



Resolución Ministerial



Vallejos S.

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 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;

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: 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;

Con el visto 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 b) del Art. 8° de la Ley 27657 Ley del Ministerio de Salud,



V. Zumarán A.



Margly García B.



JEFATURA



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.

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.



Magly García B.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

CARLOS VALLEJOS SOŁOGUREN
Ministro de Salud



V. Zumarán A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO
INICIAL EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

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.



Vallejos S.



J. Calderón Y.



Monte



V. Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

- **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 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.

- 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.



Vallejos S.



J. Calderón Y



Magly García B.



V. Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

- Grupos étnicos **Matsigena, 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 del 2006).

Ley N° 26842, Ley General de Salud (1997).

Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud (2002).

Ley N° 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° 28736. Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial (2006).
- Decreto Supremo N° 015-2001-PCM, que crea la Comisión Multisectorial para las Comunidades Nativas.

Decreto Supremo N° 013-2002-SA, Reglamento de la Ley N° 27657.

Decreto Supremo N° 001-2003-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud.

Decreto Supremo N° 006-2006-SA "Amplian prestaciones de salud SIS, para la población de la amazonia y alto andina dispersa y excluida, la victima de violencia social y los agentes comunitarios de salud".

- Decreto Supremo N° 017-2006-SA, Aprueban Reglamento de Ensayos Clínicos en el Perú, Art. 24.

Decreto Supremo N° 004-2007-SA "Establecen Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS".

- Resolución Legislativa N° 26253 con la que el Perú ratifica el Convenio OIT 169, convirtiéndolo en Ley Nacional.

Resolución Ministerial N° 591-2006/MINSA "Normas complementarias para aplicación del DS N° 006-2006-SA".

Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, 27 de Julio del 2004, Se aprueba las diez Estrategias Nacionales de Salud. Incluye la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas.

Resolución Ministerial N° 192-2004/MINSA, 13 de Febrero del 2004, que crea la "Comisión Nacional de Salud Indígena Amazónica en el Ministerio de Salud".

Resolución Ministerial N° 00046-90AG/DGRAAR que crea la Reserva Kugapakori Nahua.

Resolución Defensorial N° 032-2005-DP. Informe Defensorial N° 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° 638-2006/MINSA.



Vallejos S.



J. Calderón Y.



Magly García B.



V. Zumaran A.

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, ONGs, 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 a 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 discontinuarlas (Ley 28736).

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

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.



Vallejos S.

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.



I. Calderón Y.

Contingencia

Conjunto de actividades y procedimientos debidamente planificados y protocolizados, en el que se que 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.



Magly García B.

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.



V. Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

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 - 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 a 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 y/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.



Vallejos S.



J. Calderón



Magly García B.



V. Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

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 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, EPSs, 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.



Vallejos S.

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

J. Calderón Y.

Población Objetivo: Son los indígenas 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.

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:

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



MEFATURA



V. Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

- 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 de 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, tos convulsiva; estas dos últimas en menores de cinco años. De ser necesario se realizará la campaña de vacunación correspondiente.



Vallejos S.



J. Calderón Y.



Marily García B.



V. Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

- 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 a 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 Microrred y para su cumplimiento debe coordinar con otros sectores que contribuyan a su 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.



Vallejos S.



J. Calderón Y.



Magly García B.



V. Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

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.



Vallejos S.

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.



J. Calderón Y.

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 Haemophilus influenza) a menores de cinco años (estimar las edades).



Magly García B.

6.1.2. Valoración de crecimiento y desarrollo

6.1.2.1. 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° 1 "Ficha para Identificación y Seguimiento de la Atención en Indígenas de Contacto Reciente y en Contacto Inicial".



V. Zúmarán A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

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 patologías crónicas (TBC en sintomáticos respiratorios, leishmaniasis, 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.



Vallejos S.

- 6.1.3.3. Para el caso de enfermedades cuyo tratamiento demanda un tiempo prolongado (Tuberculosis, leishmaniasis, 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.



J. Calderón Y.

- 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.



Magly García B.

- 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 severos, mordeduras por serpientes, deshidrataciones severas.



V. Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

- 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, y realizar monitoreo diario 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 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 periodo 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:



Vallejos S.



J. Calderón Y.



Magly García B.



Zumaran A.

- 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

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

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 amerita 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 cogestión en 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.



Vallejos S.

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.



J. Calderón Y.

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.



Magly García B.

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.



GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

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.

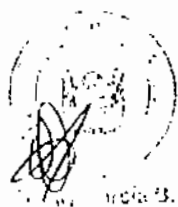
6.1.5.15. Queda terminantemente prohibida la promoción y aplicación de métodos anticonceptivos quirúrgicos entre poblaciones ICR.

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).



GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

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.



Vallejos S.

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:



J. Calderón Y.

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.



Magly García B.

