tigres, Loreto.
- **Zona Reservada Sierra del Divisor y Propuesta Reserva Territorial Capanahua**, a favor del grupo étnico Capanahua, entre los departamentos de Loreto y Ucayali.
- **Santuario Nacional Megantoni**, en el distrito de Echarate, provincia La Convención, departamento de Cusco.

c) Considera también su aplicación por personal del sector salud en los pueblos IA o ICI, que no cuentan con reserva territorial y que habitan en el interior de Áreas Naturales Protegidas:

- Grupo étnico **Ashaninka**, en la **Reserva Comunal Ashaninka, Reserva Comunal Matsiguenga** y en el **Parque Nacional Otishi** en los departamentos de Cusco y Junín.
- Grupo étnico: **Sharanahua, Yaminahua, Chitonahua, Cujareño, Mascho Piro, Iñapari**, en el **Parque Nacional Alto Purus – Reserva comunal Purus**, en los departamentos de Ucayali y Madre de Dios.
- Grupo étnico **Cacataibo** en el **Parque Nacional Cordillera Azul** en el Departamento de Ucayali y Loreto.
- Grupos étnicos **Matsiguenga, Mashco - Piro y otros no identificados** del **Parque Nacional del Manu**, en el departamento de Madre de Dios.

d) La presente norma se aplica además en todas aquellas áreas aún no identificadas o reconocidas por el Estado, pero que en algún momento se convierten en escenario de aparición, avistamiento o desplazamiento de pueblos IA, ICR e ICI.

IV. BASE LEGAL

- Declaración Universal de Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU suscrito por el Perú el 28 de abril de 1978.
- Convenio 169 – OIT. Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989).
- Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (29 de junio de 2006).
- Ley N.º 26842, Ley General de Salud (1997).
- Ley N.º 27657, Ley del Ministerio de Salud (2002).
- Ley N.º 27811, Ley que establece el régimen de protección de los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas vinculado a los recursos biológicos – 24 de julio de 2002.
- Ley N.º 28736. Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial (2006).
- Decreto Supremo N.º 015-2001-PCM, que crea la Comisión Multisectorial para las Comunidades Nativas.
- Decreto Supremo N.º 013-2002-SA, Reglamento de la Ley N.º 27657.
- Decreto Supremo N.º 001-2003-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud.
- Decreto Supremo N.º 006-2006-SA “Amplían prestaciones de salud SIS, para la población de la Amazonía y alto andina dispersa y excluida, la víctima de violencia social y los agentes comunitarios de salud”.
- Decreto Supremo N.º 017-2006-SA, Aprueban Reglamento de Ensayos Clínicos en el Perú, Art. 24.
- Decreto Supremo N.º 004–2007-SA “Establecen Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS”.
- Resolución Legislativa N.º 26253 con la que el Perú ratifica el Convenio OIT 169, convirtiéndolo en Ley Nacional.

- Resolución Ministerial N.º 591-2006/MINSA “Normas complementarias para aplicación del DS N.º 006-2006-SA”.
- Resolución Ministerial N.º 771-2004/MINSA, 27 de julio de 2004, Se aprueba las diez estrategias nacionales de salud. Incluye la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas.
- Resolución Ministerial N.º 192-2004/MINSA, 13 de febrero de 2004, que crea la “Comisión Nacional de Salud Indígena Amazónica en el Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N.º 00046-90AG/DGRAAR que crea la Reserva Kugapakori Nahua.
- Resolución Defensorial N.º 032-2005-DP, Informe Defensorial N.º 101 “Pueblos Indígenas en situación de aislamiento voluntario y contacto inicial”, 15.11. 2005.
- Norma Técnica 047-MINSA/DGSP-V-01 Para la Transversalización de los enfoques de DDHH, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, aprobada por Resolución Ministerial N.º 638-2006/MINSA.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

La presente Guía Técnica tiene como principios rectores los siguientes:

- Principio de prevención. Dado que no son posibles intervenciones directas de salud en los pueblos IA, las acciones están orientadas a la preparación logística y financiera para actuar cuando sea necesario, además de evitar y denunciar cualquier intento de contacto.
- Principio de alta vulnerabilidad. El contacto significa, para los IA, un riesgo muy alto de enfermar y morir debido a que no han desarrollado una respuesta inmunológica adecuada para gérmenes comunes, por lo que de suceder el contacto, constituye una EMERGENCIA y debemos estar preparados para afrontarla y mitigar sus efectos negativos en la vida y la salud de los ICR e ICI.

La aplicación de la GT es de responsabilidad de la direcciones regionales de salud de Loreto, Cusco, Ucayali, Madre de Dios, Junín, Huánuco y todas las regiones donde se ubiquen pueblos IA, ICR e ICI. Su aplicación se

coordina a través de las unidades orgánicas del MINSA que son parte de la ESN Salud de Pueblos Indígenas, y compromete a todos los prestadores del sector salud.

En pueblos indígenas en contacto reciente y contacto inicial, la operativización de la atención de salud no se ajusta a los esquemas de atención propuestos en la NTS Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED); por lo que la oferta de servicio de salud para estos pueblos se sujeta a NTS Prevención, Contingencia y Mitigación de Riesgos para la Salud en Escenarios con Presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente y su complemento, la presente GT y sus respectivos anexos.

Los niveles locales y regionales, dado el mejor conocimiento de la zona y posibilidades de acción que tienen, serán los que en definitiva modelarán el sistema de atención que se implementará, sobre todo en la etapa de contingencia y de mitigación de daños.

Es indispensable la participación intersectorial, de las organizaciones indígenas y comunidades colindantes a las zonas con pueblos IA, ICR e ICI, por lo que cada nivel de decisión del sector salud realizará las coordinaciones correspondientes.

Es responsabilidad de la dirección regional de salud la conformación y funcionamiento de una mesa de trabajo multisectorial e interinstitucional -integrada por sectores públicos del gobierno regional, gobierno local, organizaciones y representantes indígenas, ONG, empresas, organizaciones religiosas- para proponer e implementar las actividades de prevención, contingencia y mitigación del impacto en la salud de los pueblos IA, ICR e ICI. El **Consejo Regional de Salud** puede constituirse en esta instancia si incorpora a las instituciones o actores sociales comprometidos con los derechos y problemática de los pueblos IA, ICR e ICI.

La DIRESA, frente a un contacto con pueblos IA, gestionará ante el gobierno regional la declaratoria de EMERGENCIA de acuerdo con la magnitud del evento.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Aislamiento

Situación de un pueblo indígena, o parte de él, que ocurre cuando éste no ha desarrollado relaciones sociales sostenidas con los demás miembros de la

sociedad nacional, o que habiéndolo hecho, han optado por descontinuarlas (*Ley 28736*).

Constituyen un sector de la población indígena que, debido a experiencias traumáticas anteriores, ha optado voluntariamente o se ha visto forzado a aislarse del resto de la sociedad nacional, incluso de otras comunidades indígenas, a cambio de su supervivencia, aún en condiciones desfavorables (*Informe Defensorial 101*).

Avistamiento

Situación de contacto visual realizada por personas ajenas a los IA, generalmente de muy corta duración, incluso fugaz, que evidencia la existencia de población indígena.

Contacto inicial

Los pueblos en contacto inicial son aquellos que ocasionalmente entablan relaciones con otros pueblos; han tenido o tienen una vinculación esporádica o no continua con otras culturas foráneas, sean indígenas o no, y su situación presupone vulnerabilidad por lo intenso, traumático o desestabilizador que hubiere sido el contacto (*Res. N.° 032-2005 DP*). Comprende a los indígenas en contacto reciente según la definición de la presente norma; y a pesar su interacción con el resto de la sociedad, que puede ser facilitada por la condición de sedentarios que han adquirido, mantienen predominantemente sus patrones tradicionales de organización y subsistencia, escaso intercambio de productos y aún son muy vulnerables a padecer epidemias por su interacción con agentes externos.

Contacto reciente

Situación en la que se encuentra un pueblo indígena inmediatamente después de sus primeras interacciones directas o de contactos físicos – pacíficos o no- con miembros del resto de la sociedad (indígenas o no); y se prolonga hasta que, manteniendo su organización y costumbres tradicionales y desarrollando un sistema de subsistencia adecuado a las nuevas necesidades, por autodeterminación o viéndose forzados por las circunstancias se establecen en un determinado lugar conocido y de referencia (aunque seminómadas), que a pesar de la inaccesibilidad geográfica, facilita su ubicación, permitiendo muy ocasionalmente interacción con el resto de la sociedad. Esta condición se caracteriza por una

extrema vulnerabilidad ante enfermedades transmisibles, baja disposición a establecer relaciones continuas y prolongadas con personas foráneas, y alta probabilidad de que una relación pacífica se torne violenta.

Contingencia

Conjunto de actividades y procedimientos debidamente planificados y protocolizados, en el que se consideran diferentes y probables escenarios de acción para mitigar los efectos negativos de un evento, como es el caso del contacto con indígenas en aislamiento, así como medidas de prevención para evitar consecuencias graves y funestas.

Desastre

Interrupción grave en el funcionamiento de una sociedad causada por un peligro de origen natural o antrópico, ocasionando pérdidas humanas y daños ambientales; sobrepasando la capacidad de respuesta local por no poder superarla con sus propios medios. Para el caso de los ICR e ICI, el escaso número de personas que componen estos pueblos, la inaccesibilidad geográfica y los eventos que caracterizan esta interacción, ponen en serio peligro su supervivencia.