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 ó ICI.



V. Zumarán A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

- 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 morbilidad, 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 tratara de alguna emergencia; para lo cual la persona responsable del traslado deberá acudir al establecimiento de



Vallejos S.



J. Calderón Y.



Magly García G.



**GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD**

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 la cultura de los mismos. Las DIRESAs 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.



Vallejos S.



J. Calderón Y.

VIII: ANEXOS

- Anexo N° 1. Ficha para Identificación y Seguimiento de la Atención en Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial
- Anexo N° 2. Ficha Hallazgos en Áreas con Indígenas en Aislamiento.
- Anexo N° 3. Ficha Avistamiento de Indígenas en Aislamiento
- Anexo N° 4. Ficha Contacto con Indígenas en Aislamiento
- Anexo N° 5. Consideraciones para Selección de Personal para la Atención de Indígenas en Reciente Contacto y en Contacto Inicial.
- Anexo N° 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° 7. Tarjeta de Mensajes.
- Anexo N° 8. Siglas y Acrónimos.



Magly García B.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón AM et al (2003). Salud Intercultural, elementos para la construcción de sus bases conceptuales – Revista médica pp. 1061-1065 Chile.
- Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Selva Peruana AIDSESP. (Mayo 2003). El Gas de Camisea y los Pueblos Indígenas de la Amazonía Peruana, Problemática y Propuestas. Perú.
- Beier C, Lcv M (1998). Los Nanti del Camisea. Cabeceras Aid Project. Un informe sobre los factores que afectan su bienestar y autonomía. Parte I y II. Perú- En: <http://www.onr.com/cabeceras/informes.htm> 10.07.2006.
- Brackelaire V (Enero 2006). Estado de situación de los últimos pueblos indígenas en aislamiento en América Latina (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela). Diagnóstico regional para facilitar estrategias de protección, Brasilia, Brasil.



V. Zumaran A.

**GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD**

- Consejo Nacional de Pueblos Andinos Amazónicos y Afroperuano CONAPA (Marzo 2004). Programa de Protección y Defensa de los Pueblos en Aislamiento Voluntario – Reserva Nahua Kugapakori, lote 88 y áreas de influencia de la Microrregión del Bajo Urubamba – Lima, Perú.
- Chichizola C (Setiembre 2001). Análisis de factores limitantes para la adecuada implementación en el Perú del Convenio N° 169 de la OIT – Defensoría del Pueblo – Documento de trabajo N° 05, Lima, Perú.
- Daggett J (1988). Dilemas que se presentan en los primeros contactos con un grupo étnico aislado – Estudio de un caso particular – Documento de Trabajo. Instituto Lingüístico de Verano, Perú.
- Daggett J (1991). Dilemas que se presentan en los primeros contactos con un grupo étnico aislado. En: Amazonia Peruana 20:49-64. CAAAP, Lima, Perú.
- Gamboa C (2005). "El Régimen Especial de las Reservas territoriales Indígenas" – Boletín Especial – DAI (Lima), N° 25, 3 de Mayo, Perú.
- González AL (2004). 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, Ecuador.
- Huertas B (2002). Los pueblos indígenas en aislamiento. Su lucha por la sobrevivencia y la libertad. IWGIA, Lima, Perú.
- Ibacache J (1998). Aspectos Metodológicos para el trabajo intercultural en salud – Departamento de acción integral en salud – Servicio de Salud Araucana Sur, Chile.
- Ibacache J (1997). La Salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural – Servicios de Salud Araucana Sur, Chile.
- López L (Octubre 2004). Igualdad con dignidad, hacia nuevas formas de actuación con la niñez indígena en América Latina. UNICEF, Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe (TACRO), Panamá.
- Oficina General de Epidemiología – MINSA (2003). Pueblos en situación de extrema vulnerabilidad – El caso de los Nanti de la Reserva Territorial Kugapakori Nahua – Río Camisea, Cusco, Perú.
- Oficina General de Epidemiología MINSA (2002). Guía para el análisis de los factores condicionantes de la salud – ASIS, Lima, Perú.
- Organización Internacional del Trabajo (1989). Convenio 169 –OIT. Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. En: <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/lima/publ/conv-169/> 20.09.2006.
- Organización Mundial de la Salud (1998). Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). Lineamientos Estratégicos y Plan de Acción 2003 – 2007, Iniciativa salud de los pueblos indígenas. http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/Iniciativa_Salud.pdf 20.10.2006.
- Organización Panamericana de la Salud (Setiembre 1998). Programa y servicios de salud mental en comunidades indígenas, PC N° 10, Washington DC. OPS (Marzo 1997). Iniciativa de salud de los pueblos indígenas, revisión de desarrollo de sistemas y servicios de salud, Washington DC. En: http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/QS/indi10_esp.pdf 30.09.2006.
- Pitman RL et al (2003). Alto Purús, Biodiversidad, Conservación y Manejo – Center for Tropical Conservation, Perú. En: <http://www.duke.edu/web/ctc/alto%20purus/altopurusbook.html> 20.06.2006
- Porco Mariños ME (2005). Informe de los últimos avistamientos de los indígenas en aislamiento en la comunidad nativa de Tayakome, Parque Nacional del Manu. Informe no publicado. Puerto Maldonado Perú.
- Proyecto Pro-Manu (2003). Protocolo para situaciones de contacto con indígenas aislados. Cusco, Perú.
- Proyecto Pro-Manu (2003) Guía para expediciones y relaciones con indígenas en contacto inicial. Cusco, Perú.
- Roldan R, Tamayo AM (1999). Legislación y derecho indígena en el Perú, CAAP – COAMA, Lima, Perú.
- Vilchez E et al (2004). Interculturalidad y bilingüismo en la formación de recursos humanos, educación, medicina, derecho y etnodesarrollo, UNMSM, Preduca PROEIBANDES, 2004, Lima, Perú.
- Zarzar A (1987). "Radiografía de un contacto. Los nahua y la sociedad nacional". En: Amazonia Peruana, 14:91-113. CAAAP, Lima, Perú.
- Zarzar A (1983). "Intercambio con el enemigo: etnohistoria de las relaciones intertribales en el Bajo Urubamba y Alto Ucayali", pp.9-86 in A. Zarzar & L. Roman, Relaciones intertribales en el Bajo Urubamba y Alto Ucayali, Documento N°5, CIPA, Lima, Perú.