Emergencia en salud

Estado de daño ocasionado por la ocurrencia de un peligro natural o antrópico sobre la vida, patrimonio y medio ambiente, alterando el normal desenvolvimiento de las actividades de la zona afectada. Para los IA, un contacto es una emergencia, pues está asociado con una alta tasa de morbilidad que compromete seriamente su salud y vida como individuo y como grupo.

Equipo especial

Para el caso de los ICR o ICI, por la magnitud y gravedad de la situación, se convoca este equipo formado por profesionales y técnicos (antropólogos, personal de salud, indígenas, etc.) con experiencia en el manejo de situaciones de reciente contacto o contacto inicial.

Equipo de salud

Conjunto interdisciplinario –profesionales y técnicos, voluntarios o rentados– que mediante labor coordinada brindan atención o servicio en los diversos

establecimientos de la oferta fija del sector salud, en los domicilios y en las comunidades. Para el caso de atención a los ICR lo constituye el personal, de la oferta fija y oferta móvil, que se encuentre más cercano a la zona del contacto, quienes según la magnitud y gravedad de la situación pueden solicitar el asesoramiento o la intervención de un equipo especial.

Evaluación de daños

Identificación y registro cualitativo y cuantitativo de la extensión, gravedad y localización de los efectos dañinos causados por suceso natural o antrópico. Incluye la evaluación de riesgo, y en el caso de los pueblos IA, ICR e ICI, no se circunscribe a la salud física y mental sino también a su entorno y cultura.

Fenómeno antrópico

Todo fenómeno producido por la actividad del hombre que puede ocasionar una situación de emergencia. En el caso de los pueblos IA, involucra toda actividad del hombre (forestal, exploración y explotación de hidrocarburos, turismo, terrorismo, narcotráfico y toda incursión de foráneos sean estos indígenas y no indígenas) que posibilita su contacto con el resto de la sociedad en las áreas donde transitan los pueblos IA.

Interculturalidad

Es la actitud comunicacional basada en la comprensión y respeto de los conocimientos, ideas, juicios, creencias y prácticas del “otro” y que contribuye a una mejor interacción de representantes de diversos grupos culturales; esto es, a una mejor convivencia social que deriva en una mutua transformación y beneficio común de los interactuantes.

Mitigación

Reducción de los efectos de un contacto o evento negativo para la salud, a través de medidas de prevención específicas para disminuir principalmente la vulnerabilidad.

Prevención

Todas las actividades orientadas a evitar o mitigar los efectos adversos o daños que eventos negativos puedan producir sobre la vida, el patrimonio y el medio ambiente.

Pueblos indígenas

Son aquellos que se reconocen como tales, mantienen una cultura propia, se encuentran en posesión de un área territorial; forman parte del Estado peruano de acuerdo con la Constitución. Incluye también a las poblaciones IA, ICR e ICI. (*Ley 28736 - Convenio 169 OIT*).

Relacionamiento

Toda actividad de interacción entre los protagonistas de un evento. En el caso de contacto con pueblos IA, son las maneras como debemos actuar para evitar consecuencias, graves, traumáticas o funestas en dicha población.

Riesgo

Probabilidad de que ocurra alguna situación negativa (enfermedades, pérdida de vidas, otros daños). Se estima y evalúa en función del peligro y la vulnerabilidad.

Salud intercultural

Referido a la oferta o sistema, es el conjunto de acciones, actitudes y políticas aplicadas por el personal de salud y la población, orientadas al conocimiento, reconocimiento, respeto mutuo, aceptación de prácticas sanitarias de la cultura del usuario y usuaria y del prestador en el proceso de atención de salud, con el fin de lograr articularlas y efectivizarlas.

Sector salud

Es el espacio social de confluencia de personas, organizaciones y entidades, que realizan actividades relacionadas directamente con la salud individual o colectiva en el país, o que repercuten indirectamente en ella. Está constituido por los prestadores de servicios (MINSA, EsSalud, sanidades de las FF.AA. y FF.PP. y sus EESS, otros EESS públicos y privados, servicios médicos de apoyo públicos y privados, establecimientos privados lucrativos o no lucrativos, institucionales o individuales); los compradores o financiadores institucionales de servicios (seguros privados de salud, EPS, EsSalud, SIS, asociaciones, fundaciones, etc.); las entidades formadoras de RR.HH. en salud (de nivel profesional y no profesional); las entidades productoras de otros recursos en salud, agencias de otros sectores del estado con actividades

de impacto sobre la salud o sus factores determinantes (incluye gobiernos regionales, gobiernos locales, en lo referente a acciones relacionadas con la salud colectiva o con repercusiones en ella); la sociedad civil (asociaciones, colegios profesionales, sociedades científicas, fundaciones, organizaciones de base o comunales entre otros) y la población en general (usuarios y no usuarios), dentro del marco del Estado. Según la Ley del Ministerio de Salud, este órgano del Poder Ejecutivo es el ente rector del sector salud.

Vulnerabilidad

Es una medida del grado de susceptibilidad de una persona o un bien a ser afectado por un fenómeno perturbador, peligro de origen natural o antrópico, al que se le expone.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

Población Objetivo: son los indígenas que habiendo optado por vivir en aislamiento, en determinado momento se encuentran en situación de contacto reciente o en contacto inicial, según la definición de la presente guía.

La NTS “Prevención, contingencia ante el contacto y mitigación de riesgos para la salud en escenarios con presencia de indígenas en aislamiento y en contacto reciente”, establece el marco de las relaciones institucionales e intersectoriales, así como las responsabilidades de los diferentes niveles del sector salud para lograr la atención a los pueblos mencionados.

En la “Guía técnica de relacionamiento para casos de interacción con indígenas en aislamiento y en contacto reciente”, y que complementa la presente GT, se establece los comportamientos del personal de salud para los eventos en mención.

6.1. PRECISIONES PARA LA ATENCIÓN

Para toda intervención de salud en ICR e ICI debemos considerar:

- a) Las grandes limitaciones para la comunicación fluida (idiomática, percepciones, creencias) entre los ICR e ICI y el personal de salud.

- b) Los diversos móviles, intereses u objetivos de los que interactúan (personas, instituciones) y a los que, con seguridad, los ICR e ICI son totalmente ajenos.
- c) Los ICR o ICI desconocen nuestros procedimientos diagnósticos y de tratamiento, y pueden ser interpretados de manera muy diferente a nuestras intenciones, según su cosmovisión y conceptualización de la salud-enfermedad.
- d) El contacto con ellos, al momento de la atención de salud o en cada interacción directa con ellos, los somete a exposición de nuevos agentes infecciosos que pueden manifestarse en brotes epidémicos durante nuestra visita o días y semanas después de ella. Esto significa que iniciado el contacto, los problemas de salud en los ICR o ICI pueden ser cada vez más frecuentes y hasta de consecuencias impredecibles.
- e) La atención de salud a los ICR e ICI debe estar caracterizada por su calidad técnica y humana en el marco del respeto a su cultura, por lo que el equipo que interviene está obligado a buscar los mecanismos para lograrlo.
- f) La presencia de ICR es una emergencia y puede resultar en un desastre por la alta letalidad que caracteriza este tipo de eventos, pero no debe ser manejada como “desastre natural” (no lo es). Evitemos campañas indiscriminadas de reparto de alimentos, cortes de cabello, reparto de ropa u otros.

Teniendo en consideración lo antes mencionado podemos especificar:

- g) El contacto con IA puede desencadenar epidemias que terminen con alto índice de letalidad; sin embargo, la atención médica no resulta una demanda de atención de emergencia en todos los contactos, pero se debe estar preparado para afrontarla.
- h) Si por la gravedad de la situación se prevé un tiempo prolongado de intervención, debe contarse con un equipo especial de recursos humanos debidamente implementado para la intervención (equipos, materiales e insumos) y en coordinación con el establecimiento de salud más cercano.
- i) Toda situación de contacto reciente debe considerarse como una situación grave y debe preverse un tiempo prolongado de

intervención, de atención directa a los ICR o de acciones indirectas que involucran las comunidades aledañas.

- j) Si por la gravedad de los acontecimientos, se decide el ingreso de un equipo especial de salud, este debe realizarse en coordinación con las organizaciones indígenas y comunidades vecinas, al evaluar la información que proporciona el establecimiento de salud más cercano al lugar de los hechos. Decidirá su ingreso o no, teniendo en cuenta, además, el escenario de violencia o no.
- k) Ante el avistamiento de IA o el contacto con IA por terceras personas o por personal de salud, la microrred y RSS deben asegurar que las poblaciones de las comunidades –indígenas o no indígenas- cercanas al lugar de los hechos, y las poblaciones de las comunidades ubicadas en las posibles rutas por donde pueden ser trasladados los recién contactados, hayan sido vacunadas principalmente contra: influenza, fiebre amarilla, hepatitis B, sarampión, rubéola, poliomielitis o tos convulsiva; estas dos últimas en menores de cinco años. De ser necesario se realizará la campaña de vacunación correspondiente.
- l) Toda actividad de salud que se realice a un indígena de reciente contacto debe tener el consentimiento o asentimiento de la persona que recibirá la atención, y del líder del grupo contactado o del representante de la institución indígena que acompañe al equipo de salud. Por tanto, todas las actividades de salud en niños o adolescentes, ancianos o en mujeres en general, deben ser consultadas con los padres, parejas o personas responsables de ellos.
- m) Las actividades de salud por realizarse en poblaciones indígenas en contacto reciente o contacto inicial no responden a ninguna obligación de productividad en la atención de salud, por lo que no se exigirá examinar o atender a la totalidad de la población; por el contrario, los esfuerzos deben estar orientados a buscar formas de acercamiento y mejor entendimiento para la interculturalidad en la atención.
- n) Toda persona que ingrese al lugar del contacto debe estar vacunada contra: influenza (última cepa circulante del año anterior), fiebre amarilla, hepatitis B, sarampión, difteria y tétano (DT). Las otras vacunas son opcionales. Esta tarea es responsabilidad de

- la DIRESA, RSS y la microrred; para su cumplimiento se debe coordinar con otros sectores que contribuyan en el cumplimiento.
- o) Ningún miembro del equipo de intervención debe estar con cuadro respiratorio agudo o con proceso diarreico agudo al momento del ingreso o durante la intervención; si así fuera el caso, deberá ser reemplazado o postergar su ingreso hasta que haya involucionado este proceso.
 - p) Para algunas atenciones (inyectables, aplicaciones tópicas), el personal de salud y los que acompañan al equipo (representantes indígenas, otros) aplicarán “estrategias demostrativas del procedimiento” sirviendo de ejemplo visible, y previo consentimiento de las personas que quisieran apoyar, para comunicar lo que se desea realizar en los ICR.
 - q) El personal de salud implementará un registro de las costumbres y creencias de los ICR e ICI (dietas, rituales, actividades cotidianas, recursos terapéuticos, entre otros) a fin de socializar esta información para futuras intervenciones. La implementación, socialización y actualización de este registro es responsabilidad de la microrred e involucra al personal que atiende a los ICR o ICI y a todo el personal de la Microrred; servirá de material para las capacitaciones en interculturalidad al personal de salud.
 - r) Velar por el adecuado manejo de los residuos sólidos: es recomendable utilizar bolsas plásticas para su posterior retiro de la basura hacia lugares lejanos. Los residuos orgánicos (restos de comida, excrementos) deben ser enterrados, pero debe ser por lo menos a medio metro de profundidad y lejos de la playa.
 - s) El manejo adecuado de los residuos biocontaminados (jeringas, agujas, gasas, algodones, y otros) es de exclusiva responsabilidad del personal de salud.
 - t) No quemar papeles o materiales de higiene personal cerca de los ICR o ICI, por la posible asociación que ellos pueden hacer como mecanismo de transmisión de enfermedades.
 - u) Tener presente que los indígenas - aquellos que forman parte del equipo de intervención o los ICR o ICI u otro que colabora en la atención - no están para nuestro servicio de peonaje, ni abusar de ellos ocupándolos en cargar las pertenencias del personal de salud y visitantes.

6.1.1. Inmunizaciones

- 6.1.1.1. La inmunización de los ICR no es una actividad de emergencia que debe ejecutarse obligatoriamente el primer día de trabajo; puede ser derivada para los próximos días cuando se haya logrado empatía con ellos y sea posible obtener su aceptación previo consentimiento.
- 6.1.1.2. Excepción a lo antes mencionado, es el caso de brote epidemiológico de sarampión, difteria, tos convulsiva, fiebre amarilla, cercano a la zona donde se encuentran los ICR, obligando al equipo de salud agotar los mecanismos de comunicación (traductores, organizaciones indígenas, “estrategias demostrativas del procedimiento”) para lograr la aceptación de la vacunación.
- 6.1.1.3. Velar por adecuadas coberturas de vacunación en las comunidades colindantes al sitio donde ocurrió en avistamiento o contacto con IA, y de todas las personas que ingresan a esta zona.
- 6.1.1.4. En el caso de los indígenas que aparecen solicitando ayuda, es más fácil conseguir la aceptación de la aplicación de alguna vacuna; sin embargo, su administración será previa coordinación con los representantes indígenas y autorización de los indígenas recientemente contactados.
- 6.1.1.5. De llevarse a cabo, el equipo es responsable de vigilar los posibles efectos secundarios en los siguientes días, lo que significa no vacunar el último día de permanencia en el lugar.
- 6.1.1.6. Cuando se decida inmunizar a los ICR, priorizar como se indica: influenza, fiebre amarilla, sarampión, a toda la población. Son vacunas de una sola dosis. Administrar antipirético vía oral puesto en boca.
- 6.1.1.7. Posteriormente, cuando se haya establecido posibilidades de seguimiento: antipolio y pentavalente (contra difteria, pertusis, tétano, hepatitis B y *Haemophylus influenza*) a menores de cinco años (estimar las edades).

6.1.2. Valoración de crecimiento y desarrollo

- 6.1.6.1. Las tareas de determinación del estado nutricional en infantes tienen serias limitaciones en los indígenas recién contactados, por lo que es recomendable posponerlas hasta cuando las condiciones lo permitan. No será posible obtener fechas de nacimiento, y la estimación de las edades tiene serias dificultades (desnutrición, otros estímulos para su desarrollo ajenos a nuestra cultura, entre otros).
- 6.1.2.2. El registro de peso resulta de suma utilidad para la dosificación de medicamentos, sobre todo en niños.
- 6.1.2.3. Si hubieran recién nacidos (parto durante la intervención, cordón umbilical en proceso de momificación), agotar los mecanismos o registrar las características físicas que permitan identificarlo y consignarlo en la ficha de identificación y seguimiento. Usar Anexo N.º 1 “Ficha para identificación y seguimiento de la atención en indígenas de contacto reciente y en contacto inicial”.

6.1.3. Enfermedades frecuentes

- 6.1.3.1. La morbilidad de estos pueblos indígenas está circunscrita, principalmente, a:
 - a) Enfermedades de la piel (piodermatitis, pediculosis, acarosis - sarna-, miasis -“gusanos”, “sututo”, “tornillo”-, micosis u hongos).
 - b) Infecciones respiratorias agudas no complicadas (vías respiratorias superiores).
 - c) Conjuntivitis, otitis.
 - d) Enfermedades diarreicas, parasitosis.
 - e) Heridas o traumatismos (quemaduras, heridas cortantes, contusas).
 - f) Síntomas y signos comunes (fiebre, dolor de cabeza, sangrado nasal).

- 6.1.3.2. Es obligatoria la identificación de enfermedades crónicas (TBC en sintomáticos respiratorios, Leishmaniosis, etc.); sin embargo, por la incertidumbre sobre el inicio, seguimiento y cumplimiento del tratamiento prolongado, y la percepción de los indígenas sobre el manejo de muestras biológicas, los procedimientos diagnósticos y tratamientos pueden posponerse hasta acordar, con los representantes indígenas, la manera de implementarlos en el corto o mediano plazo.
- 6.1.3.3. Para el caso de enfermedades cuyo tratamiento demanda un tiempo prolongado (tuberculosis, Leishmaniosis, algunas micosis, entre otras), es tarea obligatoria buscar, en coordinación con otros actores sociales, los mecanismos (educacionales, culturales, de servicio, económicos) para asegurar la adherencia al tratamiento.
- 6.1.3.4. Para todo tratamiento se debe tener el consentimiento o asentimiento correspondiente, uno por uno, y del líder del grupo o del representante indígena que acompaña al grupo de intervención.
- 6.1.3.5. Para administrar tratamiento antiparasitario, es recomendable usar medicamentos de dosis única y puesto en boca.
- 6.1.3.6. En el caso de ICR los tratamientos deben ser administrados por el personal de salud (incluye vía oral “puesto en boca” y tópicos). De ninguna manera entregar tratamientos para autoadministración. En el caso de los indígenas con mayor grado de relación con el resto de la sociedad, identificar entre ellos a la persona que podría responsabilizarse de esta tarea.
- 6.1.3.7. Para las diversas enfermedades, es recomendable utilizar tratamientos de fácil dosificación: monodosis diaria o total, o dos dosis diarias.
- 6.1.3.8. Los tratamientos parenterales deben ser reservados para casos complicados; sin embargo, para casos de piodermitis, además de la limpieza de lesiones, una dosis de penicilina de depósito resulta muy útil, más aún cuando es incierta la posibilidad de seguimiento del caso. Dado el inconveniente del dolor que sigue a su aplicación, debemos asegurarnos de su aceptación.