Vallejos S.



J. Calderón Y.



Magdy García B.



V. Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
 ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
 EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

ANEXO N° 1

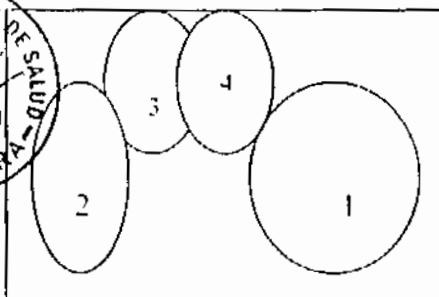
**FICHA PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN INDÍGENAS DE
 CONTACTO RECIENTE Y/O EN CONTACTO INICIAL
 (EJEMPLO DE LLENADO)**

Fecha del registro fotográfico:
 Lugar (indicar río, comunidad):
 Ocasión del registro (contacto, visita comunitaria):
 Lugar de procedencia del grupo indígena:

Foto:



Croquis de la foto:



Identificación inicial: Fecha:

N°	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)



GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

Continúa Anexo N° 1.

SEGUIMIENTO:

Nº	Nombre	Vac Influenz	AMA	ASA	HvB	DPT	HIV
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

Fecha:

Nº	Nombre	edad	peso	Diagnósticos o actividades
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Fecha:

Nº	Nombre	edad	peso	Diagnósticos o actividades
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Fecha:

Nº	Nombre	edad	peso	Diagnósticos o actividades
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				



Vallejos S.



J. Calderón



Magly García B.



V. Zumaran /s.

GUÍA TÉCNICA
 ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
 EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

ANEXO Nº 1

FICHA PARA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN INDÍGENAS DE CONTACTO RECIENTE Y/O EN CONTACTO INICIAL

Fecha del registro fotográfico:
 Lugar (indicar río, comunidad):
 Ocasión del registro (contacto, visita comunitaria):
 Lugar de procedencia del grupo indígena:



Vallejos S.



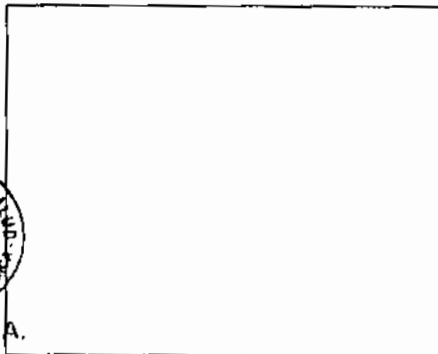
J. Calderón Y.



Magly García B.



Croquis de la foto:



Identificación inicial: Fecha:

Nº	Nombre	sexo	Edad (*)	Referencia(**)
1				
2				
3				
4				
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)



V. Zumaran A.

ANEXO N° 2
FICHA DE HALLAZGOS EN ÁREAS CON INDÍGENAS EN AISLAMIENTO

Fecha del reporte: / / Reporte realizado por:.....
 quien trabaja en (EESS).....

Hora y fecha del Hallazgo:.....

Lugar del Hallazgo:.....

Hallazgo realizado por: quien vive

en..... y labora en

Circunstancias en que se realizó el hallazgo:.....

.....

.....