6.1.4. Casos complicados

- 6.1.4.1. Consideremos: neumonías, bronconeumonías, síndromes de obstrucción bronquial o broncoespamos, heridas extensas, quemaduras extensas o traumatismos graves, mordeduras por serpientes, deshidrataciones graves.
- 6.1.4.2. Conforme transcurren los días, y si existe contacto muy cercano entre los foráneos y ellos, se incrementa la probabilidad de tener casos complicados de alguna enfermedad, sobre todo respiratoria.
- 6.1.4.3. Establecer la rutina de auscultarlos en algún momento del día según su disponibilidad, además, realizar la vigilancia diaria de funciones vitales (sobre todo frecuencia respiratoria y temperatura). A cualquiera que se le detectara temperatura mayor a 38,5 °C en dos días continuos, o signos de alarma de proceso infeccioso (respiración rápida y tirajes) debe recibir un antipirético y antibiótico, preferentemente vía oral, puesto en boca. Convencer, con apoyo de traductores o representantes indígenas, a los responsables del enfermo para administrar tratamiento intramuscular.
- 6.1.4.4. De ser necesaria la vía parenteral: evitar venoclisis o inyectables vía endovenosa, la que debe ser reservada para casos extremos. La vía parenteral, cuando se decida usarla, debe ser por el período crítico de uno o dos días y luego pasar a vía oral; se corre el peligro de abandono del tratamiento.
- 6.1.4.5. Evitar procedimientos invasivos de diagnóstico o tratamiento, que se acompañen de mayor riesgo (flebotomías, paracentesis, toracocentesis, biopsias, etc.). De ser necesarios, agotar los mecanismos de comunicación para obtener el consentimiento del entorno más cercano y del líder del grupo, y evaluar además las posibilidades de evacuación.
- 6.1.4.6. Los indígenas en reciente contacto, tienden a hacer cuadros subintrantes de procesos respiratorios virales agudos, que los mantiene tosiendo por cuatro a seis semanas en promedio, y con secreciones amarillentas o

blanquecinas, interrumpiendo su sueño y debilitándolos, sobre todo niños y ancianos. No necesariamente se debe utilizar antibiótico; evitar su uso indiscriminado en estos casos; son recomendables los antitusígenos en la noche según la evaluación del paciente.

- 6.1.4.7. Si por la gravedad del caso (pudiera haber más de uno) se necesitara un manejo por equipo especializado o con tecnología de mayor capacidad resolutive, debe implementarse una pequeña “**base de emergencias**”, la que permitirá atención para los casos complicados:

Es recomendable ubicarla cerca al lugar donde se encuentran los indígenas (entre 1 – 2 horas en bote), pero alejado de asentamientos urbanos.

- Esto tiene la finalidad de evitar trasladar al indígena enfermo recién contactado hacia zonas urbanas u hospitales. Generalmente con el enfermo, se moviliza la familia o más de un miembro del grupo lo que incrementa el riesgo de mayor contacto, enfermedades y desmembramiento social. Esta decisión debe ser consensuada con los representantes indígenas.
- Si los casos se sucedieran o se identificaran en alguna comunidad donde se produjo el contacto, el establecimiento de salud más cercano puede servir de “**base de emergencias**”. Otra posibilidad es constituir un ambiente de la comunidad como “base de emergencias”. En estos casos debe asegurarse condiciones de bioseguridad en la prestación del servicio y velar por que se apliquen las restricciones a visitas innecesarias.

- 6.1.4.8. Si la complicación de los casos requiere atención especializada, evaluar su condición de recuperable o no, y en coordinación con los representantes indígenas deben buscarse los mecanismos de información al grupo o sus líderes.

- 6.1.4.9. Acordar con los representantes indígenas la movilización del cadáver si el fallecimiento sucediera fuera del área.

6.1.5. Caso de indígenas mujeres

- 6.1.5.1. La atención debe ser realizada por personal de salud femenino; excepción a esta regla puede constituir la necesidad de evaluación especializada o por la gravedad del caso, o cuando sea consentido por la pareja o la misma usuaria.
- 6.1.5.2. Durante la atención, evitar presencia de personal masculino y hacerlo en presencia de su pareja o persona mayor de su grupo y mejor si ésta también es mujer.
- 6.1.5.3. Mujeres adolescentes, incluso prepúberes, pueden tener pareja o estar asignadas al cuidado de algún varón mayor, y se debe tener cuidado en identificarlo para el permiso correspondiente.
- 6.1.5.4. Las adolescentes en su menarquia pueden estar en su proceso de “encierro” y sometidas a una dieta como parte del ritual; es recomendable no insistir en visitarle ni examinarle; y guardar el máximo respeto por el proceso y evitar comentarios.
- 6.1.5.5. Si por confianza aceptaran visitar el lugar del “encierro”, evitar comunicarse con la adolescente y no insistir en observarla o examinarla; salvo que se conozca de la gravedad de su estado de salud, por lo que se coordinará con los representantes indígenas y responsable de la adolescente para brindar la atención correspondiente; es obligación del personal de salud buscar coincidencias entre el ritual y nuestras indicaciones terapéuticas.
- 6.1.5.6. La **gestación** no es una enfermedad; si se detectaran signos de alarma, evaluar la pertinencia del examen a gestantes. Si hubiera signos de alarma, lograr el consentimiento o asentimiento para el examen.
- 6.1.5.7. Si hubiera gestantes en el grupo, derivar su examen hasta afianzar la relación con ellas, salvo que se identificara signos de alarma (edema, sangrado, palidez extrema, fiebre u otro signo de infección), para lo que se debe buscar la aceptación correspondiente.

- 6.1.5.8. Si existiera negativa por parte de la gestante para recibir alguna atención de salud, no insistir; crear los espacios de confianza, amabilidad hasta lograr empatía en los siguientes días.
- 6.1.5.9. Si la complicación corresponde a una emergencia médica o quirúrgica, actuar y decidir como tal teniendo en cuenta que el traslado de un indígena recién contactado enfermo o indígena en contacto inicial enfermo, puede significar traslado de acompañantes –pareja y otros niños- al centro de referencia.
- 6.1.5.10. No realizar examen ginecológico.
- 6.1.5.11. Si se identificara alguna gestante en **trabajo de parto**, agotar los medios de comunicación para realizar una evaluación (excepto tacto vaginal), y permitir el evento según sus costumbres. No insistir en atender el parto. En caso de ICI indagar sobre los procedimientos de atención del parto, puerperio y recién nacido.
- 6.1.5.12. Con los representantes indígenas, velar por que el recién nacido y la puérpera reciban atención lo antes posible y según sus patrones culturales. Asegurar abrigo para el RN. Evitar fotografías o filmaciones. Evitar insistir en la manipulación excesiva del RN (inyectables, aspiración de secreciones, Ortolani) y evitar insistir en examen ginecológico de la puérpera.
- 6.1.5.13. Identificar las creencias, ritos y costumbres que tiene el grupo sobre la gestación, parto y puerperio: dietas, corte de pelo, teñido de piel con tintes naturales, corte del cordón, entre otros. Servirá de material para la capacitación al personal de salud.
- 6.1.5.14. No promocionar el uso de **métodos anticonceptivos artificiales** en pueblos ICR e ICI; identificar, registrar y reportar los métodos naturales que fueran confiados por los indígenas.
- 6.1.5.15. Queda terminantemente prohibida la promoción y aplicación de métodos anticonceptivos quirúrgicos entre poblaciones ICR.

6.1.6. Enfoque de género.

- 6.1.6.1. La aplicación del enfoque de género en las intervenciones a los indígenas en reciente contacto está muy limitada a la organización de la oferta (inclusión de mujeres en el equipo de salud, acercamiento a los indígenas y actividad prestacional según sexo).
- 6.1.6.2. Dadas las limitaciones de lenguaje y limitaciones en el conocimiento de la cultura con que se interactúa, que impiden un adecuado abordaje del tema en las poblaciones recién contactadas, no es posible aplicar nuestros conceptos y valores a su cotidianidad. Evitar trabajar el tema, y que prevalezca el respeto a su cultura evitando valoraciones etnocéntricas. Limitarse al registro de evidencias o circunstancias que aporten a un mejor conocimiento los hábitos u comportamientos de los indígenas recién contactados.
- 6.1.6.3. Cuando los indígenas recién contactados decidan establecerse en algún lugar determinado y sea posible mayor número de visitas, el equipo de salud debe buscar estrategias para conocer sobre la distribución de tareas y los fundamentos de la cotidianidad familiar y comunal, y con la sistematización de este conocimiento, construir una propuesta culturalmente aceptada (construida con los representantes indígenas y el mismo grupo intervenido).

6.1.7. Fallecimientos y necropsias

Las actitudes ante la muerte varían según la cultura del grupo afectado. Algunos grupos indígenas acostumbran el “entierro” en dos etapas (“doble entierro”) o más. En algún depósito (canasta, tronco vacío preparado para estos casos) mantienen temporalmente el cadáver en el bosque o cerca de la casa; una vez que el cuerpo se ha descompuesto proceden a quemarlo; algunos conservan sus cenizas.

En otros grupos indígenas, cuando alguien siente que su mal estado de salud, por su gravedad o estado fisiológico (ancianos) no tiene solución, decide, por propia voluntad -y es práctica aceptada en el grupo- alejarse de la comunidad internándose en el bosque donde morirá; posteriormente su cadáver será buscado y recogido por miembros de su familia o de la comunidad.

Ante la muerte, toda la familia o la comunidad suelen optar por teñirse el cuerpo o la cara con colorantes naturales (achiote), o cortarse el cabello. El personal de salud ante eventos de esta naturaleza debe mostrar respeto y si fuera esta la característica del grupo al momento del contacto, debe indagar –con cautela y respeto- la causa de dicha apariencia a fin de tener mejor diagnóstico de la situación encontrada, y que puede revelar lo que esté sucediendo con el grupo mayor en el interior del bosque.

Esta percepción y actitudes de los grupos étnicos amazónicos – en aislamiento o reciente contacto o en contacto inicial- frente a la muerte, deben hacernos reflexionar sobre nuestras actitudes si durante la intervención a estos pueblos sucediera algún deceso. Por lo que se recomienda:

- 6.1.7.1. Evitar la realización de necropsias, totales o parciales.
- 6.1.7.2. En caso de muerte, el equipo está obligado a realizar una necropsia verbal y un examen externo del cadáver; así como que está obligado a respetar la costumbre del grupo indígena contactado; para ello debe averiguar las formas de actuar ante el evento muerte (entierro simple, entierro en dos etapas, abandono de casa) y evaluar los riesgos de transmisibilidad de alguna enfermedad con la finalidad de buscar la aceptación de otras formas de entierro para evitar diseminación de la enfermedad.
- 6.1.7.3. Si en el contexto de una transferencia, por la gravedad del caso, el fallecimiento del indígena en reciente contacto o en contacto inicial sucediera en el hospital, centro de salud u otro lugar lejos del grupo contactado al que pertenece, la microrred o RSS y la DIRESA coordinarán con los representantes de las organizaciones indígenas para retornar el cadáver al lugar de donde fue evacuado y efectivizar su entrega al grupo al cual pertenecía en vida. Evaluar la posibilidad de entrega teniendo en cuenta el tipo de enfermedad que causó la muerte y la presencia o no del grupo o familia.
- 6.1.7.4. Si alguna muerte sucediera mientras el equipo estuviera interviniendo en el lugar de los hechos o si hubiera posible asociación –por parte de los ICR o ICI- de la muerte con algún procedimiento o tratamiento, evaluar las circunstancias: reacción de la familia o del grupo,

aceptación de tratamientos u otros servicios, a fin de no poner en peligro las relaciones entre el equipo de salud y los ICR o ICI.

- 6.1.7.5. Cualquiera fuera la causa de muerte, el grupo o familia tiene el derecho a conocerla, así como los peligros de transmisión de la enfermedad, si los hubiera. Si no fuera posible hacerla conocer a la familia o grupo –porque ya decidieron regresar al bosque y continuar en aislamiento–, los miembros de las comunidades aledañas deben ser comunicados si se tratara de una enfermedad transmisible que puede comprometer seriamente su salud (fiebre amarilla, Bartonelosis, hepatitis B, tuberculosis, entre otras).
- 6.1.7.6. La causa de muerte de ICR e ICI en alto riesgo de morbimortalidad, debe ser informada a las organizaciones indígenas regionales; así también esta información debe ser comunicada a los niveles regionales y nacional del MINSA.

6.1.8. Seguro Integral de Salud y transferencias

- 6.1.8.1. La decisión de trasladar un indígena en contacto reciente o en contacto inicial enfermo fuera de su hábitat, en casos extremos, debe ser consensuada con el representante de la organización indígena, el líder del grupo contactado o persona allegada al enfermo, porque:
- Es muy probable que el indígena enfermo o la indígena enferma desee ser acompañado por su pareja e hijos.
 - No se conoce del tiempo que se ausentará de su hábitat.
 - Fuera de su hábitat es persona totalmente dependiente, lo que significa organizarse para tener alguien que se encargue de su cuidado, sobre todo cuando no está internado en un establecimiento de salud.
 - Si falleciera, puede ocasionar desconfianza o malestar en el resto del grupo indígena.
 - El indígena debe ser retornado a su grupo al que pertenece, vivo o fallecido.

- 6.1.8.2. Toda atención de salud en población indígena en reciente contacto, contacto inicial o población con contactos esporádicos, es asumida por el Seguro Integral de Salud y el personal que atiende debe asegurar la documentación pertinente, para el reembolso de las atenciones.
- 6.1.8.3. De ser necesario, cualquier traslado de indígenas hacia establecimientos de mayor complejidad debe ser realizado mediante personal de salud y con la documentación de transferencia correspondiente. Asegurarse que deba ser acompañado por un traductor que facilite los trámites y la atención de salud.
- 6.1.8.4. El establecimiento de salud más cercano al lugar de la intervención a ICR o ICI enviará a la DIRESA la información correspondiente al SIS en informe especial, a fin de que ésta gestione -y el SIS reconozca- un trato especial para el llenado de las fichas de estos pueblos, debido a las dificultades para obtener sus verdaderos nombres, dificultad para lograr conocer sus apellidos, el frecuente cambio de nombres que pueden realizar en corto tiempo, no tener su fecha de nacimiento, entre otros datos.
- 6.1.8.5. Cualquier traslado de indígenas en contacto inicial que realizara persona ajena al sector salud, deberá ser denunciado a las autoridades correspondientes, excepto cuando se trata de alguna emergencia; para lo cual la persona responsable del traslado deberá acudir al establecimiento de salud más cercano de la zona a informar del hecho y coordinar el procedimiento a seguir.

VII. CONCLUSIONES

- El principio básico de la prevención, de evitar el contacto con IA, debe estar estrechamente ligado a urgentes medidas en las comunidades y establecimientos de salud existentes en las zonas aledañas a las áreas donde transitan los IA:
 - a) La implementación y fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica.
 - b) Capacitación del personal de la oferta fija y móvil en estrategias y el trato intercultural para estos pueblos indígenas.
 - c) Información y sensibilización sobre el problema de un contacto con IA.
- Toda actividad de prevención, contingencia o mitigación de riesgos a la salud de los IA, ICR e ICI debe estar enmarcada en el respeto a su cultura. Las DIRESA deben coordinar el apoyo de profesionales de las ciencias sociales y profesionales de la salud que orienten sus decisiones.
- Las labores de prevención, contingencia y mitigación de riesgos a la salud de los IA, ICR e ICI obliga la participación multidisciplinaria de las instituciones del sector salud, y otros sectores del Estado, el sector privado, la sociedad civil, las organizaciones indígenas, así como de sus comunidades; siendo las instancias regionales y locales las que conduzcan el proceso con apoyo de las instancias nacionales.

VIII: ANEXOS

- | | |
|--------------|--|
| Anexo N.º 1. | Ficha para identificación y seguimiento de la atención en indígenas en contacto reciente y en contacto Inicial. |
| Anexo N.º 2. | Ficha hallazgos en áreas con indígenas en aislamiento. |
| Anexo N.º 3. | Ficha avistamiento de indígenas en aislamiento. |
| Anexo N.º 4. | Ficha contacto con indígenas en aislamiento. |
| Anexo N.º 5. | Consideraciones para selección de personal para la atención de indígenas en reciente contacto y en contacto inicial. |
| Anexo N.º 6. | Directorio de recursos humanos indígenas para las actividades de contingencia y de mitigación de los riesgos en la salud de los indígenas en reciente contacto y en contacto inicial |
| Anexo N.º 7. | Tarjeta de mensajes. |
| Anexo N.º 8. | Siglas y acrónimos. |

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. méd. Chile. Sep 2003; 131 (9): 1061-1065
- Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana; Consejo Machiguenga Del Río Urubamba–Comaru. El gas de Camisea y los pueblos indígenas de la Amazonia peruana: Problemática y propuestas. Perú: AIDSESP; 2003
- Beier C, Michael L. The Camisea Nanti: A report on factors affecting their welfare and autonomy [Documento en Internet]. Perú: Cabeceras Aid Project; 1998 [citado 10 julio 2006]. Disponible en: <<http://www.onr.com/cabeceras/informes.htm>>
- Brackelaire V. Diagnóstico regional para facilitar estrategias de protección [documento en Internet]. Brasilia: Situación de los últimos pueblos indígenas aislados en América Latina (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela); 2006 [citado en enero 2006]. Disponible en:<<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd66/ultimospueblos.pdf>>
- Comisión Nacional de los Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos; Programa De Protección y Defensa de los Pueblos en Aislamiento Voluntario. Lima: CONAPA; 2004
- Chichizola C. Analisis de los factores limitantes para la adecuada implementación en el Peru del Convenio N° 169 de la OIT. En: Defensoria del Pueblo. Lima:2000.
- Daggett J. Dilemas que se presentan en los primeros contactos con un grupo étnico aislado - Estudio de un caso particular. En: Instituto Lingüístico de Verano. Lima: 1988
- Dagget J. Dilemas que se presentan en los primeros contactos con un grupo étnico aislado Amazonía Peruana. En: Instituto Lingüístico de Verano. Lima: 1991.
- Lima: Derecho Ambiente y Recursos Naturales; 2005. Boletín Especial DAR N° 25.
- Gonzáles A. Salud intercultural y pueblos indígenas: La influencia de un programa de salud y la atención en comunidades aguarunas de la selva amazónica en el Perú – Salud Intercultural en América Latina, Perspectivas antropológicas. Quito: 2004
- Huertas B. Los pueblos indígenas en aislamiento: su lucha por la sobrevivencia y la libertad IWGIA. Lima 2002
- Ibacache J. Aspectos Metodológicos para el trabajo intercultural en salud – Departamento de acción integral en salud. Chile: Servicio de Salud Araucana Sur; 1998.