HALLAZGOS: Objetos:

Objeto	Nro	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.

N° 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 o fogata: 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): material, número, tamaño.	
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.)	

Possible identificación étnica de los indígenas:

Nombre y firma del que elabora el reporte:



Vallejós S.



J. Calderón Y.



Magly García B.



V. Zumarán A.



V. Zumarán A.

GUÍA TÉCNICA
 ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
 EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

ANEXO Nº 3
FICHA DE AVISTAMIENTO DE INDÍGENAS EN AISLAMIENTO

Fecha del reporte: / / Reporte realizado por:.....
 quien trabaja en (EESS).....

Hora y fecha del 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	



Vallejos S.



J. Calderón Y.



Magly García B.



JEFATURA



V. Zúmaran A.

Posible identificación étnica de los indígenas:

Nombre y firma del que elabora el reporte:

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

ANEXO N° 4
FICHA DE CONTACTO CON INDÍGENAS EN AISLAMIENTO

Fecha del reporte: / / Reporte realizado por.....
.....
..... quien trabaja en (EESS).....

Contacto realizado por: quien vive
en..... y 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							
Heridas							
Abscesos							
Conjuntivitis							
Gestantes							
Traumatismos							
Palidez severa							

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		



J. Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

¿Hallazgo de cadáver? Si () 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 severos (heridas amplias, compromiso de órganos vitales...)	
Otro (indicar):	

Algunas frases o palabras que se pudieron reconocer:

J. Calderón Y.

Nombres de algunos de los indígenas recién contactados:

.....
.....

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

Posible identificación étnica de los indígenas contactados:

Nombre y Firma del que elabora el reporte:

Sello y firma del Jefe del EESS o Equipo AISPED:



Vallejos S.



J. Calderón Y.



Magly García B.



V. Zumaran A.

ANEXO N° 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° 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 ó 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.



Vallejos S.



J. Calderón

Incluir obligatoriamente un antropólogo conocedor de culturas amazónicas, específicamente del grupo etnolingüístico de los ICR ó 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 amerita, puede agregarse otro profesional de la salud o técnico sanitario.

Evitar mayor número de personas por el peligro de transmisibilidad de enfermedades y porque no lo amerita el reducido número que generalmente conforman los IA. 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 DIRESAs y RSS implementarán y actualizarán un Directorio de Recurso Humanos indígenas que apoyarán en las actividades de contingencia y mitigación del impacto. Ver Anexo N° 6. Las microrredes colaborarán en la identificación del recurso humano indígena local. El Directorio facilitará su rápida ubicación y convocatoria.



V. Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

El personal debe conocer las propiedades y manejo básico de algunos recursos naturales para el tratamiento de alguna patología 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° 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 benzatinica 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



Vallejos S.



J. Calderón



Magly García B.



SECRETARÍA DE SALUD



Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD



Hioscina, tabletas 2 por cada adulto.
 SRO, sobre 2 por persona
 Suero antibiótico liofilizado 3 frascos
 Suero antilishético 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 1gr. 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 programará 1 ampolla; para 6, 7 ó 10 personas, se programará 2 ampollas.
 1 ó 2 personas = 10 tabletas o.; 3 ó 4 personas = 20 tabletas.



Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
 ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
 EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

ANEXO Nº 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 el trabajo con los IA 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:

Vallejos S.

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:	Nº 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:	E mail:

V. Zumarán Nombre y Apellidos del que llena la ficha:

Firma de la persona que llena la ficha:

GUÍA TÉCNICA
 ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
 EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

**ANEXO N° 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 enfermarte	
Puedes enfermarte 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 pendiente del cuello.



Vallejos S.



J. Calderón



Isgly García B.



V. Zumaran A.

GUÍA TÉCNICA
ATENCIÓN DE SALUD A INDÍGENAS EN CONTACTO RECIENTE Y EN CONTACTO INICIAL
EN RIESGO DE ALTA MORBIMORTALIDAD

ANEXO N° 8
SIGLAS Y ACRÓNIMOS



Vallejos S.

AISPED
DIRESA
DGSP
EESS
ESN
GT
IA
ICI
ICR
MINSA
NTS
OGE
ONG
RSS
SIS
VEA

: Atención Integral de Salud en Poblaciones Excluidas y Dispersas
: Dirección Regional de Salud
: Dirección General de Salud de las Personas
: Establecimiento de Salud
: Estrategia Sanitaria Nacional
: Guía Técnica
: Indígenas en Aislamiento
: Indígenas en Contacto Inicial
: Indígenas en Contacto Reciente
: Ministerio de Salud
: Norma Técnica de Salud
: Oficina General de Epidemiología
: Organismo No Gubernamental
: Red de Servicios de Salud
: Seguro Integral de Salud
: Vigilancia Epidemiológica Activa



J. Calderón



Magly García B.



V. Zumaran A.