- Ibacache J. La Salud, el Desarrollo y la Equidad en un Contexto Intercultural. Chile: Servicio de Salud Araucana Sur; 1997
- Lopez L. 2004. Igualdad con dignidad, hacia nuevas formas de actuación con la niñez indígena en América Latina
- Oficina General de Epidemiología. Pueblos en situación de extrema vulnerabilidad: El caso de los Nanti de la Reserva territorial Kugapakori Nahua, Río Camisea, Cusco. Lima: Ministerio de Salud; 2003
- Oficina General de Epidemiología. Guía para el análisis de los factores condicionantes de la salud. Lima: Ministerio de Salud; 2002
- Organización Internacional del Trabajo. Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales [Documento en Internet]. Ginebra:Departamento de Normas Internacionales del Trabajo; 2003 [citado 20 septiembre 2006]. Disponible en: <<http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/lima/publ/conv-169/>>
- Organización Panamericana de la Salud: Organización Mundial de la Salud. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. EUA:OPS;1998.
- Organización Panamericana de la Salud; Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas [Documento en Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 1998. [citado 20 octubre 2006]. Disponible en <http://www.nacionmulticultural.unam.mx/acervo/monografia/mon_006/mon_006_01.pdf >
- Organización Panamericana de la Salud; Programas y Servicios de Salud Mental en Comunidades [Documento en Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 1998. [citado 30 septiembre 2006]. Disponible en: < http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/indi10_esp.pdf>
- Universidad de Duke [página de Internet]. USA: Centro de Conservación Tropical Nicholas School of the Environment. [citado 20 junio 2006]. Disponible en: < <http://www.duke.edu/web/ctc/alto%20purus/altopurusbook.html>>
- Ponce M. Informe de los últimos avistamientos de los indígenas en aislamiento en la Comunidad Nativa de Tayakome. Parque Nacional Manu. Informe final. Puerto Maldonado: FENAMAD; 2005
- Proyecto Pro-Manu. Guía para Expediciones y Relaciones con Indígenas en contacto Inicial. Cuzco: Pro-Manu; 2003
- Proyecto Pro-Manu. Protocolo para situaciones de contacto con indígenas aislados. Cusco: Pro-Manu; 2003
- Roldán R, Tamayo A. Legislación y Derechos Indígenas en el Perú. 1ra ed. COAMA – CAAP: Lima; 1999

- Vílchez E, Valdez S, Rosales M, editores. Interculturalidad y bilingüismo en la formación de recursos humanos: Educación, Medicina, Derecho y Etnodesarrollo. 1ra ed. Lima: UNMSM, Preeduca PROEIB Andes, 2004
- Zarzar A. Radiografía de un contacto: Los Nahua y la sociedad nacional. Amazonia peruana J. 1987; 8 (14):91-113.
- Zarzar A. Intercambio con el enemigo: etnohistoria de las relaciones intertribales en el Bajo Urubamba y Alto Ucayali. 1ra ed. Lima: Comunidad del IFEZ; 1983

ANEXO N.º 1

FICHA PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN INDÍGENAS DE CONTACTO RECIENTE O EN CONTACTO INICIAL (EJEMPLO DE LLENADO)

Fecha del registro fotográfico: 12 febrero 2005

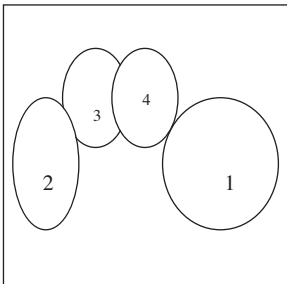
Lugar (indicar río, comunidad): ... Maizal, río Manu, Madre de Dios

Ocasión del registro (contacto, visita comunitaria): .. contacto

Lugar de procedencia del grupo indígena: ... posiblemente Río Piedras



Croquis de la foto:



Identificación inicial: Fecha:

N.º	Nombre	sexo	Edad (*)	Referencia(**)
1	Bishpo	M	30 a	Esposo de 2.
2	Jana	F	40 a	Tatuaje mejillas
3	Moraris	F	4 a	Hija de 2, cicatriz frente
4	Minor	M	5 a	Hijo de 1. Madre muerta
5				
6				
7				
8				

(*) Estimar la edad si no es posible obtener el dato.

(**) Posible parentesco, alguna forma de identificarlos (tipo de tatuaje, orificios u otros signos externos).

Continúa Anexo N.º 1.

SEGUIMIENTO:

N.º	Nombre	Vacuna influenza	AMA	ASA	HvB	DPT	HIV
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

Fecha:

N.º	Nombre	Edad	Peso	Diagnósticos o actividades
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Fecha:

N.º	Nombre	Edad	Peso	Diagnósticos o actividades
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Fecha:

N.º	Nombre	Edad	Peso	Diagnósticos o actividades
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

ANEXO N.º 2

FICHA DE HALLAZGOS EN ÁREAS CON INDÍGENAS EN AISLAMIENTO

Fecha del informe: .. /.. /.. Informe realizado por:.....
 quien trabaja en (EESS).....
 Hora y fecha de hallazgo:.....
 Lugar del hallazgo:
 Hallazgo realizado por:quien vive
 en.....y labora en
 Circunstancias en que se realizó el hallazgo:

HALLAZGOS: objetos:

Objeto	N.º	Material	Tamaño, color, pintura, forma de los grabados, alto o bajo relieve. DIBUJO.
Objetos no indígenas:			
Signos de amenazas? Especifique.			

HALLAZGOS: tambos o construcciones: DIBUJOS.

Número de tambos o construcciones. Disposición.	
Materiales y formas de los tambos o construcciones.	
Ataduras: material, forma.	
Fogatas: número, disposición de cada una dentro de la construcción, etc.	
Forma de ahumadero: grosor y disposición de los tronquitos de la fogata.	
Existencia de cortes en troncos u objetos, con instrumentos contuso cortantes (machete, cuchillo, hacha u otro).	
Existencia de instrumentos (ollas, petates, coladores, canastas, otros): <u>material, número, tamaño.</u>	
Señales de habitabilidad: fogata o ahumadero encendido, ceniza caliente o humeante, brasas, restos de alimento caliente, tipo de alimento.	
Otros objetos: canoas, flechas, arcos, balsas (número, forma, material, adornos).	
Huellas de pies: tamaño, de cuantas personas?	
Objetos no indígenas (hilos sintéticos, plásticos, ropa, calzado, gorros, pilas, etc.).	

Posible identificación étnica de los indígenas:

Nombre y firma del que elabora el informe:

ANEXO N.º 3

FICHA DE AVISTAMIENTOS DE INDÍGENAS EN AISLAMIENTO

Fecha del informe: .. /.. /.. Informe realizado por:.....
 quien trabaja en (EESS).....
 Hora y fecha de avistamiento:.....
 Lugar del avistamiento:
 Avistamiento realizado por: quien vive en.....
 y labora en
 Circunstancias en que se realizó el avistamiento:

AVISTAMIENTOS.

Número total de indígenas	Número de niños	
Número de indígenas mujeres adultas	Talla aproximada de adultos	
Cabellos (largos, cortos, rapados, colores)		
Adornos en cabeza, brazos, piernas, nariz, cuello (describir)		
Tatuajes; pinturas (rojo, negro). Describir		
Tipo de vestido (cushma, otros, dibujos)		
Armas o instrumentos (flechas, arcos, machetes)		
Otros objetos (indígenas o no indígenas)		
Circunstancias: a) En el río (bañando, pescando, en canoa) b) En la playa (acampando, buscando en la arena) c) En el bosque (acampando, corriendo, otros) d) Otro		
Actitud: a) Huyen inmediatamente. b) Permanecen callados en el lugar o conversan entre ellos unos momentos y luego huyen. c) Hacen señales de amistad y permanecen en el lugar. d) Hacen señales o hablan pidiendo ayuda. e) Hacen señales de hostilidad y huyen. f) Hacen señales de hostilidad y atacan. g) Simulan ruido de animales h) Otro.		
Ataques desde lo lejos (flecha, dardo, lanza) pero no son vistos los atacantes		

Posible identificación étnica de los indígenas:

Nombre y firma del que elabora el informe:

ANEXO N.º 4

FICHA DE CONTACTO CON INDÍGENAS EN AISLAMIENTO

Fecha del informe: *J.J.J.*. Informe realizado por:.....
 quien trabaja en (EES).....
 Contacto realizado por:.....
 quien vive eny labora en
 Hora y fecha del contacto:.....
 Lugar del contacto:
 Circunstancias en que se realizó el contacto:

	EIDADES ESTIMADAS						
	Total	< 1a	1 – 5 a	5 – 10 a	11 – 20 a	Adulto	Adulto mayor
Varones							
Mujeres							
Total							
SÍNTOMAS - ENFERMEDAD DETECTADA							
Tos							
Fiebre							
Vómitos							
Diarrea							
Piodermitis. absceso							
Heridas							
Abscesos							
Conjuntivitis							
Gestantes							
Traumatismos							
Palidez grave							

Características de los indígenas contactados. Incluir dibujos.

	Mujer	Varón
Talla aproximada de adultos		
Cabello (rapado, largo, corto), pintado, látex, adorno		
Cara: adornos, tatuajes		
Collares, adornos en brazos, piernas, tatuajes		
Vestimenta		

¿Hallazgo de cadáver? Sí () No ()
 (completar descripción hallazgos)

Criterios para estimar riesgo de **emergencia médica**.

CRITERIO	Número
Total de personas fallecidas luego del contacto	
Total de personas con fiebre alta (malestar + sudoración o escalofrío).	
Persona que se mantiene acostado o hipoactivo, no come.	
Personas con dificultad respiratoria (respiración rápida).	
Personas con neumonía o bronconeumonía (respiración rápida más tirajes o cianosis).	
Niños pequeños con diarrea ("niños en brazos", o menores de 2 años)	
Personas con palidez severa y dificultad respiratoria (respiración rápida)	
Mordido por serpiente	
Personas con traumatismos graves (heridas amplias, compromiso de órganos vitales...)	
Otro (indicar):	

Algunas frases o palabras que se pudieron reconocer:

Nombres de algunos de los indígenas recién contactados:

Llevar elementos no indígenas (plásticos, ollas de metal, machetes, hachas, nailon, anzuelos, ropa, gorros, linterna, pilas, etc.):

Posible identificación étnica de los indígenas contactados:

Nombre y firma del que elabora el informe:

Sello y firma del jefe del EESS o equipo AISPED:.....

ANEXO N.º 5

CONSIDERACIONES PARA SELECCIÓN DE PERSONAL PARA LA ATENCIÓN DE INDÍGENAS EN RECIENTE CONTACTO O EN CONTACTO INICIAL

Los criterios de selección básicamente están establecidos en la Norma Técnica “Atención integral de salud para poblaciones excluidas y dispersas”, aprobada con RM N.º 437-2005 / MINSA. Los que deben ser aplicados también al personal que trabajará en EESS de las áreas donde se ha identificado el desplazamiento de IA o ICI.

Si una situación de contacto con IA se complica, no se trata de hacer equipos diferentes a los AISPED, pero de ser necesario, se constituirá un equipo especial que trabaje exclusivamente con este grupo debido a que:

- Es incierto el tiempo que se permanecerá en la zona del contacto para afrontar la emergencia.
- Si los indígenas deciden establecerse en algún lugar conocido, se debe formar un equipo especial que se dedique a este grupo y a otros grupos en contacto reciente, que posibilite una intervención a profundidad socio antropológica y de salud.
- Es necesario mayor tiempo para la administración de medicamentos, vigilancia de efectos no deseados de la vacunación y medicamentos. Esta condición es parte de la interculturalidad en salud.

Incluir obligatoriamente un antropólogo conocedor de culturas amazónicas, específicamente del grupo etnolingüístico de los ICR o ICI, que conozca el idioma y de no ser así, se debe considerar un técnico sanitario o profesional de la salud que hable el idioma.

El equipo debe tener el menor número posible de personas:

- 01 médico o médica,
- 01 enfermero o enfermera u obstetriz,
- 01 antropólogo o antropóloga conocedor de culturas amazónicas,
- 01 motorista.

Si el número de ICR y la gravedad de la situación lo requieren, puede agregarse otro profesional de la salud o técnico sanitario.

Evitar mayor número de personas por el peligro de transmisibilidad de enfermedades y porque el reducido número que generalmente conforman los IA no lo requiere. Tener presente que el número de personas que ingrese a atender no debe superar el número de indígenas en reciente contacto.

Es deseable que alguno de ellos conozca el idioma de los indígenas.

Los profesionales de la salud deben haber tenido experiencia de tratar con población indígena en contacto inicial o contacto esporádico, por lo menos durante dos años, en esta u otras regiones de salud.

Las DIRESA y RSS implementarán y actualizarán un directorio de recurso humanos indígenas que apoyarán en las actividades de contingencia y mitigación del impacto (Anexo N.º 6). Las microrredes colaborarán en la identificación del recurso humano indígena local. El directorio facilitará su rápida ubicación y convocatoria.

El personal debe conocer las propiedades y manejo básico de algunos recursos naturales para el tratamiento de alguna enfermedad prevalente.

La persona responsable de la atención de salud de la mujer obligatoriamente debe ser del sexo femenino.

Ninguna persona que conforme el equipo especial debe tener antecedente negativo alguno sobre su relacionamiento con poblaciones indígenas y otras causas en general (referidos a mal trato en la atención, mal comportamiento por alcohol, drogas, hurto, violencia sexual, violencia intrafamiliar, entre otras).

El concurso de selección de personal para zonas con poblaciones IA o ICI, debe considerarse el conocimiento de la presente norma y sus anexos, incluida la tarjeta de mensajes (Anexo N.º 7).

La DIRESA desarrollará para el personal que labore en ámbitos de poblaciones IA, ICR o ICI (incluye SERUMS y equipos AISPED), reuniones de información y capacitación sobre la presente norma y sus anexos, así como información antropológica específica de los grupos indígenas con los que interactuarán y de interculturalidad, antes de que estos recursos humanos se incorporen a sus respectivos equipos de trabajo.

A continuación se señala una relación de medicamentos para la atención de indígenas en reciente contacto, según número de personas (las edades son referenciales, aproximadas):

Ibuprofeno, tabletas 400 mg	15 por cada adulto
Ibuprofeno, jarabe	1 por cada niño > 2 años.
Paracetamol, gotas	1 por cada niño <2 años
Penicilina benzatínica 1`2	1 por persona
Amoxicilina, tabletas 500 mg	20 por cada adulto
Amoxicilina jarabe 250 mg	1 por cada niño < 5 años
Azitromicina tabletas	3 por cada adulto
Azitromicina, jarabe	1 por cada niño
Cotrimoxazol, jarabe 40/200	2 por cada niño <2 años
Cotrimoxazol tabletas 160/800	10 por cada >2 años
Dicloxacilina jarabe 125mg	1 por cada < 5 años
Dicloxacilina tabletas 250mg	20 por cada adulto
Ceftriaxona, ampolla 1gr	3 por cada adulto.
Gentamicina oftálmica, fco.	1 por cada 3 personas
Salbutamol jarabe	1 por cada niño <5 años
Salbutamol tabletas	6 por persona
Epinefrina, ampolla	1 por cada 5 personas *
Dexametasona, ampolla	1 por cada persona
Betametasona, tabletas	10 por cada 2 personas**
Betametasona, crema	1 por cada 2 personas
Betametasona, ampolla	1 por cada 5 personas
Benzoato Bencilo	1 por cada 2 personas
Fungicida crema	1 por cada 2 personas
Dextrometorfano, jarabe	2 por cada niño
Dextrometorfano, jarabe	20 por cada persona
Albendazol tabletas	2 por cada adulto
Albendazol jarabe	1 por cada niño < 5 años
Dimenhidrinato ampolla	1 por cada 10 personas
Dimenhidrinato tabletas	5 por cada 10 personas
Hioscina, ampolla	1 por cada 10 personas
Hioscina, tabletas	2 por cada adulto.
SRO, sobre	2 por persona
Suero antibothrópico liofilizado	3 frascos
Suero antilachésico liofilizado	3 frascos
Algodón 100gr, sobre	1 por cada 2 personas
Esparadrapo antialérgico	1 rollo
Gasa 100gr, sobre	1 por cada persona

Cinta adhesiva	2 por cada persona
Agua oxigenada, fco. 100 mL	1 por cada 5 personas
Alcohol medicinal, fco. 100 mL	1 por cada 10 personas
Bajalenguas	3 por cada persona
Jeringas 5 mL, jeringas de 1 mL, agujas descartables, equipo de cirugía menor, estetoscopio, tensiómetro, otooftalmoscopio.	

Para casos complicados, deberá tenerse la información para completar la lista de medicamentos e insumos médicos:

Cloruro de sodio litro	1 por adulto
Solución Polielectrolítica, litro	1 por niño < 2 años
Ceftriaxona, ampolla 1g	3 por persona
Metamizol, amp.	3 por persona
Oxímetro de pulso (a pilas)	1 unidad

Esto permitirá la atención básica de una complicación hasta realizar su transferencia y organización de la base de emergencia.

* Si fueran 2, 3 ó 5 personas, se programa una ampolla. Para 6, 7 ó 10 personas, se programará dos ampollas.

** 1 ó 2 personas = 10 tabletas o.; 3 ó 4 personas = 20 tabletas.

ANEXO N.º 8

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AISPED	:	Atención Integral de Salud en Poblaciones Excluidas y Dispersas.
DIRESA	:	Dirección Regional de Salud.
DGSP	:	Dirección General de Salud de las Personas.
EESS	:	Establecimiento de Salud.
ESN	:	Estrategia Sanitaria Nacional.
GT	:	Guía Técnica.
IA	:	Indígenas en Aislamiento.
ICI	:	Indígenas en Contacto Inicial.
ICR	:	Indígenas en Contacto Reciente.
MINSA	:	Ministerio de Salud.
NTS	:	Norma Técnica de Salud.
OGE	:	Oficina General de Epidemiología.
ONG	:	Organismo No Gubernamental.
RSS	:	Red de Servicios de Salud.
SIS	:	Seguro Integral de Salud.
VEA	:	Vigilancia Epidemiológica Activa.

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de la Norma Técnica de Salud y Guías de Atención fueron revisados y discutidos en talleres participativos realizados en la ciudad de Lima, Cusco y Puerto Maldonado, e incluyen las sugerencias de expertos, a los que se agradece su colaboración:

Lima (agosto 2006)

Nombre y Apellidos	Institución
• Francisco, Ballón Aguirre	Centro de Investigación y Promoción Amazónica - CIPA
• Marlene Canales Rubio	Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana - AIDSESEP
• Alfredo Rodríguez Torres	Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana - AIDSESEP
• Susy Omayra Torres Carpio	Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana - AIDSESEP
• Mary Felisa Reyes Vega	Inst. Nac. de Desarrollo de Pueblos Andinos Amazónicos y Afroperuano
• Lourdes Polanco Salas	Inst. Nac. de Desarrollo de Pueblos Andinos Amazónicos y Afroperuano
• Sonia Lou Alarcón	Defensoría del Pueblo
• Danilo Misael Fernández Borjas	CARE-PERU
• Luisa Fernanda Gómez Elías	Proyecto PIMA INRENA
• Ricardo Jon Llap	Intendencia de Áreas Naturales Protegidas del INRENA
• Dora Napolitano	SHINAI - Serjali
• César Vladimir Pinto López	Racimos de Ungurahui
• Fabiola Quiroz Ortiz	UNICEF
• Carlos Reyes Bustamante	Seguro Integral de Salud --SIS
• María Teresa Arana Zegarra	MINSA – Promoción de la Salud
• Nelly, Rocano Lastra	MINSA-DGSP-Dirección Servicios de Salud
• Klaus Rummenhoeller	Asociación Peruana para la Conservación - APECO
• Omar Virgilio Trujillo Villarroel	Dirección General de Epidemiología MINSA
• Beatriz Angélica Huertas Castillo	Antropóloga invitada
• Carlos, Eyzaguirre Beltroy	Centro Nacional de Salud Intercultural - CENSI

- Roberto Quispe Vilca Centro Nacional de Salud Intercultural - CENSI
- Graciela Sánchez Navarro Centro Nacional de Salud Intercultural - CENSI
- Félix Valenzuela Oré Centro Nacional de Salud Intercultural - CENSI
- Lily Angelita Cortez Yacila Centro Nacional de Salud Intercultural - CENSI
- Victoria Valderrama Reyes Invitada CENSI

Puerto Maldonado - Madre De Dios (septiembre 2006)

Nombre y Apellido	Institución
• Walter Ponce Chaquilla	Responsable Regional Estrategia Salud de Pueblos Indígenas MDD
• Julio Cusurichi Palacios	Federación Nativa del río madre de Dios y Afluentes FENAMAD
• Marlene Canales Rubio	Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana - AIDSESP
• Jude Jumanga Jacinto	Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana - AIDSESP
• Percy Assen Guerra	Federación Nativa del río madre de Dios y Afluentes FENAMAD
• Víctor Kameno Manvaje	Federación Nativa del río madre de Dios y Afluentes FENAMAD
• Jorge Payaba Cachique	Federación Nativa del río madre de Dios y Afluentes FENAMAD
• Rómulo Corisepa Drede	Consejo Harambut Yine Matsiguenka - COHARYIMA
• Walter Quertehuari Dariquebe	Gobierno Regional de Madre de Dios
• Telésforo Vásquez Zavaleta	Instituto de Investigación de la Amazonía Peruana – IIAP
• María E. Poma Mariños	FENAMAD – Sociedad de la Reserva Tambopata - TReeS
• Luis Huaroc Álvarez	Universidad San Antonio Abad del Cusco UNSAAC
• Johel Choquemamani Vera	Universidad San Antonio Abad del Cusco - UNSAAC
• Jhonny Aysanda López	World Wildlife Fund WWF
• Jaime Málaga Troncazo	Federación Nativa del río Madre de Dios y Afluentes - FENAMAD

- Ubaldo Cusurichi Palacios Federación Nativa del río Madre de Dios y Afluentes -FENAMAD
- Enrique Cárdenas Bedregal Equipo AISPED Dirección Regional de Salud Madre de Dios
- Luis Centeno Álvarez Equipo AISPED Dirección Regional de Salud Madre de Dios
- Manuel Tapia Suca Equipo AISPED Dirección Regional de Salud Madre de Dios
- Víctor Rodríguez Lazcano Equipo AISPED Dirección Regional de Salud Madre de Dios
- Nino Paul Flores Palomino Equipo AISPED Dirección Regional de Salud Madre de Dios
- Alicia Roncalla Aguirre Equipo AISPED Dirección Regional de Salud Madre de Dios
- Madeleine Chicata Chicata Equipo AISPED Dirección Regional de Salud Madre de Dios
- Carmen Espinoza Tipte Equipo AISPED Dirección Regional de Salud Madre de Dios
- Wilfredo Manuel Chama Cosi Equipo AISPED Dirección Regional de Salud Madre de Dios
- Helber David Ccosi Tito Equipo AISPED Dirección Regional de Salud Madre de Dios
- Patricia Condori Yanqui Hospital SANTA ROSA Puerto Maldonado
- Karina Salas Perea Asociación para la Conservación de la Cuenca Amazónica - ACCA
- Cesar Victoria Lizana Asociación para la Conservación de la Cuenca Amazónica – ACCA
- Rosa Pacori Cutipa CLAS Villa SALVACION – MANU
- Luisa Garrigues Indian Country Today
- Medardo Escorzo PEMD
- Enrique Isuiza Balarezo Dirección Regional de Educación – Madre de Dios
- Alejandrina Ticlla Jiménez Oficina Desconcentrada Seguro Integral de Salud ODSIS – MDD
- Olinda Mendoza Lanjaine Dirección Regional de Salud –DIRESA – Madre de Dios
- Roberto Quispe Vilca Centro Nacional de Salud Intercultural CENSI
- Graciela Sánchez Navarro Centro Nacional de Salud Intercultural CENSI

CUSCO (Octubre 2006)

Nombre y Apellidos	Institución
• Vilma Ortega Aucca	Responsable Regional Estrategia Salud de Pueblos Indígenas Cusco
• Danny Gibaja Ormaechea	Consejo Matsigenka del Río Urubamba COMARU
• José Abel Muñoz Duran	Defensoría del Pueblo
• Eugenia Dávila S	Centro Salud Kirigueti
• Miguel Semperi Cuaja	Puesto Salud Chocoriari
• Ascensión Quispe Peláez	Hospital Regional Cusco
• Ciro Miranda Rivera	Centro para el Desarrollo Indígena Amazónico - CEDIA
• Ángela Oros Barrientos	Parque Nacional del Manu
• Mónica Rieckhof Brommer	Parque Nacional del Manu
• Juana Loayza Aragón	Red de Salud Cusco Norte
• Melitón Concha Sánchez	Red de Salud La Convención Cusco
• Darío Navarro Mendoza	Dirección Regional de Salud – DIRESA-Cusco DESI
• Carlos Vega Centeno	Dirección Regional de Salud – DIRESA-Cusco DSS
• Marcela Herrera Puro	Red de Salud Cusco Sur
• Javier Cárdenas Taizan	Instituto Nacional de Recursos Naturales INRENA Cusco
• Valeria Alfaro Gonzáles	Equipo AISPED Bajo Urubamba
• Rubén Toro	Equipo AISPED Bajo Urubamba
• Sonia Maldonado Paucar	Equipo AISPED Bajo Urubamba
• Víctor Ramiro Gil Gonzáles	Dirección Regional de Salud – DIRESA-Cusco
• Maritza Castro Huajargo	Dirección Regional de Salud – DIRESA-Cusco
• Kety Quispe Blanco	Dirección Regional de Salud – DIRESA-Cusco
• Kathleen Sheila Muñoz Pacheco	Oficina Local Seguro Integral de Salud OLSIS Cusco
• Persi Luna Peralta	Instituto de Manejo del Agua y Medio Ambiente IMA – Gob. Reg. Cusco
• Georgina Acurio Mendoza	Dirección Regional de Salud – DIRESA-Cusco D. SS. SRRR

- Julio Espinoza Latore Dirección Regional de Salud – DIRESA-Cusco
- Klaus Rummenhueller Consultor Parque Nacional del Manu
- Deyssi Lazo Valderrama Dirección Regional de Salud – DIRESA-Cusco ESANS
- Alejandro Carpio Gutiérrez Dirección Regional de Salud – DIRESA-Cusco
- Claudia Suclla Zúñiga Dirección Regional de Salud – DIRESA-Cusco - ESANS
- Luz Marina Naype Berrio Dirección Regional de Salud – DIRESA-Cusco Promoción de la Salud
- Carlos Eyzaguirre Beltroy Centro Nacional de Salud Intercultural
- Roberto Quispe Vilca Centro Nacional de Salud Intercultural
- Graciela Sánchez Navarro Centro Nacional de Salud Intercultural CENSI
- Dr. Antrop. Heinrich Helbert Ch. Proyecto PIMA - INRENA
- Ph.D. Elizabeth A. Wahl Research Fellow, Department of Social Medicine, Harvard Medical School
- Antrop. Margarita Benavides IBC Instituto Bien Común
- Antrop. Rodolfo Tello Universidad Maryland
- Antrop. Beatriz Huertas C. FENAMAD / Secretaría Técnica de CIPIACI
- Abog. César Gamboa B. DAR. Derecho Ambiente y Recursos Naturales
- Sr Antonio Iviche Quique CIPIACI Comité Indígena Internacional para la Protección de Pueblos Indígenas en Aislamiento y en Contacto Inicial
- Mg. Luis Robles G. Ministerio de Salud
- Abog. Tatiana Niño de Guzmán B. Ministerio de Salud

Diseño y diagramación FIMART S.A.C.
Este libro se terminó de imprimir en el mes de agosto de 2008
en los talleres gráficos de
GRÁFICA TÉCNICA S.R.L.
LIMA- PERÚ